

## **HOJA DE APROBACIÓN**

Disertación aprobada luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grados de la PUCESE, previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

---

**Presidente Tribunal De Graduación**

---

**Lector 1**

---

**Lector 2**

---

**Director de Escuela**

---

**Director de tesis**

---

**Fecha**

## **AUTORÍA**

Yo, Carmen Cifuentes Mosquera, portadora de la cedula de identidad 1003594288 declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, autentica y personal la cual hace parte de mi trabajo investigativo.

En virtud que el contenido de esta investigación es de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor.

Carmen Ana Cifuentes Mosquera

C.C 1003594288

Cel. 099141628

Tel. 2780885

## **DEDICATORIA**

A mi madre y mi hermano, porque proyectó en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzado mis metas y que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que siente por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes por lo que valen porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

Mis sobrinos Junior, Angieseth, Génesis, Adreana, Daniela, Anthony y amigos.

A los docentes de la PUCESE quienes han contribuido notablemente en mi formación profesional.

## AGRADECIMIENTO

A mi Señor, Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mi Madre Ángela Mosquera por darme todo el amor, cariño, comprensión y sobre todo por darme la oportunidad por intermedio de sus sacrificios de salir adelante.

A la doctora Weaver y las señoras Damaris Reyes, Loida Patiño, por todo el apoyo otorgado y confianza depositada muchas gracias.

A mí querida hermana Angélica y hermanos Armando, Sócrates

Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difícil.

A todos espero no defraudarles y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Gracias también a mis queridos compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos años de convivir dentro y fuera del salón de clase.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la licenciada Ángela Arias por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección, su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y su rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntas, el cual no se puede concebir si su siempre oportuna participación. Le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias a mis lectoras Patricia Marines y Mirian Giler.

## ÍNDICE

Hoja de disertación i

Autoría ii

Dedicatoria iii

Agradecimiento iv

Índice v

Resumen y abstract vii

Introducción ix

### Capítulo I

1. HOSPITAL DE SAN LORENZO DIVINA PROVIDENCIA.

2. INFECCIONES POSTQUIRÚRGICAS 11

2.1 Infección de herida quirúrgica Incisional superficial.11

2.2 Infección de la herida quirúrgica incisión profunda 11

2.3 Patogenia12

2.4 Etiología13

2.5 Cuidados de enfermería13

3. *PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA* 14

*3.1 PERIODO PREOPERATORIO* 14

3.1.1 EQUIPO.14

3.1.2 PROCEDIMIENTO.14

3.1.3 CIRUGÍA 15

4. PERIODO TRANSOPERATORIO 15

a. Equipos 15

b. Procedimientos y actividades de enfermería15

4.1.1 EQUIPOS 15

#### 4.1.2 Procedimientos y actividades de enfermería 15

<b>5. PERIODO POSTOPERATORIO</b>	<b>16</b>
5.1.1 EQUIPO	16
<b>5.1.2 PROCEDIMIENTO</b>	<b>16</b>
<b>6 CATETERISMO VESICAL</b>	<b>17</b>
6.1.1 Materiales	17
6.1.2 Preparación del paciente	17
6.1.3 Preparación del personal	18
6.1.4 En la mujer	18
6.1.5 Técnica	18
<b>7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE</b>	<b>19</b>
7.1.1 CON SONDA VESICAL PERMANENTE	19
7.1.2 Técnica	19
7.1.3 Procedimiento del sondaje vesical intermitente	19
7.1.4 retirada de la sonda vesical	20
<b>8. RASURADO DEL ÁREA QUIRÚRGICA</b>	<b>20</b>
8.1 Retirada del vello	20
8.2 Lavado previo de la zona de incisión.	21
8.3 Antisepsia de la piel del campo	21
<b>9 ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO.</b>	<b>21</b>
9.1.1 Técnica de limpieza del material quirúrgico.	21
9.1.2 Limpieza del instrumental	22
9.1.3 Realización de la limpieza en dos formas	23
<b>10. DEFINICIÓN DE AREA QUIRURGICA.</b>	<b>26</b>
10.1.1 Área quirúrgica	26
10.1.2 Quirófano	26
10.1.3 Fuentes de contaminación del área quirúrgica	26

10.1.3 Tipos de limpieza	26
10.1.4 Principios de la limpieza hospitalaria	26
10.6 Precauciones	26
11. ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA	28
11.1 ACTIVIDADES PREOPERATORIA DE ENFERMERA CIRCULANTE	28
11.1.1 Preoperatoria	28
11.1.2 Trans-operatoria	28
11.1.3 Postoperatoria	28
11.2 ACTIVIDADES PREOPERATORIA DE ENFERMERA INSTRUMENTISTA.	29
11.2.1 Actividades preoperatorio	29
11.2.2 Actividades tansoperatorias	29
11.2.3 Actividades postoperatorias	29
12. MEDICINA TRADICIONAL	30
13. LOS CONTENIDOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL: CREENCIAS MÁGICAS RELIGIOSAS Y EMPÍRICAS	31
13.1.1 ESTADO PROFUNDO	31
13.1.2 SUPERFICIAL	31
13.1.3 EL ENFERMO	31
METODOLOGÍA	33
DISEÑO METODOLÓGICO	34
➤ DISEÑO METODOLÓGICO	34
➤ TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
➤ TIPO DE DISEÑO	34
➤ ÁREA DE ESTUDIO	35
TÉCNICA E INSTRUMENTO	36
VARIABLES	37

## **RESULTADOS**

**Tabla# 1** Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital divina providencia del cantón San Lorenzo.

**Tabla# 2** distribución de las frecuencias de las pacientes que fueron intervenidas en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo con diagnostico gineco-obstétrico y su herida fue infectada.

**TABLA # 3**Distribución de frecuencia de tipos de cirugías realizadas a usuarias intervenidas quirúrgicamente en el hospital divina providencia del cantón San Lorenzo.

**TABLA # 4**Distribución de actividades pre-quirúrgicas del personal de enfermería en la preparación a las usuarias intervenidas quirúrgicamente en el hospital divina providencia del cantón San Lorenzo en abril- junio del 2012.

**TABAL # 5**Cumplimiento de las actividades por parte del personal de enfermería circulante en los pacientes sometidos a un acto quirúrgico con diagnostico gineco-obstétrico en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

**TABLA # 6** Cumplimiento delas actividades por parte del personal de enfermería instrumentista en pacientes sometidos a un acto quirúrgico con diagnostico gineco-obstétrico en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

**TABLA # 7** Distribución de frecuencia de incidencia y prevalencia de los diagnósticos gineco-obstétricos en el en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo.

**TABLA # 8** Distribución frecuencia de los pacientes que recibieron información por parte del personal de enfermería sobre los cuidados de la herida quirúrgica en el Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo.

**TABLA # 9** Distribución de frecuencia de pacientes que utilizan métodos tradicionales que fueron operados con diagnostico gineco-obstétrico en el en el Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo.

**TABLA # 10** Distribución de la atención de enfermería con identificación de hábitos y creencias en usuarias intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Divina providencia del Cantón San Lorenzo en abril- junio del 2012.

**TABLA # 11** Distribución de toma de medicación en domicilio indicados por el medico a usuarias intervenidas con problemas gineco-obstétrico en el Hospital Divina providencia del Cantón san Lorenzo.

**TABAL # 12** Distribución de información que brinda el personal de enfermería después de su intervención para su recuperación en el Hospital Divina providencia del Cantón San Lorenzo.

#### **CAPÍTULO IV**

Discusión 55

Conclusión 57

Recomendación60

Bibliográfica 62

Propuesta 63

#### **CAPÍTULO V**

##### **Anexos**

N° 1 Guía de observación dirigidas al personal de enfermería. 76

N° 2 Encuestas aplicadas a usuarios con diagnostico gineco-obstétricos 79

N° 3 Operacionalización de variable. 81

##### **Fotografía**

## RESUMEN

Las infecciones de la herida quirúrgica son aquellas que ocurren a partir de la contaminación bacteriana por un procedimiento quirúrgico que ocurre en el sitio de la incisión que solamente involucra piel y tejido celular subcutáneo.

Los diagnósticos pre- quirúrgicos ginecológicos son aquellas valoraciones previas que realiza al médico a mujeres que presentan alguna alteración. Dentro de este grupo existen con mayor frecuencia las histerectomías, salpingectomías y cesáreas las cuales a su vez puede comprometer la salud del usuarias, dependiendo del rol de enfermería y la participación de los familiares al momento de los cuidados postoperatorios ; el objetivo general de esta investigación fue determinar si existe relación en el índice de infecciones postoperatorio con los procedimientos que realiza el personal de enfermería que atienden a usuarios con problemas gineco-obstétricos en la etapa pre, trans y post-operatoria del Hospital Divina providencia del Cantón San Lorenzo Provincia Esmeraldas.

Para el desarrollo de la investigación se trabajó con mujeres que fueron intervenidas entre el mes de mayo – junio del 2012, se identificaron causas directas e indirectas , se valoró los procedimientos que realiza el personal de enfermería y la intervención que realizan los familiares y usuarios, ya que de esto depende la pronta recuperación del paciente, el tipo de estudio que se aplicó fue analítico – descriptivo, el diseño transversal , retrospectivo, el área de estudio fue en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo, en los departamentos de quirófano, recuperación y hospitalización, la proyección de la muestra se basó en el número de casos registrados en el departamento estadístico del Hospital en el mes de abril – junio del 2012, se consideró 37 mujeres que tuvieron diagnostico pre-quirúrgicos ginecológicos.

### **Palabras claves**

**Área quirúrgica:** Conjunto de dependencias donde están ubicados los quirófanos, vestuarios, zonas de lavado y esterilización.

**Pre-operatoria:** Son los cuidados que se proporcionan al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.

**Trans-operatoria:** Es el periodo que transcurre desde que el paciente se sujeta al procedimiento quirúrgico, hasta su traslado a la sala de recuperación.

**Postoperatorio:** Es el periodo que inicia desde que termina el acto operatorio y la paciente es trasladada a la sala de recuperación y posteriormente a la sala de hospitalización.

## **ABSTRACT**

The surgical wound infections are those that occur from bacterial contamination of a surgical procedure that occurs at the site of the incision that involves only skin and subcutaneous tissue.

The pre-surgical gynecologic diagnoses are those previous assessments made by the physician to women with some alteration. Within this group there are more often hysterectomies, cesareans salpingectomy and which in turn may compromise the health of users, depending on the nursing role and involvement of the family at the time of postoperative care, the overall objective of this research was to determine whether a relationship exists in the rate of postoperative infections with procedures performed by the nursing staff that serve users with gynecological and obstetric problems in the pre, intra and post-operative Hospital of Divine Providence of San Lorenzo Canton Esmeraldas Province.

To develop research worked with women who were operated between the months of May-June 2012, were identified direct and indirect causes, we evaluated the procedures performed by the nursing staff and the intervention made by family members and users, since this depends on the speedy recovery of the patient, the type of study that was used was analytical - descriptive, cross-sectional, retrospective study area was Divine Providence Hospital in Canton San Lorenzo, in the departments of surgery, recovery and hospitalization, the projection of the sample was based on the number of cases in the statistical department of the hospital in the month of April to June 2012, was considered 37 women who had pre-surgical gynecologic diagnosis.

### **Keywords**

**Surgical:** Joint dependencies are located where the operating rooms, locker rooms, laundry areas and sterilization.

**Pre-operative:** Are the care provided to the patient to undergo surgery.

**Trans-operative:** The period of time from when the patient is subjected to the surgical procedure, until he moved to the recovery room.

Postoperative: The period beginning from ending the surgical procedure and the patient is taken to the recovery room and then to the ward.

## INTRODUCCION

Podemos apreciar que en los últimos años la enfermera ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica; comenzó a crear y a someter a prueba sus propias bases teóricas a fomentar el desarrollo académico de las personas que lo ejercen a nivel profesional y aplicar su propia teoría a la práctica

Las ciencias médicas en la actualidad se enfrentan no solo a la responsabilidad de atender a pacientes enfermos, si no también tiene la responsabilidad de mantener informado al paciente durante su estancia en el centro médico. Por lo general se vienen realizando estudios para mejorar los cuidados de los pacientes creando protocolos que se estandarizan de acuerdo a la necesidad de las casas de salud.

En esta investigación se determinó si existe relación en el índice de infecciones postoperatorio con los procedimientos que realiza el personal de enfermería que atienden a usuarios con problemas gineco-obstétricos en la etapa pre, trans y post-operatoria del Hospital Divina providencia del Cantón San Lorenzo, para esto se aplicaron instrumentos enmarcados a determinar cuál es la causa principal de estas infecciones posoperatorias.

En esta entidad de salud hay índice de infecciones postoperatorias y se investigó si las prácticas de medicina popular influyen en las complicaciones postoperarias, esto nos demostró resultados muy alarmantes confirmando la efectividad de la influencia de la medicina popular en los usuarios intervenidos, pero para esto se ha promovido una guía de atención de enfermería para pacientes que van hacer antedinos.

Esta guía está básicamente orientada a la atención que debe brindar el personal de enfermería que atiende a los usuarios con problemas gineco-obstétricos en la etapa pre, trans, post-operatoria. Está diseñada para orientar a todas las personas involucradas en este trabajo investigativo.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aproximadamente 23 millones de pacientes cada año son sometidos a intervenciones quirúrgicas en los Estados Unidos y alrededor de 900.000 pacientes presentan infección de la herida quirúrgica, variando la tasa de infección entre el 3 y 9 %, dependiendo de la institución y del procedimiento específico realizado. La Infección de Sitio Quirúrgico ocurre en 14 - 16% de todas las infecciones nosocomiales entre pacientes ingresados y es la tercera causa más frecuente de infección nosocomial reportada.

La causa del 77% de los fallecimientos que se puede atribuir a infecciones que, en un 93% de los casos, era de órgano. Cada infección postquirúrgica incrementa de 3.7 días de estancia en la unidad de recuperación. La mayoría de las infecciones quirúrgicas se adquieren intraoperatorio y son endógenas, resultantes de la flora de la piel del paciente, tracto gastrointestinal o las mucosas. Las infecciones exógenas son menos comunes y son probablemente adquirida de la piel o la flora nasal del funcionamiento del equipo, o más raramente de material contaminado o instrumentos en el quirófano.<sup>1</sup>

El riesgo de infecciones postoperatorias de cirugía se debe principalmente a la magnitud de la contaminación del campo quirúrgico. La apertura del lumen del órgano que contienen bacterias siempre implica un riesgo importante para las infecciones de la herida postoperatoria. En 1964, el Consejo Nacional de Investigación propone una clasificación de los procedimientos quirúrgicos relacionados con el grado de contaminación bacteriana. Este sistema de clasificación de la herida ha servido de base para recomendar el uso de antibióticos, para la preparación preoperatoria del intestino, para dirigir la gestión de la herida y la herida para centrar la vigilancia.<sup>2</sup>

Según la Dra. Zarahi Cano Juarez De La Universidad Autónoma De Guadalajara Y Medico Anestesiologo Facultad De Medicina Depto. De Cirugia, define a las complicaciones post-quirúrgicas como “cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico.” Es decir, que son aquellas manifestaciones de malestar general como, fiebre, dolor local de herida, hematoma,

---

<sup>1</sup> artículos científico guía de cuidados de enfermería pág. 38-40, Principios de ética y legislación quirúrgica pág. 19-21,

<sup>2</sup> Federación pan Principios de ética y legislación quirúrgica pág. 19-21, Federación panamericana de profesionales de enfermería 4-5

edema, aparición de seroma<sup>3</sup>. Luego aparecen complicaciones etiológicas, causadas por la enfermedad primaria, consecuencias de las enfermedades que se operan también encontramos manifestación etiológica generadas por la propia intervención quirúrgica, que pueden ser el olvido de material instrumental en el lugar de la incisión, sutura con material no adecuado, en un porcentaje mínimo se encuentran complicaciones causadas por los accidentes quirúrgicos, como rotura del guante en proceso de intervención, caída de lámpara de quirófano entre otros.

Normalmente es común observar que en procedimientos postquirúrgico, suelen aparecer dehiscencia de heridas que es la rotura parcial o total de cualquiera de las capas de la herida quirúrgica. (1 al 3% de los procedimientos quirúrgicos);evisceración rotura de todas las capas de la pared abdominal con extrusión de las vísceras abdominales. Según las estadísticas de paciente postoperatorio del MSP. Este tipo de consecuencia es más frecuente entre el 5to.-8vo día de postoperatorio. Puede ser la primera manifestación de un absceso intrabdominal, seguido de salida de líquido serosanguinolento, puede haber antecedentes de tos o náusea, entre otros.<sup>4</sup>

En el Ecuador el conocimiento de los factores que interactúan en el desarrollo de la herida quirúrgica y su frecuencia se ha adquirido mediante la realización de estudios epidemiológicos tanto retrospectivos como prospectivos, a través de los cuales se ha demostrado que es difícil disminuir la frecuencia de infecciones del sitio quirúrgico hasta en un 35 %. En la prevención de las infecciones, aunque debe tenerse en cuenta el uso de antibióticos de forma profiláctica, nunca deben descuidarse los principios quirúrgicos esenciales como: Técnica aséptica estricta, hemostasia minuciosa, uso de electrocauterio, duración del tiempo quirúrgico, utilización del drenaje quirúrgico. Cerca del 50% de las infecciones del sitio quirúrgico se presentan en la primera semana del postoperatorio y casi el 90% en las semanas siguientes.

En Esmeraldas del 17% de los pacientes atendidos en hospitales públicos se han presentado infecciones postoperatorio en un 4% de la población, en la incidencia de infección del sitio quirúrgico en cirugía traumatológica maxilofacial es baja, mientras que en cirugía no traumatológica aumenta un 2% la infecciones. Los factores que de

---

<sup>3</sup>Vanrell JA, Carmona F. Complicaciones de cirugía ginecológica. En: Cañete ML, Cabero R. Urgencias en ginecología y obstetricia: Aproximación a la medicina basada en la evidencia. Madrid 2007: 611-639. Editorial FISCAM D.L

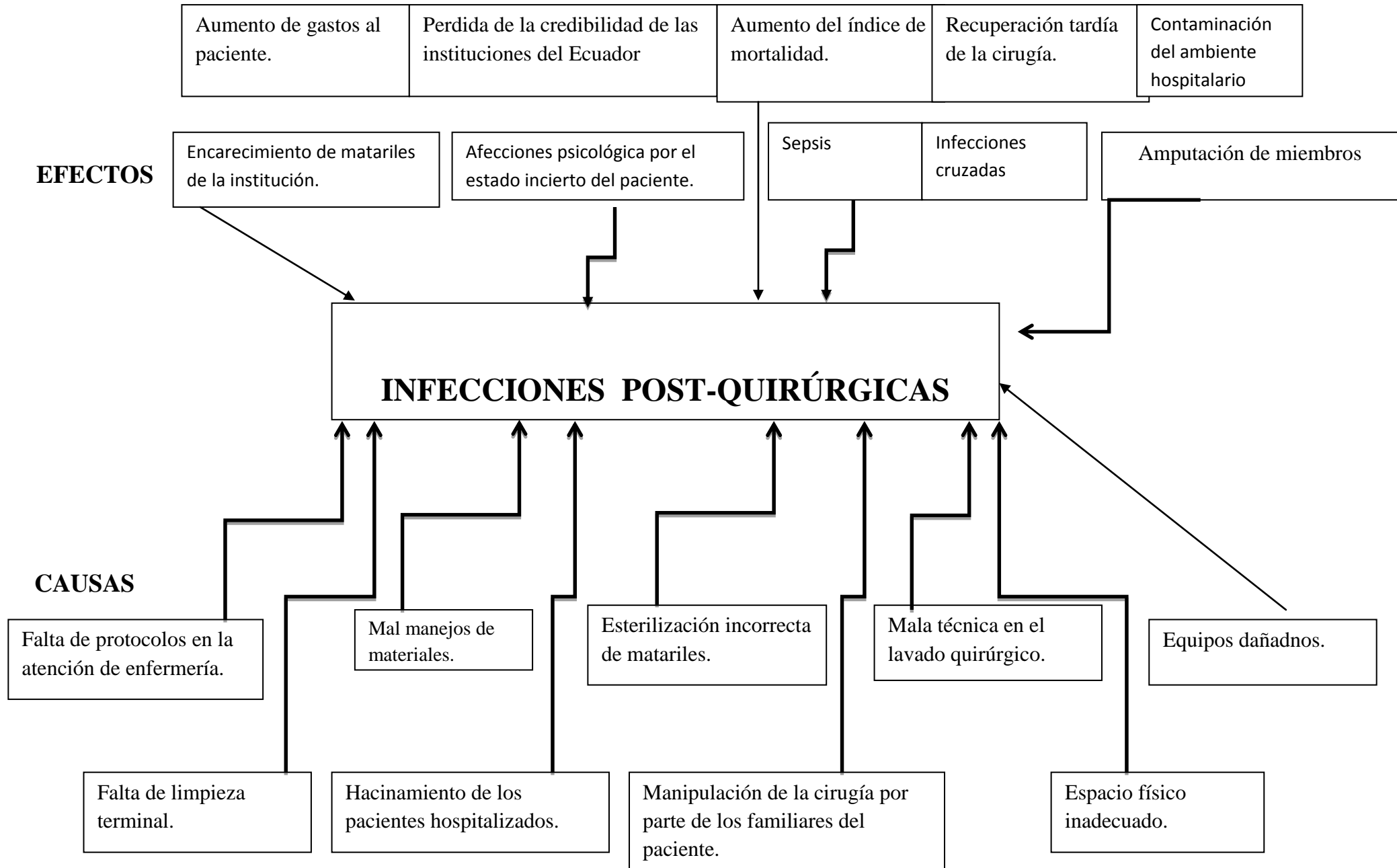
<sup>4</sup>Departamento de cirugía de la Facultad de medicina de la universidad de Guadalajara. Dra. Zarahi Cano Juárez.

manera independiente se asocian a la infección son el tiempo de intervención, el grado de contaminación de la herida, la incidencia de infección aumenta a mayor puntuación.

En el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas, en el pasar del tiempo se han ejecutado algunas intervenciones quirúrgicas en niños, hombres y mujeres por diferentes determinantes que han conllevado aquella situación, en el periodo de tiempo; desde el mes de abril hasta junio del 2012 según datos estadísticos revelados, en el lapso de estos meses se han intervenido quirúrgicamente 37 pacientes, de estos pacientes las intervenciones fueron estrictamente complicaciones ginecológicas desglosado en diferentes motivos que comprende entre: cesáreas 15, cesáreas más salpingectomías 11, salpingectomías 7 e histerectomías 4, de estas cirugías actualmente mencionado, en cuanto a las intervenidas, en los pacientes se presentaron 7 complicación postoperatoria<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup>Registro de ingreso y egreso del hospital - WWW.OMS.ORG Complicaciones postquirúrgicas- Libro de registros postquirúrgicos del 2012



## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar si existe relación en el índice de infecciones postoperatorio con los procedimientos que realiza el personal de enfermería que atienden a usuarios con diagnóstico gineco-obstétricos en la etapas pre, trans y post-operatoria del Hospital Divina providencia del Cantón San Lorenzo Provincia Esmeraldas en el periodo de abril- junio del 2012.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Determinar el número de personas que presentaron infecciones con diagnósticos gineco-obstétricos
2. Identificar si existen falencias en los procedimientos que realiza el personal de enfermería en diferentes etapas quirúrgicas en usuarias con diagnóstico gineco-obstétricos que son atendidos en el Hospital Divina Providencia Del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas
3. Conocer la prevalencia e incidencia de las infecciones postoperatorias que se presentan en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas
4. Determinar si las prácticas de medicina tradicional influyen en las infecciones postoperatorias en los pacientes que han sido intervenidos en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas
5. Proveer una guía de atención al personal de enfermería para pacientes quirúrgicamente intervenidos.

## JUSTIFICACIÓN

Debido a la prevalencia de infecciones postquirúrgicas que se dan en la actualidad, se han producido complicaciones, que muchas veces puede ser desencadenantes de muerte, las infecciones postquirúrgica pueden darse por hacinamiento de los pacientes hospitalizados, manipulación de la incisión por parte de los familiares del paciente entre otros.

La enfermera cumple un papel importante en momentos previos, durante y después a una cirugía, porque está vigilante ante cualquier cambio o alteración en signos vitales, es quien educa a las pacientes en cuanto al procedimiento y explica sus beneficios, riesgos etc. También en su desempeño como circulante es quien se encarga de suplir con insumos, materiales y ordenar el quirófano previo a la cirugía y, como instrumentista es quien asiste al médico durante la intervención dotándolo de instrumental quirúrgico, hilo entre otros, sin dejar de mencionar el rol que desempeña en la recuperación inmediata del paciente intervenido.

La enfermera no debe dejar pasar por alto las diferentes actividades correctas que debe tener el resto del personal de salud en su unidad en la cual incluye la asepsia y antisepsia de materiales, estructura física del quirófano, esterilización de instrumental quirúrgico, batas, pinzas etc. además la correcta preparación de la zona de incisión, sin olvidar la importancia de la utilización de las normas de bioseguridad, lavado quirúrgico de manos, lavado y desinfección de instrumental quirúrgico antes de su esterilización, correcta clasificación de los desechos infecciosos, el cumplimiento de las técnicas en el vestido quirúrgico y asistencia del mismo.

El estilo de vida de muchas mujeres en la actualidad es de alto stress por sus diferentes ocupaciones en el ámbito laboral y democrático. Es por ello la importancia de incorporarse en el periodo normal de recuperación postoperatoria a sus actividades laborables y seguir con su vida normal.

En el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas existe un índice de infecciones postoperatorias de tipo ginecológicos por lo cual la finalidad del presente trabajo es de determinar si existe relación en el índice de infecciones quirúrgicas pos operatorias con los procedimientos que realiza el personal enfermería que atienden a las mujeres con problemas ginecológicos en las etapa pre,

trans y post-operatoria del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas en el periodo de abril hasta junio, por lo que en este hospital se han presentado algunas infecciones.

Para esto se propondrá o presentará una guía de atención de enfermería, para usuarias intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico gineco-obstétrico, encaminada a prevenir alteraciones y/o complicaciones quirúrgicas con el fin de mejorar la pronta recuperación de los pacientes intervenidos, beneficiando al personal de salud para brindar mejor atención y cuidado con calidad y calidez a los pacientes mejorando así la credibilidad de la institución, a su vez el beneficio será compartido ya que asegurará el éxito de recuperación y rehabilitación de los usuarios.

## MARCO TEÓRICO

### **6. HOSPITAL DE SAN LORENZO DIVINA PROVIDENCIA.**

El Cantón San Lorenzo está ubicado en la frontera norte de la Provincia de Esmeraldas, al norte limita con la República de Colombia, hacia el sur con el Cantón Eloy Alfaro, al este con las Provincias de Carchi e Imbabura y hacia el oeste con el Océano Pacífico.

El cantón San Lorenzo cubre un territorio aproximado de 305,310 Hs; y, su división política está conformada por una cabecera cantonal y de 12 parroquias rurales, así: Ancón de Sardinas, San Javier, Tululbí, Mataje, Tambillo, Calderón, Santa Rita, Urbina, Alto tambo, Cinco de Junio, Concepción.

Las carreteras; San Lorenzo – Ibarra, y San Lorenzo – Esmeraldas, integradas a la Carretera Marginal de la Costa Pacífica. Hoy en día, a más de las dos vías importantes que lo comunica con Ibarra y Esmeraldas, San Lorenzo podrá conectarse con el resto del país. Este cantón es la unión entre Sierra y Costa, a bordo de un tren popular, llamado autoferro o a través de la carretera que une San Lorenzo con Ibarra, provincia interandina de Imbabura en dos y media horas aproximadamente. En Cantón San Lorenzo cuenta con entidades pública entre ellas el Hospital Divina Providencia el que se localiza desde su fundación en el sector del barrio Kennedy, la creación y desarrollo histórico del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas se fundamenta a través de las siguientes acciones:

Comienza muy moderadamente con un hospital de diez camas, inauguradas el 10 de mayo de 1966, debido al entusiasmo e interés del Obispo de entonces, Monseñor Barbisotti; quien encargó la administración del mismo a las misioneras Combonianas.

Las necesidades del hospital fueron aumentando debido a las demandas de pacientes, ya que desde el comienzo se construyó como un centro hospitalario de eficiente funcionamiento.

El gobierno Ecuatoriano, a través del ministerio de salud, apoyó la iniciativa y constituyó un fondo de ayuda anual que se incrementa anualmente de forma modesta, no alcanzando a solventar los gastos de mantenimiento que fueron siempre por cuenta del Vicariato de Esmeraldas.

Finalmente, comprendiendo que la obligación con la salud del pueblo era compromiso del estado, con fecha 31 de marzo de 1978 se expide el decreto de Fiscomisionalización del Hospital Divina Proveniencia, para regular dicha fiscomisionalización se firma un convenio interinstitucional entre el Vicariato Apostólico de Esmeraldas con el Ministerio de Salud el 30 de junio de 1980, en la cual en forma clara se precisan las obligaciones de ambas partes con respecto a la marcha y administración del hospital Divina Providencia.

En este lapso de tiempo fueron incrementándose los servicios, así tenemos que en 1981 se inaugura un pabellón de Pediatría con la contribución de Caritas de Suiza, en el año siguiente se inauguró otro pabellón obstétrico con la ayuda del Estado Ecuatoriano y benefactores Suizos, finalmente en 1983 se construye un pabellón para el gabinete de RX. Con un presupuesto proporcionado por el Ministerio de Salud, el hospital pudo ofrecer a la comunidad de San Lorenzo y a su área de influencia toda su capacidad de 70 camas y 4 servicios básicos (Pediatría, clínica, cirugía, gineco-obstétrica).

Hasta la primera semana del presente año los religiosas Combonianas tenían a su cargo la administración y otros servicios, para el inicio de febrero de 1988 las hijas de la caridad se hacen cargo de la administración del hospital. Desde su comienzo la dirección del hospital has estado a cargo del doctor Aurelio Fuente C. después fue el cargo de la dirección a otras manos de profesionales.

El hospital da atención de primera calidad ya que cuenta con el presupuesto del estado y ayudas extranjeras en medicamentos e implementación médica.

# MAPA DEL CANTÓN SAN LORENZO



## **7. INFECCIONES POSTQUIRÚRGICAS**

Es aquella que ocurre a partir de la contaminación bacteriana causada por un procedimiento quirúrgico. Aunque la definición se circunscribe solamente a la “herida” quirúrgica, se extiende también a la afectación de tejidos más profundos involucrados en el procedimiento operatorio, y que suelen estar libres de gérmenes en condiciones normales.

### **2.1 Infección de herida quirúrgica Incisional superficial.**

Ocurre en el sitio de la incisión dentro de los 30 días posteriores a la cirugía y que solamente involucra piel y tejido celular subcutáneo del sitio de la incisión con uno o más de los siguientes criterios:

- Drenaje purulento de la incisión superficial.
- Cultivo positivo de la secreción o del tejido obtenido en forma aséptica de la incisión.

### **2.2 Infección de la herida quirúrgica incisión profunda**

Presencia de por lo menos un signo o síntoma de infección con cultivo positivo.

Herida que el cirujano deliberadamente abre (con cultivo positivo) o juzga clínicamente infectada y se administran antibióticos.

Es aquella que ocurre en el sitio de la incisión quirúrgica y que abarca la fascia y el músculo y que ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía si no se colocó implante, o dentro del primer año si se colocó implante, con uno o más de los siguientes criterios:

- Secreción purulenta del drenaje colocado por debajo de la aponeurosis.
- Una incisión profunda con dehiscencia, o que deliberadamente es abierta por el cirujano, acompañada de fiebre o dolor local.
- Presencia de absceso o cualquier evidencia de infección observada durante los procedimientos diagnósticos o quirúrgicos.

- Diagnóstico de infección por el cirujano o administración de antibióticos.

### **2.3 Patogenia**

Las infecciones de las heridas quirúrgicas dependen de varios factores: relacionados al paciente y sus enfermedades subyacentes; al tipo de procedimiento y si hay implantación de material extraño al hospedero; de la magnitud del trauma quirúrgico; del tipo de microorganismo y su capacidad de adherencia y de la profilaxis antimicrobiana perioperatoria.

Casi todas las infecciones de heridas quirúrgicas se adquieren en el momento de la intervención mediante la implantación de los microorganismos provenientes de un reservorio o fuente, en el campo operatorio, al momento de la cirugía.

La mayoría de los microorganismos infectantes a las heridas quirúrgicas son transmitidos desde algún área de la superficie corporal del paciente, adyacente a la herida, o de lugares distantes al quirófano. Los reservorios o fuentes más importantes de contaminación lo constituyen el personal, los pacientes y el ambiente hospitalario. Un reservorio potencial de microorganismos lo constituyen las manos del trabajador de la salud involucrado en el cuidado del paciente, así como el cabello y cuero cabelludo del personal de salud.

El tracto respiratorio no representa una fuente importante y común de microorganismos responsables de infecciones de heridas quirúrgicas, la mayoría de las infecciones son causadas por microorganismos de la flora normal de la piel, vísceras huecas y de las mucosas del mismo paciente. El ambiente operatorio es causa muy rara de infección postoperatoria cuando se cumplen con todas las condiciones adecuadas de mantenimiento y limpieza. Los reservorios inanimados responsables de infecciones de heridas operatorias son los antisépticos contaminados, los apósitos o material contaminado. La forma de transmisión de los gérmenes puede ser por contacto directo a través de las manos contaminadas, o indirecto a través de gotas o partículas que pueden tener bacterias.

## 2.4 Etiología

La mayoría de las infecciones de las heridas quirúrgicas son causadas por bacterias y las más comúnmente aisladas son los Gram positivos (*S. aureus*, *Enterococcus*spp, *S. coagulasa* negativa) y algunos gérmenes Gram negativos principalmente *E. coli*. También pueden encontrarse otros Gram negativos con menor frecuencia como *Enterobacter*spp, *P. mirabilis*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*.

La etiología de las infecciones de herida quirúrgica también está en relación al tipo de cirugía y órgano intervenido.

## 2.5 Cuidados de enfermería

- Lavar los objetos contaminados.
- Realizar la desinfección y esterilización de los mismos.
- Cambiar la ropa sucia del paciente
- Desechar los tejidos muertos,
- Emplear medidas de limpieza y desinfección en el mobiliario y habitaciones.
- Tomar medidas de aislamiento
- Lavarse las manos.
- Usar guantes entre cada procedimiento.
- Los enseres de aseo del paciente serán individuales.
- Mantener la integridad cutánea
- Aseo adecuado e hidratación de la piel.
- Valorar aumento de la temperatura cutánea.
- Olor de la herida.
- Aproximación de los bordes de la herida
- Valorar formación de cicatriz.
- Manipular lo menos posible los sistemas de perfusión.
- Curar las heridas con técnica estéril.
- Limpieza de la piel con agentes antibióticos
- Mantener un antibiótico aséptico
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica de la invasión
- Afeitar vello que rodea la zona afectada

## **8. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA**

### **3.1 PERIODO PREOPERATORIO**

Son los cuidados que se proporcionan al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.

#### **3.1.1 EQUIPO.**

- Bata
- Gorro o capelina
- Equipo para venoclisis
- Expediente clínico completo
- Medicación preanestésica
- Equipo para tricotomía:
- Gasas
- Navaja para rasurar
- Agua
- Jabón
- Pinza de anillos estéril
- Solución indicada
- Torundas alcoholadas

#### **3.1.2 PROCEDIMIENTO.**

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo.
- Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
- Proporcionar atención psicológica al paciente.
- Confirmar que la indicación operatoria este en el expediente.
- Colocar pulsera de identificación.
- Toma de signos vitales.
- Mantener en ayuno al paciente por lo menos 8 horas antes de la intervención quirúrgica.
- Retirar prótesis.
- Retirar joyas y pasadores del cabello.

- Quitar maquillaje y esmalte de uñas.
- Preparar la región a intervenir.

### **3.1.3 CIRUGÍA**

- Rasurar todo el vello del pubis
- Aplicación de medicación preanestésica.
- Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
- Hacer las anotaciones en la hoja de enfermería.
- Enviar a la paciente a quirófano en cuanto la soliciten.
- Preparar la cama postanestésica de acuerdo con el procedimiento establecido.

## **9. PERIODO TRANSOPERATORIO**

El periodo transoperatorio está enfocada a facilitar la intervención quirúrgica para que transcurra en forma exitosa, sin incidentes y procurando la seguridad del paciente durante su estancia en el quirófano.

### **4.1.1 EQUIPOS:**

- Antiséptico.
- Agua esterilizada para irrigación.
- Guantes.
- Hisopos.
- Gasas grandes

### **4.1.2 PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**

- Calzarse los guantes.
- Impregnar la gasa con antiséptico
- Iniciar la asepsia en el sitio exacto donde se va a realizar la incisión, con movimientos en forma circular friccionando la piel, del centro a la periferia abarcando toda la zona necesaria según el tipo de intervención quirúrgica.
- Tener en cuenta que el área no puede ser tocada por los guantes
- Secar el área evitando contaminar la zona aséptica

- Vaciar la solución antiséptica, empleando el método de manejo para soluciones estériles.

## **10. PERIODO POSTOPERATORIO**

Es el periodo que inicia desde que termina el acto operatorio y la paciente es trasladada a la sala de recuperación y posteriormente a la sala de hospitalización.

### **5.1.1 EQUIPO**

- Riñón
- Compresa
- Analgésicos
- Jeringas desechables de diferentes calibres.
- Torundas con alcohol.

### **5.1.2 PROCEDIMIENTO.**

- Indicarle al camillero que instale a la paciente en su cama.
- Realizar la recepción del paciente, identificar al paciente, corroborar las tiras de identificación del recién nacido.
- Verificar la permeabilidad de la sondas.
- Verificar si la herida quirúrgica presenta sangrado.
- Examinar los apósitos
- Verificar la cantidad de sangrado.
- Toma de signos vitales.
- Cubrir al paciente.
- Ministración de analgésicos por razón necesaria.
- Cumplir con las indicaciones médicas.
- Vigilar y asistir al paciente en caso de náusea o vómito.
- Verificar las características de la orina y la presencia de micción espontánea.
- Verificar signos y síntomas de infección de la herida
- Mantener al paciente limpio y cómodo.
- Iniciar líquidos claros a las doce horas de postoperatorio.
- Iniciar deambulación precoz a las 24 horas de postoperatorio.

- Asistir al paciente durante el baño de regadera.
- Aseo adecuado e hidratación de la piel.
- Curar las heridas con técnica estéril

## **11. CATETERISMO VESICAL**

El Sondaje vesical consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra. La técnica del sondaje urinario se debe de realizar con una técnica aséptica rigurosa, manteniéndose la sonda el mínimo tiempo preciso.

### **6.1.1 Materiales**

- Guantes no estériles.
- Guantes estériles.
- Paño estéril.
- Antiséptico: Povidona Yodada o clorhexidina.
- Lubricante hidrosoluble.
- Jeringa 10 cc.
- Agua estéril.
- Bolsa colectora con grifo.
- Soporte para la bolsa colectora.
- Gasas estériles.
- Jeringa de 50 cc con cono de alimentación.
- Pinza kocher plástico.
- En caso de mediciones horarias: Urinómetro (equipo medición diuresis horaria).

### **6.1.2 Preparación del paciente:**

- Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar explicando las maniobras para obtener su colaboración y tranquilizarlo, siempre preservando su intimidad.
- Informar al paciente sobre los cuidados que tiene que tener sobre su sonda:
- Llevar la bolsa de diuresis por debajo de los genitales.
- Mantener su higiene genital y corporal: lavado de genitales con jabón antiséptico.

- Evitar tirones y pinzamientos a lo largo del trayecto.

### **6.1.3 Preparación del personal:**

- Tener la batea preparada con todo el material necesario
- Conocer la patología del paciente, para colocarle la sonda más idónea (hematuria, estenosis uretral, prostatismo, retención urinaria, etc).
- Elección de la sonda adecuada adaptando su diámetro al de la uretra.
- Lavado antiséptico de las manos ponerse el par de guantes no estériles.

### **6.1.4 En la mujer:**

- Colocar a la paciente en posición ginecológica (decúbito supino con las piernas flexionadas).
- Lavado de los genitales externos del paciente, incluyendo el interior de los labios mayores y menores (de arriba hacia abajo).
- Se limpia el meato urinario.
- Anotar en la historia de la paciente la fecha de la realización de la técnica, las incidencias del sondaje, el calibre del catéter utilizado, la cantidad de orina excretada

### **6.1.5 Técnica**

- Retirar los guantes.
- Lavar las manos.
- Anotaciones en la hoja de enfermería:
- Que el procedimiento se ha realizado, cuando y quien.
- Dificultades encontradas si las hubiera.
- Anotar volumen de diuresis en caso de retención.
- Anotar diariamente el volumen, seguimiento y cuidados.

## **12. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE**

### **7.1.1 CON Sonda Vesical Permanente**

- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.
- Lavar la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica.
- Indicar al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Excepto que esté contraindicado (pacientes con fallo renal o cardiaco) estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.

### **7.1.2 Técnica**

- Limpieza e irrigación con povidona yodada.
- Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco supra púbico, orina turbia o mal oliente, hematuria).
- Valorar la aparición de infección uretral. Tomar muestra de cultivo si procede.
- Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de la bolsa recolectora de diuresis nunca en la sonda.

### **7.1.3 Procedimiento del sondaje vesical intermitente.**

Sondaje vesical intermitente, es aquel que se emplea bien con fines terapéuticos (administración de medicación endovesical, vaciamiento de vejiga, etc.) o fines diagnósticos (toma de muestra de orina estéril), en el cuál la sonda vesical es retirada una vez conseguido el objetivo planteado.

El procedimiento es el mismo que en el sondaje vesical permanente, únicamente se diferencia por que se realiza una retirada inmediata de la sonda, una vez alcanzado el fin por el cuál se produjo el sondaje.

#### **7.1.4 RETIRADA DE LA SONDA VESICAL**

- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto.
- Irrigar genitales y meato urinario con solución antiséptica.
- Conectar una jeringa y vaciar completamente el contenido del balón.
- Retirar la sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, si no lo es, proceder a su limpieza.
- Anotar la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada.
- Controlar las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. En pacientes postoperados puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejora con el paso del tiempo.

### **13. RASURADO DEL ÁREA QUIRÚRGICA**

#### **8.1 Rasurado del vello**

- Se retirará el vello sólo si se considera esencial para la aplicación de la técnica quirúrgica correspondiente. Únicamente se eliminará el vello si interfiere con la cirugía.
- De ser necesario, el vello se eliminará lo más cercano posible, en el tiempo, a la incisión quirúrgica y se realizará con maquinilla eléctrica que corte el pelo. Nunca se rasurará con cuchillas.
- Posteriormente se realizará una ducha e higiene pre-quirúrgica según la norma establecida.

## **8.2 LAVADO PREVIO DE LA ZONA DE INCISIÓN.**

Se lavará y limpiará cuidadosamente la zona de incisión y su entorno para la eliminación de contaminantes gruesos antes del pintado con antiséptico.

## **8.3 ANTISEPSIA DE LA PIEL DEL CAMPO**

- La limpieza se realiza en círculos concéntricos del centro a la periferia.
- El antiséptico a utilizar es: Povidona yodada en solución acuosa al 10% o en casos de contraindicación de los compuestos yodados se usará clorhexidina en solución alcohólica al 5%.

## **14. ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO.**

La limpieza del material de uso en un acto quirúrgico o intervención, como todos sabemos se debe limpiar y esterilizar con la mejor técnica evitando así el riesgo de infecciones postquirúrgicas cruzadas. El material, una vez recibido en la zona sucia, se procederá a su lavado con agentes no abrasivos y que no deterioren el material de corte u otro material delicado. Este lavado se puede realizar según técnicas manuales, lavado a mano realizado por el personal auxiliar de enfermería o el lavado mecánico en lavadoras automáticas, destinadas a tal fin.

### **9.1.1 TÉCNICA DE LIMPIEZA DEL MATERIAL QUIRÚRGICO.**

1. limpieza del material con agua fría, para evitar la fijación de restos biológicos o de sangre; prestando atención a zonas de difícil acceso, esto es puntas, asas, zonas autorresistente o de sujeción.

También se pueden utilizar cubetas de ultrasonidos, en la fotografía, que nos permiten la limpieza de materiales delicados como las pinzas de microcirugía. El material se coloca en estas cubetas, previa limpieza en agua fría, para evitar la fijación de restos orgánicos, sangre etc., junto a una solución desinfectante, y con la rotación de los ultrasonidos se soltarán las partículas que hayan podido quedar unidas al material. Esta técnica evita el deterioro del instrumental delicado.

2. Aplicación de productos de limpieza no abrasivos y que no dañen el material de corte.
3. Aclarado de los restos del producto que pudiesen que dar, así como de restos de material biológico.
4. Secado del material, usando aire seco a presión en zonas delicadas u ocultas (interior de cánulas), o en estufas apropiadas de calor seco tipo poupinel.
5. Esterilización propiamente dicha del material, usando autoclaves de vapor húmedo, que son hoy por hoy lo más barato, rentable y adecuado para la esterilización del material quirúrgico. El material deberá ir colocado dentro de unas bolsas adecuadas para la esterilización, que irán selladas por calor y que contarán con indicadores de esterilización, que indicarán que en todo momento el proceso se está realizando adecuadamente. Aun así se debe tener en cuenta, que materiales de goma o caucho, no deben ser procesados en el autoclaves de vapor húmedo, ya que se deterioran por el calor, ya que se alcanzan temperaturas elevadas, en este caso se usan autoclaves de formaldehído.

### 9.1.2 LIMPIEZA DEL INSTRUMENTAL

Según el riesgo de infección se clasifican los materiales en tres categorías:

- **Materiales considerados críticos:** Es decir aquellos materiales que están en contacto o pueden entrar en contacto, con tejidos estériles o con el sistema vascular.
- **Materiales considerados semi-críticos:** Los que están en contacto con mucosas o piel no intacta.
- **Materiales considerados no críticos:** Los que están en contacto con piel intacta.

La limpieza del instrumental es un proceso, mediante el cual se elimina la suciedad visible de una superficie u objeto. Consiste en la eliminación de todo resto orgánico, sangre, pus, secreciones, moco etc. mediante agua y detergente, produciéndose al mismo tiempo una reducción considerable del número de gérmenes, no por inactivación, si no por arrastre de los mismos, a través de las distintas fases de que consta el proceso de limpieza.

La limpieza puede reducir en 3-4 logaritmos la contaminación microbiana inicial.

La limpieza es el paso previo imprescindible en todo proceso de desinfección y esterilización, de manera que si el instrumental no está perfectamente limpio, no habrá una desinfección ni esterilización eficaz, pues la suciedad impedirá el contacto de la superficie del instrumental con el agente desinfectante o esterilizante, quedando las bacterias protegidas por esa capa de suciedad, produciéndose además una corrosión del mismo por este punto, que lo acabará inutilizando.

### **9.1.3 REALIZACIÓN DE LA LIMPIEZA EN DOS FORMAS**

1. Manual.

2. Mecánica, mediante lavadoras eléctricas o bien por ultrasonidos.

➤ **La limpieza manual** consta de cuatro fases

**A.-** Enjabonado del instrumental, mediante el detergente elegido para ablandar y disolver la suciedad.

**B.-** Fricción con un cepillo de cerdas no metálicas (las cerdas metálicas pueden dañar el acero) tiene por finalidad desprender la suciedad.

**C.-** Aclarado con agua desmineralizada (las aguas muy duras pueden producir manchas en el instrumental y posteriormente una picadura por corrosión del mismo) el aclarado se realizará de forma minuciosa y con abundante agua, para arrastrar los restos orgánicos y del detergente. No existe una buena limpieza sin un aclarado perfecto ya que cualquier resto de detergente actuará como barrera, impidiendo la acción del agente esterilizante.

**D.-** Secado que se realizará inmediatamente después del aclarado, para evitar la formación de manchas en la superficie del instrumental que acabarán produciendo una corrosión del mismo. Un secado defectuoso con gotas de agua puede llevarnos a una esterilización incorrecta, ya que las gotas de agua puede actuar como barrera protectora sobre las bacterias.

Una vez limpio el instrumental se procederá a la desinfección, del mismo para evitar el contagio por el virus de la hepatitis B, C, V I H etc. Que se podría producir por un

pinchazo por parte del personal que lo manipula, al montarlo en los contenedores quirúrgicos.

➤ **Limpieza mecánica eléctrica (lavadoras)**

Las lavadoras eléctricas constan generalmente de varios programas, siendo los principales cinco.

**Prelavado**, programa útil para el instrumental muy sucio.

**Lavado**, del instrumental, en esta fase la temperatura del interior de la cámara no debe ser superior a 45° para evitar de esta manera la coagulación de las albuminas que quedarían adheridas a la superficie del material y lo acabarían deteriorando.

**Aclarado**, en esta fase la temperatura debe oscilar entre 75 y 90°.

**Desinfección térmica**, a 90° durante 10 minutos para prevenir las enfermedades profesionales en el manipulado del instrumental.

➤ **Materiales que se pueden esterilizar**

Por regla general se puede esterilizar por este método todo material que no sea inflamable. Instrumental de curas tijeras, pinzas, grasas, aceites, vidrios, jeringas, pipetas, polvos de talco, boro, porcelanas etc.

Por este método no se puede esterilizar materiales textiles ni termo sensibles (gomas plásticos etc.) sustancias acuosas ni objetos esmaltados.

Para conseguir una perfecta esterilización la relación entre temperatura y tiempo es la siguiente.

- A una temperatura de 180° se requiere un tiempo de esterilización de 30 minutos.
- A una temperatura de 170° se requiere un tiempo de esterilización de 60 minutos.
- A una temperatura de 150° el tiempo será de 150 minutos.
- A una temperatura de 120° el tiempo será de 6 horas.

Hemos de tener en cuenta que el tiempo de esterilización empezará a contar cuando la temperatura sea homogénea en toda la cámara, por lo que los tiempos reales del ciclo son considerablemente más largos.

➤ **Esterilización por vapor de agua (AUTOCLAVE)**

El calor húmedo en forma de vapor saturado a presión es muy eficaz, para la destrucción de toda forma de vida microbiana incluso las esporas. La acción esterilizante se produce por el doble efecto del calor y de la humedad. El vapor penetra a través de las células ocasionando la muerte de las mismas.

➤ **Ventajas.**

Es el procedimiento más rápido eficaz y seguro de los existentes a nivel hospitalario, es barato, no produce residuos tóxicos.

Todo material que no se altere por este procedimiento se deberá esterilizar por vapor húmedo. Para que la esterilización sea eficaz, el vapor debe ser puro, no debe contener gases condensables y debe ser saturado, es decir estar en equilibrio con el agua a una determinada temperatura. En este sistema es necesario el contacto del vapor con todos los puntos del material esterilizar.

Con el vapor húmedo por medio de sus ciclos y programas se puede esterilizar:

- a) Materiales metálicos, contenedores quirúrgicos, instrumental de curas, textil, gomas, etc.
- b) Materiales textiles (grasas, ropa de quirófono, vendas etc.)
- c) Materiales de vidrio (jeringas, pipetas, biberones etc.)
- d) Numerosos materiales plásticos y gomas.

## **10. DEFINICIÓN DE AREA QUIRURGICA.**

**10.1.1 Área quirúrgica:** Conjunto de dependencias donde están ubicados los quirófanos, vestuarios, pasillos, zonas de lavado y esterilización. podemos dividirlos en tres partes:

- **Zona Negra:** La primera zona de restricción que es una verdadera zona amortiguada de protección. Es el área de acceso, en ella se revisan las condiciones de operación y presentación de los pacientes; se hace todo el trabajo administrativo relacionado y el personal (cambiar el vestido por la ropa especial de uso de quirófanos).
- **Zona Gris** La segunda zona es la llamada también zona limpia. Todo personal que entra a la zona gris, debe vestir pijama quirúrgico. La cabeza se cubre con un gorro de tela y oculta todo el pelo para impedir la caída de los cabellos en zonas estériles; la nariz y la boca se cubren con una mascarilla.
- **Zona Blanca:** El área de mayor restricción es el área estéril o zona blanca en la que se encuentra la sala de operaciones propiamente dicha.

**10.1.2 Quirófano:** Es uno de los muchos servicios dentro del hospital, su funcionamiento solo es una parte de la atención al paciente quirúrgico.

**10.1.3 Fuentes de contaminación del área quirúrgica:** Las personas somos la principal fuente de contaminación de microorganismos que contaminan de forma continua el ambiente. La principal preocupación del personal de quirófano es la protección del ambiente y de la sala quirúrgica.

#### **10.1.3 Tipos de limpieza**

- Limpieza de instrumentos y equipos.
- Limpieza de las superficies ambientales tales como pisos, paredes y mobiliario.

**10.1.4 Principios de la limpieza hospitalaria:** Deben usarse métodos de limpieza efectivos y el personal que lo haga debe estar bien instruido. La limpieza de las superficies no es idéntica a la de los equipos y mobiliario usado con los pacientes Estos métodos varían de acuerdo a los sectores hospitalarios.

Durante el proceso debe evitarse la turbulencia para prevenir la dispersión del polvo o la suciedad. Los productos de limpieza deben seleccionarse en base a su uso, eficacia, aceptabilidad, seguridad y costos. La clave de la limpieza y desinfección ambiental es usar la fricción de manera circular para remover los microorganismos.

**10.1.5 Precauciones:** El personal encargado de la limpieza debe estar muy bien entrenado y tener escritas las normas institucionales con relación a los riesgos laborales y la necesidad de utilizar vestimenta adecuada. El personal debe conocer las recomendaciones estándar (educación continua) para efectuar la tarea.

Uso de guantes resistentes, si es posible de un solo uso o de lo contrario deben ser convenientemente limpiados y descontaminados muy bien cuidar su almacenamiento. El uso de bata e impermeable si hay riesgo de salpicaduras, esta ropa debe descartarse de acuerdo a la norma si es de un solo uso, sino se debe enviar a un proceso adecuado de desinfección y limpieza.

## **11. ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA.**

### **11.1 ACTIVIDADES PREOPERATORIA DE ENFERMERA CIRCULANTE**

#### **11.1.1 Preoperatoria**

- Realiza el correcto lavado de mano secado y vestido quirúrgico.
- Viste la mesa mayo sin contaminar.
- Asiste en el vestido y el calzado de guantes al cirujano y el ayudante, sin contaminar en el proceso.
- Participar en el conteo inicial gasa, compresas e instrumento con la enfermera circulante.

#### **11.1.2 Trans-operatoria**

- Control del dolor
- Participa en los recuentos de los materiales antes, durante y después del procedimiento (gasa, pinza entre otros).
- Realiza la entrega de instrumentos y otros elementos de manera apropiada.
- La mesa de trabajo está limpia y en orden.
- Permanece alerta para evita cualquier contaminación.
- Evitar corrientes de aire en quirófano
- La persona no estéril lejos del campo estéril
- Se habla lo menos posible en la intervención.
- El pelo debe estar cubierto por completo bajo el gorro
- Calzado uso exclusivo para el quirófano
- Colocar mascarillas cubriendo boca y nariz

#### **11.1.3 Postoperatoria**

- Control del dolor
- Control de signos vitales

- Prepara apósito para curar la herida y los drenes, facilitando todo sin contaminar.
- Esteriliza los instrumentos de forma correcta (con agua fría, desinfectantes).
- Participa en el lavado de materiales de manera correcta sin dejar restos de tejidos.
- Realiza la envoltura correcta del mismo material.
- Participar en la limpieza terminal y la desinfección de la sala de operación después de los procedimientos quirúrgicos.
- Está atento a posibles alteraciones postoperatorias
- Administra medicamentos prescritos por el médico.

## **11.2 ACTIVIDADES PREOPERATORIA DE ENFERMERA INSTRUMENTISTA**

### **11.2.1 Actividades preoperatorio**

- Comprueba que el paciente no lleve objetos (pulsera, anillos, cadenas).
- Realizar el correcto lavado de mano secado sin contaminar.
- Proporciona al anestesiólogo los materiales de forma correcta sin contaminar.
- Proporciona cables de, sistema de aspiración, bisturí eléctrico, luces sin infectar.
- Participar en el conteo inicial gasa, compresas e instrumento con la enfermera instrumentista.

### **11.2.2 Actividades tansoperatorias**

- Realiza correctamente la preparación del sitio quirúrgico con asepsia y antisepsia.
- Ayuda en el vestido quirúrgico, anuda las cintas de las batas sin contaminar.
- Proporcionar material de instrumental sin contaminar bisturí, pinza, gasa.
- Mantiene los recipientes de desechos al alcance de la instrumentista y cirujano sin contaminar el vestido y campo quirúrgico.

### **11.2.3 Actividades postoperatorias**

- Prepara apósito para curar la herida y los drenes sin tocar.
- Controla signos vitales.
- Prepara el instrumental para su descontaminación y esterilización (con agua fría y desinfectantes) y Participa en la limpieza terminal y la desinfección de la sala.

## **12. MEDICINA TRADICIONAL**

Se considera como medicina tradicional la auto medicalización mediante el uso de recetas “productos de la tierra, o sea, hiervas o plantas medicinales y la medicalización inducida por vecinos, amigos y familiares mediante el mismo, uno de esos elementos”. Las creencias en nuestros ambientes rurales en la medicina ejercida por el curioso o hervidor de aguas, curandero, brujo, partera empírica y ensalmadores tienen una amplia demanda, sistema de creencias ideas conocimientos, valores, vocablos costumbres, y prácticas sobre la salud y el mundo médico.

- No se trata de estado socioeconómicos inferiores
- No se trata de incultura o ignorancia
- No se trata de folklore

La medicina popular existe en todas las sociedades con escrituras, que cuenta con una forma de medicina industrializada (con una regularización del ejercicio de la medicina con ocupación o profesiones sanitarias). Por lo tanto ha existido en el pasado y está plenamente vigente en la actualidad prácticamente en todas las sociedades actuales.

A pesar de ser propias con sociedades con estructuras, la medicina popular se transmite por tradición oral. En cada sociedad es el resultado de la asimilación de elementos procedentes de las culturas con las que ha convivido a lo largo del tiempo desde hace milenios hasta el presente inmediato; es una medicina sincrética. Esto es lo que distingue la medicina popular de cada sociedad. Es un médico sincrético que se desarrolla en sociedades con cultura escrita pero que se transmite en su mayor parte de forma oral. Es una medicina viva, en continuo cambio y formación en los últimos tiempos sigue tomando elementos de la medicina científica moderna y de otros sistemas médicos actuales como el chino, los ayurveda, la homeopatía, etc.

## **13. LOS CONTENIDOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL: CREENCIAS MÁGICAS RELIGIOSAS Y EMPÍRICAS**

Los fundamentos de la medicina popular son las creencias mágicas y religiosas y la experiencia o empirismo. Los contenidos de la medicina popular se dividen dos estado uno profundo y otro superficial.

### **13.1.1 ESTADO PROFUNDO:**

El estado profundo lo comparte las otras medicinas empírico creenciales de tradición oral:

La peleomedicina y las medicinas de pueblo aborígenes, y también es común en todas las medicinas popular. Es básicamente de contenido mágico-religioso. Resulta impresionante que todas las culturas de todos los tiempos comparten creencias en los maleficios, embrujamiento, la posesión, procedimientos de adivinación para diagnosticar, analogías y simpatías mágicas, e incluso enfermedades, como el mal de ojo o el empacho, y rituales para sanarlas.

### **13.1.2 SUPERFICIAL:**

El estado superficial es distinto en cada cultura y en cada país, y también en cada momento histórico, porque resulta de la asimilación de elementos de la cultura con lo que ha convivido o establecido relaciones a lo largo de su propia historia. A veces sus elementos son muy antiguos, como refranes hoy popular, que precede de los escritos hipocráticos del siglo V a.C a grandes males, grandes remedios, a veces literalmente, a veces modificada. La astrología procede de Mesopotamia, la cuna de la civilización y el orden de la escritura. Las alteraciones de los humores propias del galenismo, la medicina dominante en Europa hasta el siglo XIX, justifican hoy vocablos y concepciones como purgarse, limpiarse por dentro, espesar la sangre, etc.

### **13.1.3 EL ENFERMO**

La consideración de enfermo como medicina popular puede adoptar tres formas características de otra medicina.

- ❖ El enfermo como víctima inocente.
- ❖ El enfermo como merecedor de su enfermedad, pecado y, en consecuencia, la enfermedad como castigo merecido o pecado, y
- ❖ El enfermo como peligro, que produce miedo o repulsión.

# METODOLOGÍA

## **DELIMITACIÓN.**

### **LUGAR**

Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia de Esmeraldas en el área de Hospitalización y quirófano.

### **PERSONAL:**

Personal de salud

- ❖ 8 Licencia de Enfermería
- ❖ 35 Auxiliares de enfermería
- ❖ 37 Mujeres intervenidas

### **POBLACIÓN:**

Mujeres intervenidas con diagnósticos pre-quirúrgicos ginecológicos.

Personal de enfermería

### **EDAD**

De 18 hasta 65 años

### **TIEMPO**

Doce semanas

### **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

- ❖ Histerectomías
- ❖ Salpingectomías
- ❖ Cesáreas

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

#### **ANALÍTICO - DESCRIPTIVO:**

Permitió describir y analizar los procedimientos que utiliza el personal de enfermería en las diferentes intervenciones, detallar de manera concreta los procedimientos y actividades realizadas durante el pre-trans y pos-quirúrgicos.

#### **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

##### **CUALITATIVA:**

Se recogió e interpretó datos subjetivos a partir de las encuestas que se realizaron a usuarios pos-quirúrgico, se analizó la atención que brinda el personal de enfermería, así como también se evaluó las destrezas y habilidades en cada uno de los procedimientos y es a partir de esto que se puede verificar las cualidades de este personal en cada uno de los procedimientos y es así que se puede ratificar la calidad de cada proceso de atención.

##### **CUANTITATIVO:**

Permitió la recopilación y tabulación de datos a través de gráficos, basados en los datos numéricos y en los resultados que arrojaron las técnicas cuantitativas; con este resultado se obtuvieron los cuadros y gráficos ilustrando el estado de esta investigación.

### **TIPO DE DISEÑO**

**DISEÑO TRANSVERSAL:** Se recolectó la información en un determinado tiempo, que fue de tres meses, incluyendo consigo actividades.

**RETROSPECTIVO:** Pretendió recolectar y hacer un seguimiento de la información necesaria que ocurrió en el pasado y que sea importante para el desarrollo de la investigación como: Atención inmediata, mediata y tardía que se le brinda al usuario.

## **ÁREA DE ESTUDIO**

La investigación se realizó en el Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo Provincia Esmeraldas en las áreas de Hospitalización y quirófano.

## **UNIVERSO.**

Fueron todas las mujeres intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico diferentes que corresponde al 100%, así mismo el personal de licenciadas y auxiliar de enfermería que intervinieron directa e indirectamente en cada cirugía.

## **MUESTRA.**

La muestra escogida para la investigación fue de pacientes con diagnóstico quirúrgico gineco-obstétrico intervenidos en el Hospital de San Lorenzo Provincia de Esmeraldas, desde el mes de abril hasta junio del 2012. Se trabajó con cada paciente y personal de enfermería que realizó actividades puntuales, se les aplicó los instrumentos de recolección de datos.

## **TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

### **OBSERVACIÓN:**

Ayudó a recolectar la información necesaria para determinar el cumplimiento de las directrices en los procedimientos que aplica el personal de enfermería en la atención pre, trans y postoperatoria, tal como la preparación de quirófano para determinar si existen falencias en el mismo.

Permitió constatar la aplicación de los procesos de enfermería como el lavado de manos, arreglo, limpieza y desinfección del área quirúrgica.

### **ENCUESTA**

Fue dirigida a usuarios postquirúrgica con la finalidad de determinar si la atención de enfermería y las prácticas de medicina popular influyeron en la adecuada recuperación de los pacientes postoperatorios.

## **INSTRUMENTOS**

### **GUÍA DE OBSERVACIÓN:**

Se elaboró tres tipos de guía de observación una para cada momento del proceso quirúrgico (Pre, trans y pos-operatorio), que fue aplicado a el personal de enfermería.

### **HISTORIA CLÍNICA:**

Se usó para identificar el proceso que utilizaron los profesionales de enfermería durante la atención al paciente en diferentes actividades: administración de medicamentos, reporte de enfermería, preparación del paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

## **VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- ❖ Infecciones postoperatoria

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

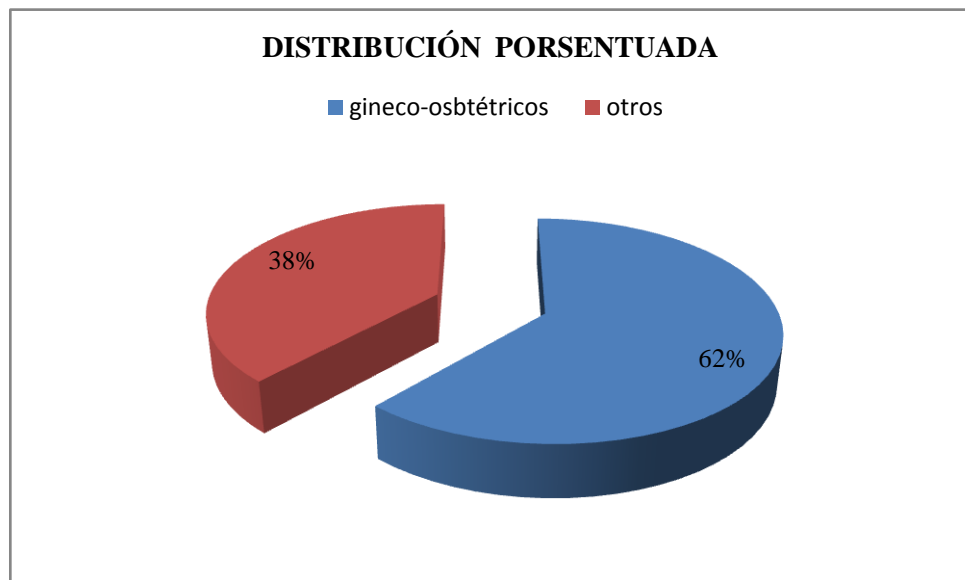
- ❖ Procedimiento que realiza el personal de enfermería en las diferentes etapas quirúrgicas.
- ❖ Etapas quirúrgicas del paciente.
- ❖ Prácticas de medicina popular que realiza el paciente quirúrgico.
- ❖ Cirugías gineco-obstétricas

**TABLA # 1**

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DE EL CANTÓN SAN LORENZO.

TIPOS DE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA
Gineco-obstétricos	37
Otros	23
<b>Total</b>	<b>60</b>

**Grafico n°1**



**Elaborado por:** Carmen Cifuentes PUCESE.

**Fuente:** Encuesta dirigida a usuarias intervenidas quirúrgicamente H.D.P.

### **Análisis**

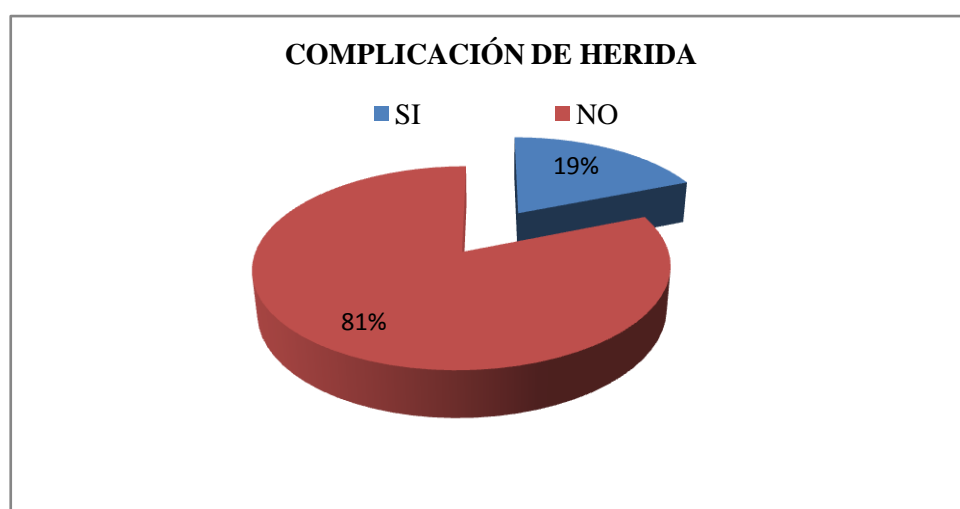
El 62% nos detalla que hay una frecuencia elevada de pacientes intervenidos con diagnóstico gineco-obstétricos lo que se atribuye que la demanda de mujeres es muy frecuente, por lo que el personal de enfermería realiza continuamente los cuidados directos al paciente con este tipo de diagnóstico en la cual no se justificaría una contaminación postoperatoria.

**TABLA# 2**

DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS DE LAS PACIENTES QUE FUERON INTERVENIDAS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DE EL CANTÓN SAN LORENZO CON DIAGNOSTICO GINECO-OBSTÉTRICO Y SU HERIDA FUE INFECTADA.

INFECTADA	FRECUENCIA
SI	7
NO	30
TOTAL	37

**Gráfico n° 2**



**Elaborado por:** Carmen Cifuentes PUCESE.

**Fuente:** Encuesta dirigida a usuarias intervenidas quirúrgicamente H.D.P.

### **Análisis**

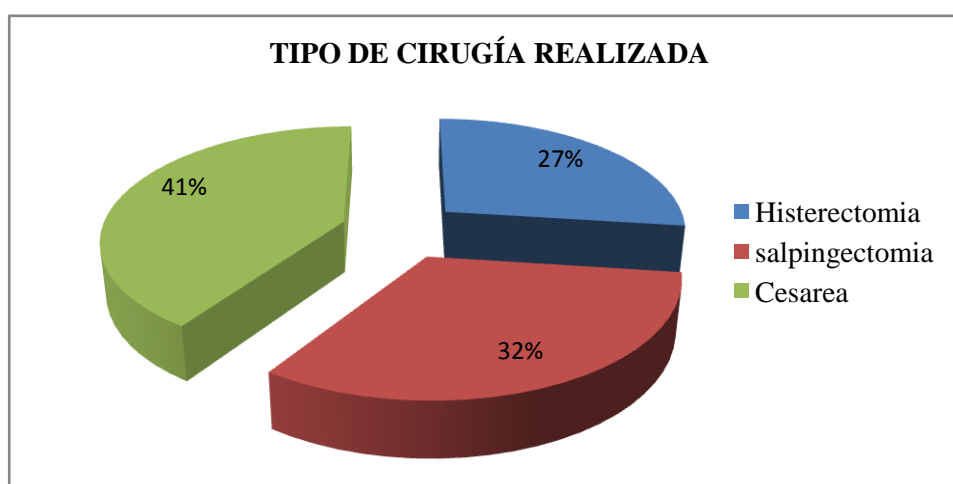
El 81% de las mujeres intervenidas con diagnóstico gineco-obstétricos no presentaron complicaciones de sus heridas reiterando que el personal de enfermería aplicó técnicas asépticas, pero sin embargo presentaron un 19% de pacientes que tienen infecciones de heridas atribuyendo a esto a cuidados adicionales que se realizaron las usuarias en el hogar, llevando a esto a que la institución como tal pierda la credibilidad ante los pacientes y familiares, también se atribuye el incumplimiento de las actividades y el descuido y contaminación de cada uno de estos pero muy sencillo que fuera el procedimiento.

**TABLA # 3**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE TIPOS DE CIRUGÍAS REALIZADAS A USUARIAS INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.

TIPO DE CIRUGÍA	FRECUENCIA
HISTERECTOMÍA	10
SALPINGECTOMÍA	12
CESÁREA	15
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>

**Gráfico n°**



**Elaborado por:** Carmen Cifuentes PUCESE.

**Fuente:** Encuesta dirigida a usuarias intervenidas quirúrgicamente H.D.P.

### **Análisis**

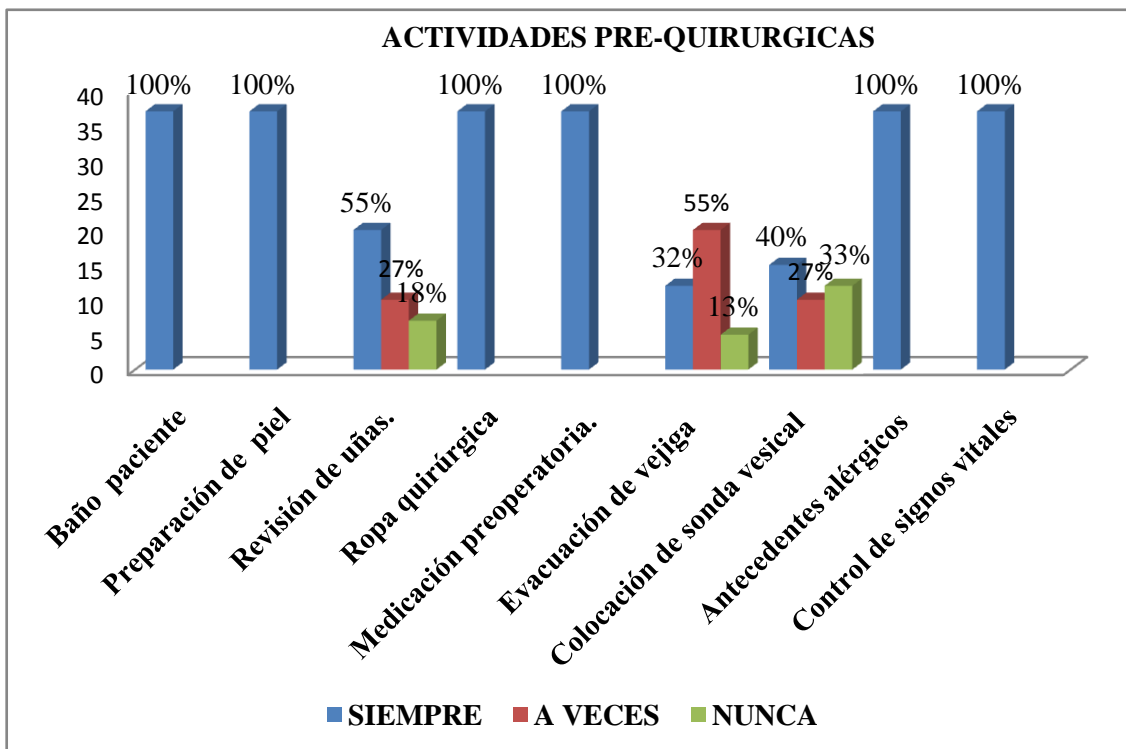
El gráfico revela la frecuencia de intervenciones quirúrgicas a mujeres con problemas gineco-obstétricos en un 41% son cesáreas determinando que aquellas mujeres se les realizó este tipo de intervención por presentar problemas de cavidad pélvica como estreches, mal posición de bebé y problemas de edad de la madre, el 32% son salpingectomía demostrando que la numerosa reproducción de hijos y pocos ingresos económicos conllevan a la madre a este tipo de intervención y el 27% representa a intervenciones como histerectomía dándonos a conocer que la presencia de diagnóstico gineco-obstétrico como sangrado, presencia de quiste, permite una decisión definitiva por este tipo de investigación.

**TABLA # 4**

DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES PRE-QUIRÚRGICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN A LAS USUARIAS INTERVENIDAS QUIRURGICAMENTE EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO EN ABRIL- JUNIO DEL 2012

ACTIVIDADES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Baño paciente	37		
Preparación de piel	37		
Revisión de uñas.	20	10	7
Ropa quirúrgica	37		
Medicación preoperatoria.	37		
Evacuación de vejiga	12	20	5
Colocación de sonda vesical	15	10	12
Antecedentes alérgicos	37		
Control de signos vitales	37		

**Gráfico n° 2**



**Fuente:** Encuesta dirigida al personal de enfermería H.D.P

**Autor:** Carmen Cifuentes. PUCESE consecuencia y efecto

## **Análisis**

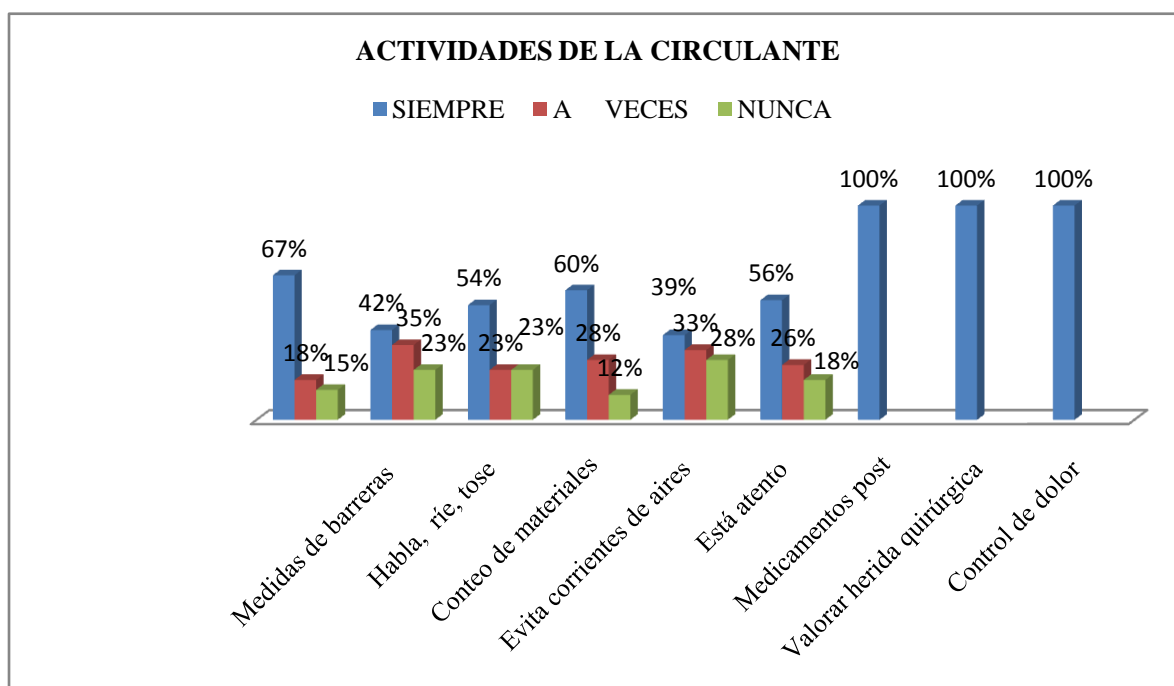
De los datos obtenidos según lo observado se demuestra que el personal de enfermería se preocupa en realizar las actividades requeridas según la patología de los usuarios, esto representado en que de las 9 actividades observadas en enfermería en el preoperatorio en hospitalización, revelaron que el personal de enfermería realizó 6 actividades de manera frecuente representada en un 100% del cumplimiento de las actividades; y 3 actividades que se observaron pero con menos frecuencia representada en el 13 y el 33% lo que determina que es un riesgo para producirse un foco infeccioso y por ende para que se den complicaciones en el postoperatorio.

**TABAL# 5**

CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CIRCULANTE EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A UN ACTO QUIRÚRGICO CON DIAGNOSTICO GINECO-OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DE EL CANTÓN SAN LORENZO.

ACTIVIDADES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
Entrega equipo y materiales con medidas asépticas	29	8	6	43
Utilizan medidas de barreras frecuente	18	15	10	43
Habla, ríe, tose durante el acto quirúrgico	23	10	10	43
Participa en el conteo de materiales de manera oportuna	26	12	5	43
Evita corrientes de aires	17	14	12	43
Está atento a las posibles complicaciones postquirúrgicas	24	11	8	43
Administra medicamentos por prescripción médica	43			43
Valorar herida quirúrgica	43			43
Control de dolor	43			43

**Grafico n° 5**



**Fuente:** Encuesta dirigida al personal de enfermería. H.D.P

**Autor:** Carmen Cifuentes. PUCSE

## **Análisis**

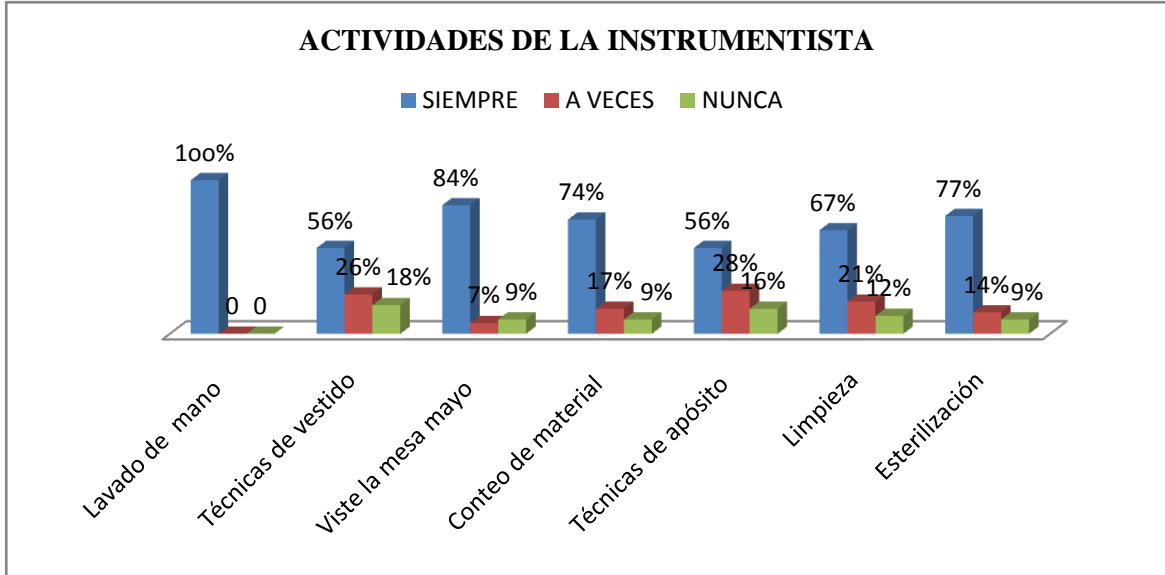
De los datos obtenidos según la guía de observación se determinó que las enfermeras circulantes solo desarrollan 3 de las 9 actividades con mayor frecuencia, lo que demuestra que es pobre el trabajo que están desarrollando en esta área, pudiendo llevar a esto una contaminación del área quirúrgica y del sitio de la herida produciendo en el usuario a una mayor estadía en el hospital y por ende gasto de recursos del paciente e institucional, al tener estas falencias hay una pérdida de credibilidad en la entidad de salud llevando a esto a que la población no quiera utilizar de su servicios.

**TABLA # 6**

CUMPLIMIENTO DELAS ACTIVIDADES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA INSTRUMENTISTA EN PACIENTES SOMETIDOS A UN ACTO QUIRÚRGICO CON DIAGNOSTICO GINECO-OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.

ACTIVIDADES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
Correcto lavado de mano secado y vestido quirúrgico	43	0	0	43
Viste la mesa mayo sin contaminar	36	3	4	43
Conteo de materiales	32	7	4	43
Vestido y el calzado de guantes al cirujano y el ayudante, sin contaminar el proceso.	24	11	8	43
Uso de técnicas apropiadas para cubrir la herida.	24	12	7	43
Participa en la limpieza terminal y desinfección de la sala de operación después de los procedimientos quirúrgicos	29	9	5	43
Esteriliza de forma correcta los materiales	33	6	4	43

**Gráfico n° 6**



**Fuente:** Encuesta dirigida al personal de enfermería. H.D.P

**Autor:** Carmen Cifuentes. PUCESE

## **Análisis**

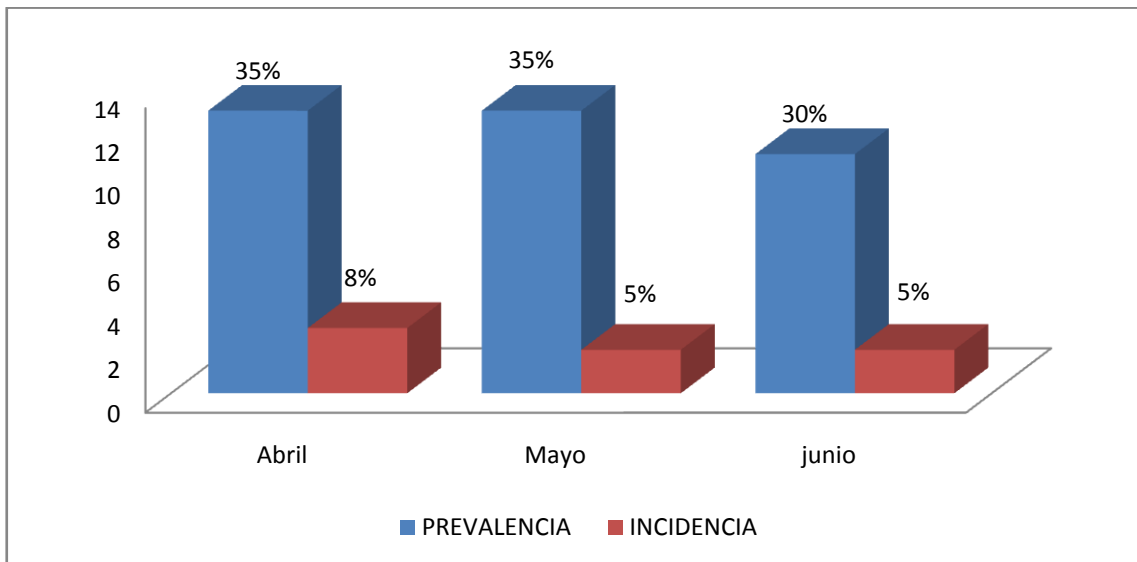
Este gráfico nos demuestra que las enfermeras instrumentistas realizan 1 de las 8 actividades observadas con mayor frecuencia, siendo el correcto lavado de manos la que más se ejecuta, mientras que la limpieza y las técnicas de vestido y calzado dejan mucho que desear, aquello determina que hay varias actividades que no se ejecutan con la prioridad y la frecuencia que debe. La falta y/o falencia en estas actividades son un desencadenante directo para que se dé una contaminación en la herida quirúrgica y por ende complicaciones postoperatorias que comprometen la vida de las usuarias.

**TABLA # 7**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS GINECO-OBSTÉTRICOS EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.

MESES	PREVALENCIA	INCIDENCIA
Abril	13	3
Mayo	13	2
junio	11	2
Total	37	7

**Grafico n°7**



**Fuente:** Encuesta dirigida al personal de enfermería. H.D.P  
**Autor:** Carmen Cifuentes. PUCESE

### **Análisis**

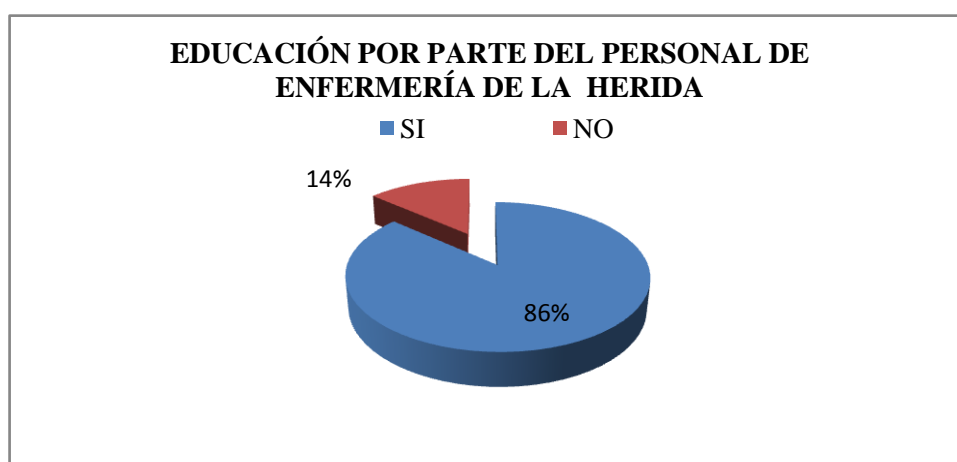
En el Hospital Divina Providencia durante el mes de abril se presentó una prevalencia de intervenciones gineco-obstétrica representada en un 35%, de las cuales se infectaron un 8% de las pacientes. En los meses subsecuentes mayo y junio también se presentaron infecciones pero con menor frecuencia que en el primer mes de investigación, lo que nos indica que estas infecciones no son causadas en su totalidad por los procedimientos del personal de enfermería sino que se atribuye también a los cuidados en el hogar.

**TABLA # 8**

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON INFORMACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.

EDUCACIÓN	FRECUENCIA
SI	32
NO	5
TOTAL	37

**Gráfico n° 8**



**Elaborado por:** Carmen Cifuentes PUCESE.

**Fuente:** Encuesta dirigidas a usuarias intervenidas quirúrgicamente H.D.P.

### **Análisis**

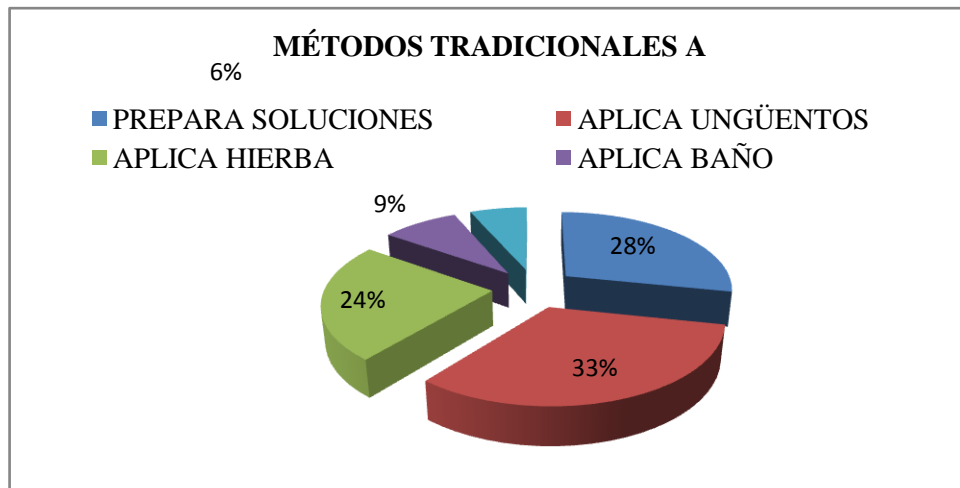
El gráfico detalla que en un 86% del personal de enfermería brindan educación sobre cuidados de herida a las usuarias, esto será suficiente para que no haya posibilidad de manipulación de la herida quirúrgica por parte del paciente. Representado en un 14%, se da esta falencia asociando porque se presentan inconvenientes o actividades imprevistas en el personal de enfermería que impide la educación detallando que esto no es un justificativo para omitir esta actividad tan importante y fundamental en el proceso pre-quirúrgico.

**TABLA # 9**

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PACIENTES QUE UTILIZAN MÉTODOS TRADICIONALES QUE FUERON OPERADOS CON DIAGNOSTICO GINECO-OBSTÉTRICO EN EL EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.

DETALLES	SI	NO	TOTAL
PREPARA SOLUCIONES	13	24	37
APLICA UNGÜENTOS	15	22	37
APLICA HIERBA	11	26	37
APLICA BAÑO	4	33	37
TOMAS	3	34	37

**Gráfico n° 9**



**Elaborado por:** Carmen Cifuentes PUCESE.

**Fuente:** Encuesta dirigida a usuarias intervenidas quirúrgicamente H.D.P.

### **Análisis**

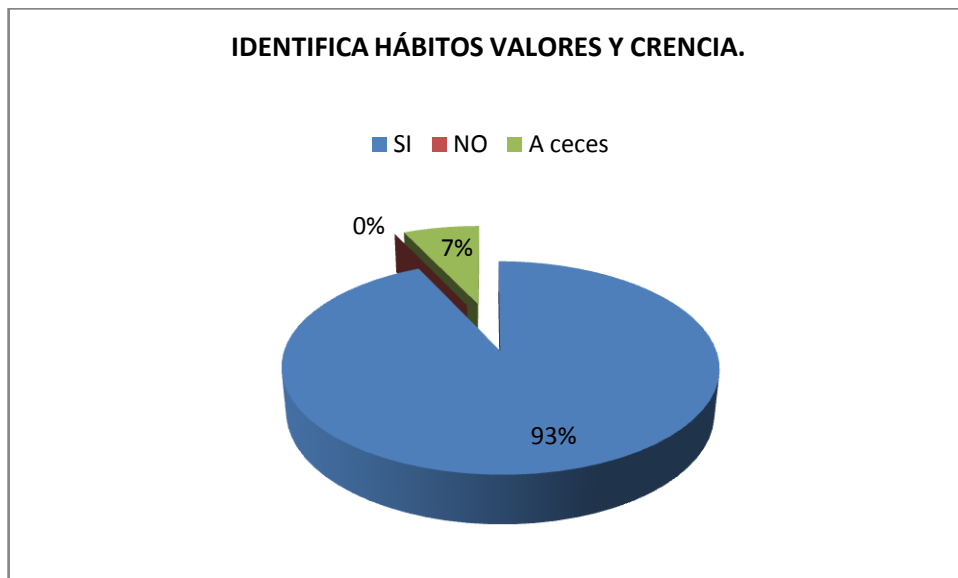
A pesar que el personal de enfermería está pendiente de la pronta recuperación del paciente, esta tiene sus propios hábitos y/o creencias propios de la cultura afro ecuatoriana y mucho más de las zonas rurales con influencias de curanderos, comadronas y familiares que muchas veces opinan y actúan bajo su propio riesgo, que lo inducen o conlleva a aplicar en su herida quirúrgica métodos de medicina tradicional. Esto se ha dado en un 33% aplicando ungüento (mentol, mentol mezclado con mertiolate, sábila) lo que es un porcentaje alarmante que nos indica que la medicina tradicional influye de manera continua en la vida de las personas llevándonos esto muchas veces a una alteración de la recuperación inmediata y oportuna de la herida quirúrgica, en otro porcentaje aplican baños con llantén, toman zumo de limón, mezclan aguardiente con alcanforina y colocan en la herida.

**TABLA # 10**

DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON IDENTIFICACIÓN DE HABITOS Y CREENCIAS EN USUARIAS INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO EN ABRIL- JUNIO DEL 2012.

<b>IDENTIFICA HÁBITOS VALORES Y CRENIA</b>	<b>FRECUENCIAS</b>
SI	40
NO	0
A VECES	3
TOTAL	43

**Grafico n° 10**



**Fuente:** Encuesta dirigidas al personal de enfermería H.D.P

**Autor:** Carmen Cifuentes. PUCESE consecuencia y efecto

### **Análisis**

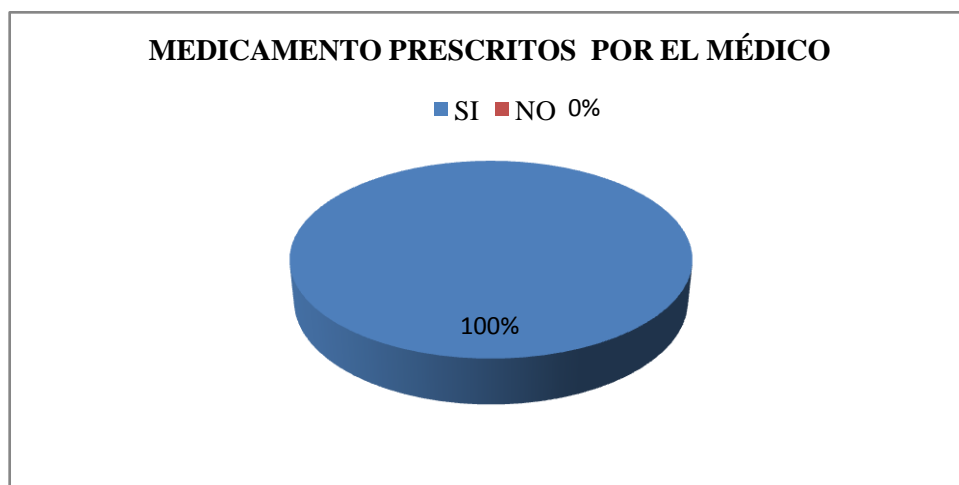
Del personal de enfermería encuestado el 93% identifica los hábitos, valores y creencias de los paciente estableciendo que el reconocimiento de estos les permite educar al paciente de acuerdo a sus hábitos o forma de vida, pero en un el personal de enfermería 7% no reconoce, aduciendo que una de las causas es que los pacientes que no facilitan mucha información personal.

**TABLA # 11**

DISTRIBUCIÓN DE TOMA DE MEDICACIÓN EN DOMICILIO INDICADOS POR EL MEDICO A USUARIAS INTERVENIDAS CON PROBLEMAS GINECO-OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.

MEDICAMENTOS INDICADOS	FRECUENCIA
SI	37
NO	0
TOTAL	37

**Gráfico n° 11**



**Elaborado por:** Carmen Cifuentes PUCESE.

**Fuente:** Encuesta dirigida a usuarias intervenidas quirúrgicamente H.D.P.

### **Análisis**

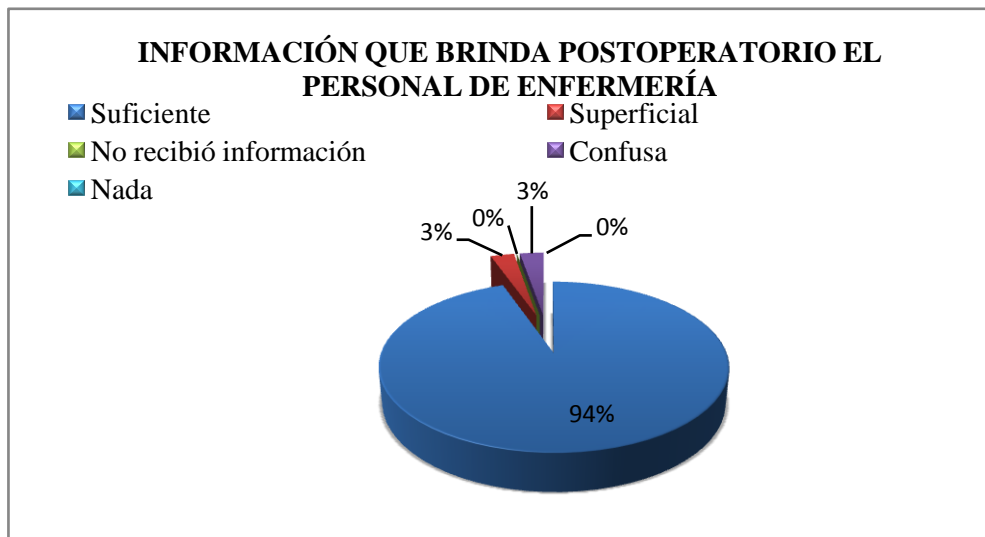
El 100% de los pacientes intervenidos toman la medicación que es prescrita por el médico, lo que demuestra que aunque el paciente no reciba un cuidado directo del personal de enfermera, ellos reciben la suficiente orientación que los lleva a cumplir pero a pesar de las indicaciones se dieron los casos ya existente.

## TABAL # 12

DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DESPUÉS DE SU INTERVENCIÓN PARA SU RECUPERACIÓN EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.

INFORMACIÓN	FRECUENCIA
Suficiente	35
Superficial	1
No recibió información	0
Confusa	1
Nada	0
TOTAL	37

Gráfico n°10



Elaborado por: Carmen Cifuentes PUCESE.

Fuente: Encuesta dirigidas a usuarias intervenidas quirúrgicamente H.D.P.

### Análisis

La información que brindó la enfermera según la paciente en un 94% fue suficiente, lo que nos indica que hay en su totalidad una comunicación directa paciente enfermera. Aunque el margen es pequeño podemos evitar que el paciente intervenido quede con alguna duda o confusión respecto a su intervención, el 3% de los pacientes dice que la articulación de palabras técnicas para dar información es muy compleja entender, lo que nos lleva a que esta indicación puede ser mal interpretada y los lleve a tomar decisiones contraproducentes.

## DISCUSIÓN

Conforme a los resultados obtenidos en las guías de observación realizadas al personal de enfermería y las encuestas a pacientes intervenidos con problemas gineco-obstétricos del Hospital Divina Providencia del Cantón San Lorenzo podemos analizar lo siguiente:

El 62% nos detalla que hay una frecuencia elevada de pacientes intervenidos con diagnóstico gineco-obstétricos lo que se atribuye que la demanda de mujeres es muy frecuente, por lo que el personal de enfermería realiza continuamente los cuidados directos al paciente con este tipo de diagnóstico en la cual no se justificaría una contaminación postoperatoria porque la continuidad de estas actividades da fluidez y precisión evitando así infecciones postoperatoria.

En la complicación de las heridas quirúrgicas en las usuarias intervenidas el 19% de las heridas se infectaron, esto es muy significativo porque lo ideal sería que no se infectaran ninguna herida si los cuidados del personal son óptimos.

En los tipos de intervenciones realizadas con problemas gineco-obstétricos es la cesares representada en el 41% lo que determina no siempre que se puede dar esta intervención por mal posición del bebé, problemas de edad de la madre o por estreches pélvico sino que a veces se realiza por comodidad de parte del personal médico llevando así a un mayor riesgo porque implica esto una cirugía.

En lo correspondiente en el desarrollo de las actividades pre-quirúrgicas se nota que se tiene cierta deficiencia en las intervenciones de enfermería con la revisión de uñas, evacuación de la vejiga y colocación de sonda vesical, porque este pequeño y gran detalle que es la revisión de las uñas influye cuantiosamente en valores adecuadamente la saturación de oxígeno en el paciente.

El personal de enfermería circulante solo desarrolla 3 de 9 actividades con mayor frecuencia, aquellas actividades que se realizan con falencias es hablar en el proceso quirúrgico, no utilizan en su mayoría medidas de barrera, permiten que haya corrientes de aire entre otras, lo que detalla que es pobre el trabajo que están empleando en esta área, llevando a esto una contaminación del área quirúrgica y del sitio de la herida

produciendo en el usuario a una mayor estadía en el hospital y por ende gasto de recursos del paciente y pérdida de credibilidad de la institución de salud.

El personal de enfermería instrumentista realiza 1 de las 8 actividades observadas con mayor frecuencia, siendo el correcto lavado de manos, lo que demuestra que hay un sinnúmero de actividades que no se ejecutan con la prioridad y la frecuencia que debe entre ellas esta: el conteo no frecuente de materiales al inicio de la cirugía, uso de técnicas apropiadas para cubrir la herida entre otro. La carencia de estas actividades es un factor causante de una posible contaminación de herida quirúrgica y por ende complicaciones postoperatoria.

En el Hospital Divina Providencia durante el mes de abril se presentó una prevaecía de intervenciones gineco-obstétrica representada en un 35%, de las cuales se infectaron un 8% de las pacientes. En los mese subsecuente mayo y junio también se presentó infecciones pero con menor frecuencia que en el primer mes de investigación, lo que nos indica que estas infecciones no son causadas en su totalidad por los procedimientos del personal de enfermería sino que se atribuye también a los cuidados en el hogar debido a que en mucho de los casos recuren a la medicina tradicional como método curativo.

En lo que concierne a la educación por parte del personal acerca de los cuidaos de la herida a pacientes intervenidos hay un margen de falencia simbolizado con una 14% llevando al paciente a que puede caer en manipulación de la herida el personal de enfermería debe estar dispuesto a educar sea el sinnúmero de actividades que tengo que realizar porque un mínimo error, descuido o distracción puede acarrear a la complicación de la herida quirúrgica y por ende a la producción de más trabajo en la unidad.

En la aplicación de métodos tradicionales en pacientes intervenidos según encuestas realizadas, un 33% lo que es la aplicados ungüentos esto nos detallas que los curanderos, comadronas y familiares ha influenciado tradicionalmente en los pacientes, el personal de enfermería debe recalcar mucho en la no utilización de estos métodos en los paciente, dando a conocer sus efectos secundarios y la perjudicial que puede ser para su cicatrización inmediata de la herida.

En lo que corresponde en los hábitos y creencias en los usuarios intervenidos quirúrgicamente se ha cumplido en una 93% de las actividades, lo que hace que el trabajo sea eficiente en este aspecto con un 7% a veces el mismo que nos permite analizar que puede a veces darse por no cooperación por parte de los pacientes.

Sobre las aplicación o toma de medicamentos prescritos por el médico, hay una aceptación de parte de paciente concluyente en un 100% lo que nos dice que el paciente es capaz de cumplir con las con las indicaciones por parte del personal de enfermería demostrando que si se puede educar con eficiencia al paciente porque es capaz de asimilar cualquier orientación.

La información que brindó la enfermera según la paciente en un 94% fue suficiente, lo que nos indica no que hay en su totalidad una comunicación directa paciente enfermera. Aunque el margen es pequeño podemos evitar que el paciente intervenido quede con alguna duda o confusión respecto a su intervención, el 3% de los pacientes dice que la articulación de palabras técnicas para dar información es muy compleja entender, lo que nos lleva a que esta indicación puede ser mal interpretada y los lleve a tomar decisiones contraproducentes, en una cierta cantidad el personal de enfermería no ha priorizado esta actividad que puede llevar al paciente a un complicación postoperatoria

## CONCLUSIONES

Después de haber culminado este trabajo de investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 19% de los pacientes intervenidos con diagnóstico gineco-obstétrico presentaron infecciones postoperatorias lo que se atribuye a este problema que es un desencadenante a que la institución pierda credibilidad, provoque una mayor estadía del paciente en el hospital.
2. De 37 pacientes que recibieron atención con diagnóstico gineco-obstétrico en la etapa pre-quirúrgica por parte del personal de enfermería, no realizó buen desempeño de algunas de las actividades como revisión de uñas, evacuación de la vejiga, colocación de sonda vesical lo que ocasionará y/o complicaciones en las etapas trans y postquirúrgica.
  - En las actividades que desempeña las enfermeras circulantes e instrumentistas en el transoperatorio se cumplieron en su totalidad en un 100% pero con ciertas falencias que se enmarcan en la hora de ejecutar los diferentes procesos quirúrgicos, en la entrega de quipos y materiales, medidas de barreras, habla, ríe, tose, que se enmarcan en la hora de ejecutar los diferentes procesos quirúrgicos.
  - En el postoperatorio las actividades que desarrolladas el personal de enfermería fueron en un 100% aparentemente de manera satisfactoria, sin embargo según lo analizado las enfermeras efectúan su trabajo con insuficiencia y carencia de técnicas como estar el atento a las posibles complicaciones, participación en la desinfección de la sala de operación, esterilización de materiales.
3. En la prevalencia e incidencia de las infecciones postoperatorias se demostró que en el mes de abril de cada 13 atendidas se infectaron 3, en mayo de cada 13 se infectaron 2 y en junio de 11 se infectaron 2, esto no es causa directa del

personal de enfermería sino que es atribuido a pacientes que utilizan métodos caseros en cuanto a los cuidados de la herida.

4. Los familiares y las usuarias en su afán por acelerar su recuperación acuden a prácticas tradicionales manipulando la herida quirúrgica aplicando métodos caseros, llevando esto a contaminar la incisión y retardar aún más el proceso normal de recuperación, causando infección a nivel local y sistémico, por ende la intervención tradicional es un desencadenante directo de las complicaciones postoperatorias, que sumadas a la negligencia del personal de enfermería dan origen a una serie de afecciones que comprometen la vida del individuo tanto en su salud y en lo laboral.

## RECOMENDACIONES

- Que el personal de enfermería realice técnicas apropiadas como una buena asepsia y antisepsia, para aumentar la credibilidad de los pacientes y de la institución.
- Que el personal de enfermería realice procesos pre- quirúrgicos adecuados y oportunos un correcto baño o aseo al paciente, prepara piel, revisar uñas, vestir al paciente con atuendo quirúrgico (batas, gorros, zapatones), aplicar medicamentos pre-operatorio, evacuar vejiga para disminuir el riesgo de contaminación del campo quirúrgico, colocar sonda vesical con técnicas asépticas, evaluar antecedente alérgicos.
- Que en el proceso transoperatorio las enfermeras ejecute actividades con medidas apropiada evitando así una contaminación en cuanto a la entrega de equipos con medidas asépticas, utilizar medidas de barreras entre otras.
- Que el postoperatorio el personal de enfermería no deje paras por alto el estar atentos a las complicaciones que se pueden presentar en esta etapa, también en la limpieza y esterilización de los materiales debe participar para vitas que agentes causales provoquen alguna contaminación.
- Que el personal de enfermería ejecute en su totalidad los conocimientos en los pacientes que van hacer intervenidos, aplicando frecuentemente cuidado directo, educación y valoración para que se evite esta prevalencia e incidencia de infecciones postoperatoria.
- Que el personal de enfermería eduque frecuentemente a los pacientes intervenidos sobre las reacciones adversas que se pueden presentar aplicando métodos caseros en la herida quirúrgica, como aumento de la temperatura de la herida, dolor, materia purulenta entre otros.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arevalo, J.; Abecia, L.: Jornadas Internacionales de Actualización en Esterilización y Procedimientos de Limpieza en Cirugía. 2009.
2. Atkinson, L.; Konhn: Técnicas de Quirófano, 5.ª edición, Interamericana, México. 2009.
3. Block, S.: Disinfection, sterilization and preservation. Lea and Febiger. Filadelfia. 2011.
4. Durántez, M.: Sistema Container, Esterilización y Tratamiento, Aesculap Ibérica, S.A. Madrid. 2009.
5. Fischer, G.: Prevención y Lucha contra las infecciones. Ministerio de Sanidad. Berlin.9/81.  
Fuller, J.: Instrumentación quirúrgica.Edt. Panamericana. México. 2008.  
Sánchez, I.: Instrumental Quirúrgico, Revista Rol de enfermería nº 115, Barcelona.2009.
6. Cortés, L.; Buforn, J.; Mir, I.; Pérez, T.; Silvestre, C.; Clemente, V.: Sistemas de Esterilización. Metas de Enfermería. Madrid. Septiembre, 2011.
7. López, F.: Guía de Higiene y Prevención de la Infección Hospitalaria. Edt. Diaz de Santos. Madrid. 2012.
8. Rutala, W. A.; Weber, D. J.: Low-temperature Sterelization Technologies: Do we need to redefine “sterelization” Infect Control Hodp. Epidemiol. 2012.
9. artículos científico guía de cuidados de enfermería pág. 38-40, Principios de ética y legislación quirúrgica pág. 19-21,
10. Federación Principios de ética y legislación quirúrgica pág. 19-21, Federación panamericana de profesionales de enfermería 4-5
11. Vanrell JA, Carmona F. Complicaciones de cirugía ginecológica. En: Cañete ML, Cabero R. Urgencias en ginecología y obstetricia: Aproximación a la medicina basada en la evidencia. Madrid 2007: 611-639. Editorial FISCAM D.L

12. Departamento de cirugía de la Facultad de medicina de la universidad de Guadalajara. Dra. Zarahi Cano Juárez.
13. Registro de ingreso y egreso del hospital
14. WWW.OMS.ORG Complicaciones postquirúrgicas
15. Libro de registros postquirúrgicos del 2012
16. Enfermera quirúrgica 2000
17. Diagnóstico de enfermería 2009 – 2011
18. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 2009 – 2011
19. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 2009 – 2011

## **PROPUESTA**

GUÍA DE ATENCIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES QUIRÚRGICOS.

### **BENEFICIARIOS:**

Beneficiarios directos: Personal de enfermería del Hospital Divina Providencia

Beneficiarios indirectos: Pacientes que van hacer intervenidos quirúrgicamente de en esta unidad de salud y sus familiares.

### **OBJETIVOS**

- Implementar una guía de atención al personal de enfermería para pacientes quirúrgicamente intervenidos.
- Fomentar en el personal de enfermería una atención con calidad y calidez a usuario que va a ser intervenidos quirúrgicamente.
- Fomentar en el personal de enfermería que se aplique las normas correctas de atención al usurario para evitar las complicaciones postoperatorias.

### **JUSTIFICACIÓN**

Esta guía está enfocada al conocimiento sobre las técnicas, normativas y filosofía que se desarrollan dentro del área quirúrgica con el fin de que conozca los conceptos más elementales para comenzar a trabajar en esta área, resaltando a donde van encaminadas nuestras actividades, la atención al paciente.

Se debe tener en cuenta que el paciente ha depositado su confianza en las enfermeras; que llega a un sitio diferente a su medio habitual, a menudo desconocido, lo que le va a provocar ansiedad y angustia. En general se encuentra temeroso con respecto a su situación de enfermedad, que le ha hecho ingresar en el hospital, y que muchas veces no posee la información suficiente.

Es difícil entender esa situación si no se ha pasado por momentos parecidos, es por ello

que es necesario que la enfermera/o que atiende al paciente identifique esta situación vivida por la persona y establezca la relación de ayuda necesaria en estos momentos, proporcionando información, seguridad y confianza. También hay que tener en cuenta que el paciente tiene el derecho a ser respetado de la misma manera, tanto estando dormido como despierto, Por otra parte, partiendo de la idea fundamental de que todo el equipo sanitario persigue la recuperación óptima de la salud del paciente, se considera que, según definición de BERRY Y KOHN: «La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado postoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o la muerte con dignidad.

### **Derechos de los pacientes**

Los pacientes poseen una serie de derechos dentro del hospital, a veces se producen situaciones contrarias a nuestra moral, pero no por eso debemos de dejar de tener en cuenta dichos derechos. Estos son:

- Derecho a la información
- Derecho a saber su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Derecho a la privacidad (el historial médico es confidencial)
- Derecho a la asistencia religiosa
- Derecho a asistencia jurídica
- Consentimiento informado, en este aparece:
  - Datos del paciente
  - Naturaleza y motivo de la intervención
  - Riesgos del proceso y la anestesia

### **El consentimiento informado tiene:**

Es un documento de información y consentimiento que implica que se ha suministrado la información necesaria al paciente para que entienda:

- La naturaleza y motivos de la intervención
- Los riesgos relacionados con la administración de la anestesia
- Los riesgos del procedimiento quirúrgico y los posibles resultados

### **El consentimiento informado sirve:**

- Protege al paciente contra cualquier procedimiento no deseado
- Protege al médico contra reclamaciones legales
- Se debe obtener antes de la sedación preoperatoria
- En una situación de urgencia es deseable tenerlo pero no es imprescindible

### **Definiciones:**

- **Etapa trans-operatoria:** Es el periodo que transcurre desde que el paciente se sujeta al procedimiento quirúrgico, hasta su traslado a la sala de recuperación.
- **Etapa post-operatoria:** se puede dividir en tres partes: El periodo inmediato que incluye la atención que se proporciona al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización. El periodo intermedio incluye la atención durante la convalecencia de la cirugía, hasta el pre-alto del paciente.
- La tercera etapa de la **post-operatoria** consiste en la planeación de alta, enseñanza de cuidados en el hogar y recomendaciones especiales.

### **Cuidado del paciente en la etapa pre-operatoria**

Esta etapa comprende desde el momento en que se decide la cirugía, hasta que da inicio la misma. La asistencia de enfermería en esta etapa influye sobre la experiencia perioperatoria global del paciente, por lo que es primordial valorar la respuesta psicológica (ansiedad) y fisiológica del paciente.

**Ansiedad pre-operatoria:** La ansiedad y el estrés en el paciente es un factor esencial que especialmente el personal de enfermería debe afrontar como un reto a vencer, ya que no existe un patrón de “rutina”, sino debe ser enfocado en forma particular a cada paciente y el desafío consiste en identificar, planear y proporcionar un plan de asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente. Tomando en cuenta la edad, evaluación física y psicológica, aspectos socioculturales, grado de temor elevado, moderado o escaso.

Una intervención quirúrgica origina ansiedad o estrés o ambas situaciones que dan respuestas fisiológicas y psicológicas, cuyo grado depende de múltiples factores, de los cuales mencionaremos algunos:

- Temor a lo desconocido, incertidumbre en relación al resultado de la cirugía o desconocimiento acerca de la experiencia quirúrgica (paciente que es intervenido por primera vez).
- Temor a la anestesia, miedo a una inducción desagradable, a imprevistos durante la anestesia, a despertarse durante la intervención quirúrgica o a sentir dolor mientras está bajo los efectos. Este temor suele estar relacionado con pérdida de control mientras se está bajo la anestesia, acciones o situaciones verbales fuera de control y el miedo a lo desconocido.
- Temor al dolor o a una analgesia post-operatoria no adecuada o no efectiva, el cual es un temor habitual.
- Temor a la muerte, es frecuente que el paciente experimente esta sensación a pesar de los avances científicos y tecnológicos en cuanto a cirugía y anestesia se refiere, no existe ninguna intervención quirúrgica ni anestesia totalmente segura. No obstante, en la vida diaria los individuos nos enfrentamos a riesgos mayores que lo que respecta a una cirugía.

### **Respuestas emocionales y defensivas**

Al valorar la ansiedad o estrés en un paciente en etapa pre-operatoria, es necesario examinar conductas que en ocasiones son exageradas o que nos pueden dar la pauta para ayudar al paciente a superarlas.

#### **Retraimiento**

Suele manifestar aumento del tiempo de sueño, falta de disposición para hablar, desinterés, falsas ilusiones.

#### **Ira**

Manifiesta un comportamiento hostil con resentimiento, agresividad, falta de adaptabilidad, maldiciones, presunción, intentos para obtener el control e independencia.

### **Respuesta fisiológica a la cirugía**

En las personas sanas, la homeostasis se mantiene gracias al sistema de mecanismos de control autorregulado, a través del sistema neuroendocrino y hormonal dirigido a conservar la energía y a facilitar la reparación de las lesiones.

- La respuesta metabólica al estrés quirúrgico se caracteriza por la liberación de catecolaminas, glucocorticoides, hormona del crecimiento y glucagón, con la supresión de insulina, dando como resultado una reacción catabólica. La duración y magnitud de la respuesta fisiológica depende de la extensión de la lesión quirúrgica, las enfermedades existentes, de las infecciones, medicamentos, inanición, anestesia, estado psicológico y diversos factores específicos de cada paciente.
- El paciente puede presentar variación en los signos vitales, aumento de la tensión arterial de la frecuencia respiratoria y cardíaca. Vasoconstricción de vasos sanguíneos periféricos, dedos de manos y pies fríos con ligero aumento del llenado capilar. Vasoconstricción de vasos renales, con disminución del gasto urinario con relación a la ingesta de líquidos. Vasoconstricción de vasos gástricos y mesentéricos manifestado por náuseas y vómitos, distensión abdominal con flatos, disminución de los ruidos intestinales, hiperactividad y diarrea.

### **Valoración física del paciente por aparatos y sistemas**

Es necesario tener cuenta los siguientes puntos:

**Cardiovascular:** Estos trastornos disminuyen la capacidad del paciente para resistir y reaccionar a los cambios hemodinámicos durante la cirugía. Datos de hipertensión, arteriosclerosis, angina de pecho, infarto del miocardio previo a 6 meses, insuficiencia cardíaca congestiva y arritmias.

**Respiratorio:** Se debe tener en consideración la presencia de enfermedades crónicas y antecedentes de tabaquismo, ya que existe el riesgo de atelectasia, disminuyendo la difusión de oxígeno a los tejidos, la pérdida de elasticidad de los pulmones, reduce la eficacia de la eliminación del agente anestésico. El tabaquismo aumenta la concentración carboxi-hemoglobina circulante, lo que a su vez disminuye el suministro de oxígeno a los tejidos.

**Renal:** Se debe considerar que una disfunción renal afecta la filtración y la secreción de los productos de desecho, que a su vez puede trastornar el equilibrio de líquidos y electrolitos. La función renal anormal puede disminuir el índice de excreción de los medicamentos anestésicos y trastornar su eficacia.

**Nervioso:** La valoración de los niveles de conocimiento, orientación, capacidad o deficiencia afecta al paciente para determinar el tipo de cuidados que se requieren durante el periodo peri-operatorio.

**Datos de laboratorio:** Las pruebas de laboratorio tienen como finalidad, el ser una referencia del estado de salud del paciente y estar alerta ante posibles complicaciones. Las muestras se toman 24 a 48 antes de la cirugía (programada). La selección de los estudios varía según el criterio médico y del hospital, pero los más frecuentes a practicar son: Análisis de orina, biometría hemática completa, glucemia, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y electrolitos.

### **Consentimiento del paciente para la práctica de la cirugía**

Para la intervención quirúrgica del paciente se debe obtener una autorización, y para que ésta tenga validez, debe contener tres criterios básicos:

- La decisión del paciente debe ser voluntaria.
- El paciente debe estar informado.
- El paciente debe ser competente (en pleno uso de sus facultades).

Los familiares directos del paciente, cónyuges e hijos podrán firmar el consentimiento solamente que se compruebe que el paciente es incompetente. El término incompetente se utiliza para describir a las personas que no pueden participar de las decisiones, relativas a su propio cuidado. La información que debe conocer el paciente con respecto a su cirugía es la siguiente:

1. Naturaleza y motivo de la cirugía.
2. Todas las opciones disponibles y los riesgos concomitantes de estas opciones.
3. Los riesgos del procedimiento quirúrgicos y los posibles resultados.
4. Los riesgos relacionados con la administración de la anestesia.

### **Preparación del paciente para la cirugía**

Una vez evaluado el paciente de acuerdo al procedimiento quirúrgico que se le va practicar, se prepara el equipo necesario para llevar a efecto los procedimientos de

determinación de signos vitales, tricotomía de la zona quirúrgica, instalación de venoclisis, sondas y administración de medicamentos preanestésicos.

**Ayuno:** El ayuno se debe mantener 6 a 8 horas antes de la cirugía, para cualquier tipo de intervención quirúrgica, independientemente del tipo de anestesia que se administre. El N.P.O. (nada por vía oral) incluye la no ingesta de agua y fumar, ya que la nicotina estimula la secreción gástrica. Con estas medidas se asegura que el estómago no contenga secreciones gástricas y así se evita la posibilidad de aspiración.

**Enema:** En los pacientes que van a ser sometidos a cirugía abdominal, pélvica o perineal mayor se realiza la evacuación del intestino. La preparación del intestino se realiza para prevenir lesión del colon, para lograr una buena visualización del área y reducir el número de bacterias intestinales. Una forma práctica y rápida es la aplicación de enema por irrigación, para esto se utiliza un equipo desechable el cual ya cuenta con cánula pre lubricada.

**Venoclisis:** La instalación de venoclisis se inicia antes de la cirugía, y la elección de líquidos y electrolitos será de acuerdo a las necesidades del paciente, es importante la elección del sitio de venopunción, debe ser en un sitio donde no exista riesgo de infiltración y que permita el flujo adecuado.

**Sondeo:** Al paciente sometido a cirugía general abdominal de vías genitourinarias, ortopédicas y gineco-obstétrica, suele indicársele la instalación de sonda urinaria a permanencia, con el propósito de conservar la vejiga vacía y valorar la función renal. La sonda Foley de látex revestida de teflón y de silicona, ofrecen mayor confianza en su instalación, poseen más elasticidad. La de silicona 100% con punta redondeada que permite la remoción de coágulos y dos ojos de drenaje adicional presentación de 2 y 3 vías y en calibre 8 Fr al 30 Fr. La sonda nasogástrica suele instalarse antes de una intervención de urgencia o de una cirugía abdominal mayor, con el propósito de descomprimir o vaciar el estómago y la parte superior del intestino.

**Medicamentos pre-operatorios:** La selección de los medicamentos pre anestésicos se basa en la edad del paciente, estado físico y psicológico, antecedentes patológicos y el tratamiento medicamentoso que está recibiendo el paciente. Los pre anestésicos se administran para disminuir la ansiedad y facilitar la inducción de la anestesia e inhibir las secreciones gástricas y faríngeas. La administración de los fármacos se realiza por

vía I.M. o I.V. cuando existe contraindicación para esta vía. Las combinaciones de fármacos que se utilizan se encuentran en un analgésico y en un neuroléptico, un analgésico y un hipnótico y un ansiolítico, añadiendo un anticolinérgico. Tradicionalmente las combinaciones de medicamentos pre-operatorio consiste en un sedante o tranquilizante Diazepan, que reduce la ansiedad y facilita un estado pre-operatorio en calma, y un anticolinérgico disminuye las secreciones y contrarresta los efectos vagales.

**Higiene:** El propósito de la práctica del aseo corporal antes de la cirugía, es eliminar las impurezas y microbios que se encuentran en la piel e inhibir su proliferación. El baño con agua tibia ayuda al paciente a sentirse cómodo y relajado. El paciente pre quirúrgico requiere ser desmaquillado y sobre todo despintar las uñas de esmalte de las manos y de los pies, con la finalidad de estar valorando el llenado capilar y datos de cianosis. Posterior a la higiene se colocará una bata clínica limpia, además si está indicado el uso de media anti- embolicas y/o vendaje de miembros inferiores como medida profiláctica.

## **TÉCNICA ESTÉRIL ES LA BASE DE LA CIRUGÍA.**

### **1. OBJETIVOS**

El objetivo de estos cuidados es asegurarse que el paciente está en las mejores condiciones físicas y emocionales posibles para enfrentarse a la operación. Esta fase comienza cuando el paciente ingresa en el hospital.

## **FUNCIÓNES Y/O ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA QUIRÚRGICA.**

### **Instrucciones preoperatorias**

- Autorización
- Información sobre la intervención
- No ingesta de sólidos ni líquidos
- Medicación preoperatoria
- Preparación local de la piel
- Preparar aquellos pacientes que no pueden realizar su higiene corporal (pelo, dentadura, depilación de la zona...)
- Revisión de datos (temperatura, analíticas...)
- Ropa adecuada (gorro, bata...)

## **Recepción en quirófano**

- Saludo amable y por su nombre
- Comprobación de su identidad
- Procurarle comodidad, calor.
- Permanecer cerca de él
- Anotar la hora de llegada.

Una vez que el enfermo llega al área quirúrgica los enfermeros debemos presentarnos. Comprobaremos que los datos del paciente son los que figuran en el parte, así como los cuidados que el paciente necesita para esa intervención.

### **Enfermero coordinador y/o instrumentista**

#### **a) Antes de la intervención**

- Indica a la instrumentista que comience el lavado
- Abre envoltorios de ropa estéril y guantes
- Ayuda a vestir a la instrumentista
- Abre contenedores de material
- Ayuda a vestir a los cirujanos
- Realiza campo quirúrgico, sondajes...
- Conecta terminales
- Anota datos
- Monitoriza al enfermo

#### **b) Durante la intervención**

- Anota la hora de comienzo e incidencia de la operación
- Control de líquidos: sangre, sueros, orina...
- Va haciendo el contaje de compresas
- Mantiene orden y limpieza
- Controla la asepsia durante la intervención
- Proporciona material, suturas... que se pueda precisar
- Controla tiempos de isquemia, clampajes...
- Se comunica con otros servicios: Rx, anatomía...
- Etiqueta muestras.

### **c) Después de la intervención**

- Ayuda a colocar apósitos y su fijación
- Ayuda a la movilización del paciente
- Ayuda a desvestirse al equipo
- Ayuda al recuento de material
- Recoge el material y lo dispone para su limpieza
- Anota incidencias finales, drenajes, prótesis...
- Prepara el quirófano para la siguiente intervención
- Recibe al siguiente paciente

## **1. Enfermero instrumentista**

### **a) Antes de la intervención**

- Comienza el lavado de manos
- Secado de manos
- Se viste con ropa estéril
- Se coloca guantes
- Viste mesa de instrumental
- Dispone ordenadamente los materiales
- Coloca guantes a los cirujanos
- Ayuda a la colocación de campo estéril
- Entrega a la coordinadora terminales

### **b) Durante la intervención**

- Sigue los pasos de la intervención
- Instrumenta rápido, eficaz y seguro.
- Hará cumplir las normas de asepsia
- Mantiene orden y limpieza en el campo y mesa
- Realiza contaje de compresas y material

### **c) Después de la intervención**

- Pinta de yodo la herida
- Coloca apósitos estériles
- Ayuda a colocar al paciente en la cama
- Revisa y cuenta todo el material.

La recogida de datos es importante puesto que representa una continuidad en los cuidados de enfermería y por tanto logra una eficaz atención integral al paciente.

## **POSICIÓN QUE SE USA EN CIRUGÍA VAGINAL, PERINEAL, ENDOURLÓGICAS, RECTALES:**

### **1. Trendelemburg**

Modificación de la postura supina. Se consigue inclinando la mesa, de manera que la cabeza esté más baja que el tronco. Las piernas pueden permanecer por debajo o por encima de la articulación de la cadera o en línea con ella, de esta forma se consigue que el contenido abdominal se desplace en dirección cefálica.

Esta posición se usa en procedimientos de la parte inferior del abdomen o pélvicos y abdominales y en inflamación de abdomen.

### **2. Trendelemburg invertido**

Mesa inclinada de manera que la cabeza quede más elevada que el tronco.

Se utiliza en cirugía de cabeza, cuello y procedimientos que comprometan el diafragma y cavidad abdominal superior.

### **3. Fowler**

Modificación de la posición supina. La mesa se flexiona de forma que el enfermo se mantiene en semisentada, la sección del cuerpo de la mesa se eleva un ángulo de 45°, con lo que esta parte se convierte en respaldo, los brazos descansan sobre tablas paralelas a la mesa, o sobre una almohada situada en el regazo del enfermo. Las nalgas quedan ligeramente flexionadas y las rodillas apoyadas sobre la articulación de la mesa, la sección de los pies se bajará ligeramente para conseguir la flexión de las rodillas.

Esta posición se usa en cirugía cervical, craneotomía posterior, cara, boca, hombro y mama (estas dos en caso de reconstrucción).

### **1. Reglas**

- Dentro del campo estéril sólo se empleará material estéril
- Solo ciertas zonas de la bata se consideran estériles:
  - Zona delantera desde los hombros hasta la cintura
  - Las mangas hasta 5cm del codo

- La mesa de operaciones es estéril solo en su parte superior
- Los bordes de las envolturas y las cajas no se consideran estériles
- Los envoltorios en un margen de 2.5 cm alrededor no se consideran estériles
- Los tapones de los frascos, en cuanto se abren, dejan de estar estériles
- El campo estéril debe montarse lo más próximo posible en el tiempo al comienzo de la intervención.

## **2. Preparación del campo quirúrgico**

- El propósito de la preparación preoperatoria de la piel es lograr un área quirúrgica libre de suciedad, grasa, bacterias patógenas y reducir al mínimo la población microbiana saprófita.
- Si la preparación se realiza con el paciente despierto se le explicará el procedimiento.
- Protocolo establecido en el hospital
- Mesa estéril con guantes y gasa estéril. Povidona yodada jabonosa.
- Desde el ombligo de manera circular hacia fuera
- Hacerlo desde arriba hacia abajo
- Con gasas o compresas secamos de la misma manera
- Pintando con povidona yodada de la misma manera, llegando hasta los laterales ( las gasas y lavado del ombligo y asepsia se hace con una gasa aparte)
- Los casos de pintar el pubis se hace primero que el abdomen y dejamos para final siempre la zona del pubis.

### **Material quirúrgico**

Es siempre material estéril, son objetos que se utilizan para realizar una intervención quirúrgica.

- Acero
- Aleación resistente e inoxidable
- Que se pueda apilar

### **1. Material básico**

- Mangos de bisturí

- Tijeras
- Porta-agujas
- Pinzas de disección
- Pinzas hemostáticas
- Separadores
- Valvas

## **2. Cuidados del instrumental**

Utilización correcta:

- Porta-agujas
  - Tijeras
  - Hilos
  - Disección
  - Mosquitos pequeños
  - Vasos
  - Protección puntas
- 
- Material pesado situar abajo
  - No golpear

## **3. Limpieza del instrumental**

- Detergente de pH no ácido
- Lubrificante: aceite hidrosoluble para que penetre mejor el vapor de la esterilización
- Ultrasónico: ondas sonoras de alta frecuencia que limpian el material

## Anexo # 1

### GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LOS PROCEDIMIENTOS PRE- QUIRÚRGICOS EN HOSPITALIZACIÓN.

¿EN LA ATENCIÓN AL USUARIO IDENTIFICA LOS VALORES, HÁBITOS Y CREENCIAS RELATIVAS AL CUIDADO DE LA SALUD Y DEMUESTRA RESPETO AL MISMO CUANDO ESTA NO PERJUDICA LA SALUD?

SI ( )

NO ( )

#### ACTIVIDADES PRE- QUIRÚRGICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ACTIVIDADES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
Baño de la paciente				
Preparación de la piel				
Preparación de uñas				
Vestido adecuado.				
Administración de medicación preoperatoria.				
Evacuación de vejiga				
Para la colocación de sondas utiliza todas las medidas asépticas				
Valora si hay alergias a soluciones				
Control de signos vitales				

**GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA FUNCIÓN DE CIRCULANTE EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO**

ACTIVIDADES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
Entrega equipo y materiales con medidas asépticas				
Todos utilizan medidas de barreras frecuente				
Habla, ríe, tose durante el acto quirúrgico				
Participa en el conteo de materiales de manera oportuna				
Evita corrientes de aires				
Está atento a las posibles complicaciones postquirúrgicas				
Administra medicamentos por prescripción médica				
Valorar herida quirúrgica				
Control de dolor				

**GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA FUNCIÓN DE INSTRUMENTISTA EN EL HOSPITAL DIVINA PROVIDENCIA DEL CANTÓN SAN LORENZO.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>TOTAL</b>
Correcto lavado de mano secado y vestido quirúrgico				
Conteo de materiales				
Uso de técnicas apropiadas para cubrir la herida.				
Esteriliza de forma correcta los materiales				
Participa en la limpieza terminal y desinfección de la sala de operación después de los procedimientos quirúrgicos				
Viste la mesa mayo sin contaminar				
Vestido y el calzado de guantes al cirujano y el ayudante, sin contaminar el proceso.				

**Anexo # 2**

**ENCUESTAS**

**TIPO DE CIRUGÍA**

**EDAD:**

**DIRIGIDOS A LAS MUJERES INTERVENIDAS  
QUIRÚRGICAMENTE**

¿QUÉ TIPO DE CIRUGÍA SE HA REALIZADO?

SALPINGECTOMÍA  HISTERECTOMÍA  CESÁREA

¿HA RECIBIÓ EDUCACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
EN CUANTO AL CUIDADO DE LA INCISIÓN DE SU CIRUGÍA?

SI NO

¿UTILIZA MÉTODOS ADICIONALES A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA  
PARA AGILITAR LA CICATRIZACIÓN DE SU INCISIÓN QUIRÚRGICA?

DETALLES	SI	NO
PREPARA SOLUCIONES		
APLICA UNGÜENTOS		
APLICA HIERBA		
APLICA BAÑO		
TOMAS		
NINGUNO		

¿PRESENTÓ ALGUNA COMPLICACIÓN DE SUHERIDA DESPUÉS DE SU  
CIRUGÍA?

SI ( ) NO ( )

¿TOMA LA MEDICACIÓN INDICADA POR EL MÉDICO EN SU  
DOMICILIO?

SI ( ) NO( )

LA INFORMACIÓN QUE LE BRINDO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FUE:

<b>ENFERMERA</b>	<b>FRECUENCIA</b>
SUFICIENTE	
SUPERFICIAL	
NO RECIBIÓ INFORMACIÓN	
CONFUSA	

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS		TÉCNICAS
Infecciones postoperatorias	Es aquella herida que presenta una secreción purulenta. También aquellas heridas que presentan inflamación y secreción serosa (seroma) en la cual el microbiólogo aísla microorganismos.	Tipos de infecciones postoperatoria	Incisional Superficial  Incisional profunda	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Historia clínica
<b>irugías gineco-obstétricas</b>	Son aquellas intervención realizada estrictamente a las mujer	Clase de cirugías	Cesáreas Salpingectomía Ooforectomias Histerectomías Colpoperineoplastia	SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Historia clínica
Procedimientos que utiliza el personal de enfermería.	Actividades de enfermería enmarcada a brindar educación y a cuidar de forma directa.	Pre-operatorio	Mediato	Baño de la paciente Preparación de la piel Preparación de uñas Vestido adecuado. Administración de medicación preoperatoria		Historias clínicas

				Evacuación de vejiga Medidas asépticas para la colocación de sondas Valoración de alergia a soluciones	
		Transoperatorio	Inmediato	Se toma signos vitales Verificación de objetos (joyas, reloj etc.)	Guías de observación
		Postoperatorio	Inmediato	Valoración de edema, sangrado. Control de náuseas y vómitos. Fijación de esparadrappo adecuado en la herida.	Guía de observación
			Mediato	Cuidado de la herida quirúrgica. Valoración de fiebre. Control de vomito.	
			Tardío	Control en consulta externa Valoración de herida Retiro de puntos Asepsia de herida	
Etapas quirúrgicas	Son las fases en las que se dividen las intervenciones quirúrgicas.	Etapas quirúrgicas	Etapa preoperatoria	Realiza el correcto lavado de mano secado y vestido quirúrgico. Viste la mesa mayo sin contaminar. Participar en el conteo inicial gasa, compresas e instrumento con la enfermera circulante. Asiste en el vestido y el calzado de guantes al cirujano y el ayudante, sin contaminar en el proceso.	Guía de observación

			<p>Etas transoperatorio</p> <p>Evitar corrientes de aire  La persona no estéril está lejos del campo estéril  Se habla lo menos posible en la intervención.  El pelo del personal quirúrgico debe estar cubierto por completo bajo el gorro  Calzado uso exclusivo para el quirófano.  Colocar mascarillas cubriendo boca y nariz.</p>	
			<p>Postoperatoria</p> <p>Prepara apósito para curar la herida y los drenes sin tocar con sus manos la herida.  Controla signos vitales.  Esteriliza los instrumentos de forma correcta (con agua fría, desinfectantes).  Participa en el lavado de materiales de manera correcta sin dejar restos de tejidos.  Realiza la envoltura correcta del mismo material.  Participar en la limpieza terminal y la desinfección de la sala de operación después de los procedimientos quirúrgicos.</p>	

Prácticas de medicina popular que realizan pacientes quirúrgicos	Es el uso de recetas productos de la tierra, hierbas o plantas medicinales.	Preparación de cura curaciones caceras	Prepara Soluciones Aplica Ungüentos Aplica hierba Aplica baño Tomas	SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
--	---	--	---	---	---	--