



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD Y DEL SER HUMANO**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**CUMPLIMIENTO DE LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA Y
ANTISEPSIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS
PACIENTES DE POSTOPERATORIO MEDIATO DE CIRUGÍA
GENERAL EN LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL
GENERAL LUIS VERNAZA, EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL,
PROVINCIA DEL GUAYAS, DURANTE EL PERÍODO ENERO A
SEPTIEMBRE 2014.**

AUTORES

IRE. BONILLA BORIS

IRE. LARA DARWIN

DIRECTORA DE TESIS

Lic. MARÍA MARTÍNEZ

**TRABAJO DE TESIS PRESENTADO EN OPCION A OBTENER
EL TITULO DE LICENCIADOS EN CIENCIAS DE LA
ENFERMERIA**

GUARANDA, 2014

1 DEDICATORIA

A DIOS, por darnos la oportunidad de vivir y estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por habernos puesto en nuestro camino aquellas personas que han sido un soporte y compañía durante todo el periodo de estudios.

A NUESTROS PADRES, por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en nuestra educación, tanto académica como de la vida, por su condicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A NUESTROS AMIGOS, A todas aquellas personas que aunque no compartimos la misma sangre se comportaron como si lo fueran y nos brindaron siempre apoyo y orientación en los momentos más difíciles y cuando más los necesitamos.

2. AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Estatal de Bolívar, institución que nos brindó el derecho de ser profesionales de la República.

A los y las Docentes, que con su dedicación y desempeño pedagógico lograron formarnos día a día en las aulas, para podernos desempeñar profesionalmente en los diferentes escenarios de salud y así brindar el apoyo y servir al ser humano.

A la Lic. María Martínez, Directora de nuestro trabajo de grado, quien nos ha guiado con mucha entereza, en el desarrollo arduo del trabajo investigativo.

Y de manera muy especial, al personal del Hospital Luis Vernaza, que nos brindaron su apoyo, confianza para desempeñarnos y poner en práctica nuestros conocimientos obtenidos durante la carrera educativa.

3. CERTIFICACION DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, licenciada María Lucila Martínez Villegas, certifico que los Señores: BORIS BAYARDO BONILLA Y DARWIN HERNÁN LARA CORDOVÉZ, han cumplido con todos los procedimientos previos para el desarrollo de la Tesis de Grado, cuyo título es: “CUMPLIMIENTO DE LAS TÉCNICAS DE ASEPSI Y ANTISEPSIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PÁCIENTES DE POSTOPERATORIO MEDIATO DE CIRUGIA GENERAL EN LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL GENERAL LUIS VERNAZA, EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS, DURANTE EL PERIODO ENERO A SEPTIEMBRE 2014”.

Por lo que los portadores del presente pueden hacer uso de este en los trámites respectivos en la Universidad Estatal de Bolívar.

Las ideas y afirmaciones que constan en la presente investigación son responsabilidades de sus autores.

Guaranda,

.....
Lic. María Lucila Martínez Villegas.
DIRECTORA DE TESIS

4. TABLA DE CONTENIDOS



.....	I
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR	I
1 DEDICATORIA	II
2. AGRADECIMIENTO.....	III
3. CERTIFICACION DE LA DIRECTORA DE TESIS	IV
4. TABLA DE CONTENIDOS.....	V
5. TITULO DE LA INVESTIGACION.....	1
6. INTRODUCCIÓN	2
8 JUSTIFICACION	5
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
8. OBJETIVOS	7
Objetivo general:.....	7
Objetivos específicos:	7
9. HIPOTESIS.....	8
10. VARIABLES	9
Variable independiente:	9
Variable dependiente:.....	9
CAPITULO I.....	18
VISIÓN	19
1. SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL	21
2. SALA “SAN AURELIO”.	22
3. RECURSOS MATERIALES:.....	24

4. EPIDEMIOLOGIA	25
MARCO CIENTIFICO	26
1. 1. ENFERMERÍA	26
1.1.3. TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA	29
1.1.3.1. TECNICAS DE ASEPSIA.....	29
1.1.2.2. TECNICAS DE ANTISÉPSIA.....	33
1.1.2.3. LAVADO DE MANOS	35
CAPITULO II.....	55
MARCO LEGAL Y NORMATIVO.....	55
CAPITULO III.....	59
DISEÑO METODOLOGICO	59
CAPITULO IV.....	62
ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.....	62
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81
CAPITULO V	83
PROPUESTA.....	83
TEMA:	83
INTRODUCCION	84
JUSTIFICACION.	85
OBJETIVOS	86
SOSTENIBILIDAD.....	87
FACTIBILIDAD.....	87
DESARROLLO DE TEMAS	88
Clasificación química de antisépticos y desinfectantes:	120
RECURSOS Y PRESUPUESTO.....	122
12. BIBLIOGRAFIA.....	123

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL.	125
a. GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL.....	128
ANEXO N° 3 FOTOS.....	132
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	139
RECURSOS Y PRESUPUESTOS.....	141

LISTA DE CUADROS Y GRAFICOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1. Años de trabajo	62
TABLA Y GRÁFICO N° 2. Conocimiento de técnicas de asepsia y antisepsia	63
TABLA Y GRÁFICO N° 3. Aplicación Métodos de Barrera	64
TABLA Y GRÁFICO N° 4. Lavado de manos	65
TABLA Y GRÁFICO N° 5. Utiliza guantes estériles	66
TABLA Y GRÁFICO N° 6. Colocada de la bata	67
TABLA Y GRÁFICO N° 7. Cambio de mascarilla	68
TABLA Y GRÁFICO N° 8. Verificación del material	69
TABLA Y GRÁFICO N° 9. Atención al paciente	70
TABLA Y GRÁFICO N° 10. Consideración antecedentes patológicos	71
TABLA Y GRÁFICO N° 11. Procedimientos de enfermería	72
TABLA Y GRÁFICO N° 12. Aplicación antisépticos	73
TABLA Y GRÁFICO N° 13. Gusta tener más conocimiento sobre técnicas	74
TABLA N° 14. Guía de observación- habilidades	75
GRÁFICO N° 14 . Habilidades	76
TABLA N° 15. Actitudes	77
Gráfico N° 15 Actitudes	79

5. TITULO DE LA INVESTIGACION

CUMPLIMIENTO DE LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO DE CIRUGÍA GENERAL EN LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL GENERAL LUIS VERNAZA, EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS, DURANTE EL PERÍODO ENERO A SEPTIEMBRE 2014.

6. INTRODUCCIÓN

La prevención y lucha contra las infecciones se remonta a períodos remotos, anteriores al descubrimiento de los microorganismos como agentes causales de las enfermedades infecciosas.

Con los descubrimientos de Pasteur en el siglo pasado, se demostró que la causa de numerosas enfermedades contagiosas son los microbios que se transmiten utilizando diferentes mecanismos. Lister asoció el descubrimiento de las bacterias y su participación en la génesis de las infecciones, por lo que introdujo el concepto de asepsia en la práctica quirúrgica y la idea de prevenir la infección mediante los antisépticos, utilizando las nebulizaciones con fenol para desinfectar el aire, el lavado de manos del cirujano, la desinfección de la zona quirúrgica.

A través de los trabajos de Von Bergmann se crearon las técnicas de esterilización por vapor. Posteriormente, con los descubrimientos de nuevos antisépticos y fundamentalmente de las sulfamidas y la penicilina, ha ido mejorando la lucha contra la infección.

Todas estas técnicas han modificado a lo largo de los últimos años, el pronóstico de las intervenciones quirúrgicas posibilitando el rápido progreso técnico de la cirugía actual.

No obstante, la infección hospitalaria sigue siendo hoy día un problema de salud pública de primer orden en todos los hospitales del mundo. Paradójicamente, no está demostrado que el nivel de desarrollo tecnológico favorezca su control. Sin embargo, aunque no puede plantearse su eliminación, sí se puede obtener una reducción considerable, si se toman medidas adecuadas para su identificación y control. Asimismo, hoy es necesario introducir en los hospitales un control de la infección hospitalaria como indicador de la calidad de la atención, así como el riesgo que puede representar para el paciente.

Por otro lado, las técnicas de asepsia y antisepsia constituyen los pilares de la prevención de la infección hospitalaria, por lo que en el desarrollo del presente trabajo investigativo se ha logrado conocer que de acuerdo a nuestro tema: CUMPLIMIENTO DE LAS TÉCNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO DE CIRUGÍA GENERAL EN LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL GENERAL LUIS VERNAZA, EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS, DURANTE EL PERÍODO ENERO A SEPTIEMBRE 2014. Nos hemos planteado el siguientes objetivo Determinar las técnicas de asepsia y antisepsia y el nivel de cumplimiento por parte del personal de enfermería en los pacientes de postoperatorio mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza, en la Ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, durante el período enero a septiembre 2014. , mismo que se llega a ejecutar de acuerdo a las siguientes actividades: Diagnosticar las técnicas de asepsia y antisepsia que aplica el personal de enfermería sobre los pacientes del post operatorio mediato de cirugía general. Determinar el cumplimiento de las técnicas de asepsia por parte del personal de enfermería, en pacientes de postoperatorio mediato de cirugía general. Elaborar un protocolo de procedimientos de atención en pacientes post quirúrgicos, relacionada al correcto cumplimiento de las técnicas asépticas. Permitiendo así desarrollar el **Capítulo I** que consiste en el Marco teórico, reflejado en el referencial donde nos describe el lugar de los hechos y la oferta al paciente, también tenemos el científico, mismo que está sustentado en base a las variables dependiente e independiente, afianzada en los criterios de diferentes autores de libros, folletos, revistas, artículos , entre otros. En el **Capítulo II** hacemos referencia el marco legal normativo que exige cumplir con leyes y reglamentos propuestos. **Capítulo III.** Representa el diseño metodológico que nos da la pauta a seguir con nuestro trabajo investigativo; **Capítulo IV,** nos demuestra el Análisis y Representación de resultados de las encuestas dirigidas al personal de enfermería, así como de la observación directa, en este apartado mediante tablas y gráficos representamos el criterio del personal de enfermería, mismo que nos conduce a

determinar el accionar en el siguiente **Capítulo V**, como es la Propuesta en respuesta al problema suscitado en la Sala de post operatorio “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza, misma que se llevó a efecto mediante seminario taller en la que se presentó el protocolo de Atención a pacientes postoperatorio mediato de acuerdo al cronograma de actividades con la colaboración del personal de enfermería de la sala San Aurelio.

8 .JUSTIFICACION

Nuestra investigación está centrada en los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general y las diferentes complicaciones que están asociadas por la falta de aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia, por el personal de enfermería profesional y no profesional de la sala San Aurelio del Hospital Luis Vernaza.

Las actividades del post operatorio son realizadas casi en su totalidad por el personal auxiliar de enfermería, los cuales lo realizan empíricamente, de esta forma pasan por alto el cumplimiento de las diversas técnicas que deberían ser aplicadas en los diferentes procedimientos del post operatorio.

Por tal razón es de vital importancia unificar criterios sobre las diversas técnicas de asepsia y antisepsia en los procedimientos post quirúrgicos de cirugía general que se realizan en el pos operatorio mediato; evitando problemas para el paciente y la Institución.

De lo expuesto anteriormente se desprende nuestra investigación en la cual proponemos facilitar un protocolo de atención en pacientes post quirúrgicos, relacionado al correcto cumplimiento de las técnicas asépticas, las cuales mejoraran los cuidados de enfermería en relación a la asepsia y antisepsia.

De esta forma se hará que el usuario se sienta seguro de la atención que le dará el personal de enfermería.

La Constitución de la República en el Art. 32 establece el derecho a la salud, y en el momento actual las prácticas quirúrgicas deben ser garantizadas y seguras, por lo tanto es necesario ayudarles con un protocolo que permita al personal de enfermería cumplir a carta cabal con las técnicas de asepsia y antisepsia para una mejor atención al paciente con calidad y calidez. (Estado, 2008)

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo el personal de enfermería de la Sala San Aurelio del Hospital General Luis Vernaza, en la Ciudad de Guayaquil, cumple con las técnicas de asepsia y antisepsia, en los pacientes en post operatorio mediato de cirugía general?

8. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar el nivel de cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia, por parte del personal de enfermería en los pacientes de postoperatorio mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza, en la Ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, durante el período enero a septiembre 2014.

Objetivos específicos:

- Identificar el cumplimiento de las técnicas de asepsia por parte del personal de enfermería, en pacientes de post operatorio mediato de cirugía general.
- Evaluar las técnicas de asepsia y antisepsia que aplica el personal de enfermería sobre los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general.
- Elaborar un protocolo de procedimientos de atención en pacientes post quirúrgicos, relacionada al correcto cumplimiento de las técnicas asépticas.

9. HIPOTESIS

La aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia por parte del personal de enfermería logrará la recuperación de los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general, en la Sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza, en la Ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, durante el período enero a septiembre 2014.

10. VARIABLES

Variable independiente:

- Técnicas de asepsia y antisepsia.

Variable dependiente:

- Pacientes de Postoperatorio mediato

11. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
Técnicas de asepsia y antisepsia.	Es un conjunto de normas, métodos, barreras y procedimientos que se aplican el profesional de enfermería para la eliminación o inhibición de la proliferación de microorganismos patógenos causantes de infección después de una cirugía en general.	ENFERMERÍA TÉCNICAS ASEPSIA Y ANTISEPSIA BARRERAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Funciones de la enfermera ➤ Prácticas de la enfermera . ➤ Conocimiento sobre técnicas de asepsia y antisepsia . ➤ Uso de prendas y accesorios de bioseguridad del personal 	Encuesta Guía de Observación	Cuestionario preguntas. Registro de observación	<p>Tiene conocimiento sobre técnicas de asepsia y antisepsia aplicadas en las salas del hospital.</p> <p>SI ()</p> <p>NO ()</p> <p>Aplica los métodos de barrera en la atención al paciente de post operatoria.</p> <p>Siempre ()</p> <p>A veces ()</p> <p>Nunca ()</p> <p>En la atención al paciente cumple con</p>

		<p>LAVADO DE MANOS</p> <p>DESINFECTANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnica ➤ Normas ➤ Manejo de materiales estériles. 			<p>Lavado de Manos</p> <p>Antes de iniciar el procedimiento ()</p> <p>Después del contacto con el paciente ()</p> <p>Para mantener estéril la sala de post operatoria de cirugía general aplica desinfectantes antisépticos.</p> <p>Siempre ()</p> <p>A veces ()</p> <p>Nunca ()</p>
--	--	----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
DEPENDIENTE						
Pacientes de Post-operatorio mediano	Paciente a la recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica que recibe un conjunto de habilidades, actitudes, capacidades, competencias, técnica, sentido ético y humano con la finalidad de prevenir, identificar y/o reducir riesgos en este periodo postoperatorio, así Evitar complicaciones.	HABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valora el nivel de conciencia. ➤ Conecta y asegura drenajes. ➤ Observa signos de sangramiento en herida quirúrgica. ➤ Toma de signos vitales. ➤ Observa signos de shock ➤ Mide diuresis 	Observación directa	Registro de observación	Ejecuta Siempre (3) Frecuentemente (2) De vez en cuando (1) Nunca (0)

			<p>horaria.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Lleva balance Hidroeléctrico.➤ Eleva miembros inferiores➤ Observa signos y síntomas de embolismo➤ Mantiene vías aéreas permeables.➤ Evitar hipotermias.➤ Mantiene barandas			
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

			<p>subidas.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Garantiza reposo.➤ Mantiene confort, alineación corporal, cambios de posición.➤ Psicoterapia de apoyo al paciente y familiares.➤ Aplica medidas de asepsia y antisepsia			
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

		ACTITUDES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconoce las diferencias personales de los enfermos, de acuerdo a la intervención quirúrgica. ➤ Explica sobre los cuidados individualizados que brinda. ➤ Conoce las creencias del paciente. ➤ Manifiest 	Observación directa	Registro de observación	Trato Siempre (3) Frecuentemente (2) De vez en cuando (1) Nunca (0)
--	--	------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

			<p>a preocupa ción por su estado de salud.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Responde las inquietud es del usuario.➤ Comunic a a la familia sobre la progreso del paciente.➤ Reconoce una violación franca o dudosa a la técnica aséptica y/o estéril.➤ Tiene			
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

			disposi n para trabajar con el equipo de salud.			
--	--	--	----------------------------------------------------------------	--	--	--

CAPITULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1.HOSPITAL GENERAL LUIS VERNAZA, SALA SAN AURELIO”

Antecedentes históricos del hospital

El Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia se remonta a la época de Carlos II, Rey de España. Una de sus ordenanzas fue la fundación de hospitales en todos los pueblos españoles y de indios, para proveer atención y curar a los enfermos, ejerciendo la caridad cristiana. (Vernaza, 2014)

El cabildo guayaquileño inició la construcción del hospital, y lo inauguró el 25 de noviembre de 1564. En honor a la figura cuya fiesta se celebra ese día, se lo bautizó con el nombre de Santa Catalina Mártir. Este hospital fue el primero en la Audiencia de Quito y uno de los pocos edificios públicos en el siglo XVI en Guayaquil.

En 1896, el antiguo edificio del hospital (en esos días llamado Hospital Civil) fue consumido por las llamas del gran incendio de la ciudad. Se inició con su nueva construcción de madera el 10 de agosto de 1904 para posteriormente iniciar un edificio de cemento en 1918. El edificio fue inaugurado ocho años después.

El 12 de agosto de 1942, el Hospital General cambió su nombre por última ocasión, esta vez en honor a uno de los más renombrados benefactores y directores de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, Don Luis Vernaza.

Debido al gran valor histórico y cultural del hospital, la Junta Cívica de Guayaquil, en agosto de 1971, colocó una placa de bronce en el Auditorio del Hospital Luis Vernaza, reconociendo y dejando constancia que fue fundado el 25 de noviembre de 1564 y es el primero y más antiguo del Ecuador. En 1989, el hospital fue reconocido como Patrimonio Cultural del Ecuador.

MISION:

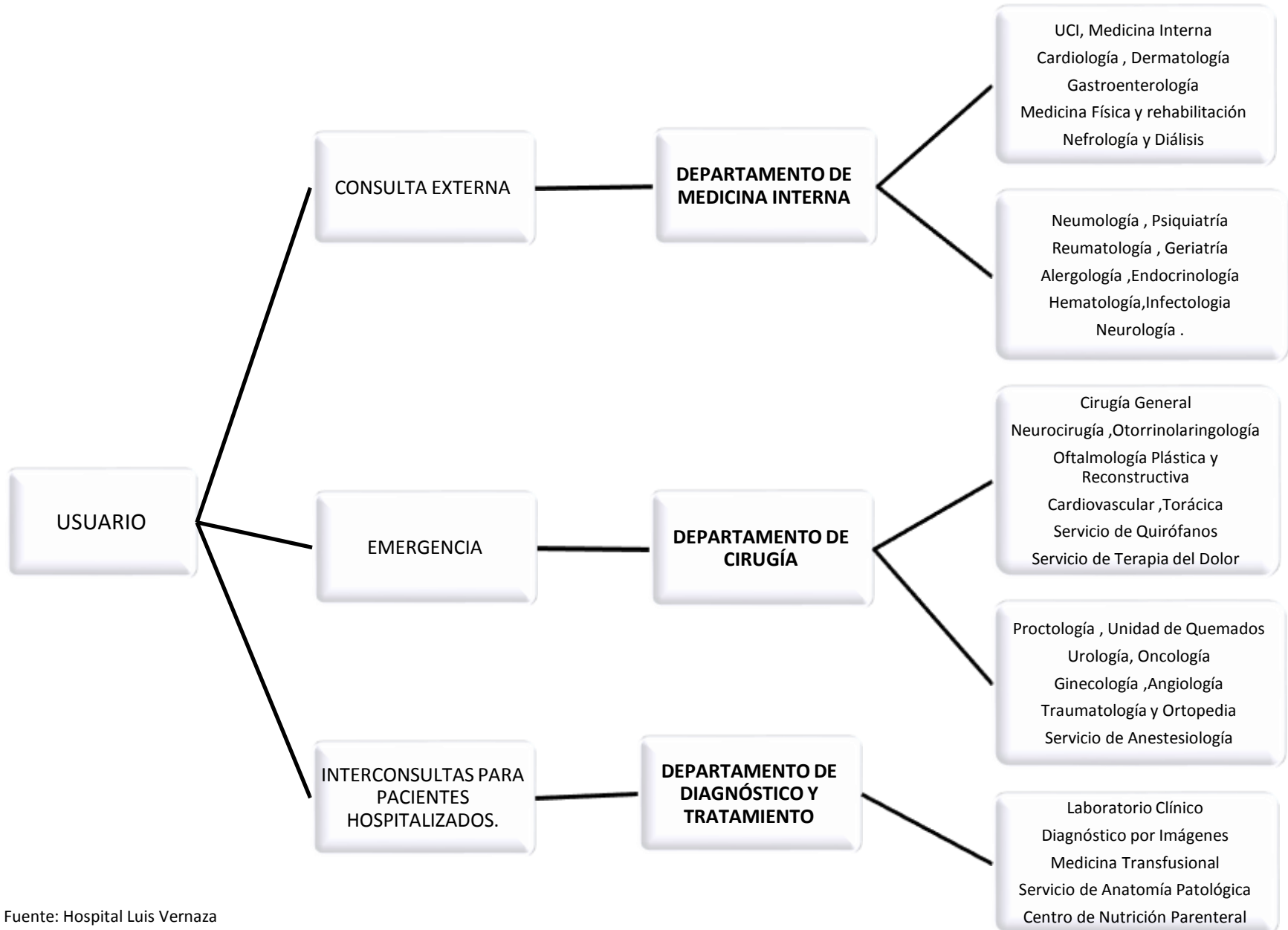
Ofrecer servicios médicos con calidad y calidez a la población más necesitada sin discriminación alguna.

VISIÓN

Somos y seguiremos siendo líderes en servicios médicos especializados en la región costa y para el 2018 somos el referente en servicios médicos especializados a nivel nacional.

Para cumplir con nuestra misión y hacer realidad nuestra visión, contamos con un talento humano competente, comprometido y motivado que busca y aplica el conocimiento de vanguardia.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



1. SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL HOSPITAL

<p>Medicina Crítica: UCI. Servicios de Especialidades Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicina Interna ➤ Cardiología ➤ Dermatología ➤ :_Gastroenterología ➤ Medicina Física y rehabilitación ➤ Nefrología y Diálisis ➤ Neumología ➤ Psiquiatría ➤ Reumatología ➤ Geriatria ➤ Alergología ➤ Endocrinología ➤ Hematología ➤ Infectología ➤ Neurología 	<p>Cirugía General Servicios de Especialidades Quirúrgicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Neurocirugía ➤ Otorrinolaringología ➤ Oftalmología ➤ Plástica y Reconstructiva ➤ Proctología ➤ Unidad de Quemados ➤ Urología ➤ Oncología ➤ Ginecología ➤ Angiología ➤ Traumatología y Ortopedia ➤ Cardiovascular ➤ Torácica ➤ Servicio de Anestesiología ➤ Servicio de Quirófanos ➤ Servicio de Terapia del Dolor 	<p>Laboratorio Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnóstico por Imágenes ➤ Medicina Transfusional ➤ Servicio de Anatomía Patológica ➤ Centro de Nutrición Parenteral

2. SALA “SAN AURELIO”.

HISTORIA:

La sala de cirugía general hoy llamada San Aurelio fue creada en el año 1963, siendo su director el Dr. Miguel A Jijón T. en el cual se establece que dicha sala se haga solamente para varones más no para mujeres, esto se crea por la gran demanda de pacientes con cirugías tanto mujeres como varones y debido a la infraestructura de la sala no garantizaba la intimidad por lo que hoy en día la sala san Aurelio es de varones y consta de 32 camas de las cuales 28 están al servicio de la sala y las otras 4 están prestadas a cuidados intermedios de la MEGA UCI. (Estrada, y otros, 2013)

RECURSOS HUMANOS.

Esta área consta con el siguiente personal:

MÉDICOS:

- | | |
|------------------------|-----------------|
| ➤ Dr. Max Coronel | Jefe De Sala |
| ➤ Dr. Roberto Correa | Sub Jefe 1 |
| ➤ Dr. Jame Neira Borja | Sub Jefe 2 |
| ➤ Dr. Flowen Vera | Médico Adscrito |
| ➤ Dr. Roberto Gonzáles | Médico Adscrito |

ENFERMERAS Y AUXILIARES:

EN LA MAÑANA:

- 1 Licenciada Jefa De Sala.
- 1 Sub Jefa De Enfermería.
- 5 Auxiliares De Enfermería.
- 1 Interno/a de Enfermería.

EN LA TARDE:

- 1 Licenciada
- 4 Auxiliares De Enfermería
- 1 Interno De Enfermería

EN LA NOCHE:

- 1 Interno De Enfermería
- 3 Auxiliares De Enfermería

PERSONAL DE LOGISTICA:

- Secretaria 1
- Auxiliar de limpieza 1

3. RECURSOS MATERIALES:

1 Maquina de Hemoglutec.	6 Computadoras completas.	2 Lámparas alógenas.
23 Bombas de Patrón.	2 Teléfonos.	2 Tensiómetros.
22 Bombas Estándar.	2 Archivadores.	6 Sillas de ruedas.
22 Bombas Santronic.	2 Extintores.	2 Televisores
14 Bombas XL	2 Lava manos.	6 Colchones anti escaras.
1 Coche de Curación.	2 Baños para personal.	3 Lavacaras.
2 Coches para aseo de pacientes.	1 Baño para eliminación de desechos de pacientes.	1 Laringoscopio completo. Con sus controles remotos.
1 Nevera para medicamentos que requieren refrigeración.	4 Tachos negros.	28 Veladores.
6 Bideles.	4 Tachos rojos.	22 Humidificadores.
6 Patos.	2 Oficinas.	28 Soportes.
28 camas.	1 Coche de paro.	28 Termómetros.
28 Colchones.	3 Manómetros.	28 Sillas para pacientes.

4. EPIDEMIOLOGIA

Estadística de las Diferentes Cirugías que se Atendieron en la Sala San Aurelio En El Periodo De Enero A Septiembre Del 2014.

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Luis Vernaza 2014

Procedimientos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Apendicetomías	60	50	55	40	34	30	56	45	15
Colecistectomía laparoscópica (Colelap)	30	27	15	10	16	25	21	30	9
Herniorrafia	30	29	31	17	20	20	15	30	10
Laparotomías exploratorias	10	9	12	7	10	13	9	5	1
Fistulectomía "fistulas hemorroides"	8	8	4	3	9	10	6	5	2
Amputaciones traumáticas	3	1	3	0	1	4	1	5	0
Amputaciones por pie diabético	2	1	1	1	0	3	2	1	0
Heridas infectadas por pie diabético	5	3	7	2	5	3	1	0	5
Politraumatismos	11	7	3	9	10	2	6	1	0

MARCO CIENTIFICO

1. 1. ENFERMERÍA

(Alguinzone, 2002), en su trabajo de Grado de la Universidad “Rómulo Gallegos”, definen enfermería como: “una profesión que posee una serie de conocimientos basados en los principios sociales y científicos, que sus miembros utilizan para identificar y resolver problemas de salud” (p 2).

En este sentido la profesión de enfermería es definida por diversos autores como: “un servicio dedicado a lograr el bienestar humano y social. Ayuda a la realización de esto, aplicando sus conocimientos y habilidades científicas al cuidado del enfermo, mejoramiento y restauración de la salud y la prevención de enfermedades”.

1.1. 1.FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Con respecto a la función de la enfermera(o) conviene destacar lo referido por Kron, D, citada por Castillo, M y Piña, E (1996) cuando dice:

“La función de la enfermería es emplear los procedimientos de enfermería que incluyen obtener información y valorar el estado del paciente, lo que lleva a establecer el diagnóstico de enfermería. Después debe planificar el cuidado y llevar a cabo el plan previsto. Finalmente, debe evaluar la eficacia del tratamiento de enfermería administrado” p. 134)

La cita anterior permite argumentar, que las funciones de enfermería abarca un amplio espacio, ya que además de brindar cuidados debe planificar las actividades relacionadas con estos cuidados y evaluar el tratamiento dado por enfermería al paciente.

Por otra parte, el profesional de enfermería en el cumplimiento de su rol, pueden ejercer de acuerdo a las acciones que debe seguir la enfermera(o) en el cuidado diario de los pacientes se puede nombrar tres. Según: Iyer. P. Taptich. B. y

Bermocchi-Loser, D. (1993) Las funciones de enfermería se distribuyen de la siguiente manera:

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, ente otros.

Independientes: Son aquellas actividades de la enfermera dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requiere la orden precisa de un médico. (pág. 169).

1.1.2. PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La práctica de enfermería es definida por Dugas (B.W., 1986) como:

La enfermería es una profesión dinámica y su práctica cambia constantemente. Es una de las profesiones de asistencia, con una tradición larga y honorable de servicio a la comunidad. Durante toda su historia, relativamente corta, en esta parte del mundo, las enfermeras han tenido un papel importante en la prestación de servicios de salud. (p 53).

Los cambios científicos, tecnológicos, sociales han generado variaciones en el papel de las enfermeras. Con relación a lo anterior, el mismo autor expresa: que algunos de los cambios y necesidades de asistencia que afectan a la práctica actual de enfermería, está el cambio en el pensamiento social que ha llevado a considerar la salud como un derecho de todo individuo, con la siguiente expansión de los servicios de salud para asegurar ese derecho, una transformación inequívoca de enfoque, de un sistema de cuidado de salud orientado

principalmente a enfermedades, a otro que resulta la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; una tendencia a alejarse de los servicios de las instituciones y dirigidas a los basados en la comunidad y la integración de los servicios.

Con relación a las funciones dependientes.

Patricia Iyer (W., 1998) “son las actividades que esta desarrolla a partir de las instrucciones del médico en posición de su licencia legal para ejercer”. Entre estas funciones están la administración y preparación de medicamentos, procedimiento que implica la aplicación de técnicas.

En tal sentido, (Diaz, 1988) manifiesta, “Las técnicas de enfermería son actividades o normas por medio de las cuales se cumple una función específica en este caso la atención, administración y preparación de sustancias medicamentos que constituye parte de ellas” (p.123).

Las técnicas y procedimientos para la práctica de enfermería son de suma importancia ya que se debe tener conocimientos acerca de los medicamentos, su preparación y todo lo que pueda interferir en ellos. Las acciones de enfermería en el cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia en los pacientes están estrechamente ligadas a la práctica de la profesión, sus actividades están sustentadas por principios válidos, conectados a un conjunto de conocimientos y habilidades, que tienen la finalidad de brindar y satisfacer las necesidades del enfermo. Por consiguiente la enfermera(o) actuará con conocimientos teóricos, los cuales llevará a la práctica por medio de sus acciones técnicas para advertir problemas potenciales que pudieran surgir en el proceso de pos-operatorio mediato en pacientes de cirugía general.

En el contexto de esta investigación se definirán como funciones independientes en la prevención y control de infecciones postoperatorias, aquellas que tienen que ver con las precauciones universales, es decir la aplicación del lavado de manos y los métodos de barrera.

1.1.3. TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA

1.1.3.1. TECNICAS DE ASEPSIA

TÉCNICAS

Son las prácticas de limpieza y desinfección de las áreas físicas hospitalarias son esenciales e indiscutibles para tener en cuenta en la búsqueda del éxito de todo sistema de vigilancia de prevención y control de infecciones asociadas con la atención médica, cuyo propósito es retirar o destruir microorganismos que pueden dañar a pacientes, a sus familiares y a otras personas que permanecen o transitan en un ambiente hospitalario

ASEPSIA

Método o procedimiento para evitar que los gérmenes infecten una cosa o un lugar. "la esterilización y la aplicación de antisépticos son formas de asepsia"

Conjunto de acciones sanitarias dirigidas a eliminar los gérmenes o microorganismos patógenos que podrían causar una infección. La asepsia se aplica antes, durante y después de una intervención quirúrgica. También se aplica en las instalaciones sanitarias y hospitalarias, para mantenerlas libres de elementos infecciosos. (SALUD, 2013)

ANTISEPSIA

Se define como el empleo de medicamentos o de sustancias químicas antisépticos para inhibir el crecimiento, destruir, o disminuir el número de microorganismos de la piel, mucosas y todos los tejidos vivos. Es la ausencia de sepsis (microorganismos capaces de producir putrefacción y/o infección). La finalidad de estos procedimientos es evitar o atenuar el riesgo de infección en toda técnica quirúrgica. (CASTILLO, 2011)

ENFERMERA

El profesional de enfermería es la persona entrenada sobre bases científicas para la atención de los enfermos y cumple con criterios técnicos. Las normas de educación y de competencia críticas preestablecidas. La Canadian Nurse Association (CNA) (1984) citada por Kozier.b. Erb. G.Blais K y Wilkinson. J.M (1999, señalan que “La enfermería o el ejercicio de la enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud”. Pág. 8).

Asimismo, (Iyer.P. Taptich, 1993) Explican:

Las intervenciones de enfermería son estrategias específicas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los resultados. Por lo tanto las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a las respuestas humanas (Pág. 168)

La enfermera tiene como función primordial favorecer el bienestar del usuario, atendiendo en primera instancia el motivo que afecta su estado de salud.

Por tanto se puede citar la teoría de enfermería de la pionera Florence Nigtingale, la cual habla sobre el entorno en el que se desenvuelve la salud y bienestar del paciente.

Esta enfermera explica que el paciente es un individuo que posee unos procesos reparadores vitales para enfrentarse a las enfermedades y que desee estar sano pero que es pasivo en cuanto a su influencia sobre el ambiente o el profesional de enfermería.

Para ella, la salud, significa estar bien y utilizar las propias fuerzas en toda su extensión. La salud se conserva por medio de la prevención de enfermedades usando los factores de la salud ambiental.

Define la enfermería como la provisión de las condiciones óptimas para potenciar los procesos reparadores de la persona y prevenir la interrupción del proceso reparador.

Esta teoría de Florence Nightingale guarda relación con el trabajo de investigación, porque el paciente pos operatorio de cirugía general es susceptible a cualquier cantidad de microorganismos patógenos que se encuentren inmersos en esta área, tomando en cuenta que se encuentra con pocas defensas por su estado de salud luego de la cirugía, a fin de evitar un proceso infeccioso y ofrecerle una condición de salud positiva.

Divo, A (1990), ha definido las bacterias como microorganismos unicelulares más pequeños capaces de duplicarse por sí solos a expensas del medio que lo rodea” (pág9).

Las bacterias son seres vivos que necesitan un ambiente adecuado para su crecimiento y desarrollo.

El diccionario de enfermería Oceáno Mosby (1996) refiere al crecimiento bacteriano como “proliferación de células, específicamente en un cultivo bacteriano (pág.319).

Cuando se evidencia la presencia de bacterias en el organismo del paciente post-operado, se puede decir que está cursando una infección que a su vez, retarda su proceso de recuperación y alarga su estadía en el centro hospitalario.

Diccionario Enciclopédico de Enfermería (1996) define infección como: “La invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos del organismo que ocasiona un daño celular localizado debido a una competencia metabólica a la acción de toxinas, la explicación intracelular o a la respuesta antígeno-anticuerpo” (pág. 683).

Con respecto al concepto anterior, el paciente puede adquirir alguna infección hospitalaria debido a que su sistema inmunológico se encuentra deprimido, en consecuencia de la cirugía a la cual fue sometida, esta infección, intervienen múltiples factores que deben estar presentes para que se pueda producir la misma.

Para que se suscite la infección se requiere una cadena completa de sucesos.) (Bruner. L y Suddart, 1997) Explica que:

- Organismo etiológico: cualquier clase de microorganismos puede ser causante de una infección.
- Reservorio: es el término que se refiere a toda planta, persona, animal, sustancia o lugar que proporciona nutrimento a los microorganismos y permiten su dispersión ulterior.
- Modo de salida: el huésped infectado tiene que difundir el patógeno a otro huésped o al medio ambiente para que ocurra la transmisión.
- Vía de Transmisión: los microorganismos pueden transmitirse a través de fluidos sexuales o parenterales. Contacto directo con la piel, contacto o exposición cercana o a través de partículas infecciosas en el aire.
- Huésped susceptible: para que la infección sea posible la persona o animal debe ser susceptible a infección, se precisa una puerta de entrada.

Esta cadena de infección puede ser interrumpida por las técnicas de asepsia, el lavado postquirúrgico de las manos y antebrazos, es el método más eficaz para controlar la proliferación de las infecciones, ya que al eliminar en mayor parte los organismos patógenos se garantiza la reducción de la flora bacteriana de la piel de las manos y antebrazos, en el cual se fundamenta en el arrastre del agente patógeno para prevenir la transmisión de los microorganismos.

En relación con el lavado quirúrgico, (Atkinson, 1998) lo define como el “proceso dirigido a eliminar el mayor número posible de microorganismos de las manos y antebrazos mediante lavado mecánico y antisepsia química antes del acto quirúrgico”. (pág. 170).

De forma más específica, los objetivos del lavado quirúrgico de manos y antebrazos son:

- Retirar tantas bacterias como sea posible de manos y antebrazos por la acción mecánica del lavado, utilizando solución bactericida o antiséptico agua y fricción.
- Disminuir todo lo posible a los microorganismos residentes de la piel.
- Mantener el mínimo de microorganismos durante la recuperación del paciente

- Reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

1.1.2.2. TECNICAS DE ANTISÉPSIA.

La aplicación de los antisépticos en el área de recuperación o pos operatorio, constituye paso importante entre el conjunto de las técnicas a considerar en la fase decisiva o recuperación las cuales se sustentan en los principios de salud.

(Atkinson, 1998) Explican al respecto. “hay que cumplir estrictamente las normas de una técnica estéril para seguridad del paciente y esto consiste en una serie de explicaciones teóricas que sustentan su aplicación, (pág.200)

Kozier,B Erb G, Blais K y Wilkinson J.M. (1999) “Los antisépticos son agentes que inhiben el crecimiento de algunos microorganismos” (pág.711)

Las sustancias antisépticas deben poseer las siguientes características: ser un agente antimicrobiano de amplio espectro, de acción rápida y eficaz, de acción prolongada y no debe ser irritante.

Kozle,B. Erb, Blais K y Wilkinson J.M. (1999) explican que la esterilización es un proceso que destruye a todos los microorganismos incluidas las esporas y los virus” (p.713)

Para utilizar el proceso de la esterilización es necesario tomar en cuenta los siguientes puntos:

1. El tipo y cantidad de organismos infecciosos. Algunos microorganismos. Son destruidos con facilidad mientras que otros necesitan un periodo de desinfección más largo.
2. La concentración recomendada del desinfectante y la duración del contacto.
3. La temperatura del medio ambiente
4. La presencia de jabón
5. La presencia de materias orgánicas.
6. Las limitaciones de los métodos disponibles

7. Las superficies de las zonas que se van a tratar.

Métodos y uso de prendas y accesorios.

Asimismo, se deben tomar en cuenta los métodos de barrera en la realización de cualquier procedimiento médico-quirúrgico con el fin de evitar que bacterias que se puedan encontrar en la boca, el cabello o la piel, puedan ingresar al organismo del individuo susceptible, en este caso el paciente quirúrgico.

Cárdenas, G. (1999) dicen que las barreras son dispositivos empleados para frenar el paso y diseminación de los gérmenes patógenos”, (pág.191)

En este orden de ideas, las técnicas de barreras son implementos que debe utilizar la enfermera (o) y todo el equipo de salud para evitar la proliferación de algún microorganismo patógeno que pueda generar una infección nosocomial.

Miller. M (1993) dice: “La bata gorro, mascarilla y guantes son dispositivos empleados como barrera para confinar los gérmenes patógenos” (pág. 333).

Kozier.B. Erb G. Blais K y Wilikinson J.M. (1999), explica que:

Mascarillas faciales se colocan para reducir el riesgo de transmisión de organismos por el contacto con gotitas, las vías de transmisión aéreas y las salpicaduras de sustancias corporales.

Protectores oculares. Pueden estar indicados al igual que las mascarillas en situaciones donde las sustancias corporales pueden salpicar al rostro.

Batas.- Las batas desechables o limpias, se ponen durante los procedimientos en los que el uniforme del profesional de enfermería es probable que se ensucie y una vez utilizada la bata, debe ser desechada. Las batas estériles pueden estar indicadas cuando el profesional de enfermería realiza la cura de la herida de un paciente.

Guantes: Se utilizan para proteger las manos cuando es probable que el profesional de enfermería manipule alguna sustancia corporal, por ejemplo, sangre, orina, heces.

Botas.-Se deben utilizar botas limpias, no estériles para proteger la piel y prevenir la suciedad de la ropa durante procedimientos en actividades de cuidados de pacientes que pueden generar salpicaduras y aerosoles de sangre, fluidos corporales. Secreciones y excreciones. Posteriormente deben ser retiradas y colocadas en un lugar adecuado de desecho de basura contaminada.

Las medidas de asepsia y antisepsia y los métodos de barrera deben ser empleados con mayor responsabilidad en el área quirúrgica, sobre todo en los casos contaminados.

En relación a muchos casos que involucran la contaminación de heridas, el personal de enfermería debe tomar medidas estrictas que permitan salir airoso al paciente en las mejores condiciones posibles, ya que al hablar de un caso contaminado se incrementa el riesgo de adquirir una infección.

Es por esto que se deben tomar en cuenta ciertas normas para el desarrollo de un caso contaminado. Dichas normas no se encuentran establecidas hasta los momentos en ninguna literatura, solamente se ponen en práctica de acuerdo a los conocimientos que posee el personal de enfermería.

En el contexto de esta investigación se definirán como funciones independientes en la prevención y control de infecciones postoperatorias, aquellas que tienen que ver con las precauciones universales, es decir la aplicación del lavado de manos y los métodos de barrera.

1.1.2.3. LAVADO DE MANOS

Es la limpieza activa química y mecánica de las manos con agua y jabón, para eliminar algunos microorganismos y suciedad, ya que los microorganismos se transmiten en el hospital por varias rutas y el mismo microorganismo puede ser transmitido por más de una ruta. Las principales vías de transmisión son cinco;

gotas, vía aérea, vehículo común y vectores. Para los fines de esta investigación solo se mencionan las tres primeras:

Considerando que las Precauciones Estándar no cubren todas las posibilidades de transmisión por vía aérea, por gotas y por contacto en situaciones específicas. Ponce, S. (1999), las describe como sigue:

Transmisión por contacto: es el modo de transmisión más frecuente e importante en el hospital y consta de dos tipos; a: Contacto directo. Ocurre en el contacto directo ente superficies corporales (saludar con la mano, bañar al paciente). Contacto indirecto. Ocurre con la participación de un objeto inanimado (usar guantes y no cambiarlos entre pacientes).

Transmisión por gotas: Teóricamente esta es una forma de transmisión por contacto pero el mecanismo es diferente del directo o indirecto. Las gotas son generadas por una persona al toser, estornudar, hablar y durante ciertos procedimientos (succión, endoscopias). Las gotas así generadas son de más de 5 micras de tamaño y no se desplazan más de un metro. La transmisión ocurre cuando las gotas expelidas se depositan en la conjuntiva, boca o mucosa nasal. Esta no es transmisión nasal. Esta no es transmisión por vía aérea.

Transmisión por vía aérea.-Este tipo de transmisión ocurre por la diseminación de núcleos de gotas (partículas de menos de 5 micras de tamaño que contienen microorganismos y permanecen suspendidas en el aire por largos períodos de tiempo) o por partículas de polvo con agentes infecciosos. Los microorganismos transportados de esta forma pueden diseminarse muy ampliamente por corrientes de aire. De esta forma los susceptibles pueden inhalarlas dentro del mismo cuarto o a largas distancias. (p, 52).

Antes de iniciar cualquier procedimiento o contacto con el paciente se debe recurrir al **lavado de manos**.

Las manos, sobre todo los dedos y huecos angulares, son lugares que almacenan microorganismos en grandes cantidades. Por lo tanto, son los instrumentos

naturales de contaminación más efectivos. En cuanto al lavado de las manos, es una de las medidas más importante para evitar la diseminación de microorganismos, ya que implica la medida de lo posible la transferencia de microorganismos de uno a otro.

Con respecto al lavado de manos Tietjen, L. y otros (1999) señalan “El lavado de las manos puede ser el procedimiento más importante para la prevención de las infecciones “(p. 12). Es por ello importante contra dentro de las instituciones de salud con el material necesario para garantizar la puesta en marcha de todo lo concerniente al lavado de manos.

Por otro lado Dugas, B. (2000), explica que intervienen medios mecánicos y químicos en la destrucción de microorganismos entre los que se menciona el agua que actúa en forma mecánica, ya que elimina elementos microscópicos por efecto de la presión y en tanto el jabón que ejerce un efecto químico emulsiona las materias extrañas y reduce la atención superficial facilitando la eliminación de aceites, grasas y suciedad. Se hace necesario que la técnica del lavado de manos se practique en los servicios (cuidados intensivos entre otros).

El objetivo del lavado de manos en el cuidado del paciente es sencillamente eliminar la contaminación microbiana pasajera que se ha adquirido por contacto directo con enfermos infectados o fuentes ambientales de infección para el control de las infecciones hospitalarias. Ello Esteve, H. y Mitjan, K (2000), explica que los objetivos del lavado de manos son:

Elimina los microorganismos patógenos de las manos, después del contacto con una superficie o fuente contaminada. Prevenir la transmisión de microorganismos de un paciente a otro y al personal sanitario y reducir la flora resistente de las manos antes labores asistenciales del personal de enfermería.

Ponce, S. Lávese las manos después de tocar cualquier, fluido o secreción corporal, independientemente de que utilice guantes. Lávese las manos después de quitarles los guantes, entre contacto con pacientes y en cualquier otra ocasión que

considere apropiada. Use jabón simple a menos que en circunstancias particulares se recomienda otro tipo. (p.86)

El lavado de manos está indicando antes de examinar o tener contacto directo con un paciente, ponerse guantes estériles para procedimientos quirúrgicos. También debe usarse después del manejo de objetos o instrumentos que puedan estar contaminados con microorganismos, tocar membranas mucosas, sangre y fluidos corporales y después de quitarse los guantes, ya que estos pueden tener desgarraduras o perforaciones invisibles. Asimismo, Bruner, L. (1998), refiere que en cuanto al personal de salud; Médico, Bioanalista, Enfermería, Estudiantes. El lavado de las manos debe realizarse cuando: entre en contacto con dos pacientes o dos camas, después de haberse colocado o bien tocado un tapa-boca, antes y después de tocar la cara o la boca del paciente, al entrar o salir de la habitación de un paciente aislado, después de manipular material como secreciones, sangre, entre otras de igual importancia, después de manipular materiales sucios (orina, catéter, envases descartables, entre otros).

Con respecto a la técnica de lavado clínico de manos Malagón, G. y Hernández, L. (2003) refiere:

Subir las mangas por encima del codo y retirar todas las joyas, Adoptar una posición cómoda frente al lavamanos. Abrir la llave del agua, regular la temperatura, enjabonar manos y muñecas.....debe utilizarse una solución antiséptica del tipo de yodo povidona espuma al 0,8%, clorhexidina al 30 4% o examidina sin diluir. Friccionar las manos para obtener espuma, especialmente entre los dedos. Lavar hasta el antebrazo, limpiar uñas. Enjuagar con agua potable (p 198).

Es fundamental que le profesional de enfermería realice el secado de las manos con todo cuidado, usando una toalla estéril. Durante el proceso de secado se deben mantener las manos en alto y con los codos separados del cuerpo, así evita humedecer la vestimenta que porte la enfermera.

Otro aspecto a tomar en consideración en la prevención de infecciones es el uso de guantes, batas y protectores quirúrgicos y de las mascarillas.

Todo miembro del equipo de salud debe usar guantes antes de entrar en contacto con la sangre o fluidos corporales de cualquier paciente. Al respecto Tietjen, L. y otros (1999), refiere que: “se debe utilizar un par de guantes diferentes para cada cliente con el fin de evitar la contaminación cruzada, es decir, propaganda de una infección de un cliente a otro, de un trabajador de salud al cliente o viceversa” (p 13), Los guantes pueden ser de látex, de materiales naturales o de materiales sintéticos como el vinilo.

Para Ponce, S. el uso de guantes es muy importante y recomienda al personal de salud.

Los guantes deben utilizarse cuando estén realizando procedimientos médicos tales como: exámenes pélvicos, para palpar heridas o llagas abiertas. De igual manera cuando se realicen procedimientos quirúrgicos, para la limpieza de los instrumentos y los equipos y de las superficies contaminadas. No deben reutilizar.

En cuanto a la ropa y los protectores quirúrgicos (batas), se puede decir que estos colocados entre las áreas estériles y no estériles del campo quirúrgico y el personal, actúa como barreras y protegen de esta forma contra la transmisión de bacterias de un área a otra. La característica más importante que debe tener la ropa quirúrgica es una impermeabilidad a la humedad, ya que el efecto capilar de un paño o uniforme mojado transmitirá bacterias de un lado u otro material.

Las batas de algodón o de otros tejidos, los delantales de plástico y las batas de laboratorio son el atuendo que se utiliza con más frecuencia. En este sentido.

Hoy se utiliza como alternativa batas desechables fabricadas con fibra de celulosa procesada y tratada, ya que las batas fabricadas con 810 hilos/m., son eficaces como barrer pero tienen el inconveniente de la perdida de dicho efecto cuando se ha lavado más de 75 veces.

(www.ati-gestion.com.p.16)

Uso de la **bata** es importante en cuanto que las superficies exteriores son contaminadas especialmente en aquellas áreas que entran en contacto con el paciente y la cama, ropa y otros artículos usados o tocados por el paciente.

Por otra parte las **mascarillas** se deben utilizar porque un porcentaje importante del personal de quirófano son portadores de gérmenes altamente patógenos en los orificios nasales o en la boca. Las mascarillas actúan como filtro y se llevan para disminuir el peligro de transmitir microorganismos patógenos al aire.

Al respecto. Soule, B. (1998) señala:

Las mascarillas quirúrgicas están diseñadas para atrapar las gotitas exhaladas por la persona que lleva al espirar y para evitar que éstas caigan directamente sobre el paciente y además para evitar que las salpicaduras y las gotitas caigan en la mucosa facial o la piel cubierta de la persona que lleva. (p 126).

Es una norma que las mascarillas deben usarse en el entorno quirúrgico y cuando sea importante mantener una barrera física entre el sudor despedido por el personal de salud y las zonas del paciente en riesgo de infección, como en el caso de las heridas postoperatorias. Deben descartarse cuando estén mojadas y después de usarlas. También deben usarse para protegerse las membranas mucosas y la piel de la cara de salpicaduras corporales húmedas. Deben ser individuales. Usarse sólo una vez. Al humedecerse pierde su efectividad y deben descartarse en un receptáculo antes de abandonar el área. Debe haber un buen surtido fuera del área del paciente. Debe cubrir la boca y la nariz.

En cuanto al **aislamiento**, esto describe lo que le puede ocurrir a un paciente que tiene infección, aun cuando el efecto psicológico en el mismo suele ser negativo.

La prevención de infecciones es parte integral de la planeación y ejecución de todas las actividades de enfermería y guarda relación directa con los cuidados del paciente.

1.1.2.4. Normas de asepsia

Entre las normas que existen para manejar un caso séptico, se pueden mencionar las siguientes:

- Si duda que su caso es séptico, trátelo como tal.

- Pasar un paño impregnado en solución germicida en las puertas, cama y demás equipos de la sala a utilizar. En muchas oportunidades se utiliza cloro, cidex o gerdex.

En base a lo anteriormente expuesto algunos autores explican la razón por la cual se deben seguir unificadamente estos criterios, mediante los cuales se beneficiará a la salud del paciente dentro de la sala.

Malagón. G. (1999) explica en cuanto a los métodos de barrera durante el manejo de los casos contaminados que el personal de salud involucrado deberá utilizar guantes de látex dobles, con el fin de crear una barrera protectora a las manos de quienes manejan el caso.

Por tanto la enfermera(o) post operatorio, en la atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación post-anestésica (PAR) o unidad de cuidados pos anestésicos (PACU). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente.

Algunos autores clasifican la etapa post quirúrgico en tres fases o periodos: **La etapa post-operatoria inmediata**, es el periodo en que se proporciona la atención al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización.

La etapa post-operatoria intermedia o mediata, comprende la atención del paciente durante la convalecencia de la cirugía hasta la pre-alta del paciente.

La etapa post-operatoria tardía, consiste en la planeación del alta del paciente y la enseñanza de los cuidados en el hogar, así como de las recomendaciones especiales.

En cada una de las etapas la enfermera aplica las técnicas de asepsia en bacterias y microorganismos, tomando en cuenta que la antisepsia es una técnica de prevención que intenta evitar la transmisión de microorganismos actuando sobre personas o heridas infectadas mediante productos bacteriostáticos o germicidas (antisépticos). Estos productos forman parte de las técnicas de desinfección, que pueden ser métodos mecánicos, físicos y químicos. Los métodos químicos son los antisépticos habituales, los cuales revisaremos brevemente.

Los métodos químicos se utilizan ampliamente a base de los productos denominados desinfectantes, que son aquellas sustancias capaces de producir la muerte de microorganismos patógenos sobre superficies inanimadas o vivas (antisépticos), por lo que se denominan «germicidas de superficie», debiendo reunir las condiciones siguientes: alto poder germicida, gran poder de penetración, facilidad de aplicación, escaso costo, estabilidad, solubilidad en el agua o alcohol, no ser tóxicos para el hombre y los animales domésticos, no tener propiedades organolépticas desagradables, no estropear muebles, objetos o suelos, no irritar o lesionar piel o mucosas, etc. Según la FDA, desinfectantes son «aquellas sustancias químicas capaces de destruir, en 10 a 15 minutos, los gérmenes depositados sobre un material inerte o vivo, alterando lo menos posible el sustrato donde residen y abarcando, en aquella destrucción, todas las formas vegetativas de las bacterias, hongos y virus (excepto el de la hepatitis)». Quedan, pues, exentos: virus de la hepatitis, VIH, esporas bacterianas y esporas de hongos o levaduras.

Con respecto a su mecanismo de acción los desinfectantes más utilizados son: a) coagulantes, por ejemplo, el ácido fénico, el alcohol y los fenoles sintéticos; b) oxidantes, caracterizándose por este modo de actuar los clorógenos; c) alquilantes, siendo ejemplo de ellos el óxido de etileno; d) agentes tensioactivos o de superficie activos, siendo ejemplo los detergentes, en general (y en especial los

derivados del amonio cuaternario o los anfólitos, que son aminoácidos que actúan por sus cationes, aniones e iones hermafroditas cargados positiva y negativamente).

Como no hay ninguno que sea el desinfectante o antiséptico ideal, una tendencia actual es la asociación de dos o más de ellos para obtener así productos que sumen ventajas sin por ello acumular inconvenientes. La tendencia actual es la asociación de los desinfectantes clásicos con agentes activos de superficie, que, por su acción limpiante y al disminuir la tensión superficial, favorecen la penetración de sus asociados a través de la membrana celular, o bien cabe la asociación intermolecular de diversos desinfectantes para obtener otros más enérgicos y rápidos de actuación. Otras asociaciones pueden realizarse con los clorobifenoles y el formol o bien con fenólicos asociados a la clorhexidina y hexilresorcinol. Las técnicas generales de utilización son inmersión, loción, pulverización, vaporización y fumigación, aerosoles, brumas o microneblas, botellas auto eyectoras o auto proyectoras.

1.1.2.5. Los desinfectantes químicos más empleados son los siguientes:

1. El alcohol etílico de 70°, que se emplea para la desinfección de manos, instrumentos de filo y zonas de piel, requiriendo una actuación de unos 5 min; si se parte de alcohol de 90°, a éste se le añade agua destilada estéril o clorhexidina.

2. Compuestos clorados o clorógenos muy utilizados en la desinfección de piscinas, en la industria de la leche, suelos, ropa blanca...

3. El formol, que, además de la vaporización obtenida en formógenos, se emplea en inmersiones

4. Unos compuestos muy extendidos actualmente son los **detergentes catiónicos** derivados del amonio cuaternario, solubles en el agua a la que le dan el aspecto y las cualidades de solución jabonosa, pues son emulsionantes, deterisivos y espumantes, desengrasando y limpiando las superficies. Detergentes aniónicos son el jabón o el sintético laurilsulfato de sodio. Los detergentes catiónicos o agentes

tensioactivos tienen ventajas como su poder de penetración. Estos detergentes pueden asociarse a clorógenos, a yodóforos, al aldehído glutárico o a la clorhexidina. Se emplean a concentraciones del 1 por ciento cuando se trata de una rigurosa desinfección de manos o instrumental quirúrgico y en otras concentraciones para inmersión de ropas, tubos de polímeros de etileno o de cloruro de vinilo, sondas, lavados de mucosas, etc. Cuando se trata de infecciones de origen hospitalario por gérmenes resistentes a los antibióticos, resultan de extrema utilidad asociándolos a la clorhexidina y a las medidas generales de asepsia e impregnando o sumergiendo en ellos los objetos y superficies que se trata de desinfectar. Son muy recomendables para la limpieza y desinfección en las mordeduras de animales.

5. También son desinfectantes, pero más bien bacteriostáticos, **los mercuriales orgánicos**, que en disoluciones impiden la germinación de bacterias y esporas.

6. **El ácido fénico** y sus derivados han sido y son de los compuestos orgánicos desinfectantes y antisépticos más útiles; basta recordar que las soluciones antes utilizadas al 5 % destruían rápidamente la mayor parte de las formas vegetativas bacterianas y que se tomó como tipo de comparación de los demás desinfectantes al establecer el «índice fenólico», o sea, cuantas veces el desinfectante en estudio era más activo que él. El cresol es un producto de destilación del fenol y con él se preparan jabones resinosos o creolinas y jabones comunes o saprocesoles.

7. **Clorofenoles**. Han sido los difenoles los reconocidos como más útiles, por su alto valor bacteriostático, fungistático y escasa toxicidad. Los que tienen más predicamento actualmente son los clorados y entre ellos destaca el hexaclorofeno, que tiene la gran ventaja de conservar sus propiedades antibacterianas incorporándolo al jabón y ser soluble en disoluciones acuosas alcalinas y solventes orgánicas. Cuando nos lavamos con ellos las manos, continúa el poder antiséptico un cierto tiempo, por lo que se han llamado «guantes invisibles». Tiene acción desodorante, por impedir las putrefacciones y un gran poder tuberculicida; resulta de elección en la desinfección de mantas. Otro clorofenol muy utilizado en la actualidad es el gluconato de clorhexidina, aconsejándose su

uso después del lavado de las manos en las salas de enfermos infecciosos o en servicios quirúrgicos. Inhibe el crecimiento del estafilococo. El lavado de manos con hexaclorofeno, seguido de la aplicación de la crema de clorhexidina, reduce la flora en 99 por ciento. Para las quemaduras y desinfección de las manos y fosas nasales, se recomiendan cremas y lociones con gluconato de clorhexidina y neomicina. Se emplea ampliamente para microneblas, lavado de cavidades mucosas, limpieza de instrumental y lavado de manos en zonas críticas. La clorhexidina puede emplearse en solución acuosa o en solución alcohólica etílica de 70°, que es más activa, o asociada a un detergente aniónico o catiónico, que también puede diluirse en agua o alcohol.

8. Yodóforos. Son nuevas formas de presentación del yodo en combinación con agentes activos de superficie, tales como detergentes no iónicos, amonio cuaternario y macromoléculas, que liberan lentamente el yodo y que son fácilmente arrastrados por el lavado con agua. Los yodóforos resultan de toxicidad baja y de alto poder germicida, dándole estabilidad al yodo y perdiendo su acción irritante, por lo que se les ha denominado "yodo domado". Unen a dichas ventajas: su acción germicida, más prolongada que la de las tinturas clásicas; su polivalencia de acción frente a bacterias, hongos (monilias), virus y protozoos (tricomonas); el que su mancha se quite fácilmente lavándola con agua, y el que mantienen, en parte, su acción antiséptico en presencia de sangre, suero, pus, secreciones diversas y, en general, albúminas. Se emplea la povidona yodada al 10 %, aplicándola directamente sobre la zona en la que ha de actuar, sea preoperatoria, traumatizada, antes de inyecciones, faringoamigdalitis, estomatitis, muguet, infecciones bacterianas y micóticas de la piel.

Clasificación de los germicidas. Descontaminación de interés actual, normas actuales.

Los germicidas (desinfectantes y antisépticos) se pueden clasificar en tres niveles de actividad:

Alto nivel. Los germicidas de alto nivel, activos frente a los microorganismos, son principalmente: el glutaraldehído al 2% y el formaldehído (formol al 8 por

ciento en alcohol de 70° o en solución acuosa al 3-8 por ciento). El que más se utiliza es el primero.

Nivel intermedio. Estos germicidas son activos frente a ciertos microorganismos estando representados por: alcohol yodado, alcoholes, compuestos clorados, compuestos fenólicos y yodóforos; algunos de estos germicidas pueden no ser activos frente a algunos virus.

Bajo nivel. Los germicidas de bajo nivel están representados por compuestos de amonio cuaternario en solución acuosa, clorhexidina, hexaclorofeno y compuestos mercuriales.

Existen, hoy en día, tres supuestos de actuación en clínica humana:

1. Cuando se trata de actuar sobre gérmenes que se eliminan por excreciones intestinales o urinarias - como las disenterías, fiebre tifoidea, cólera, poliomielitis, diarreas por colibacilos, etc. - tanto las heces como las orinas deben recogerse en recipientes que contengan soluciones desinfectantes (pero sin olvidar que las ropas y manos están contaminadas y que las moscas, por ponerse en contacto con las defecaciones o con las ropas, requieren desinsectación), como la lejía o fenólicos que son recomendables para recipientes e inmersiones, y para las manos se emplearán yodóforos con frecuencia.
2. Si se trata de actuar sobre gérmenes que se eliminan por exudados rinofaríngeo bronquiales, aparte la lucha contra los insectos, desinfección de manos y uso de máscara protectora, será necesario recoger y desinfectar esputos y exudados y desinfectar ropa de cama, pañuelos, entre otros.
3. En aquellas afecciones cuyos gérmenes se eliminan por la piel y mucosas o existen en pústulas, conjuntivitis, otitis, tiñas., es recomendable la asociación de detergentes catiónicos, que humedezcan la piel y arrastren suciedad y microorganismos, con productos que eviten la desecación y dispersión de los exudados, seguida de los yodóforos, crema de clorhexidina y colirios con

antibióticos y antisépticos; la desinfección de ropas es fundamental, por hervido, inmersión o autoclave.

En el caso de la piel desnuda es recomendable el alcohol etílico de 70°, y si fueran las mucosas las que se deseen desinfectar, hay que emplear la povidona yodada

Existen también en el comercio sanitario jabones líquidos, que pueden ser de utilidad para reducir la población bacteriana de la piel e inactivar virus, empleándolos tanto en estado puro como diluidos, bastando un contacto en el lavado de manos de 150 segundos para prevenir las infecciones en la población con riesgo.

En el hospital, los desinfectantes como tales o como antisépticos deben estar normalizados y controlados. Periódicamente y, muy fundamentalmente, en casos de brotes de infecciones hospitalarias por bacterias clásicas u oportunistas (generalmente gram negativas), el laboratorio de epidemiología hospitalaria debe establecer mapas microbiológicos y epidemiológicos nosocomiales, basándose en la concentración mínima inhibitorio (CMI) y la concentración mínima bactericida (CMB), los métodos de dilución o de difusión que se emplearán y cuáles deben ser los desinfectantes y antisépticos utilizados con preferencia. El Comité de Infecciones, debe establecer una política y desinfectantes, procediendo en la lucha contra la infección hospitalaria, aspiración que debe ser inculcada a todos los departamentos y servicios, así como a todo el personal técnico, auxiliar sanitario y de asistencia, mediante charlas o conferencias de educación sanitaria.

CONSIDERACIONES SOBRE LAS ACTITUDES

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta del profesional y no profesional en enfermería en relación al paciente con el que interactúa diariamente; además, el estudio de las actitudes constituye un valioso aporte para examinar, comprender y comparar la conducta humana, como la expresión de los valores.

POSTOPERATORIO

Definición:

Período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas, pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte.

El post-operatorio se divide en cuanto al tiempo que ha transcurrido desde la operación, en:

Inmediato: periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización o domicilio. Habitualmente tiene lugar en la Unidad de Recuperación Post anestésica (URPA). Tiempo comprendido desde la recuperación anestésica hasta antes de 24 horas. (Alonso., 2009)

- **Mediato:** Se prestará atención al control de los desequilibrios, diuresis, fiebre, alteraciones hidroelectrolíticas, comienzo de la función intestinal. Tiempo comprendido entre 24 y 72 horas desde la recuperación anestésica.
- **Alejado:** En este período se prioriza el control de la evolución de la cicatrización, así como la evolución de la enfermedad tratada. Tiempo comprendido desde las 72 horas hasta la recuperación total (alta).

1.2.1. PAPEL DE ENFERMERÍA EN POST OPERATORIO

La enfermera quirúrgica brinda atención de Enfermería Especializada al paciente en el postoperatorio inmediato en estado de inconsciencia, inestabilidad al dolor, estrés al trauma quirúrgico, después de los procedimientos quirúrgicos o de otra índole hasta que el paciente pueda regular sus funciones vitales y tolerar los cuidados postoperatorios mediatos en los Servicio de Cirugía General, con valoraciones complementarias a las de un enfermero de cuidados generales,

Porque incorpora conocimientos avanzados en el ámbito de cuidados de enfermería. (MEDICINA, 2012)

Cuidados de Enfermería en el post operatorio mediato: Es el conjunto de capacidades, competencias, habilidad técnica, sentido ético y humano para asumir en condiciones óptimas las responsabilidades propias del desarrollo de funciones y actividades en la atención integral del paciente quirúrgicos con la finalidad de prevenir, identificar y/o reducir riesgos en este periodo.

Algunas de las pericias identificadas son las siguientes:

Conocimientos: fundamentan su saber y les permiten enfrentar los diversos problemas clínicos, además de facilitar la implementación de los procesos de enfermería en los pacientes de post operatorio mediato.

- Conocimientos de Anatomía y Fisiología.
- Conocimiento de las cirugías simples y complejas.
- Comprender y utilizar los principios de esterilización, desinfección y técnica aséptica y estéril.
- Desarrollar destreza manual para el manejo del instrumental y su aplicación.
- Empleo correcto, seguro y económico de los dispositivos médicos, equipos e instrumental, así como eficiencia personal en tiempo y acción.
- Conocimiento de la acción y el empleo de agentes anestésicos.
- Conocimiento de los probables peligros ambientales para el paciente.
- Reconoce factores que generan tensión y los mecanismos de resolución.

Habilidades: Son acciones y obligaciones que las enfermeras realizan en la profesión, tales como técnicas, procedimientos y manejo de equipos especializados utilizados en el período postoperatorio mediato, de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

- Valorar nivel de conciencia.
- Conectar y asegurar drenajes.

- Observar signos de sangramiento en herida quirúrgica.
- Toma de signos vitales: Pulsos periféricos c/2 horas, TA c/ h, Temperatura axilar. C/1h.
- Observar signos de shock (desorientación, taquicardia, hipotensión, disminución de la diuresis).
- Medir diuresis horaria.
- Llevar balance Hidroelectrolítico.

Observar signos y síntomas de embolismo:

Pulmonar (dolor sub esternal súbito, taquicardia, taquipnea, cianosis, hemoptisis, ansiedad)

Miembros Inferiores (dolor, edemas, color, hipotermia, ausencia de pulso, calambres, entumecimiento).

Observar signos y síntomas de rechazo agudo de órgano (dolor, hipertensión, anuria).

Mantener vías aéreas permeables.

- Evitar hipotermias (Garantizar frazadas).
- Mantener barandas subidas hasta su recuperación.
- Garantizar reposo evitando ruidos y luces innecesarias.
- Mantener confort, alineación corporal, cambios de posición.
- Psicoterapia de apoyo al paciente y familiares.
- Extremar medidas de asepsia y antisepsia.
- Actitud: Valor indispensable que permite relacionarse en un ambiente de confianza y armonía, con conciencia quirúrgica así como la confianza interior de que se administra un cuidado de calidad con seguridad y credibilidad.¹
- Ser responsable.
- Honesto.

¹ http://es.slideshare.net/cicatsalud/perfil-profesional-del-enfermera-especialista-en-centro-quirurgico-cicatsalud?qid=831dba36-3202-471f-a113-0defe16f54d6&v=qf1&b=&from_search=2

- Puntual.
- Respetuoso.
- Reconoce las diferencias personales de los enfermos, de acuerdo a la intervención quirúrgica.
- Explica sobre los cuidados individualizados que brinda.
- Conoce las creencias del paciente.
- Manifiesta preocupación por su estado de salud.
- Responde las inquietudes del usuario.
- Comunica a la familia sobre la progreso del paciente.
- Reconocer una violación franca o dudosa a la técnica aséptica y/o estéril.
- Tiene disposición para trabajar con el equipo de salud.

CONSIDERACIONES PREVIAS

- Conocer los antecedentes personales (enfermedad respiratoria, cardiovascular, alteraciones metabólicas, anticoagulación), y el tratamiento habitual, para prevenir el desarrollo de complicaciones postoperatorias².
- Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son³: dolor, hemorragia, náuseas y vómitos postoperatorios, complicaciones respiratorias e infección del sitio quirúrgico⁴
- Los cuidados del paciente dependerán de: el tipo de cirugía, tipo de anestesia, y de los factores propios de cada paciente.

CUIDADOS POST OPERATORIOS

- Estos cuidados se realizan habitualmente en URPA, donde disponen de protocolo específico.

² Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postoperative management in adults: a practical guide to postoperative care for clinical staff. Edinburgh; 2004.

³ Hospital Universitario Reina Sofía. Cuidados Postoperatorios; octubre 2010 (acceso 12 de noviembre 2014). Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/a3_cuidados_postoperatorios.pdf.

⁴ Collins AS. Postoperative nausea and vomiting in adults: implications for critical care. Crit Care Nurse. 2011; 31(6):36-45.

Objetivo:

- Fomentar la autonomía del paciente y la readaptación a su medio.

Valoración Inicial:

- Verificar la identidad del paciente.
- Acompañar al paciente a la habitación.
- Acomodar al paciente en la posición más adecuada, según el tipo de intervención quirúrgica.
- Proporcionar intimidad.
- Proporcionarle camisón.
- Informar al paciente de los cuidados que se van a realizar, para mitigar el temor y la ansiedad.
- Valorar nivel de consciencia y coloración de piel y mucosas.
- Vigilar signos y síntomas de hemorragia.
- Monitorizar signos vitales (PA, FC, temperatura).
- Mantener la temperatura corporal $>36^{\circ}$.
- Aplicar oxigenoterapia si procede.
- Consultar en la historia clínica:
 - Tipo de intervención y hora de finalización de la misma.
 - Tipo de anestesia (epidural, raquídea, general, local).
 - Órdenes de tratamiento.
 - Medidas especiales prescritas por el médico.
- Registro de enfermería de la URPA para tener en cuenta el tratamiento administrado.

CUIDADOS RELACIONADOS CON DRENAJES, CATÉTERES Y OTROS DISPOSITIVOS**Valorar y Registrar:**

- Drenajes; tipo, permeabilidad y fijación de los mismos, así como la cantidad y el aspecto del líquido drenado.
- Catéteres; permeabilidad, tipo, calibre, localización y fijación.

- En el catéter epidural se valorará también la sensibilidad y la movilidad de los miembros inferiores.
- En sondas y tallas vesicales, catéteres de nefrectomía, sondas rectales y nasogástricas, valorar y registrar la cantidad y el aspecto del drenado.
 - Ostomías; tipo, localización, coloración y unión mucocutánea.
- Vendajes, escayolas y férulas de inmovilización; tipo, localización y posición correcta del paciente en la cama.
- Valorar coloración, temperatura, movilidad y sensibilidad de las zonas dístales.
- Tracciones; tipo, peso y colocación correcta en la cama.

Cuidados de la Herida Quirúrgica.-

- En las heridas quirúrgicas con cierre por primera intención:
- No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24 y 48 horas, siempre que sea posible.
- Si es preciso levantar el apósito, realizar la cura de la herida con suero fisiológico.
- Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida.
- No deben aplicarse antisépticos ni antibióticos tópicos en la herida quirúrgica.
- Como norma general, los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiándose la herida con agua y jabón.
- Si hubiera signos de sangrado, rotular el área del apósito que esté impregnada de sangre para posteriores valoraciones.
- Vigilar los posibles signos de infección de la herida quirúrgica.

Control del Dolor:

- Valorar y registrar la intensidad y localización del dolor por turno
Comprobar la analgesia administrada en URPA antes de instaurar el tratamiento analgésico del paciente.
- Valorar la efectividad de la analgesia.

- Proporcionar y enseñar al paciente posturas antiálgicas.

Otros Cuidados Generales:

- Realizar fisioterapia respiratoria, si procede: estimular el uso del inspirómetro, enseñar al paciente ejercicios de respiración profunda y a movilizar secreciones.
- Fomentar la movilización precoz y progresiva (levantar al sillón, movimientos de miembros inferiores...), para prevenir las complicaciones respiratorias y reducir la incidencia de náuseas y vómitos.
- Comprobar que el paciente ha realizado micción espontánea. Vigilar si existe retención urinaria.
- Valorar la aparición de náuseas y vómitos.
- Verificar la eliminación intestinal y ruidos intestinales.
- Iniciar tolerancia de forma progresiva, según prescripción facultativa.
- Administrar el tratamiento prescrito.
- Cambiar la ropa de cama y empapador si es necesario.

Educación al Paciente:

- Enseñar al paciente a comunicar al personal sanitario la aparición de cualquier signo o síntoma (dolor, vómitos y/o náuseas, sangrado en apósito, calor en sitio quirúrgico...).

En el alta se realizará la enseñanza sobre⁵:

- Cuidados de la herida quirúrgica.
- Detección de posibles complicaciones (signos de alerta) que puedan aparecer en su domicilio; dando pautas concretas.
- Cuidados específicos de su proceso quirúrgico (alimentación, higiene, movilidad, tratamiento, etc...).

⁵ Borg Debono V, Zhang S, Ye C, Paul J, Arya A, Hurlburt L, et al. The quality of reporting of RCTs used within a postoperative pain management meta-analysis, using the CONSORT statement. BMC Anesthesiol.

Registro de los Cuidados:

- Registrar los signos vitales y la valoración del dolor en la gráfica.
- Registrar en el plan de cuidados, el día de la intervención, los cuidados y la educación realizada al paciente.
- Registrar en las observaciones cualquier incidencia⁶.

CAPITULO II

MARCO LEGAL Y NORMATIVO.

Constitución De La República

CAPÍTULO I

DEL DERECHO A LA SALUD Y SU PROTECCIÓN

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intangible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

⁶<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuidados+postoperatorios+en+la+unidad+de+hospitalizaci%C3%B3n.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352808676623&ssbinary=true>

CAPÍTULO II

DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL, SUS COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 5.- La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios destinados a salud provenientes del sector público, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

CAPÍTULO III

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS Y DEL ESTADO EN RELACIÓN CON LA SALUD

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos,

costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos;

e) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información;

f) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;

g) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;

h) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

i) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios y ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida.

CAPÍTULO I

DE LA BIOSEGURIDAD

Art. 44.- Es obligatorio que todo el personal que manipula los desechos infecciosos, cortó punzantes, especiales y comunes utilicen las medidas de protección de acuerdo a las normas nacionales e internacionales.

Art. 45.- Es responsabilidad de las instituciones de salud, realizar un chequeo médico anual a todos los trabajadores, profesionales y funcionarios que laboren en ellas para prevenir patologías asociadas al manejo de los desechos infecciosos.

CAPÍTULO I

DE LAS PROHIBICIONES

Art. 47.- Con la finalidad del realizar un adecuado manejo de los desechos infecciosos se prohíbe:

La utilización de incineración como método de tratamiento de los desechos infecciosos, considerando su potencial peligro al ambiente y a la salud de la comunidad;

El reciclaje de desechos bio-peligrosos de los establecimientos de salud;

La utilización de ductos internos para la evacuación de desechos, en caso de existir, deben clausurarse, ya que diseminan gérmenes patógenos o sustancias tóxicas.

Quemar cualquier tipo de desechos a cielo abierto dentro o fuera de las instalaciones del establecimiento de salud;

Mezclar los desechos comunes con los desechos infecciosos y peligrosos;

La reutilización de fundas que contengan desechos comunes, infecciosos y especiales, debiendo desecharse conjuntamente con los residuos que contengan (diariamente).

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

Es la determinación de estrategias y procedimientos que se seguirán para dar una respuesta al problema y comprobar la hipótesis.

Área De Estudio:

El trabajo de investigación se efectúa en la Sala San “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza, en la Ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación es de tipo no experimental, descriptivo, transversal.

No Experimental.- Se realiza sin manipular las variables observando fenómenos tal como se presentan en un contexto natural para luego ser analizados.

Estudio del cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por el personal de enfermería en los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza.

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo:

Porque permite describir situaciones tal como son y se presentan las variables en su entorno natural, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quienes, (Personal de Enfermería) donde (San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza) y cuando (enero-septiembre 2014) se está presentando determinado fenómeno.

Determinar el cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por el personal de enfermería en los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza.

POR EL PERIODO DE TIEMPO:

Transversal:

Porque se estudian las variables en un momento dado (enero-septiembre 2014), ósea, que la recolección de la información sobre ambas variables se hace en un determinado momento.

UNIVERSO:

El universo de la presente investigación es de 18 profesionales y no profesionales de enfermería que laboran en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza.

UNIVERSO O POBLACION:

El universo poblacional utilizado para nuestra investigación es de 3 Licenciadas profesionales de Enfermería, 12 auxiliares de enfermería y 3 Internos Rotativos de Enfermería.

TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DATOS:

Las técnicas que se han utilizado para la obtención de datos en la presente investigación son los siguientes.

FUENTES PRIMARIAS

Observación Directa.- Se utiliza como un registro visual de lo que ocurre en una situación real para obtener datos cuantitativos sobre el cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por el personal de enfermería en los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza. Las que se realizan 50 guías de observación para su constancia y verificación.

Encuestas: Las mismas que están dirigidas a 18 profesionales y no profesionales de enfermería que laboran en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza para determinar el nivel de conocimientos sobre las técnicas de asepsia y

antisepsia en los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general y determinar su aplicación.

TÉCNICA DE PROCESAMIENTOS, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS:

Inmediatamente de recolectado los datos el procesamiento de los mismos se efectuó de manera computarizada mediante una base de datos del programa Microsoft Excel, el respectivo análisis de los resultados se realiza a través de promedios y porcentajes de acuerdo a la base teórica que sustenta la investigación.

La exposición de resultados será expuesta mediante cuadros gráficos estadístico.

**CAPITULO IV.
ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.**

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA SALA
“SAN AURELIO” DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL.**

1. Años que trabaja en el cumplimiento de funciones como personal de enfermería.

TABLA N° 1:

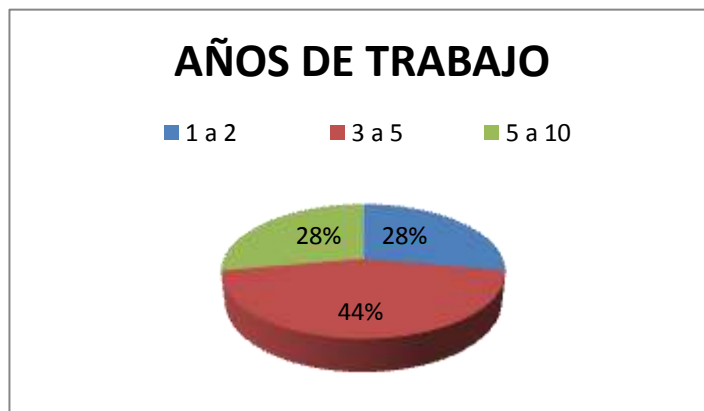
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2	5	28%
3 a 5	8	44%
6 a 10 o mas	5	28%
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En un porcentaje mayor del personal de enfermería encuestado y según el gráfico estadístico, determina que 5 profesionales laboran de 1 a 2 años, 8 profesionales trabajan de 3 a 5 años, y 5 profesionales lo hacen de 6 a 10 o más, se observa que la mayoría de profesionales en la Sala San Aurelio trabajan de 3 a 10 años o más, lo que permite al personal desarrollar experiencia en el cuidado al paciente en el servicio de post operatorio mediato.

2. ¿Cumplen con las técnicas de asepsia y antisepsia?

TABLA N° 2:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	72%
NO	8	28%
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 2



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El personal de enfermería que labora en la Sala “San Aurelio del Hospital General Luis Vernaza, mediante encuesta nos dan a conocer en mayor porcentaje si cumplen con la aplicación de las técnicas y en un menor porcentaje no lo cumple, lo que conlleva a cometer errores en los cuidados ya que no se aplica las técnicas de asepsia y antisepsia en los cuidados al usuario, prolongando así su estadía hospitalaria, dando paso a un tratamiento ineficaz.

3. ¿Aplica los métodos de barrera en la atención al paciente de post operatorio?

TABLA N° 3:

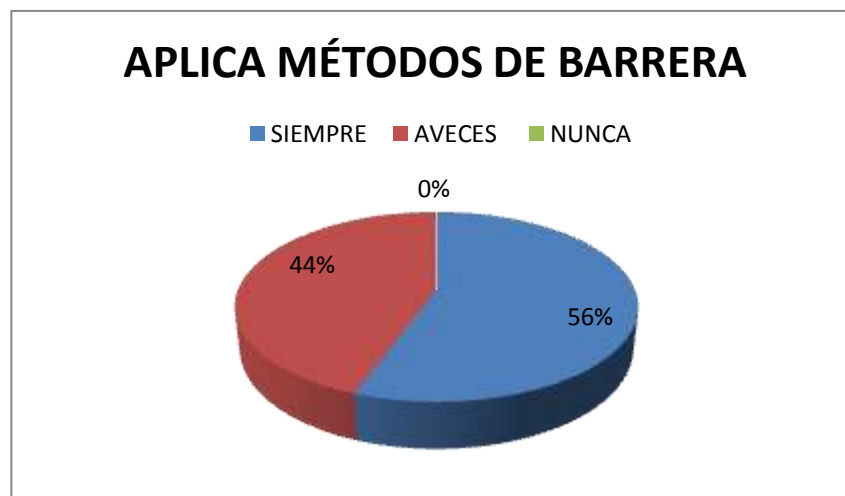
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	10	56
AVECES	8	44
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El resultado de la encuesta destinada al personal de enfermería, expresa que la aplicación de métodos de barrera en la atención al paciente de post operatorio, en el mayor porcentaje siempre lo hace, un menor porcentaje lo hacen a veces, lo que significa un riesgo alto de contaminación para el personal y de infección nosocomial para el paciente en postoperatorio mediato, lo que implica mayor grado de complicación, por lo tanto la estadía es más larga ocasionando mayor gasto de materiales e insumos a la institución.

4. ¿En la atención al paciente cumple con los cinco momentos del Lavado de Manos?

TABLA N° 4:

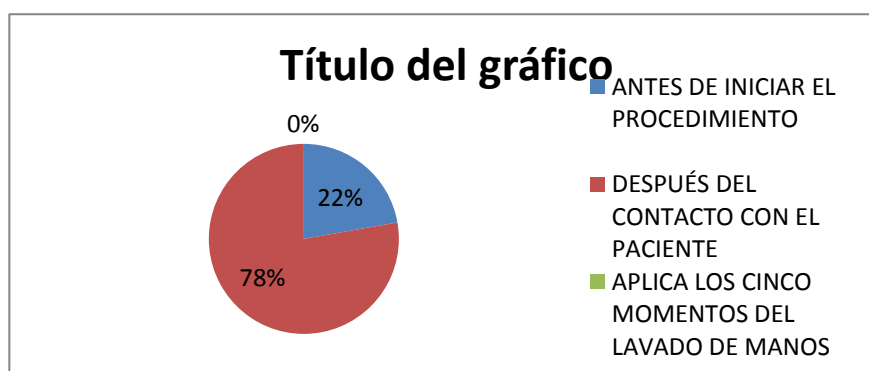
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO	4	22%
DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	14	78%
APLICA LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala "San Aurelio".

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Se observa tanto en el gráfico como en el cuadro estadístico que de la totalidad de profesionales y no profesionales de enfermería en un mayor porcentaje la técnica del lavado de manos lo realizan después del contacto con el paciente, y un grupo minoritario lo hace antes de iniciar el procedimiento, mientras que la totalidad del personal no cumple con los cinco momentos del lavado de manos, trayendo como consecuencia infecciones nosocomiales en el paciente y contaminación para el personal que manipula, por no cumplir adecuadamente con los cinco momentos del lavado de manos, y de esta forma prolongando la estancia hospitalaria, derivando más gasto de recursos económicos para familiares e institución.

5. ¿Utiliza guantes estériles con cada paciente?

TABLA N° 5:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	12	67
AVECES	6	33
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El personal de enfermería encuestado, en un mayor porcentaje manifiesta que siempre utiliza los guantes estériles, mientras que en un menor porcentaje los utiliza a veces, lo que puede traer como consecuencia la contaminación tanto para el paciente como para el personal, poniendo en riesgo la salud del equipo de profesionales y la pronta recuperación del usuario.

6. ¿Se coloca la bata para realizar los procedimientos con cada paciente?

TABLA N° 6:

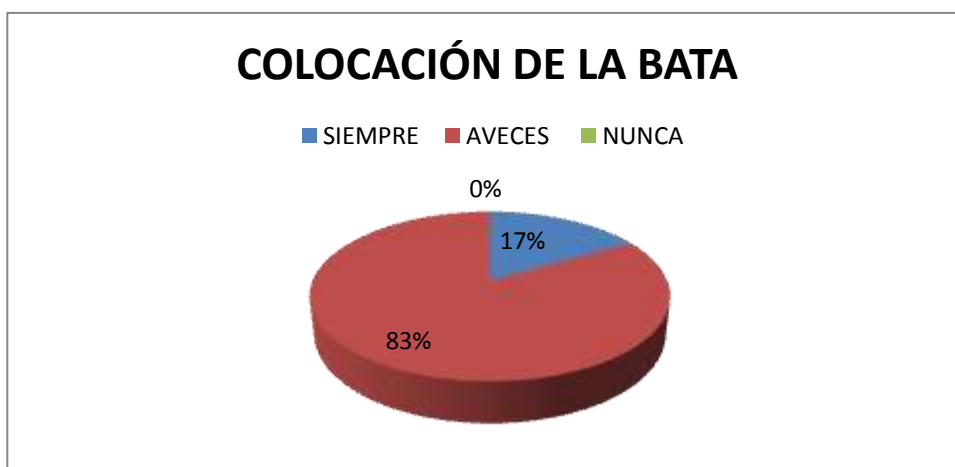
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	3	17
AVECES	15	83
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala "San Aurelio".

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

De acuerdo al gráfico estadístico, se evidencia que un grupo mayoritario a veces se coloca la bata para realizar los procedimientos con cada paciente, mientras que un grupo minoritario siempre lo hace. Determinando así que no cumplen a cabalidad con las normas de asepsia, quizá por falta de tiempo o incumplimiento. Lo que hace necesario recordarles la correcta aplicación de la técnica. Para de esta forma evitar infecciones nosocomiales en el usuario y así proteger la integridad del personal que está manipulando al paciente.

7. ¿Cambia la **maskarilla** después de tener contacto con el paciente que lo amerite?

TABLA N° 7:

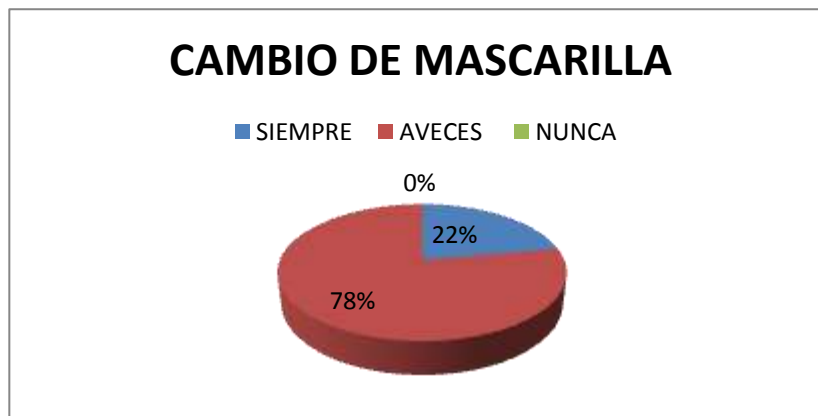
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	4	22
AVECES	14	78
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En un mayor porcentaje el personal de enfermería encuestada manifiesta que a veces cambia la mascarilla después de tener contacto con el paciente, en cambio en un mayor porcentaje nos indica que siempre cambia, tomando en cuenta el criterio y la importancia que tiene esta técnica ya que todo el personal debería cambiar de mascarilla luego de tener contacto con el paciente y así evitar la contaminación con microorganismos patógenos, complicando la salud, bienestar y la pronta recuperación del usuario.

8. ¿Verifica que todo el material a utilizar con el paciente sea estéril?

TABLA N° 8:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	12	67
AVECES	6	33
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El resultado de la encuesta aplicada determina que un mayor porcentaje del personal de enfermería siempre Verifica que todo el material a utilizar con el paciente sea estéril. En cambio un grupo minoritario lamentablemente lo realiza a veces, trayendo como consecuencia la contaminación de las heridas quirúrgicas, lo que conllevaría a una sepsis, poniendo en riesgo al usuario, evidenciando así una mala atención fomentando el desperdicio de recursos tanto humano como material.

9. ¿En la sala de postoperatorio le atiende al paciente aplicando sus habilidades técnicas, sentido ético y humano?

TABLA N° 9:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	33
AVECES	12	67
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

De 18 profesionales de enfermería en su mayor porcentaje, da a conocer que a veces en la sala San Aurelio le atiende al paciente aplicando sus habilidades técnicas, sentido ético y humano y un menor porcentaje indica que siempre lo realiza, lo que significa que no existe una adecuada atención ya que no están aplicando el conocimiento científico como las destrezas y habilidades, trayendo como consecuencia una atención deshumanizada que pone en riesgo la calidad y calidez que debe brindar al paciente para su pronta recuperación.

10. ¿Toma en consideración los antecedentes patológicos de cada paciente para una mejor recuperación?

TABLA N° 10:

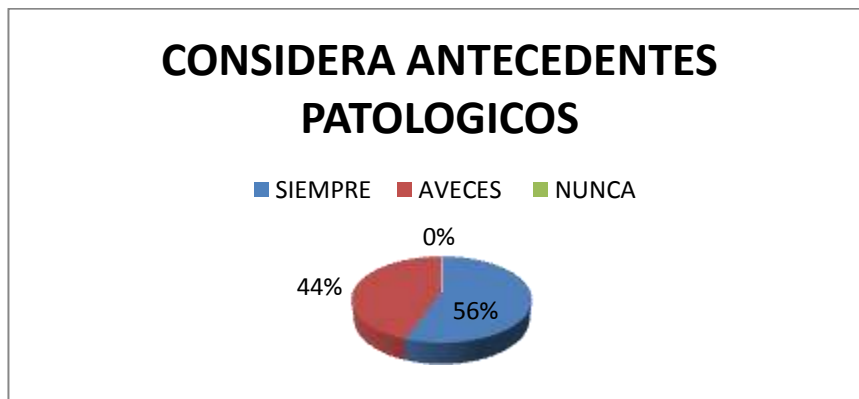
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	10	56
AVECES	8	44
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 10



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

De 18 criterios vertidos por el personal de enfermería, en un mayor porcentaje dan a conocer que siempre toman en consideración los antecedentes patológicos de cada paciente para una mejor recuperación, otro grupo en menor porcentaje menciona que a veces consideran esta estrategia para dar una mejor atención al paciente con calidad y calidez se debe conocer otras enfermedades que el paciente tenga, ajenas al motivo de ingreso a la cirugía, para así no causar una iatrogenia y otras complicaciones.

11. En los procedimientos de enfermería en el post operatorio mediato, aplica los conocimientos sobre:

TABLA N° 11:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anatomía y fisiología	0	0
Cirugías simples y complejas,	0	0
Principios de esterilización, desinfección y técnicas de asepsia y antisepsia.	3	17
Todas las anteriores	15	83
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala "San Aurelio".

ELABORADO: IRE Darwin Lara., IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 11



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El personal de enfermería encuestado en un mayor porcentaje en los procedimientos de enfermería en el post operatorio mediato, aplica los conocimientos sobre Anatomía y fisiología, Cirugías simples y complejas, Principios de esterilización, desinfección y técnicas de asepsia y e antisepsia. Otro grupo en menor porcentaje, solamente lo aplica Principios de esterilización. Lo que conlleva que el personal de enfermería de la sala San Aurelio, necesita actualizar y compartir sus conocimientos en cuanto a la aplicación de procedimientos de enfermería a los demás miembros del equipo de salud para de esta forma evitar realizar algún mal procedimiento en el usuario.

12. Para mantener desinfectada la sala de post operatorio de cirugía general aplica antisépticos.

TABLA N° 12:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	28
AVECES	13	72
NUNCA	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 12



ANALISIS E INTERPRETACION

En un mayor porcentaje del personal de enfermería responde que A veces aplican desinfectantes antisépticos para mantener estéril la sala, en cambio en un menor porcentaje manifiestan que siempre desinfecta la sala teniendo en cuenta los conocimientos sobre las técnicas de asepsia y antisepsia, lo que significa que al realizar una buena desinfección de la sala se evitaría la proliferación de microorganismos que pueden poner en riesgo la pronta recuperación del usuario y a su vez la contaminación del personal que labora

13. ¿Le gustaría tener más conocimiento sobre las técnicas de asepsia y antisepsia así como de los antisépticos aplicables en post operatoria mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio”?

TABLA N° 13:

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	100
NO	0	0
Total	18	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

GRAFICO N° 13



ANALISIS E INTERPRETACIÓN

El personal de enfermería de la Sala San Aurelio en el 100% dan a conocer que si les gustaría tener más conocimientos sobre las técnicas de Asepsia y antisepsia, como barreras aplicables en post operatorio mediato de cirugía general en la sala San Aurelio, toda vez que es muy necesario para dar una buena atención con calidad y calidez.

GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL.

TABLA N° 14: HABILIDADES

INDICADOR	Siempre	Frecuente mente	De vez en cuando	Nunca	TOTAL
Uso de prendas y accesorios de bioseguridad del personal.	0	11	100	39	150
Uso de los 5 momentos del lavado de manos.	0	4	63	83	150
Manejo de materiales estériles.	15	57	62	16	150
Técnica de apertura de paquete estéril.	0	25	96	29	150
Procedimiento adecuando de curación de heridas quirúrgicas.	0	14	86	50	150
Valora el nivel de conciencia.	11	55	70	14	150
Conecta y asegura drenajes.	10	29	84	27	150
Observa signos de sangrado en herida quirúrgica.	1	53	90	6	150
Toma de signos vitales.	92	49	9	0	150
Observa signos de shock hipovolémico	0	31	95	24	150
Mide diuresis horaria.	17	79	46	8	150
Lleva balance Hidroelectrolítico.	1	13	118	18	150
Eleva miembros inferiores.	0	65	74	11	150
Observa signos y síntomas de embolismo venoso.	0	15	107	28	150

Mantiene vías aéreas permeables.	5	101	38	4	150
Evitar hipotermias.	23	94	29	4	150
Mantiene barandas subidas.	4	71	65	10	150
Garantiza reposo.	1	87	60	2	150
Mantiene confort, alineación corporal, cambios de posición.	0	58	83	9	150
Aplica medidas de asepsia y antisepsia	0	4	90	56	150
%	6.1	30.5	48.8	14.6	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala "San Aurelio".

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla

GRAFICO N° 14



FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla

ANALISIS

En la sala “San Aurelio” del Hospital Luis Vernaza aplican las técnicas de asepsia y antisepsia de vez en cuando en un 49%, frecuentemente en un 30%, siempre en el 6% y nunca en un 15%, a pesar de ser acciones y obligaciones que los profesionales y no profesionales de enfermería realizan en la profesión, que previenen la proliferación de microorganismos patógenos y por consiguiente complicaciones en la recuperación del usuario en el período post-operatorio mediato de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

TABLA N° 15: ACTITUDES

INDICADOR	Siempre	Frecuente mente	De vez en cuando	Nunca	TOTA L
Reconoce las diferencias personales de los enfermos, de acuerdo a la intervención quirúrgica.	1	18	102	29	150
Explica sobre los cuidados individualizados que brinda.	0	21	90	39	150
Psicoterapia de apoyo al paciente y familiares.	0	19	50	81	150
Conoce las creencias del paciente.	0	13	45	92	150
Manifiesta preocupación por su estado de salud.	0	57	88	5	150
Responde las inquietudes del usuario.	1	30	111	8	150
Reconoce una violación franca o dudosa a la técnica aséptica y/o estéril.	0	0	81	69	150
Tiene disposición para trabajar con el equipo de salud.	47	66	35	2	150
%	4.1%	18.7%	50.2%	27%	100%

FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala "San Aurelio".

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla

GRAFICO N° 15



FUENTE: Encuesta dirigida al Personal de Enfermería de la Sala “San Aurelio”.

ELABORADO: IRE Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla

ANALISIS

Los 18 profesionales y no profesionales de enfermería que laboran en la sala “San Aurelio” prestan atención al usuario y familia con buena actitud de vez en cuando en un 50%, frecuentemente en un 19%, el 14% siempre y el 27% nunca sin embargo es un valor indispensable que permite relacionarse en un ambiente de confianza y armonía, con conciencia quirúrgica así como la confianza interior de que se administra un cuidado de calidad con seguridad y credibilidad.

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado la presentación de los resultados obtenidos de las encuestas y de la guía de observación aplicadas podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- Partiendo de los objetivos propuestos, de la hipótesis a cumplirse y de acuerdo a los resultados se puede inferir que, en cuanto a las acciones de enfermería en el conocimiento y aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la sala de post operatorio, los resultados indican que es deficiente de acuerdo a los promedios esbozados en la tabla 5,6,7,y 8, ya que se espera que la totalidad de profesionales en enfermería que labora en post operatorio mediato de cirugía general en la Sala San Aurelio, cumpla cabalmente con las funciones dependiente que amerita el proceso.
- Un número determinado de profesionales y no profesionales de enfermería conocen las técnicas, mientras que el resto del personal de salud no, lo que hace que este grupo minoritario no cumplan con las técnicas de asepsia y antisepsia, tipos, uso, entre otros, a pesar de ser un requisito indispensable para la recuperación del paciente post quirúrgico y prevenir complicaciones que desprestigiaran la atención de los profesionales y por ende de la institución.
- Que la actitud del personal de enfermería frente a los pacientes no es la más adecuada ya que lo aplican de vez en cuando. Tomando en cuenta que en un ambiente de confianza y armonía, se desarrolla las técnicas y habilidades con seguridad y credibilidad.

RECOMENDACIONES

Luego de haber llegado a las conclusiones señaladas en párrafos anteriores podemos sugerir las siguientes recomendaciones:

- Tomar en consideración los resultados de esta investigación para realizar jornadas de actualización de conocimientos en cuanto a las técnicas de asepsia y antisepsia, en el grupo de enfermeras que participaron en el estudio.
- Sugerir a la gerencia de enfermería que a partir de estos resultados den cumplimiento a las técnicas, prevención de contaminaciones en pacientes de postoperatorio.
- Apliquen el protocolo de atención en pacientes de post operatorio mediato de atención post quirúrgico relacionada al correcto cumplimiento de las técnicas asépticas y la correcta actitud implementada para beneficio de la institución y de los usuarios.

RECURSOS

Los recursos necesarios para esta investigación y que tenga a buen término se presenta a continuación.

RECURSOS HUMANOS

Bonilla Boris

Lara Darwin

N°	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS FINANCIEROS	
		Costo Unitario	Costo Total
1	Flash memory	8,00	8,00
3	Resmas de hojas de papel boon	4,00	12,00
600	Copias	0,02	12,00
350	Impresiones a blanco y negro	0,10	35,00
350	Impresiones a color	0,25	87,50
3	Anillados	1,50	4,50
1	Alquiler de infocus	30,00	150,00
	Transporte	50,00	50,00
	Internet	60,00	60,00
	Varios	160,00	160,00
	TOTAL		579,00

CAPITULO V

PROPUESTA

TEMA:

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POSTOPERATORIO
MEDIATO EN SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL GENERAL LUIS
VERNAZA.**

INTRODUCCION

La presente propuesta está centrada en el diseño e implementación del protocolo en los cuidados post quirúrgicos que el personal profesional y no profesional de enfermería brinda al paciente, para su recuperación luego de una cirugía.

El cuidado post operatorio comienza en el momento en que el paciente ingresa a la sala de recuperación y finaliza cuando se le da de alta. La duración de esta fase depende del tipo de cirugía y del tratamiento médico.

Durante este lapso es conveniente conocer las molestias normales que un paciente puede experimentar después de la cirugía y las medidas que se toman habitualmente para ayudar a controlar el dolor post operatorio.

El correcto cumplimiento de las técnicas asépticas permite al personal de enfermería prevenir complicaciones en la recuperación del usuario post quirúrgico.

El personal de enfermería debe tratar a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad mediante la aplicación del conocimiento científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

Para iniciar los cuidados de enfermería al paciente postquirúrgico, es necesario conocer el funcionamiento y reacciones normales para así identificar todos los problemas que pueden afectar al organismo. Es por ello que se identifican en esta investigación las posibles complicaciones que se pueden presentar luego de la cirugía y las acciones de enfermería que se pueden brindar para evitar dichas complicaciones y además lograr que el paciente se recupere de una manera segura e inmediata.

JUSTIFICACION.

Esta propuesta es motivadora, ya que actualmente la sala “San Aurelio” del Hospital Luis Vernaza no cuenta con protocolos de atención de enfermería en pacientes post quirúrgicos relacionada al correcto cumplimiento de las técnicas asépticas y esta sería de gran ayuda, con ello se lograría optimizar el tiempo con cada paciente y mejorar la atención.

A demás esta ayudará al personal de enfermería a actualizar sus conocimientos, contribuyendo al desarrollo profesional siendo beneficiado no solamente el usuario sino también los familiares, el mismo personal de enfermería y el Hospital Luis Vernaza al optimizar recursos tanto profesionales como económicos.

Además, nuestra propuesta cuenta con el apoyo de la enfermera líder de la Sala “San Aurelio” del Hospital Luis Vernaza y todo el personal de Enfermería, por lo que se desarrolla con toda la factibilidad de ejecución.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Diseñar e implementar un protocolo de procedimientos de atención en pacientes postoperatorio mediato basado en la correcta aplicación de las técnicas asépticas.

ESPECIFICOS:

- Elaborar el protocolo y su aplicación en la sala.
- Identificar los cuidados principales para incluirlos en el protocolo de atención en pacientes postquirúrgicos.
- Capacitar al personal sobre las técnicas de asepsia y antisepsia que utilizan en los procedimientos del cuidado de paciente postoperatorio mediato.

SOSTENIBILIDAD

El presente Plan de Capacitación como es el protocolo de atención en pacientes post operatorio mediato, se sustenta principalmente en dar posteriormente a una resolución o búsqueda de solución al problema existente en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza”, mediante la aplicación de conocimientos y disponibilidad del cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por el personal de enfermería

FACTIBILIDAD

El Plan de capacitación es factible debido a que se ha elaborado en base a las diferentes debilidades encontradas en el desarrollo de la investigación, además contiene temas educativos que servirán para mejorar el cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por el personal de enfermería en los pacientes de postoperatorio mediato de Cirugía General en la Sala “San Aurelio” del Hospital Luis Vernaza, así dar solución al problema que ha sido identificado en este servicio de salud.

De la misma manera el material con que se desarrolla las actividades planificadas es claro y de rápida captación, que permite que esta propuesta sea factible al igual que el manejo correcto del tema por parte de los autores.

DESARROLLO DE TEMAS

1. AUTORES DE LAS TECNICAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA



Pasteur (1822---1895): La existencia de microorganismos.

La transmisión de enfermos a personas sanas.



Lister (1827---1912): Utilizó El fenol (1865).

Para matar a las bacterias. Cura de heridas, desinfección de material quirúrgico y quirófanos.



Semmelweis (1818-1881): Estableció obligatorio el lavado de manos (agua caliente, jabón, cepillo de uñas y solución).



Asepsia y an/sepsia

Halsted (1852-1922):

Introdujo los guantes de goma

En cirugía, previamente hervidos.



	UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA	Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014	
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO	Revisado por: Lda. María Martínez	

TEMA N° 1

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO

DEFINICIÓN:

Período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas, pudiendo, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte.

TIPOS DE POST OPERATORIO:



Inmediato: Transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta las primeras 24 horas de hospitalización.

Mediato: Tiempo comprendido entre 24 y 72 horas desde la recuperación anestésica.

Tardío: Tiempo comprendido desde las 72 horas hasta la recuperación total (alta).

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- | | | |
|------------------|--------------|------------------------------|
| ➤ Dolor | ➤ Cianosis | ➤ Angustia |
| ➤ Letargo | ➤ Palidez | ➤ Miedo |
| ➤ Nauseas | ➤ Diaforesis | ➤ Taquicardia |
| ➤ Emesis | ➤ Taquipnea | ➤ Bradicardia |
| ➤ Hipotermia | ➤ Bradipnea | ➤ Malestar general |
| ➤ Hipertermia | ➤ Disnea | ➤ Actividad física disminuid |
| ➤ Hemorragias | ➤ Cefalea | |
| ➤ Deshidratación | ➤ Ansiedad | |

	<p>UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA</p>	<p>Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014</p>	
	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO</p>	<p>Revisado por: Leda. María Martínez</p>	

OBJETIVO GENERAL:



- Proporcionar atención de enfermería oportuna, humana e integral al paciente de post operatorio mediato, lo que permite la pronta recuperación y rehabilitación hasta el alta definitiva del servicio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar procedimientos de enfermería con la correcta aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia.
- Ofrecer una atención con calidad y calidez al paciente de post operatorio mediato, para su pronta recuperación.
- Mejorar el cumplimiento de las diferentes técnicas y procedimientos, que se aplicará en los pacientes de post operatorio mediato.

RESPONSABILIDAD:

- a) De la supervisión y control de la aplicación.
 - Personal de enfermería.
- b) De la ejecución de la guía de procedimientos.
 - Personal de enfermería
- c) De la evaluación
 - Enfermera líder

	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA</p>	<p>Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014</p>	
	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO</p>	<p>Revisado por: Lcda. María Martínez</p>	



EQUIPOS Y MATERIALES:

Equipos:

- Equipo de curación
- Bombas de infusión
- Equipo de sutura
- Semiluna
- Coche de curaciones
- Charol

Materiales:



- | | |
|---------------------|----------------|
| ➤ Gasas de curación | ➤ Hilo de seda |
| ➤ Apósitos | ➤ Guantes |
| ➤ Gasa de quemados | ➤ Mascarilla |
| ➤ Apósito tegaderm | ➤ Gorro |
| ➤ Esparadrapo | ➤ Batas |
| ➤ Solución salina | |
| ➤ Jeringuillas | |

	UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA	Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014	
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO		
	Revisado por: Lda. María Martínez		

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

N°	Actividades	Principio científico
1	Utilizar medidas de bioseguridad	Esto permite promover la seguridad en la atención de los pacientes minimizando el riesgo, a través de la práctica segura en los procesos y procedimientos de atención que se le brinda al usuario.
2	Recepción del paciente en el servicio.	La transmisión de la información quirúrgica del personal de recuperación hacia el servicio es de vital importancia ya que es la base para la continuidad de los cuidados en el nuevo servicio.
3	Revisar la historia clínica sobre actividades quirúrgicas en la URPA	Nos permite verificar todos los tratamientos que recibió en el post operatorio inmediato y de esta forma poder optimizar los cuidados y tratamiento en la sala.
4	Verificar la identidad del paciente en el brazalete de identificación con la historia clínica.	Esto genera un ambiente de confianza entre el usuario y el equipo de salud que evitará problemas y errores en el cuidado del paciente al confirmar la identidad en el brazalete y el registro de la historia clínica.
5	Valoración de enfermería al paciente al ingreso de la sala.	Sirve para establecer el plan de cuidados del paciente, diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados.
6	Valoración del nivel de conciencia.	Permite identificar la capacidad del paciente para reconocerse a sí mismo, el lugar y el tiempo y pruebas de la función cognoscitiva como la memoria y la capacidad de obedecer órdenes sencillas.
7	Control de signos vitales, función respiratoria, coloración de la piel, temperatura, etc.	Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.
8	Información sobre el periodo trans-operatorio	Con esta información podemos conocer si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales durante el periodo trans operatorio.
9	Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.	Esto nos permite valorar el estado de conciencia y las posibles alteraciones

		hemodinámicas que pueden producirse según el tipo de anestesia como son la anestesia intradural y epidural y posibles molestias referidas por el paciente.
10	Valoración de catéteres, drenajes y apósitos.	Permite identificar la intervención, conocer las complicaciones de uso y mantenimiento, valorando riesgos, grado de infecciones, tipos de shock y realizar planes de cuidados estandarizados para el usuario.
11	Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica	Controla el sangrado, mantiene limpia y seca la herida quirúrgica libre de microorganismos patógenos.
12	Colocar oxigenoterapia por razones necesarias y bajo prescripción médica.	Permite humedecer el árbol traqueo bronquial, lo que induce a una buena expansión pulmonar y mejorar la ventilación e intercambio gaseoso entre el medio interno y el medio externo del organismo.
13	Dar información al paciente acerca de los cuidados que recibirá en la sala.	Esto disminuirá el temor y la ansiedad en el paciente luego de haber sido sometido a la cirugía.

	UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA	Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014	
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO	Revisado por: Lda. María Martínez	

Lista de verificaciones:

Nombre del paciente _____ servicio _____

Fecha _____ historia clínica _____



Indicador	%	Si	No	Na
Utilizar medidas de bioseguridad				
Recepción del paciente en el servicio.				
Revisar la historia clínica sobre actividades quirúrgicas en la URPA				
Verificar la identidad del paciente en el brazalete de identificación con la historia clínica.				
Valoración de enfermería al paciente al ingreso de la sala.				
Valoración del nivel de conciencia.				
Control de signos vitales, función respiratoria, coloración de la piel, temperatura, etc.				
Información sobre el periodo trans-operatorio				
Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.				
Valoración de catéteres, drenajes y apósitos.				
Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica				
Colocar oxigenoterapia por razones necesarias y bajo prescripción médica.				
Dar información al paciente acerca de los cuidados que recibirá en la sala.				

100% de los requisitos	Se cumple normas establecidas
Menor 100% de los requisitos	No se cumple normas establecidas

DISTRIBUCIÓN:

Este protocolo debe permanecer en:

- Sala San Aurelio de cirugía general

	<p>UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA</p>	<p>Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014</p>	
	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO</p>	<p>Revisado por: Lcda. María Martínez</p>	

FÁRMACOS UTILIZADOS EN POST OPERATORIO MEDIATO



Analgésicos:

- Diclofenaco sódico 50 mg + codeína 50 mg.
- Ibuprofeno 300 mg + codeína 20 mg.
- Paracetamol 325 mg + tramadol 37,5 mg.
- Metamizol

Antibióticos:



- Metronidazol
- Ampicilina + sulbactam
- Imepenen

- Vancomicina
- Ceptriaxona
- Ciprofloxacina
- Clindamicina

	UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA	Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014	
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO	Revisado por: Lcda. María Martínez	

GLOSARIO:

1. **Adherencia:** Mantenimiento de la unión o unión de dos superficies o partes, como la cicatrización de una herida. Tira fibrosa que se une a partes que normalmente están separadas.
2. **Angioedema:** Afección caracterizada por la aparición de áreas edematosas en la piel, membranas mucosas u órganos internos. Se asocia frecuentemente con urticaria (ronchas). Si está limitada a la piel es benigna, pero puede causar dificultades respiratorias si aparece en la boca, la faringe o laringe.
3. **Ansiedad:** Estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o -por el contrario- ante el temor de perder un bien preciado.
4. **Anuria:** Ausencia de formación de orina.
5. **Atelectasia:** trastorno en el que el pulmón colapsa o no tiene aire.
6. **Bradipnea:** Respiración anormalmente lenta.
7. **Cianosis:** Coloración anómala de la piel o de las membranas mucosas, de tono azul, gris, pizarra o morado oscuro, causada por la desoxigenación o hemoglobina insuficiente en la sangre.
8. **Coagulación Intravascular Diseminada:** La Coagulación Intravascular Diseminada (CID) es una enfermedad caracterizada por la producción de una excesiva cantidad de diminutos coágulos intravasculares, con componentes microcirculatorios defectuosos y disfunción endotelial.
10. **Delirium tremens:** Reacción caracterizada por inquietud, insomnio y pesadillas, taquicardia, aprehensión, confusión y desorientación, irritabilidad y alucinaciones auditivas y visuales.
11. **Diaforesis:** Sudoración profusa.
12. **Disnea:** Avidez de aire que lleva a una respiración fatigada o difícil, a veces acompañada de dolor.
13. **Dolor agudo:** Dolor intenso y generalmente no mantenido, que suele aparecer después de cirugía o de un traumatismo, o bien puede acompañar a un cuadro isquémico o a otros trastornos y enfermedades graves.

	UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR ESCUELA DE ENFERMERIA	Elaborado por: Ire. Darwin Lara Ire. Boris Bonilla Fecha: 20/12/2014	
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO	Revisado por: Lcda. María Martínez	

El dolor agudo puede ser somático, superficial (generalmente en piel o mucosas) o profundo (habitualmente articular) y visceral.

14. Dolor crónico: El dolor crónico es aquel que está presente de forma mantenida o recurrente durante un período prolongado de tiempo.

Suele ser de menor intensidad que el dolor agudo y generalmente se asocia a trastornos o enfermedades crónicas, aunque también puede ser la evolución de un cuadro de dolor agudo que no revierte.

15. Equimosis: Hematoma, hemorragia superficial bajo la piel o una membrana mucosa.

16. Escoriación: Gastar o arrancar el cutis o el epitelio, quedando la carne descubierta. U. m. c. prnl.

17. Hiperventilación: Aumento del volumen de ventilación por minuto, que tiene como consecuencia la disminución del nivel de dióxido de carbono.

18. Hipo perfusión: Disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano.

19. Hipotermia: Es el descenso peligroso de la temperatura corporal, por debajo de 35° C (95° Fahrenheit).

20. Hipoxemia: Disminución de la tensión de oxígeno en la sangre arterial, medida por medio de los valores de las presiones parciales de oxígeno arterial. A veces, está asociada con una disminución del contenido de oxígeno.

21. Nosocomio: relativo a un centro de asistencia sanitaria, como un hospital o una residencia.

TEMA N°. 2

TECNICAS DE ASEPSIA Y MEDIDAS DE BARRERA

1. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

Objetivo: Prevenir la contaminación del sitio quirúrgico mediante la remoción y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora residente presentes en las manos del equipo quirúrgico.

Personal

Personal de sala postoperatoria.

Equipo

- Jabón común estéril o iodo jabonoso al 5% o clorexidina al 2%
- Esponja estéril

Procedimiento

- Apretar el pedal, dejando salir un chorro de agua moderado.



- Mojar manos y brazos, haciendo correr el agua desde los dedos hacia el codo.



- Enjabonar las manos, antebrazos, hasta los codos.



Realizar el lavado de manos clínico según técnica.

- Enjuagar con las manos hacia arriba para que el agua escurra hacia el codo en flexión.



- Tomar la esponja estéril y frotar el jabón contra la misma, hasta producir abundante espuma.



- Sostener el jabón entre la esponja y la palma de la mano.
- Comenzar el lavado por las uñas manteniendo las puntas de los dedos juntos.



4-b
Limpieza rigurosa de las uñas



5
Enjuagar con abundante agua



6-a
Tomar una toalla de papel



6-b
Secar con toalla cada mano

- Seguir lavando individualmente todos los dedos.



- Continuar con la cara palmar, lateral externa, dorsal y lateral interna de la mano y antebrazo.



- Enjuagar la esponja y enjabonar nuevamente.
- Iniciar el lavado de la otra mano siguiendo el orden descrito.



- Escurrir agua sobre la esponja y jabón.
- Enjuagar la primera mano y brazo de manera mencionada anteriormente.
- Realizar el segundo tiempo de lavado, repitiendo el orden anterior hasta el tercio medio de los antebrazos.
- Ejecutar el tercer tiempo, que incluye las manos y el tercio inferior de los antebrazos.
- Escurrir agua sobre la esponja y jabón.
- Arrojar la esponja y el jabón a un lado de la pileta.
- Enjuagar las manos.
- Retirar el pie del pedal.
- Se puede completar el proceso de antisepsia mediante un enjuague terminal con alcohol que debe dejarse secar espontáneamente.



- Ahuecar las manos y recibir el antiséptico.
- Secar con la toalla estéril en caso de no efectuar enjuague terminal con alcohol.

Aspectos a tener en cuenta



- Retirar relojes, anillos y pulseras antes de iniciar el lavado quirúrgico.

- El lavado de los dedos se efectúa en cuatro planos, comenzando por el pulgar, siguiendo el siguiente orden: cara palmar, lateral externa, cara dorsal y lateral interna.
- El jabón puede reemplazarse por antisépticos que contengan hexaclorofeno o DG6.
- Los codos no se cepillan.

2. SECADO DE MANOS

OBJETIVO: Esterilizar las manos de acuerdo a un flote con compresa diferente en cada mano.

EQUIPO

- Toalla estéril

PROCEDIMIENTO

- Tomar la toalla abierta por uno de sus extremos
- El secado será con compresas estériles y haciendo movimientos circulares empezando por las manos y acabando por los codos



- Levantar a la altura del tórax, manteniéndola separada del cuerpo.



- Secar los dedos por separado y luego las manos.
- Secar los antebrazos con movimientos lentos y circulares.
- Tomar con la mano seca el extremo sin usar.
- Secar la otra mano y antebrazos de la manera mencionada en el párrafo de arriba.
- Desechar la toalla.

Aspectos a tener en cuenta:

- La toalla se mantendrá lejos del cuerpo para evitar que se contamine con la ropa.

3. COLOCACIÓN DE LA BATA ESTÉRIL

OBJETIVO: Conservar un máximo de seguridad desde el punto de vista aséptico durante la práctica de enfermería postoperatoria.

PROCEDIMIENTO

- Introducir la mano en el paquete estéril.



- Tomar la bata por el cuello.



- Quedar lejos de la mesa hacia un área libre.



Colocación de bata



Colocación de bata para método cerrado

- Levantar a la altura de los hombros.
- Desdoblar conservando la parte interna de la misma hacia el cuerpo.
- Introducir el brazo libre con los puños cerrados hasta la mitad de la manga correspondiente.



- Introducir el otro brazo hasta la misma altura.
- Terminar de colocar al mismo tiempo ambos brazos.



- Juntar las yemas de los dedos.
- Deslizar las manos a través del puño, al mismo tiempo que la circulante interna ayuda y ata las cintas del cuello y espalda.
- Abrir las manos.
- Desatar las cintas de la parte delantera de la bata.
- Alcanzar las cintas a la enfermera circulante para completar el cierre.



ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

- No deberá tocarse la cara externa de la bata con las manos.
- Las áreas estériles de la bata son: manos, manga, frente, desde el cuello hasta el nivel de la mesa.

AYUDAR A VESTIR A OTRO

Procedimiento:

- Tomar la bata del cirujano post quirúrgico por el borde del cuello.
- Sacudir levemente para quitar los pliegues.
- Ofrecer con cuidado el interior de la bata con las bocamangas listas para introducir los brazos.
- Asegurar que tiene los brazos bien metidos en las mangas antes de soltar la bata.

4. COLOCACIÓN DE GUANTES

Objetivo

Disminuir la transmisión de microorganismos del paciente a las manos del personal.

Indicaciones

1. Manipular material contaminado.
2. Atención de pacientes que requieran precauciones por contacto.
3. Los guantes de procedimiento deben ser eliminados, con el fin de evitar la contaminación que se produce con la manipulación intermedia.

PROCEDIMIENTO



- Ofrecer al profesional el guante derecho.
- Sujetar por el borde del guante.
- Abrir y dejar a la vista el puño.
- Permitir al profesional introducir las manos en el guante con facilidad.
- Ofrecer el guante izquierdo de la misma manera.
- Sujetar el guante con firmeza hasta que el cirujano haya colocado bien los dedos.
- Asegurar que el puño del guante cubra bien el puño de la bata.

Aspectos a tener en cuenta:

- El profesional al colocarse el guante izquierdo ayuda tirando de la porción del puño más cerca de él con la mano previamente enguantado.

COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES.

PROCEDIMIENTO:

- Tomar el paquete de guantes con la mano izquierda.
- Abrir dejando los bolsillos hacia fuera.
- Extraer los guantes con la mano derecha, tomándolo del puño evertido que deja al descubrimiento la superficie interna.
- Enfrentar entre sí los pulgares mirando hacia adentro.
- Introducir juntos los cuatro dedos de la mano izquierda dentro del guante y luego el pulgar.
- Colocar la mano enguantada debajo del puño evertido para sostenerlo. Introducir juntos los cuatro dedos de la mano derecha, de la misma manera que la izquierda.
- Traccionar el guante hacia arriba, cubriendo el puño de la bata.
- Colocar la mano enguantada debajo del puño evertido de la primera mano enguantada
- Cubrir el puño del camisolín.

PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DE LA FUNDA DE LA MESA DE FINOCHIETTO

- Retirar la funda del paquete de ropa estéril.
- Desplegar la funda tomándola por el extremo abierto, con la superficie cerrada hacia ella.
- Replegar la funda sobre sí misma en su parte media, de modo que la abertura superior cerrada hacia ella.
- Replegar la funda sobre sí misma en la parte media, de modo que la abertura superior quede hacia afuera.
- Introducir la funda en la mesa desde el plano mayor hacia el menor.
- Cubrir con una compresa el plano mayor y con una compresa chica el menor.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

- En algunos casos se utiliza una funda de plástico estéril debajo de la funda de tela.

5. USO DE MASCARILLA

Objetivos

1. Prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire y cuya puerta de entrada o salida puede ser el aparato respiratorio.
2. Establecer una barrera de aislamiento entre el paciente y la persona que lo atiende.

Recomendaciones

1. Las mascarillas deben ser de un solo uso y de material que cumpla con requisitos de filtración y permeabilidad suficiente, para ser una barrera efectiva.
2. La mascarilla no debe ser tocada mientras se esté usando.
3. Debe reemplazarse cada 30 minutos, máximo 1 hora.

4. Debe descartarse inmediatamente si está húmeda o manchada con secreciones.
5. La mascarilla no debe tocarse con las manos ni colgarse en el cuello

El mal uso de la mascarilla o su uso inadecuado aumenta las posibilidades de transmisión de microorganismos y da una falsa impresión de seguridad.

Equipo

1. Mascarillas, en lo posible desechables.
2. Depósito para desechos.

Procedimiento

➤ Colocación de mascarilla

1. Lavarse las manos.
2. Colocarse la mascarilla cubriendo la nariz y la boca, luego amarrarla tomando solamente las tiras.
3. Moldear a la altura de la nariz para que quede cómoda y segura.
4. Lavarse las manos.

➤ Retira de mascarilla

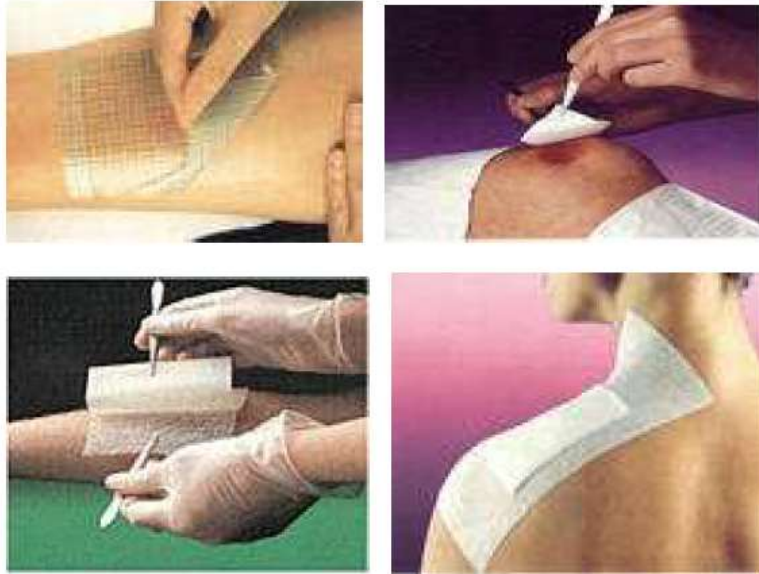
1. Desamarrar las tiras.
2. Eliminar la mascarilla en depósito de desechos, manteniéndola siempre de las amarras.
3. Lavarse las manos después de eliminarla.

6. MANEJO DE HERIDAS QUIRURGICAS.

Objetivos:

- Proteger la herida de la contaminación bacteriana, para promover la curación y prevenir la transferencia de organismos a partir de una herida infectada a otros sitios.

- Recuperar el deterioro de la integridad cutánea.
- Promover el bienestar del paciente.
- Valorar el proceso de curación y disminuir el tiempo de cicatrización.



EQUIPO:

- **Solución fisiológica**

- **Gasas**
- **Apósitos**
- **Caja de curaciones o un par de guantes estériles**
- **Tela adhesiva**
- **Recipiente para residuos**

PROCEDIMIENTO CON PAQUETE DE CURACIÓN

- Abrir el paquete de curación.
- Abrir el paquete de gasas estériles
- Tomar una gasa de la parte superior del paquete.
- Retirar con la gasa una pinza de disección. Ubicar la pinza en uno de los extremos del campo estéril formado con el paquete.
- Desechar la gasa en el recipiente de residuos.
- Separar el resto del instrumental dentro del campo estéril con la pinza de disección.
- Desinfectar las ramas internas de la tijera y cortar el extremo del orificio de la solución fisiológica.
- Realizar la antisepsia del pico de la tela adhesiva con agua.
- Desechar la gasa en el recipiente de residuos.
- Desprender la tela adhesiva de los bordes de la herida, traccionando la piel hacia abajo.
- Retirar el apósito y gasas que cubren la herida, con la pinza.
- Desechar el apósito y las gasas en el recipiente de residuos.
- Descartar la pinza de disección.
- Tomar la pinza Kocher y la pinza de disección sin dientes.
- Recoger una gasa con la pinza de disección y formar un hisopo con ambas pinzas.
- Tomar la solución fisiológica y desechar el primer chorro.
- Verter la solución sobre el hisopo.

- Realizar la curación con movimientos de arrastre de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera.
- Sacar de la misma manera que realizó la limpieza estéril.
- Repetir el procedimiento las veces que sea necesario.
- Tomar la gasa estéril y cubrir la herida en su totalidad.
- Fijar con tela adhesiva.
- Dejar cómodo al paciente.
- Retirar el equipo de la unidad del paciente.

ASPECTOS QUE DEBE TENER EN CUENTA:

- Se pueden utilizar soluciones antisépticas estériles (iodo povidona, agua oxigenada) según indicaciones médicas.

PROCEDIMIENTO CON GUAANTE

- Abrir el paquete de gasas estériles.
- Colocarse manoplas descartables.
- Tomar una gasa embebida con agua
- Humedecer los bordes de la tela adhesiva.
- Desechar la gasa.
- Desprender la tela adhesiva de los bordes de la herida traccionando la piel hacia abajo.
- Retirar apósitos y gasas.
- Quitarse las manoplas y desecharlas en un recipiente de residuos.
- Colocar el guante estéril de la mano derecha.
- Tomar una gasa y embeber en solución Fisiológica.
- Realizar la curación con movimientos de arrastre de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera en heridas limpias.
- Desechar la gasa.
- Secar de la misma manera que se realizó la limpieza estéril.
- Tomar gasa estéril y cubrir la herida en su totalidad.

- Retirar el guante y desechar.
- Fijar con tela adhesiva
- Dejar cómodo al paciente post quirúrgico.

ASPECTOS QUE DEBEN TENER EN CUENTA:

- Las heridas contaminadas abiertas requieren colocarse los guantes y una segunda persona para alcanzar los equipos para la curación.
- **Heridas cerrada con saturación, sin drenaje:** destapar la curación a las 48 horas y lavar con agua y jabón.
- **Herida cerrada con drenaje:** a) drenaje ubicado en la herida: destapar a las 24 horas, realizar la asepsia de la sutura con suero fisiológico y luego en forma circular, de la zona peri drenaje. No es necesario el uso de antisépticos. Cubrir la zona peri drenaje con gasa estéril, dejando el resto de la herida al aire, si está intacta y no exuda. b).Drenaje ubicado fuera de la herida: la herida se trata como cerrada con sutura intacta y el drenaje por separado.
- **Heridas abiertas:** a). **Limpia:** a) Si la herida está limpia o ha progresado a limpia es necesario evitar su contaminación y mantener un entorno propicio para la cicatrización. Ello se logra lavando con suero fisiológico (sin irrigación) u ocluyendo con apósitos. b).infectada: lavar con suero fisiológico a presión y por arrastre si fuera necesario desprender tejido desvitalizado y bacterias. Colocar un apósito de carbón activado y óxido de plata manteniéndolo hasta 4 días, cambiando solo el apósito secundario o externo (si se tiene). Se recomienda no utilizar iodóforos ni agua oxigenada.

7. ANTISEPTICOS Y DESINFECCIÓN

Son sustancias que ayudan a combatir o prevenir los padecimientos infecciosos, inhibiendo el crecimiento y la reproducción de bacterias, hongos y virus que los ocasionan. Se aplican principalmente sobre la piel para atender heridas, quemaduras y picaduras, aunque también se utilizan en mucosas (boca, garganta, fosas nasales).

Los **antisépticos** pueden ser de origen natural, como la saliva, que elimina microorganismos alojados en la cavidad bucal y que son responsables de caries dental, u obtenerse en el laboratorio, donde se preparan en concentraciones ideales para combatir enfermedades sin afectar al paciente.

Es importante mencionar que desinfectante y antiséptico no son sinónimos, ya que el primero es un producto que destruye gérmenes localizados en superficies (piso, muebles, baño, sala de operaciones) u objetos (utensilios de limpieza e instrumental empleado en intervenciones quirúrgicas, por ejemplo), en tanto que los segundos actúan únicamente sobre tejidos vivos.

Así, un requisito que deben cumplir los antisépticos es que no representen peligro para el ser humano, de modo que deben carecer de toxicidad o efectos corrosivos. Asimismo, no presentan problemas para disolverse con otros compuestos ni se alteran o descomponen, aun cuando se exponen a la acción de la luz o el calor.

CLASIFICACIÓN QUÍMICA DE ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES Y SU FUNCIÓN

Aunque es cierto que hay gran cantidad de microorganismos en el ambiente e incluso que muchos habitan sobre la epidermis para alimentarse del sudor y de la grasa producidas por las glándulas sudoríparas y sebáceas (una persona sana y limpia puede albergar 2.4 millones de bacterias por centímetro cuadrado de las axilas), éstos seres diminutos son comúnmente controlados por los eficientes sistemas de defensa que existen en la piel y mucosas.

Sin embargo, es posible que los gérmenes se introduzcan al cuerpo humano a través de una cortadura o herida, por lo que en estos casos debe usarse un antiséptico que impida su paso y reduzca la posibilidad de sufrir daño. El producto debe aplicarse en los costados del corte de la piel y no directamente en la incisión, sin olvidar que lo mejor es permitir que la lesión se ventile para que cicatrice y, de esta manera, se impida un nuevo ataque.

Algunas infecciones por bacterias y virus ocasionan ampollas y úlceras pequeñas y dolorosas (aftas) en las mucosas de la boca. En este caso, la lesión puede ser originada por un objeto, una prótesis dental o un golpe, y sus efectos son atenuables gracias a soluciones antisépticas, las cuales se aplican, directamente, con ayuda de una torunda de algodón o hisopo, o mediante la realización de buches y gárgaras.

Otro tanto hay que decir del acné, padecimiento en que los cambios hormonales estimulan a las glándulas sebáceas, generando cúmulos de grasa que obstruyen los poros y dan lugar a barros y espinillas. Tales lesiones pueden ser invadidas por la bacteria *Propionibacterium acnés*, de modo que utilizar soluciones antisépticas especiales puede ayudar a aminorar el riesgo de infección y, por tanto, de cicatrices.

Existen muchas sustancias antisépticas, pero las más importantes son:



Alcohol etílico o etanol. Se emplea en soluciones cuya concentración es de 70 y 96%, aunque cabe señalar que en México se ha restringido el uso de ésta última (popularmente llamado de “etiqueta roja”) a fin de evitar su uso como bebida embriagante. Se le emplea en golpes, raspones o pequeñas heridas, y no debe utilizarse en cortaduras grandes, ya que lastima los tejidos y favorece la aparición de coágulos que alojan microorganismos vivos en su interior. Es muy eficaz contra bacterias, pero no así con los virus. Existe otra variedad de alcohol, el isopropílico, con idénticas cualidades antisépticas, pero casi no se usa por ser altamente irritante.



Agua oxigenada (peróxido de hidrógeno). Se utiliza como antiséptico en concentraciones del 6% (20 volúmenes). Su empleo está muy extendido porque no produce irritación en los tejidos, pero tiene el inconveniente de que se descompone rápidamente cuando entra en contacto con unas enzimas, las catalasas, que existen en los tejidos. También estimula la coagulación sanguínea y es útil cuando se sospecha de infección por bacterias anaerobias (que viven sin oxígeno), como la que genera tétanos. Es ideal para limpiar mucosas, y en odontología se emplea para combatir gingivitis.



Yodo. Antiséptico de bajo costo, acción rápida y que raramente genera reacciones adversas. Existen varias formas de utilizarlo, según las necesidades:

Tintura. Es yodo disuelto en alcohol; se emplea en el tratamiento de afecciones causadas por bacterias u hongos, para desinfectar heridas o para limpiar piel sana, antes de una intervención quirúrgica. Ocasiona manchas temporales y reacciones alérgicas en algunos sujetos.

Solución acuosa. Se utiliza para limpiar las heridas y es menos agresiva que la tintura.

Solución en glicerina. Se aplica principalmente en las mucosas o en pieles muy resacas o sensibles. También llega a generar reacciones alérgicas.



Povidona yodada. Es un compuesto cuya acción desinfectante se debe a que libera el yodo que contiene en sus moléculas; se le puede encontrar en la farmacia en concentraciones del 10, 7.5 y 1%, así como en presentaciones especiales para aplicarse sobre la piel o en las mucosas de la vagina, garganta y boca. Posee las ventajas de manchar poco la piel y ser menos irritante que el yodo puro, aunque también puede provocar alergia. Muy útil en tratamientos de infecciones y para desinfectar heridas. Su uso es muy extendido en hospitales.

Nitrato de plata. Su uso no es tan general como en los casos anteriores, pero se trata de un potente antiséptico de gran utilidad en el combate de estafilococos y pseudomonas, que son bacterias que suelen habitar dentro de los hospitales. Se emplean también para eliminar verrugas y desinfectar quemaduras.

Cloruro de benzalconio. Está disponible en distintos grados de concentración, a veces disuelto en alcohol (tintura) o agua (solución acuosa), y se puede aplicar en mucosas, heridas o sobre la piel sana, previo a cirugías. Antes de aplicarlo, la piel tiene que ser lavada con cuidado y los restos de jabón deben enjuagarse abundantemente, ya que éste puede anular la acción antiséptica y favorecer la proliferación de bacterias. Es muy raro que genere alergia.

Clorhexidina. Su acción es prolongada, tiene la ventaja de no producir irritación y no es absorbido por la piel, de modo que es un producto muy seguro. Ayuda a limpiar heridas o quemaduras, y en odontología es eficaz para eliminar la placa dentobacteriana. Su concentración puede ser de 0.05 a 0.5%, y se suele disolver en alcohol o agua.

Violeta de genciana. Muy utilizada en décadas anteriores, sobre todo en el combate de infecciones generadas por hongos y bacterias, ha sido desplazada ante el surgimiento de productos más eficaces y que no generan manchas. Se sigue empleando con relativa frecuencia en padecimientos de la mucosa bucal y medicina veterinaria.

Derivados del mercurio. Los más habituales son tiomersal (solución al 0.1%) y merbromina (al 2%), que se utilizan para desinfectar la piel raspada, aunque pueden producir irritación notable.

Permagnato potásico o de potasio. No es tan común como los anteriores, pero es de utilidad para prevenir infecciones por hongos (tiñas) e incluso detenerlas en sus primeras etapas.

Consejos de uso

Recuerda que en caso de que haya cortes, rasguños y pequeñas heridas, el mejor tratamiento consiste en limpiar la herida con jabón y agua fría, y aplicar a continuación el antiséptico que te parezca más indicado, de acuerdo con las explicaciones anteriores. En términos generales, se debe tener cuidado de que estas soluciones no toquen directamente la herida, ya que pueden lesionar más los tejidos.

En caso de heridas en mucosas, utiliza los productos formulados específicamente para desinfectar estas zonas, ya que un antiséptico para la piel suele ser demasiado agresivo.

Por otra parte, considera que además de los antisépticos existen otros medicamentos en las farmacias (soluciones y pomadas, principalmente) que se utilizan en la prevención de infecciones, pero deben ser administrados bajo la aprobación del médico familiar porque contienen antibióticos (penicilina, garamicina, neomicina u otros similares).

Finalmente, si una herida no cicatriza en aproximadamente una semana, o luce enrojecida y caliente, debe consultarse al especialista a la brevedad. Asimismo, toda lesión profunda que se haya producido con material metálico, en un sitio sucio o que fuera ocasionada por un animal, tendrá que recibir atención de un médico para prevenir el surgimiento de tétanos o rabia.

INFORME DEL PROGRAMA DE CAPACITACION REALIZADA EN LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA.

TITULO:

Capacitación sobre las técnicas de asepsia y antisepsia dirigidas al personal de enfermería de la sala “San Aurelio” del hospital general luís Vernaza.

INTRODUCCIÓN:

La presente capacitación se llevó a efecto en la Sala San Aurelio de cuidados postquirúrgicos, que el personal profesional y no profesional de enfermería brindar al paciente para su recuperación luego de una cirugía, ya que el cuidado postoperatorio comienza en el momento en que el paciente ingresa a la sala de recuperación y finaliza cuando se le da de alta definitiva.

Partiendo de la correcta aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia, permitiendo así al personal de enfermería prevenir complicaciones en la recuperación del usuario.

OBJETIVO:

- Capacitar al personal sobre las técnicas de asepsia y antisepsia utiliza en los procedimientos en el cuidado de paciente postoperatorio mediato.

PLAN OPERATIVO DE LA SOCIALIZACION DE LA PROPUESTA

N°.	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES	EVALUACIÓN
1.	Técnicas de asepsia y medidas de barrera <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos y tipos • Apertura de paquetes estéril • Colocación de vestimenta estéril 	Saludo y bienvenida Dinámica Exposición del protocolo Análisis de la propuesta Socialización de la	Personal de enfermería Investigador Materiales Proyector Laminas Computadora.	5 de marzo del 2015	Investigadores IRE Lic. María Isabel Badillo Líder de enfermería de la Sala San Aurelio.	Participación activa del Personal de enfermería.
2	Aplicación de Antisépticos y desinfección <ul style="list-style-type: none"> • Actividades antibacterianas • Mecanismo de acción • Toxicidad Clasificación química de antisépticos y desinfectantes: <ul style="list-style-type: none"> • Clorhexidina • Alcoholes • Fenales • Peróxido de hidrógeno 	Se aplicó la siguiente metodología: Lugar donde se llevará a efecto Requisitos para la Implementación.	Humanos Investigadores Materiales Proyector Laminas Computadora	6 de marzo de 2015	Investigadores Lic. Guendy Vera Enfermera de la Sala San Aurelio.	Participación activa del Personal de enfermería.
3	Participación activa del Personal de enfermería, en diferentes casos de los pacientes.	De acuerdo al horario y número de participante se forma grupos.	Humanos Investigadores Materiales Computadora	7 de marzo de 2015	Investigadores Internos enfermería Lic. María Isabel Badillo. Líder	Participación activa del Personal de enfermería.

EVALUACIÓN:

- Se cumplió con el objetivo del programa de capacitación.
- Se contó con la asistencia y participación de los 18 miembros de enfermería de la sala San Aurelio.
- Existió la participación voluntaria de cada profesional, llegando a ser una socialización de conocimientos y lo que es más de compañerismo y camaradería.
- Todo el personal de enfermería se sintió a gusto con los temas tratados.
- Se entrega y se socializa el protocolo de atención en pacientes de postoperatorio mediato de la sala “san Aurelio” del hospital general Luis Vernaza, para la implementación en el servicio.

RECOMENDACIONES:

Que este tipo de talleres se lleve a efecto más seguido con el único deseo de familiarizar los contenidos y actividades para un mejor desempeño profesional con calidad y calidez a favor del paciente de post operatorio mediato, en la Sala San Aurelio, del Hospital Luis Vernaza.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

RECURSOS Y PRESUPUESTO	CANTINDAD	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
Impresione	60	0.10 ctvs	\$ 6.00
Copias	120	0.05 ctvs	6.00
Infocus	5 días (4 horas)	10.00	50.00
Ordenador	1(5 días)		
Carpetas	18	0.40 ctvs	7.20
Resma de papel	1	5.00	5.00
Caja de bolígrafos	1	6.00	6.00
Refrigerio	18 (5 días)	1.30	117.00
CD	4	0.50 ctvs	2.00
Imprevistos			20.00
TOTAL			\$ 219.20

12. BIBLIOGRAFIA

- ALGUINZONE, B. Y VARGAS,A. 2002.** *Relación entre la Aplicación de Tecnicas y Procedimientos de Enfermería.*, Caracas : Hospital Miguel Perez , 2002.
- ALONSO., ANA M.LAZA. 2009.** *Guía de Cuidados en Cirugia Mayor Ambulatoria.* Madrid : ARAN, 2009.
- ATKINSON, L Y FORTUNATO, N. 1998.** *Tecnicas del lavado mecánico.* España : Harcourt Brace , 1998.
- B.W., Dugas. 1986.** *Tratado de Enfermería Práctica 4ta Edición* . s.l. : Interamericana, 1986.
- Bruner. L y Suddart, D. 1997.** *Enfermería Médico-Quirúrgica".* Mexico : McGraw-Hill Interamericana, 1997.
- CASTILLO, JAIME POLACO. 2011.** *Asepsia y Antisepsia en los hospitales.* México : McGraw-Hill, 2011.
- DIAZ. 1988.** *Tecnicas de Enfermería.* España : McGraw-Hill, 1988.
- ESTADO, CONSTITUCIÓN Política del. 2008.** *Ecuador.* 2008.
- ESTRADA Y PALACIOS. 2013.** *Hospital Luis Vernaza.* Guayaquil : s.n., 2013.
- IYER.P. Taptich, B, y Bernocchi-Losey,D. 1993.** *Proceso y Diagnóstico.* España : McGraw-Hill Interamericana, 1993.
- MEDICINA, FACULTAD DE. 2012.** *Cuidado de Enfermería Al Paciente en Postoperatoria Temparano.* Bogota : Pontificia Universidad Javeriana, 2012.
- SALUD, ENCICLOPEDIA. 2013.** *Definiciones* . 2013.
- Vernaza, HOSPITAL General Luis. 2014.** *Historial anecdótico* . Guayaquil : s.n., 2014.
- W., Iyer Patricia. 1998.** *Procesos de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería.* España : Interamericana, 1998.

ANEXOS

ANEXO N°. 1. ENCUESTA

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA SALA
“SAN AURELIO” DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL.**

OBJETIVO:

- Conseguir información sobre el Cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por el personal de enfermería en los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza, en la Ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, durante el período enero a septiembre 2014.

INDICACIONES: Marque con una **x** la respuesta que usted crea conveniente.

1. Años que trabaja en el cumplimiento de funciones como personal de enfermería.

De 1 a 2 de 3 a 5 de 5 a 10

2. cumplen con las técnicas de asepsia y antisepsia.

SI NO

3. Aplica los métodos de barrera en la atención al paciente de post operatorio.

Siempre A veces Nunca

4. En la atención al paciente cumple con el los cinco momentos del **Lavado de Manos**

Siempre ()

A veces ()

Antes de iniciar el procedimiento

Nunca ()

Después del contacto con el paciente

5. **Utiliza guantes estériles** con cada paciente

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

6. **Se coloca la bata** para realizar los procedimientos con cada paciente

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

7. Cambia la **mascarilla** después de tener contacto con el paciente que lo amerite.

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

8. Verifica que todo el material a utilizar con el paciente sea estéril.

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

9. En la sala de postoperatorio le sirve al paciente aplicando sus habilidades técnicas, sentido ético y humano.

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

10. Toma en consideración los antecedentes patológicos de cada paciente para una mejor recuperación.

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

11. En los procedimientos de enfermería en el post operatorio mediato, aplica los conocimientos sobre:

➤ Anatomía y fisiología SI () NO ()

➤ Cirugías simples y complejas, SI () NO ()

- Principios de esterilización,
Desinfección y técnicas de SI () NO ()
Asepsia y antisepsia.

12. Para mantener estéril la sala de post operatorio de cirugía general aplica desinfectantes antisépticos.

Siempre ()

A veces ()

Nunca ()

13. Le gustaría tener más conocimiento sobre la técnicas de asepsia y antisepsia así como de los antisépticos aplicables en post operatoria mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio”

SI () NO ()

GRACIAS POR SU COLABORACION.

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR.

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO.

ESCUELA DE ENFERMERÍA.

a. GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA SALA “SAN AURELIO” DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA DE GUAYAQUIL.

OBJETIVO:

- Conseguir información sobre el Cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia por el personal de enfermería en los pacientes de post operatorio mediato de cirugía general en la sala “San Aurelio” del Hospital General Luis Vernaza, en la Ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, durante el período enero a septiembre 2014.

FECHA:

INVESTIGADOR:

ASPECTO A OBSERVAR

INDICADOR	TURNO												TOTAL			
	MAÑANA				TARDE				NOCHE							
	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Nunca	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Nunca	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Nunca	Siempre	Frecuentemente	De vez en cuando	Nunca
Uso de prendas y accesorios de bioseguridad del personal.																
Uso de los 5 momentos del lavado de manos.																
Manejo de materiales estériles.																
Técnica de apertura de paquete estéril.																
Procedimiento adecuado de curación de heridas quirúrgicas.																
Valora el nivel de conciencia.																
Conecta y asegura drenajes.																
Observa signos de sangrado en herida quirúrgica.																

Toma de signos vitales.																	
Observa signos de shock. Hipovolémico																	
Mide diuresis horaria.																	
Lleva balance Hidroelectrolítico.																	
Eleva miembros inferiores.																	
Observa signos y síntomas de embolismo venoso.,																	
Mantiene vías aéreas permeables.																	
Evitar hipotermias.																	
Mantiene barandas subidas.																	
Garantiza reposo.																	
Mantiene confort, alineación corporal, cambios de posición.																	
Psicoterapia de apoyo al paciente y familiares.																	
Aplica medidas de asepsia y antisepsia																	

Reconoce las diferencias personales de los enfermos, de acuerdo a la intervención quirúrgica.																	
Explica sobre los cuidados individualizados que brinda.																	
Conoce las creencias del paciente.																	
Manifiesta preocupación por su estado de salud.																	
Responde las inquietudes del usuario.																	
Reconoce una violación franca o dudosa a la técnica aséptica y/o estéril.																	
Tiene disposición para trabajar con el equipo de salud.																	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 3 FOTOS



Lic. María Isabel Badillo, Líder de Sala con Boris Bonilla IRE

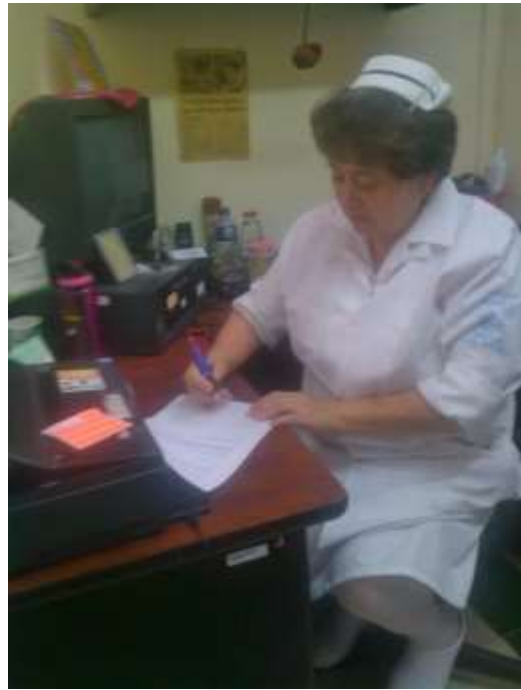


Material y paquetes estériles utilizados en el manejo de heridas quirúrgicas























CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	AÑO 2014												2015
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO
Denuncia del Tema de Tesis y Aprobación del C.I.E													
Desarrollo Proyecto Primera Parte Tema, Justificación, Objetivos, Problema													
Hipótesis, Variables Operacionalización de las variables,													
Marco Referencial y Teórico													
Diseño Metodológico y Aplicación de Instrumentos de													

Recolección de Información (Encuestas y Guía de Observación).														
Presentación De Datos														
Desarrollo De La Propuesta														
Presentación Primer Borrador del Proyecto al Director de Tesis														
Presentación de Trabajos al CIE														
Defensa														

RECURSOS Y PRESUPUESTOS

TALENTO HUMANO

Tutor: Lic. María Martínez

Investigadores: IRE. Darwin Lara.

IRE Boris Bonilla.

RECURSOS MATERIALES

- Internet
- Materiales de oficina
- Computadora
- Impresora.

FOTOS ENTREGA PROTOCOLO Y SOCIALIZACIÓN









ANEXOS N° DOCUMENTOS

Guayaquil 05 de marzo del 2015

Lic. María Isabel Badillo

COORDINADORA DE LA SALA SAN AURELIO DEL HOSPITAL "LUIS VERNAZA"

Presente:

De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial y afectuoso saludo, a la vez deseándole éxitos en las funciones a usted encomendadas en bien de la comunidad hospitalaria.

El motivo de la presente tiene como finalidad solicitarle de la manera más comedida se nos autorice el permiso pertinente para la elaboración de una guía de procedimientos cuyo tema es: **PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO.**

Por la atención que se digna dar a nuestra petición y seguros de su respuesta favorable, desde ya anticipamos nuestros agradecimientos.

Cordialmente:

Boris Bonilla Borja

C.I. 0201602695

IRE - UEB

Darwin Lara Cordovéz

C.I. 0201760352

IRE - UEB

Licda. María Isabel Badillo

Hospital Luis Vernaza

Guayaquil 06 de MARZO del 2015

Boris Bonilla Borja

Darwin Lara Cordovéz

INTERNOS DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

Presente.

De mis consideraciones:

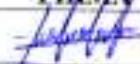







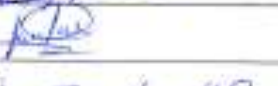








Luego de revisar el contenido del protocolo y observando el aporte muy significativo del mismo, por tal razón apruebo la implementación de los lineamientos establecidos en la **"PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE POST OPERATORIO MEDIATO."** En la práctica hospitalaria.

ATENTAMENTE.

Lcda. María Isabel Badillo

Lcda. María Isabel Badillo
Coordinadora San Aurelio

**NÓMINA DE PERSONAS QUE ASISTEN A SOCIALIZACIÓN DE
PROTOCOLO**

	NOMBRE	FIRMA
LICENCIADA	MARIA ISABEL BADILLO	
LICENCIADA	VIRGINIA PARRA RHEEL	
LICENCIADA	GUENDY VERA VILLAMAR	
LICENCIADA	SUGEY CARABALI SEGURA	
INTERNA	JENIFER VILLAMAR MENDOZA	
INTERNA	MAYDE VILLAO ALVARADO	
INTERNA	SAURA CRIÓLLO PINCAY	
AUXILIAR	NANCY MARTILLO CARLO	
AUXILIAR	JULIA POZO VECILLA	
AUXILIAR	JOSE SALINAS COELLO	
AUXILIAR	MARIA CEDEÑO BERMUDEZ	
AUXILIAR	DANIEL MACIAS GARCIA	
AUXILIAR	JUSTINA NONURA RODRIGUEZ	
AUXILIAR	CESAR MANTILLA VILLOTA	
AUXILIAR	JOSE BORELL KONG	
AUXILIAR	NORMA TENE SIGUENCIA	
AUXILIAR	MOISES BARRETO BERNABE	
AUXILIAR	ESTEFANY MURILLO CHUQUI	