

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE
AREQUIPA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
ENFERMERIA**



**“CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA Y CUIDADOS EN PREVENCION DE
INFECCIONES EN HERIDAS ABDOMINALES, ENFERMERAS DE CENTRO
QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO”
AREQUIPA 2017**

Tesis presentada por las Enfermeras:

CALVO MESIAS, Ana María

ROBLES APAZA, Xiomara Vanessa

Para obtener el Título de segunda
Especialidad en Enfermería con Mención
en: Centro Quirúrgico

Asesora: Vilma Gutiérrez de Araujo

.AREQUIPA – PERÚ

2018

ACEPTACION DE LA ASESORA

La presente tesis, CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA Y CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS ABDOMINALES, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO" AREQUIPA 2017, reúne las condiciones y tiene mi conformidad.



Dra. Vilma Gutierrez de Araujo

MIEMBROS DEL JURADO

Dra Carmen Julia Salazar Veliz	Presidenta
Dra Vilma Gutierrez de Araujo	Vocal
Dra Ruby Maritza Silva Zuñiga	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 04 de Mayo del 2018, APROBADA POR UNANIMIDAD, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.



Dra Ruby Maritza Silva Zuñiga
Secretaria

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRAC

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	01
B. OBJETIVOS	05
C. HIPÓTESIS	06

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES	07
B. MARCO TEÓRICO.....	10
C. SISTEMA DE VARIABLES	69
D. OPERACIONALIZACION DE TÉRMINOS	70
D. ALCANCES Y LIMITACIONES	71

CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO

A. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	72
B. PROCEDIMIENTO DEL DISEÑO	72
B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	74
C. POBLACIÓN Y MUESTRA	75
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	75

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	77
--	----

CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN.....	91
B. CONCLUSIONES.....	93
C. RECOMENDACIONES.....	94

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

TABLA 01:	CARACTERÍSTICAS GENERALES, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.	78
CUADRO 01:	CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION: FUNDAMENTOS, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	80
CUADRO 02:	CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION: FASE PRE-OPERATORIA, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	81
CUADRO 03:	CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION: FASE INTRA-OPERATORIA, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	82
CUADRO 04	CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION: FASE POST-OPERATORIA, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	83
CUADRO 05	CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA GLOBA, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	84
CUADRO 06:	CUIDADOS EN PREVENCION DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES DIMENSION: RELACIONADO AL PACIENTE, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	85
CUADRO 07 :	CUIDADOS EN PREVENCION DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES DIMENSION: RELACIONADO A REGISTROS Y GUIAS, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	86
CUADRO 08 :	CUIDADOS EN PREVENCION DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES DIMENSION: PROCESO DE ENFERMERIA, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	87
CUADRO 09 :	CUIDADOS EN PREVENCION DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES DIMENSION: RELACIONADO A BIOSEGURIDAD,	88

	ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	
CUADRO 10	CUIDADOS EN PREVENCION DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES GLOBAL, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	89
CUADRO 11	CONOCIMIENTOS DE CIRUGIA SEGURA SEGÚN CUIDADOS EN PREVENCION DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRURGICAS ABDOMINALES, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017	90

RESUMEN

La presente investigación titulada “Conocimiento de cirugía segura y cuidados en prevención de infecciones en heridas abdominales, enfermeras de centro quirúrgico, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017”, tuvo como objetivo determinar la relación del conocimiento de cirugía segura con los cuidados en la prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

Para la recolección de datos, se utilizó como método la encuesta, como técnicas la entrevista, el cuestionario y la observación, como instrumentos se utilizaron primero una guía de entrevista estructurada individual para recoger las características generales de las enfermeras; luego un cuestionario para medir el nivel de conocimientos que cirugía segura tienen las enfermeras de centro quirúrgico y una guía de observación para detectar los cuidados que en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, aplican las enfermeras de centro quirúrgico.

La población de estudio estuvo conformada por 49 enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017 - 2018 con las siguientes características: la mayoría (55,8%) son egresadas de la Universidad Católica de Santa María, con predominio del sexo femenino (95.3%), tiene edades comprendidas de 51 a más años de edad, laboran en el servicio de 11 a 20 años (46,5%), nombradas (58,1%) y el tipo de cirugía abdominal en la que más intervinieron (20.9%) colecistectomía.

De la variable conocimiento de Cirugía Segura en las diferentes dimensiones: fundamentos (48.8%), fase preoperatoria (65.1%), intraoperatoria (51.2%) postoperatoria, (55.8%) y a nivel global (53.5%) la mayoría de las unidades de estudio se ubican en el regular nivel seguido del buen nivel (34.8%) y solo un mínimo porcentaje (11,6%) se ubican en el deficiente nivel.

En relación a la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales en las dimensiones relacionado al paciente (46,5%), registros y guías (51.2%), proceso de enfermería (51.2%), bioseguridad (46,5%) y a nivel global la mayoría de las unidades de estudio (46,5%) tienen parcial nivel seguido del óptimo nivel (30.2%) y solo la minoría (23.3%) tienen deficiente nivel.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado: con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró alta significancia estadística (0.001) por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables Conocimiento de Cirugía Segura con los cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales.

Palabras clave: Cirugía segura, Prevención, infecciones

ABSTRAC

The present investigation entitled "Knowledge of safe surgery and care in prevention of infections in abdominal wounds, nurses of surgical center, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017", aimed to determine the relationship of knowledge of safe surgery with care in prevention of infections in abdominal surgical wounds, is a research of descriptive type, cross section and correlational design.

For data collection, the survey method was used, such as interview, questionnaire and observation techniques, as instruments, an individual structured interview guide was first used to collect the general characteristics of the nurses; then a questionnaire to measure the level of knowledge that surgical surgery nurses have safe and an observation guide to detect the care that in prevention of infections in abdominal surgical wounds, apply nurses of surgical center.

The study population consisted of 49 nurses of the Surgical Center Honorio Delgado Espinoza Hospital 2017 - 2018 with the following characteristics: the majority (55.8%) are graduates of the Catholic University of Santa Maria, with predominance of females (95.3%), has ages from 51 to more years of age, work in the service for 11 to 20 years (46.5%), appointed (58.1%) and the type of abdominal surgery in which they intervened the most (20.9%) cholecystectomy.

Of the variable knowledge of Safe Surgery in the different dimensions: foundations (48.8%), preoperative phase (65.1%), intra-operative (51.2%) postoperative, (55.8%) and globally (53.5%) most of the units of study are located in the regular level followed by the good level (34.8%) and only a minimum percentage (11.6%) are located in the deficient level.

In relation to the variable care in prevention of abdominal surgical wound infections in the dimensions related to the patient (46.5%), records and guides (51.2%), nursing process (51.2%), biosafety (46.5%) and at the global level most of the study units (46.5%) have a partial level followed by the optimal level (30.2%) and only the minority (23.3%) have a poor level.

With the application of the non-parametric statistic of the Chi-square: with a confidence level of 95% and an error level of 5%, a high statistical significance (0.001) was found, so the hypothesis that there is a relationship between the variables is accepted Knowledge of Safe Surgery with the care in prevention of abdominal surgical wound infections.

Keywords: Safe surgery, Prevention, infections

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente se ha convertido en un tema de preocupación y una de las prioridades de los sistemas sanitarios desde que en 2009 el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos (EEUU) publicara en su Informe “To Err is Human: Building a safer health system” que entre 44.000 y 98.000 personas mueren en los hospitales estadounidenses cada año como resultado de errores que podrían haberse prevenido.

Al respecto, en octubre de 2005, se lanzó el primer desafío destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema “Una atención limpia es una atención más segura”. El segundo reto que encaró la OMS dentro de La Alianza en el 2008 fue “La Cirugía segura salva vidas” sobre la seguridad de las prácticas quirúrgicas

La cirugía es un componente primordial de la asistencia sanitaria, cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor en el mundo, registrándose complicaciones en 3 – 16 % de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4 - 0,8 % aproximadamente en países industrializados,

por lo tanto, la OMS establece la LVSC como una herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente.

La mayor dificultad en la prevención de errores en cirugía abdominal reside en que para obtener resultados alentadores se requiere un profundo cambio de cultura en el abordaje del error, del clásico modelo de ocultamiento de errores, aprender de ellos en vez de ocultarlos.

Los profesionales de enfermería están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro fundamentado en el conocimiento científico en los cuidados que brindan a los pacientes en los diferentes momentos del acto quirúrgico, en pre, intra y post operatorio para que no sufran daños y perciban una sensación de seguridad, es preciso establecer normas preventivas y prácticas específicas para reducir al mínimo esas infecciones, revisar y actualizar regularmente dichas normas y prácticas y vigilar su cumplimiento.

El control de las infecciones hospitalarias es responsabilidad de todos, pero es el papel del personal de enfermería el más fundamental, en prevención y el control de estas, ya que interviene en el 80% de las acciones, procedimientos y técnicas que se realizan directa o indirectamente con los pacientes, el cuidado al paciente quirúrgico comprende el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr un tratamiento quirúrgico libre de complicaciones prevenibles, así, las complicaciones de herida quirúrgica abdominal, por riesgo de contaminación han sido y serán un motivo de preocupación de los cuidados enfermeros.

Por tanto, el propósito de la investigación es dar a conocer el cumplimiento de la cirugía segura en prevención de complicaciones de las heridas quirúrgicas abdominales en los pacientes de nuestra realidad, para con los resultados diseñar estrategias y elaborar programas para incrementar los conocimientos en cirugía segura y fortalecimiento de la calidad del cuidado llamando a la reflexión al profesional de enfermería para mejorar la práctica de prevención de complicaciones, además los resultados servirán como evidencia objetiva a la institución en estudio.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve una cirugía segura a través de su reto “Cirugía Segura Salva Vidas”, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todo el mundo, las complicaciones que día a día suceden dentro de las instituciones de salud elevan la mortalidad, siendo las Infecciones de Sitio Quirúrgico el segundo evento adverso más frecuente en Latinoamérica (Agra y Terol E. 2012)

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico ocurren en el 2% – 5% de los pacientes sometidos a cirugía, incrementando los costos de US\$ 3.000 a 29.000 dólares por paciente infectado, aumentando de 7 a 11 días adicionales de hospitalización, sin embargo, el 60% de las infecciones asociadas a la atención quirúrgica son prevenibles al utilizar guías clínicas basadas en

evidencia Implementa las recomendaciones de buenas prácticas, para reducir la infección del sitio quirúrgico a través las soluciones 3M para una Cirugía Segura (Gutiérrez, 2010)

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, Seguridad del Paciente de la OMS con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”. Detener la propagación de microorganismos multirresistentes, quienes vayan a someterse a intervenciones quirúrgicas deben bañarse o ducharse, pero no hay que afeitarlos, y para prevenir infecciones solo se les deberían administrar antibióticos antes y durante la intervención, pero no posteriormente. (OMS, 2014)

“Nadie debería enfermar al buscar o recibir atención”, dice la Dra. Marie-Paule Kieny, Subdirectora General de la OMS para Sistemas de Salud e Innovación. “La prevención de las infecciones quirúrgicas nunca ha sido más importante, pero es compleja y requiere diversas medidas. Estas directrices son un valioso instrumento para proteger a los pacientes”. (Dellinger, 2009)

En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones, en África, hasta un 20% de las mujeres sometidas a cesárea sufren infecciones de la herida que comprometen su salud y su capacidad para cuidar a los hijos, pero las infecciones quirúrgicas no son un problema únicamente para los países pobres. En los Estados Unidos de América contribuyen a que los pacientes pasen 400 000 días más en el hospital, con un costo adicional de US\$ 900.

Las infecciones quirúrgicas (IQ) son eventos adversos atribuidos al tratamiento quirúrgico o sus cuidados, que aparecen desde la preparación preoperatoria y hasta los 30 días de postoperatorio existen dos tipos de complicaciones quirúrgicas: complicación quirúrgica relacionada con el

proceder o de carácter quirúrgico, y complicación quirúrgica de carácter médico. Es dañino para la salud del paciente y puede conllevar a la necesidad de tratamiento, dejar secuelas temporales o permanentes, prolongar la estadía hospitalaria o causar la muerte. (Guardavidas, 2012)

El control de las infecciones hospitalarias es responsabilidad de todos, pero es el papel del personal de enfermería el más fundamental, en prevención y el control de estas, ya que interviene en el 80% de las acciones, procedimientos y técnicas que se realizan directa o indirectamente con los pacientes, la enfermera como miembro activo del equipo interdisciplinario de salud, resulta clave en la prevención de infecciones en los pacientes, ya que es responsable de brindar los cuidados, a través de los cuales promueve, conserva y restablece la salud del paciente que está bajo su cuidado. (Noguera, 2013)

El cuidado de enfermería es el tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para que el paciente reaccione positivamente a su intervención pues es necesario que sepa cómo actuar frente a cada situación del enfermo y como miembro activo del equipo interdisciplinario de salud, resulta clave en la prevención de infecciones nosocomiales en los pacientes, ya que es responsable de brindar los cuidados, a través de los cuales promueve, conserva y restablece la salud del paciente que está bajo su cuidado. (OMS 2014)

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el rol que debe desarrollar el personal de enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales es necesario evaluar los conocimientos sobre la prevención de infección de heridas quirúrgicas abdominales y la práctica de medidas de higiene y seguridad al prestar sus cuidados en pacientes quirúrgicos. (Ramírez, 2013)

Según Díaz (2005) el conocimiento es la capacidad para convertir datos e información en acciones efectivas así la enfermera realiza sus cuidados fundamentados en el conocimiento científico adquirido en su formación como enfermera especialista en centro quirúrgico es decir, la práctica.

Consiste en la auténtica generalización de los hechos, basada en el cuidado de calidad y libre de riesgos. (Díaz, 2005)

El tema prevención de infecciones de heridas quirúrgicas abdominales ha tomado gran importancia los últimos tiempos, ya que puede presentarse cuadros infecciosos que retrasan la adecuada recuperación del paciente, aumentando el tiempo de hospitalización en la unidad, los costos y riesgos derivados de una complicación que puede ser evitada en la mayoría de casos, así como las cargas de trabajo del personal responsable de su tratamiento vigilancia y cuidado. (Zulma, 2014)

En las infecciones intra-abdominales, los patógenos comprometidos en las infecciones de piel/tejidos blandos asociados con cirugía gastrointestinal (GI) consisten de una mezcla de flora aeróbica y anaeróbica simulando la del órgano en el cual fue realizada la cirugía, las medidas locales, como drenaje y desbridamiento es todo lo que se necesita en estas infecciones, sin embargo, en los casos más severos, el tratamiento antibiótico empírico puede evitar complicaciones serias como septicemias y fasciitis necrotizante. En el Hospital San Vicente de Paúl se presentan 100 casos en promedio mensual de pacientes intervenidos en cirugías abdominales. (Guardavidas, 2011)

La bioseguridad en Centro Quirúrgico es el conjunto de medidas, normas y procedimientos destinados a controlar y minimizar dicho riesgo biológico es la Bioseguridad; quedando claro que el riesgo cero no existe, el profesional enfermero en Centro Quirúrgico tiene que reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas como tejidos, secreciones y fluidos corporales, esto implica garantizar la condición segura mediante la utilización de barreras apropiadas; Una actitud segura a través de una adecuada información y educación tendiente a provocar cambios de conducta de los recursos humanos a fin de adoptar las Precauciones Universales. (Liberato, 2013)

El Hospital Regional Honorio Delgado del MINSA es el más grande la ciudad a donde asisten pacientes de condición socioeconómica deprimida

de la localidad, distritos y otras provincias, en él se realizan múltiples cirugías abdominales tales como: colecistectomías, hernioplastias, apendicectomías y teniendo en cuenta que los cuidados de la enfermera Especialista en Centro Quirúrgico son complejos es que se justifica la realización de la presente investigación por lo que se formula siguiente interrogante:

¿EXISTE RELACION DEL CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA CON LOS CUIDADOS EN PREVENCION DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES, EN LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017?

B. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar conocimiento de cirugía segura y cuidados en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, enfermeras de centro quirúrgico. Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2017.

ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población de enfermeras según: Universidad de procedencia, sexo, edad, tiempo que labora en el servicio, condición de trabajo, red de apoyo emocional para la enfermera, tipo de cirugía abdominal que se realizó: colecistectomía, hernioplastia, laparotomía, apendicetomía, otros (histerectomía, cesárea).
2. Evaluar el nivel de conocimiento de cirugía segura en las dimensiones: fundamentos: fase pre-operatoria, fase intra-operatoria, fase post-operatoria, que tienen las enfermeras de centro quirúrgico
3. Detectar el nivel de cuidados en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, en los factores relacionados: al

paciente, registros y guías, proceso de enfermería, bioseguridad en las enfermeras de centro quirúrgico

4. Relacionar el nivel de conocimiento de cirugía segura con los cuidados en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales

C. HIPOTESIS

Es probable que el nivel de conocimientos de cirugía segura se relacione con los cuidados en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2017.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

BECERRA K. (2012), Perú; Informa que las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura, existe limitaciones para la correcta aplicación de la lista de chequeo con falta de capacitación, responsabilidad y conciencia y omisión de la firma.

CASTRO B. (2012), Colombia; Infiere que se debe estructurar un protocolo de cuidados de enfermería para la persona adulta con herida de abdomen abierto a partir de una guía de observación directa, integrado por doce flujo gramas agrupados y distribuidos en cuatro lineamientos básicos.

COLLAZOS, C. (2012), Colombia; Concluye que la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura se cumple con la disminución

de la incidencia de eventos adversos con la implementación de la aplicación de la lista de verificación en cirugías.

ALDECO M. (2013), Colombia; Informa que el objetivo de su estudio fue determinar el impacto de la implementación de la parada de seguridad sobre la calificación de cultura de seguridad en salas de cirugía; concluyendo que se obtuvo un puntaje deficiente en la primera medición y después de la intervención se encontró un considerable aumento en la aplicación de la lista de chequeo.

ARRIBALZAGA, E. Y COLS (2013), Argentina; Mostraron que su objetivo fue determinar la utilidad de la lista de verificación para la detección de las fallas humanas o técnico – mecánicas; concluyendo que la incidencia del error en cirugía necesita reducirse mediante un sistema normalizado de conductas facilitado por el listado de verificación.

HERNÁNDEZ G. Y COLS (2013), Ecuador, Infieren que su objetivo fue valorar la participación de enfermería y los cuidados en manejo de heridas postquirúrgicas, concluyendo que el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre el manejo de heridas; es inadecuado, no existe una buena técnica de curación de la herida, no aplican las medidas de bioseguridad como el lavado de manos.

SOLOR A. (2013), Cuba; Informa que el profundizar los conocimientos y la convicción de los profesionales en la identificación de controles de seguridad de la cirugía, es sinónimo de seguridad del paciente, pero también de seguridad jurídica de los profesionales sanitarios, por esto es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios.

TITE A. Y COLS (2013), Ecuador; Informan la importancia de estudiar los factores de riesgo que influyen en la infección nosocomial de heridas quirúrgicas de los pacientes; concluyendo que seis de cada diez pacientes

fueron rasurados más de dos horas antes de la cirugía, incrementando el riesgo de desarrollar ISQ, el 40% de la población estudiada recibió profilaxis antimicrobiana.

ASTUDILLO, J. Y COLS (2015), Ecuador; Concluyeron que la verificación de la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la OMS fue fácil de aplicar permitiendo detectar las falencias para que el personal sanitario pueda corregirlas y así mejorar el bienestar de los pacientes quirúrgicos.

PLANAS C. (2016), España, Informa que el grado de aplicación real del listado de verificación quirúrgica (LVQ), así como identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica es de utilidad para la práctica con el fin mejorar la cultura de seguridad de los profesionales en el área quirúrgica.

LAZO V. Y COLS (2017), Perú, Concluyeron que el 36% de enfermeras argumentan que existen ciertas limitaciones como: falta de personal, falta de tiempo, rapidez en las cirugías y no culminan con el llenado apropiado de la hoja porque los miembros del equipo se retiran o por falta de interés.

B. MARCO TEORICO

1. EL PACIENTE QUIRURGICO

1.1. Cirugía

1.1.1. Definición

Es una especialidad médica que utiliza técnicas manuales e instrumentales operativas en un paciente, con el objetivo de investigar o tratar enfermedades o lesiones. El objetivo de la cirugía es mejorar la función o la apariencia corporal, aunque puede haber otros. Al acto de realizar una cirugía se le puede llamar también procedimiento quirúrgico u operación, que puede ser efectuado a una persona o un animal. La duración dependerá del asunto a tratar, pudiendo ser de minutos a horas. (Saldaña A. 2010)

1.1.2. Tipos

- **Cirugía Urgente:** de manera imprevista todo el equipo quirúrgico tiene que preparar y realizar lo más rápidamente una intervención que no ha sido planificada cuidadosamente.
- **Cirugía Programada:** son las cirugías que se preparan protocolariamente con tiempo suficiente para que el paciente esté preparado y poder evitar así riesgos posteriores.
- **Cirugía ambulatoria:** dentro de la cirugía programada encontramos este tipo de intervención, que se realiza generalmente en menos de 2 h y no requiere estancia hospitalaria durante la noche. (Moira, 2012)

1.1.3. Clasificación

- **Grupo A:** Cirugías con bajo / nulo riesgo de transfusión Estos procedimientos quirúrgicos no suelen precisar una transfusión sanguínea, sin embargo, debe tenerse en cuenta que cualquier

procedimiento médico o quirúrgico puede complicarse de modo inesperado y precisar durante su desarrollo soporte transfusional, tales como: Cirugía oftalmológica, dermatológica, otorrinolaringológica, biopsias laparoscopias, cirugía general, tiroides, vesícula, apéndice o hernias.

- **Grupo B:** Cirugías con moderado / alto riesgo de transfusión cirugía general, tales como: Gastrectomía, hepatectomía, traumatología, cirugía de la columna (escoliosis, artrodesis), cirugía plástica o reparadora, ginecología-obstetricia, cirugía vascular / cardíaca / torácica, Implantes de válvulas, By-pass ortocoronario. (Castro, 2015).

1.1.4. Epidemiología

La cantidad de intervenciones quirúrgicas ha aumentado a nivel global durante la última década, pero continúan existiendo grandes desigualdades en el acceso a las mismas entre los países ricos y pobres, según un estudio publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Se descubrió que en 2012 se realizaron una cifra aproximada de 312,9 millones de operaciones a nivel global, un aumento del 38% de la cifra estimada de 226,4 millones de operaciones que se realizaron en 2004. (OMS 2016)

“Resulta evidente que hay diferencias inmensas en el suministro de intervenciones quirúrgicas a nivel mundial, y esto apunta a una necesidad no satisfecha de atención quirúrgica y cobertura anestésica en muchos países”, explicó el Dr. Thomas Weiser, profesor asistente de cirugía en el Centro Médico de la Universidad de Stanford. “La atención quirúrgica puede salvar vidas y también ayuda a prevenir discapacidad a largo plazo resultante de lesiones, infecciones, cánceres o afecciones maternas”. (OMS, 2016)

La OMS llegó a la conclusión a nivel mundial de que más del 90% de las muertes por traumatismo acaecen en países de ingresos bajos y medios, pese a este desequilibrio mundial en materia de capacidad quirúrgica, la cirugía sigue siendo "el hijastro olvidado del sector de la salud mundial". Ninguna organización de financiación se centra en la prestación de cuidados quirúrgicos, y no están dispuestos a apoyar y reconocer la cirugía como un aspecto imprescindible de la salud pública mundial. (OMS, 2016)

Según un estudio reciente, un tercio de las defunciones por traumatismo afectan al grupo de edad de 15-44 años, que es el segmento económicamente más productivo de la población. Además, la función de la atención quirúrgica va más allá del tratamiento de los traumatismos. La cirugía es uno de los elementos clave de la atención primaria e incluye la gestión de luxaciones traumáticas, el tratamiento de fracturas abiertas para prevenir la osteomielitis y el drenaje de abscesos. (Yung Bae, 2016)

También es una intervención esencial para limitar la mortalidad materna e infantil. En un informe reciente de la OMS se calcula que, en todo el mundo, alrededor de 260 000 defunciones se debieron a anomalías congénitas y 342 900 a la mortalidad materna. Una parte importante de estas muertes podrían haberse evitado aplicando cuidados quirúrgicos simples y eficaces en función del costo. (Hogan M. ,2009)

En Perú según datos epidemiológicos las cirugías digestivas más frecuentes son la extracción de vesícula biliar por lo que la incorporación de la laparoscopia en este procedimiento reporta múltiples ventajas para un gran número de pacientes. Así lo señaló el cirujano general del Hospital Arzobispo Loayza y del Centro de Cirugía Digestiva de Lima, Héctor Shibao Miyasato.

En Arequipa el año 2016, en el Hospital III Regional Honorio Delgado Espinoza realizo 275 168 atenciones de las cuales 60 505 las realizo el departamento de cirugía, llevándose a cabo 12 898 cirugías, entre las más frecuentes son: los procedimientos obstétricos con un 44.1%(cesáreas 53.4%) y cirugía abdominal 22.1%(apendicetomía 36,8%). (Oficina de Estadística e Informática H.R.H.D. 2016)

1.1.5. Fases: pre, intra y post operatorio (Argüello A. 2016).

- Fase pre operatoria: Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones.
- Fase intra operatoria: Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación. Durante este periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente tal.
- Fase postoperatoria: Comienza con las transferencias del operado a la sala de recuperación y termina con la valoración seriada en la clínica o en el hogar. Esta etapa puede ser variable y su tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía propiamente tal. Argüello Calderón, A. C. (2016).

1.1.6. La familia del paciente quirúrgico

La cirugía constituye una situación de estrés psicológico también para la familia del paciente. El ingreso hospitalario implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro pueden temer los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también muchas dificultades prácticas: mayores gastos económicos, problemas

en el manejo del hogar, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etc. (Saez, 2016)

Cuando hay una adaptación familiar normal frente al estrés preoperatorio, la ansiedad del paciente es conocida y compartida por el grupo. En el postoperatorio, la familia contribuye al control emocional del paciente durante su recuperación. La familia ayuda a tolerar la frustración, contrarrestar la desesperanza, adaptarse al duelo y las inevitables privaciones psicofísicas de todo postoperatorio (Davies 2000).

Por ello, el apoyo del grupo familiar en su interacción con el enfermo puede favorecer mucho su recuperación. Es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico. La familia precisa información para corregir los modos de interacción personal y la adaptación al estrés, que suelen provocar complicaciones (Davies 2000).

2. CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA

2.1. El Conocimiento

El conocimiento ha sido históricamente tratado por filósofos y psicólogos ya que es la piedra angular que en la que descansa la ciencia y la tecnología, su acertada comprensión depende de la concepción que se tenga del mundo.

El conocimiento suele entenderse como: hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad. Lo que se adquiere como información relativa a un campo

determinado o a la totalidad del universo. Incluye el "saber qué", el "saber cómo" y el "saber dónde". (Chisholm, R.M. 2011).

El conocimiento también se define como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente ligado a la actividad práctica.

También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido, en este proceso el sujeto se empodera en cierta forma del objeto conocido.

“Conocer” es una experiencia mediante la cual captamos o aprehendemos algo”, es por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos como patrimonio global de la humanidad. (Rossentha, Tgy Raban, I. 2011).

2.1.1. El Conocimiento Científico

Es fruto del esfuerzo consciente, es metódico crítico, problemático, racional, claro, objetivo y distinto. Cuando el conocimiento ordinario deja de resolver problemas empieza el conocimiento científico, actividad social de carácter crítico y teórico que indaga y explica la realidad desde una forma objetiva, mediante la investigación científica pues, trata de captar la esencia de los objetos y fenómenos conservando principios hipótesis y leyes científicas. Expresan la verdadera relación y las conexiones internas de los fenómenos conservando principios, hipótesis y leyes científicas, es decir dan soluciones para resolver los problemas de la sociedad. (Bunge Mario 2014)

2.1.2. El conocimiento en Enfermería

La Enfermería a lo largo de la práctica, ha adquirido y adquiere un conjunto de saberes, habilidades y actitudes y estos elementos los

adquiere tanto en su propio campo de conocimiento de los cuidados de enfermería, como en otras ciencias afines, que contemplan el cuerpo cognitivo de los saberes que necesita, se relacionan con el plano científico, el técnico, el de relación, el ético y el legal. Señalando además “El cuidar” como comportamiento y acciones que envuelvan conocimientos, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas.

El cuidado humano representa para enfermería el objeto de la formación del recurso humano y el eje del desempeño laboral, direccionado a cuatro conceptos: persona, cuidado, salud y enfermería. (Quintero, Belkis 2011).

2.2. Conocimiento de Cirugía Segura

2.2.1. Seguridad del paciente en la atención intrahospitalaria

La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere una tarea compleja que afecta a todo el sistema de salud y en la cual interviene de manera muy especial la gestión del riesgo, incluidas la vigilancia epidemiológica activa de las infecciones intrahospitalarias (IIH) y la ejecución de prácticas clínicas seguras. Involucra todos los ámbitos de la medicina y a todos los componentes del equipo de salud, por tanto requiere de un enfoque general y multidisciplinario para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio clínico así como sus respectivas soluciones. (Izquierdo, 2016)

Para aumentar la seguridad del paciente se deben realizar tres acciones complementarias de máxima importancia: prevenir eventos adversos (EA), darlos a conocer y mitigar sus efectos cuando se producen. (Healey, 2002)

Para ello se requiere:

-Mayor capacidad para aprender de los errores lo que se adquiere implementando los sistemas de notificación, realizando investigación epidemiológica y difusión responsable de la información.

-Mayor capacidad para anticipar los errores e identificar las debilidades del sistema que pueden ocasionar un evento adverso.

-Conocer la información y experiencias al respecto

-Introducir cambios culturales en relación al sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras sensibilizando a todos los involucrados, se mejoren los incentivos y la seguridad del paciente y la calidad de la atención ocupen un lugar de excelencia en el sistema de salud.

-poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallas del sistema desde dos aspectos diferentes, en primer lugar, desarrollando políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de eventos adversos y en segundo lugar y en segundo lugar a nivel hospitalario mediante el desarrollo de programas de gestión de riesgos e inclusión de estrategias adecuada que permitan detectar los eventos antes de que tengan consecuencias.

El problema de los EA no es nuevo. Durante siglos ha existido una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria

En 1914 Ernest Codmans, médico-cirujano de Boston, señaló que “si los hospitales quieren estar seguros de su mejoría en la calidad, deben conocer cuáles son sus resultados con otros hospitales y aceptar la publicidad”. (Ernest codman, 1914)

La OMS en su informe de la secretaria, denominado “calidad de la atención: seguridad del paciente”, del 23 de marzo de 2002, destaca la

insuficiencia de los esfuerzos realizados y las estrategias para aumentar la seguridad de los pacientes la alianza mundial para la seguridad del paciente inicia sus actividades en octubre.

El año 2005 el ministerio de sanidad y consumo de España, publica el estudio nacional sobre efectos adversos ligados a hospitalización (Eneas, 2005)

Considera entre sus objetivos principales determinar la incidencia de EA en los hospitales de España, definir aquellos evitables y conocer su impacto en términos de incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria.

En nuestro país el tema de seguridad y calidad de atención en salud ha despertado gran interés por parte de profesionales, instituciones sanitarias y por una sociedad cada vez más exigente con ellos.

Calidad se refiere a determinados sistemas y técnicas aplicables en salud, así como también a los cambios necesarios que deben ocurrir en las actitudes y en el modo en que se relacionan los diferentes profesionales que conforman la organización.

La evaluación de la calidad de los hospitales, definida como el conjunto de métodos aplicados a toda la organización, que mejora el servicio al paciente, que reduce costos y aumenta la productividad, se incorpora cada vez con mayor fuerza en el ámbito sanitario como un componente estratégico prioritario.

Existen al menos tres aspectos específicos en la calidad de la asistencia sanitaria.

I. En primer lugar aspectos éticos, fundamentales en la relación médico paciente. Los principios de no maleficencia (deber de no hacer daño), beneficencia (producir beneficio y promover el bien), justicia (equidad, acceso igual para todos) y autonomía (capacidad de la

persona para su autodeterminación), deben estar siempre presentes en todo el quehacer profesional.

II. Seguridad: la vida y la salud del paciente dependen del tratamiento y de los procedimientos muchas veces invasivos realizados a cada uno de ellos.

Esto fundamenta la necesidad de garantizar la calidad de las instalaciones, procedimientos y terapias.

III. Eficiencia: el obtener un efecto beneficioso al menor costo posible, no tiene por qué oponerse a la calidad. (Varas, 2008)

2.2.3 Cultura sobre seguridad del paciente

Si bien se ha hecho mucho trabajo en este campo, aun no hay una definición universalmente aceptada de seguridad del paciente.

Reconociendo que la seguridad del paciente es tanto una manera de hacer las cosas como una disciplina emergente, Emmanuel y sus coautores desarrollaron la siguiente definición para la agencia para la investigación y calidad de atención médica: “seguridad del paciente es una disciplina dentro del sector que aplica métodos científicos se seguridad con el objetivo de lograr un sistema confiable de atención a la salud. La seguridad del paciente es también un atributo de los sistemas de atención a la salud; minimiza la incidencia e impacto de eventos adversos y maximiza la recuperación de los mismos (Andersom, 2013)

La organización mundial de la salud, en el lanzamiento de su alianza para la seguridad del paciente de octubre de 2004, definió la seguridad del paciente, así como la disciplina de seguridad del paciente como la disciplina de seguridad del paciente como “Seguridad del paciente es la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud”. La disciplina de seguridad del paciente es el esfuerzo coordinado para evitar que se presenten daños en los

pacientes, ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud” (OMS, 2004)

La fundación nacional de seguridad del paciente, la mayor organización multidisciplinaria dedicada únicamente a la reducción del daño por error médico, definió la seguridad del paciente como: “La eliminación, prevención y mejoramiento de efectos adversos o lesiones derivados del proceso de atención a la salud, incluyendo errores, desviaciones y accidentes. (Australian comisión of safety, 2010)

En todas estas definiciones está implícito que, debido a la complejidad de la atención a la salud, algunos errores son inevitables. Por tanto, la disciplina de la seguridad del paciente debe aspirar primero a reducir la cantidad de errores; pero, sobre todo, cuando ocurran, los procesos asistenciales deberán contar también con “redes de seguridad” para evitar que los errores causen daño al paciente. (Australian Commission of safety and quality in health care, 2010)

2.2.4 Estrategias de seguridad del paciente (Ministerio de sanidad, 2016)

Línea estratégica 1: Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que se vuelvan a producir. Para mejorar la seguridad se debe continuar desarrollando acciones dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, informar y formar a todos los profesionales del SNS en temas de seguridad, fomenta formaciones en cuidados efectivo, entrenar a los equipos de trabajo en gestión de riesgos, fomentar el liderazgo en seguridad, comunicar y

aprender de los incidentes y mantener informados a los profesionales de los datos de evaluación de sus centros sanitarios estimulando su participación activa en las mejoras propuestas.

Línea estratégica 2: Prácticas clínicas seguras

Diferentes organizaciones internacionales han recomendado, en base a la frecuencia de los eventos adversos más frecuentes y a la evidencia existente para su control, la implantación de diversas prácticas seguras. Las prácticas seguras recomendadas en esta estrategia son fundamentalmente aquellas dirigidas a promover el uso seguro de los medicamentos, a prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y a evitar los daños asociados a la cirugía o a los cuidados de los pacientes, que son los factores principales asociados a los eventos adversos, según los diferentes estudios epidemiológicos desarrollados a nivel nacional.

Otras prácticas aquí recomendadas, como la identificación adecuada de los pacientes, la comunicación efectiva, o el uso seguro de radiaciones ionizantes contribuyen también a prevenir eventos adversos evitables

Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes

La gestión del riesgo está orientada a la identificación y análisis de los riesgos asociados a la atención sanitaria, así como al desarrollo de planes de acción para prevenirlos e informar a los profesionales de los logros obtenidos. La gestión del riesgo ofrece herramientas de gran utilidad como el análisis causa raíz, que permite analizar en profundidad los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente los eventos centinela, para prevenir su repetición. Los centros sanitarios deben desarrollar estrategias específicas para la

adecuada gestión de los riesgos sanitarios. Los sistemas de notificación nos dan la oportunidad de aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores. Sin embargo, el temor de los profesionales a notificar estos errores por posibles consecuencias influyen en la calidad de los sistemas de notificación y en el aprovechamiento óptimo de la información registrada

Línea estratégica 4: La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad

Existen todavía muchas reticencias tanto por parte de los gestores como por parte de los profesionales, que dificultan la implicancia de los pacientes en la toma de decisiones y la participación se basa en los derechos que el individuo, como ciudadano, tiene para tomar parte en las decisiones que le afectan y en su libertad de elección dentro del sistema sanitario. También existen reticencias culturales por parte de los propios pacientes a modificar su perfil y su papel en la atención sanitaria. A pesar de ello, si es cierto que el rol del paciente está cambiando y esto requiere de un cambio cultural importante en la relación profesional paciente, basado en la toma de decisiones compartidas.

Línea estratégica 5: Investigación en seguridad del paciente

Las áreas de investigación en la seguridad del paciente deberían incluir aspectos para mejorar el conocimiento sobre: la magnitud y las características del riesgo clínico, la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, el impacto de los eventos adversos sobre el sistema sanitario y la identificación de soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura. (Ministerio De Sanidad, 2016)

2.5 Cirugía segura salva vidas

La OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía. La iniciativa mundial para la atención de emergencia y quirúrgica esencial y de las directrices para la atención traumatológica básica se centró en el acceso y la calidad. El segundo reto mundial por la seguridad del paciente, la cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica. La alianza mundial para la seguridad de la atención quirúrgica .la alianza mundial para la seguridad del paciente empezó a trabajar en este reto en el 2007. (OMS, 2007)

El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los estados miembros de la OMS. Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medico con de los servicios quirúrgicos (OMS, 2008)

2.5.1 Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica

La infección de la herida sigue siendo una de las causas las frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática .el motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala sistematización .por ejemplo, la administración peri operatoria de antibióticos se hace tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo, pero a menudo

demasiado pronto, demasiado tarde o simplemente de forma errática, volviéndola ineficaz para reducir el daño al paciente. (Medina, 2011)

2.5.2 Seguridad de la anestesia

Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativa el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 20000 en el mundo desarrollado, es decir un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno. (Morales, 2017)

2.5.3 Equipos quirúrgicos seguros

El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del trabajo en equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente. (Morales, 2017)

2.5.4 Medición de los servicios quirúrgicos

Un gran problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos, los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y

neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos ,por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica .solo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría d países y no están normalizados . Si se requiere que los sistemas de salud públicos garanticen el avance en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos. (Jiménez, 2004)

El segundo reto mundial por la seguridad del paciente intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción:

- Proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo. (OMS, 2008)

2.6 Manual de Aplicación OMS, verificación de la seguridad de la cirugía

En el marco de los esfuerzos desplegados por la organización mundial de la salud por reducir el número de funciones de origen

quirúrgico en todo el planeta, el departamento de seguridad del paciente de la OMS creó el programa la cirugía segura salva vidas. El programa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del grupo quirúrgico. Se ha comprobado que estos son problemas habituales, que comportan riesgo mortal y podrían evitarse en todos los países y entornos. (OMS, 2009)

2.7 GUÍA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (MINSA, 2011)

La implementación de la hoja de la cirugía segura del Minsa se basó en el documento emitido por la OMS en el 2008, por ende sus pasos de aplicación están basados en el mismo.

2.7.1. Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Las actividades a desarrollarse durante esta etapa incluyen:

2.7.1.1 Aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

La lista de verificación de la seguridad de la cirugía consta de tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento.

a. Entrada

El ingreso de los datos es esta parte de la lista, a completarse antes de la inducción anestésica. Requiere, como mínimo, de la presencia del anesthesiologo y del personal de enfermería. Los controles en la estrada son los siguientes:

-confirmar con el Paciente la identificación, localización quirúrgica y procedimiento.

El coordinador confirmara verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto y la localización de la cirugía. A pesar que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o con un procedimiento erróneo es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI /historia clínica/fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato valido para identificar al paciente.

Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como es el caso de niños, pacientes incapacitados o pacientes no identificados (NN), miembro de la familia o responsable puede asumir este rol. Esta verificación se puede hacer colocando un brazalete al paciente (o adhesivo con datos señalados) en el que figuren sus datos de identificación, los mismos que deberán ser verificados por el tutor o familiar antes de su ingreso a sala.

- confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico
- El coordinador de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía ha de confirmar que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio quirúrgico, gratificando una flecha (normalmente con un rotulador permanente), sobre todo en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra.)
- chequeo completo de la seguridad anestésica
- El coordinador completara ese paso preguntando al anestesiólogo sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que comprende la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa en cada caso:
- Examen del equipo para la vía aérea.

- respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios)
- aspiración
- drogas y dispositivos.
- medicación de emergencias y equipamientos, confirmando su disponibilidad y funcionamiento

El coordinador de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía confirmara antes de la inducción anestésica que el paciente tiene colocado el pulsímetro y que funciona correctamente

La lectura del pulsímetro debe estar a la vista del equipo de quirófano. Siempre que sea posible, utilizar sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno.

El coordinador de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía consultara al anestesiólogo: si el paciente tiene o no alergias conocidas y si es así identificar cual es. Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, afín de confirmar que el anestesiólogo está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo la vida del paciente.

El coordinador de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía confirmara verbalmente con el anestesiólogo-que ha valorado objetivamente-si el paciente presenta dificultad en la vía aérea. Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia (ejemplo: una anestesia regional si es posible), la preparación de un equipó de emergencia, el cirujano o miembro del equipo de enfermería, físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos.

En caso que el paciente tenga una reconocida dificultad de la vía aérea, contestar a la pregunta si hay instrumental y equipos/ ayuda disponible, marcando la casilla correspondiente.

Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de 5000 ml. De sangre en caso de ser paciente adulto o 7ml. /kg en paciente pediátrico, durante la cirugía, afín de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Si la respuesta es afirmativa, responder a la siguiente a la pregunta si se ha previsto la disponibilidad de sangre ,plasma u otros fluidos y dos vías de acceso(IV/Central)

Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre, ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente. En el caso de niños, la lista de verificación de la seguridad de la cirugía está diseñada para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre /fluidos.

Con este ítem se complete la entrada y el equipo puede proceder a la inducción anestésica. En caso que el paciente tenga una reconocida dificultad de la vía aérea, contestar a la pregunta si hay instrumental y equipos/ayuda disponible, marcando la casilla correspondiente

-¿tiene el paciente riesgo de perder más de 500ml. De sangre?

Preguntar si el paciente tiene riesgo de perder más de 500ml. De sangre en caso de ser paciente adulto o 7ml. /kg en paciente pediátrico, durante la cirugía, a fin de asegurar el reconocimiento y preparación de este evento crítico. Si la respuesta es afirmativa, responder a la siguiente pregunta si se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV/Central)

Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en pacientes con riesgo significativo de pérdida de sangre, ya que carecer de un acceso intravenoso adecuado en caso de reanimación puede poner en peligro la vida del paciente. En el caso

de niños, la lista de verificación de la seguridad de la cirugía está diseñada para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo, y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre /fluidos. Con este ítem se completa la entrada y el equipo puede proceder a la inducción anestésica. (OMS, 2009)

b. Pausa quirúrgica

La pausa quirúrgica es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

- Antes de comenzar con la pausa quirúrgica se recomienda que cada persona en el quirófano se identifique así mismo por el nombre y verbalice su papel durante la intervención.
- El cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición. Justo antes que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona que coordina la lista de verificación de la seguridad de la cirugía u otro miembro del equipo, pedirá a todos el quirófano que detengan todo procedimiento y confirmara verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de la misma y la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Concretamente, la enfermera circulante podría decir: “vamos a realizar una pausa” y a continuación proseguir “¿están todos de acuerdo que este paciente, va a someterse a una reparación de hernia inguinal derecha, en posición supina? Esta casilla debería marcarse hasta que el anestesiólogo el cirujano y la enfermera circulante, individual y explícitamente, confirmen que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es útil que también confirme esto.

Todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica. Confirmar que todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica, La respuesta debe darse en voz alta y personalmente.

- profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el coordinador preguntara en voz alta durante la pausa quirúrgica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería administrarse ahora, antes de la incisión. si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica puede marcarse la casilla de “no procede “una vez que el equipo confirma esto verbalmente. (National patient safety goals, 2003)

- Si la profilaxis antibiótica se ha administrado hace más de 60 minutos, el cirujano tratante puede decir se repite o no la dosis. La aplicación del antibiótico profiláctico debe ser estandarizada en todo el establecimiento de salud de acuerdo a la intervención quirúrgica a realizar, y en concordancia con los criterios de racionalidad establecidos por el ministerio de salud a través de la dirección general de medicamentos, insumos y drogas (DIGEMID). Esto puede hacerse simplemente preguntando en voz alta las preocupaciones específicas de cada miembro del equipo. El orden de la discusión no importa, pero cada casilla se chequea solo después de que cada disciplina proporcione la información.

Durante los procedimientos de rutina o aquellos que resultan familiares para todo el equipo, el cirujano simplemente expone “este es un caso de rutina e X duración”, y luego pregunta al anestesiólogo y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.

-el cirujano repasa ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?, ¿Cuál es la duración de la intervención, o previsión de pérdida de sangre’?

Informar al resto sobre cualquier paso que pueda poner en riesgo al paciente, por una pérdida rápida de sangre, lesión u otra morbilidad seria.es también una oportunidad para revisar aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipamiento especial.

- El anestesiólogo repasa; ¿Cuáles son los planes de resucitación o las consideraciones específicas del paciente, si las hubiera?

En pacientes en riesgo de una pérdida importante de sangre, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave deriva del procedimiento, revisar en voz alta el plan de reanimación. El uso de productos sanguíneos y/o cualquier complicación, características o comorbilidad, como enfermedad cardíaca, respiratoria o arritmia.se entiende que en muchas intervenciones no hay riesgos particulares o precauciones que compartir con el equipo. En tales casos, el anestesiólogo puede simplemente decir “no hay ninguna precaución especial en este caso”

Cuando la paciente a intervenir sea una gestante deberá confirmar que el pediatra está listo para la atención del recién nacido.

-la enfermera repasa ¿Cuál es el resultado de los indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento u otras precauciones con el paciente?

El personal de enfermería confirma verbalmente que el instrumental y equipo quirúrgico están esterilizados, para año cual tendrá que visualizar la etiqueta de esterilizada.

Es también una oportunidad para discutir sobre cualquier problema con el equipamiento u otros preparativos para la cirugía, o cualquier otra precaución sobre seguridad que puedan tener la enfermera instrumentista o la enfermera circulante, particularmente aquellas no tratadas por el cirujano o el anestesiólogo

-visualización de imágenes esenciales

Las imágenes pueden ser críticas para asegurar una adecuada planificación y guiarse en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos/vertebrales y en la resección de muchos tumores. Durante la pausa quirúrgica, el coordinador preguntara al cirujano si son necesarias las imágenes en este caso. Si es así el coordinador deberá confirmar verbalmente que las imágenes esenciales están en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la intervención.

La disponibilidad de las imágenes en la sala de operaciones es responsabilidad del cirujano. Si la imagen no es necesaria, se marca la casilla de no procede.

-otras verificaciones

Los equipos han de tomar en consideración añadir otras posibles verificaciones de seguridad par procedimiento específicos. El propósito es usar la pausa quirúrgica como la oportunidad para verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente

Llegado a este punto la pausa quirúrgica se ha completado. (Dirección general de calidad e innovación de servicios sanitarios, 2010).

c. Salida

La salida ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Puede iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo o ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes que el cirujano abandone el quirófano.

El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera deberán revisar los eventos intra-operatorios importantes (en particular aquellos que podrían no ser fácilmente evidentes para el resto de miembros del equipo), el plan del postoperatorio y confirmar el etiquetado del espécimen y el recuento de gasas e instrumental.

Cada casilla se chequea únicamente después de cada una de las personas revisa en voz alta todas las partes de su control de salida
-el cirujano revisa con todo el equipo:

(1) si el procedimiento se ha realizado exactamente como estaba planificado, el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intra-operatorias o las dificultades técnicas.

(2) eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el posoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso, como una anastomosis).

(3) el plan posoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida ,drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados.

Si el procedimiento ha sido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar “este ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales”

-el anestesiólogo revisa con todo el equipo:

Cualquier evento ocurrido durante el procedimiento, relacionado con la anestesia, dichos eventos pueden incluir hipotensión , alteraciones del ritmo o frecuencia cardiaca, punción accidental de la duramadre , dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos .el anestesiólogo debería entonces revisar si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación post-operatoria.

Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación que comunicar, al anesthesiólogo puede simplemente afirmar “la anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales”.

-la enfermera revisa con todo el equipo:

La enfermera instrumentista o la circulante deberían confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gasas e instrumental.

La enfermera deberá confirmar también la identificación de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra, y cualquier otra marca orientativa.

La enfermera circulante y/o la enfermera instrumentista deberán revisar en voz alta con el equipo cualquier suceso intra-operatorio importante o previsiones para la recuperación que no hayan sido tratadas por los otros miembros del equipo.

Se incluyen problemas de seguridad durante el caso y planes para el manejo de drenajes, medicación y fluidos que no estén claros.

Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad.

En la lista de verificación de la seguridad de la cirugía debe figurar la firma y fecha del registrador, posterior a ello, el original de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía deberá incluirse en la historia clínica del paciente y opcionalmente una copia ha de guardarse en un archivo destinado para este fin, con la finalidad que sea accesible para las revisiones a realizarse durante los procesos de garantía de calidad. (OMS, 2009).

3. CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES

3.1. El significado del cuidado en Enfermería

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él, según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. (Amaro, 2004)

Swanson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en los que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados. Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería.

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado. Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la

aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica.

Si se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos, y que, de acuerdo con Levinas, las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos, entonces, la relación enfermera(o)-paciente, como seres dialógicos, implica un encuentro humanizador, que tiene como propósito despertar la conciencia del otro a través de la reflexión de los cuidados, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería. (Gonzales, 2002)

Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo representa la enfermera(o) su hacer profesional a través de formaciones subjetivas como: opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos, tal comprensión servirá para mejorar el cuidado de su práctica, que actualmente adolece de significado y, por tanto, de un reconocimiento propio. (Pérez, 2000)

La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici permite comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de enfermería reelabora del cuidado.

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto, y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

Si se considera que la enfermería tiene la responsabilidad de articular y difundir definiciones claras de las funciones que desempeña en su

práctica, y que el cuidado es la parte ontológica y epistémica que guía los aspectos axiológicos de su hacer profesional, se hace necesario comprender el significado de cuidado a través de la investigación cualitativa, el cual produce evidencias relevantes para la práctica profesional. Por esta razón, se decidió abordar el presente estudio mediante una metodología cualitativa, con el propósito de comprender cómo el profesional de enfermería construye el significado de cuidado en su práctica. (Amaro, 2004)

3.1.1. Definición de cuidado

El cuidado constituye la forma real de relacionar, el crecimiento o perfeccionamiento profesional de enfermería, siendo el paciente uno de los precursores, para lograr el desarrollo personal y profesionalmente, fortaleciendo las características del cuidado como la paciencia, el conocimiento así como dar sentido a la acción, de ayudar que se da con cada actividad que realiza el personal de enfermería para el bienestar del paciente. (Pérez, 2012)

El cuidado de enfermería es precisamente lo que observa y percibe que son interpretadas por el paciente. Es fundamental que enfermería, gestione el cuidado con eficiencia y calidad ya que el cuidado constituye la forma más cercana del relacionar el crecimiento y perfeccionamiento de la esencia profesional, es a partir del paciente que se logra ser y desarrollarse profesionalmente y fortalecer los elementos que brindan sustento a la disciplina, así como dar sentido a la acción de ayuda y también visualizando los elementos que constituyen la calidad del cuidado. (Ucha, 2013)

3.1.2. Características del cuidado de Enfermería

El cuidado como eje de la profesión es una ciencia, conjuga conocimientos, sentimientos, fortaleza y humanitarismo. Consiste en

fomentar la autonomía, el crecimiento del ser cuidado y del propio cuidador.

Quien cuida: Posee conocimiento, compromiso, auto capacitación, arte y práctica ética a todo nivel.

La visión antropológica señala: “el cuidado se realiza en un espacio *existencial* que representa para el cuidador una oportunidad única para profundizar en el alcance y las raíces de la dignidad humana. (Palma, 2015)

3.1.3. Atributos del cuidado

Atributos del cuidado:

- Es intencional: Planificado – Dirigido.
- Es un proceso: Tiene etapas que requieren aprendizaje.
- Es relacional: Se da en procesos de interacción.
- Personal: Cada ser es singular
- Es contextual: No es aislado del entorno.
- Se basa en la dignidad humana: Requiere competencia.
- Demanda ética profesional.

3.1.4. Principios del Acto de Cuidar

- La enfermera demuestra un compromiso personal y profesional en el acto de cuidar.
- La enfermera acompaña a la persona, la familia o la comunidad, manteniendo su dignidad y respetando sus diferencias.
- La enfermera favorece el desarrollo del potencial de la persona, con su presencia, atención y disponibilidad.
- Se inspira en conocimientos específicos de la disciplina que se aplican en el acto de cuidar.
- Cuando: Se fundamenta en principios científicos y humanistas
- Planifica – Organiza – Ejecuta y Evalúa sus acciones.

- Cuando no deja las cosas como están, cuando innova
- Integra conocimientos de otras disciplinas en búsqueda de mayor comprensión de la experiencia humana.
- Aprovecha el conocimiento y los recursos obtenidos para maximizar el valor del cuidado prodigado. Promoviendo la adaptación a lo largo del ciclo vital humano. Impulsando cambios en el nivel de vida y salud de la población incursionando en proyectos y programas específicos con visión de gerencia social.
- Se compromete a promover la salud y favorecer la curación a lo largo de procesos interactivos. Vehículo de Sanación Física.
- Educadora y Consejera.
- Compañera Cercana.
- Eficacia – Continuidad – Oportunidad – Armonía.
- Brinda cuidados individualizados en colaboración con la persona, la familia y la comunidad a través de la gestión clínica.
- Reconoce su propia competencia y la de sus colegas, así como de personal de otras disciplinas, a fin de optimizar el cuidado prodigado.(Barbero, 2014)

Para la Educación en Enfermería que incluye pre-grado y postgrado, se propone formar a los profesionales de enfermería capacitados para desempeñar funciones administrativas, asistenciales, docentes y de investigación, en el ámbito intra y extra-hospitalario, que le permita contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y al desarrollo de la profesión, además de ofrecer espacios de reflexión y actuación en las comunidades que posibiliten el fortalecimiento social que incluya las bases conceptuales, modelos y teorías de enfermería, así como también las dimensiones del cuidado.

Sin embargo, al reconocer que el objeto de estudio de la carrera de enfermería es el cuidado y como eje del desempeño profesional, la

mayor parte de las actividades que realiza las estudiantes de enfermería se concentran en el área biofísico, siendo el objetivo de la formación del recurso humano en enfermería, formar un(a) enfermero(a) que esté en capacidad de dar cuidado integral de enfermería a la persona en su propio contexto familiar y grupal, dentro del perfil epidemiológico prevalente en la región y con énfasis en procesos comunitarios en salud.

3.2. El paciente quirúrgico

3.2.1. Definición

El paciente quirúrgico es el que va a ser sometido a cirugía. La atención del paciente que va a someterse a anestesia y cirugía requiere un conocimiento profundo de lo que se conoce como circuito perioperatorio, el cual abarca desde el momento en que se toma la decisión de practicar la intervención quirúrgica hasta que se produce el alta hospitalaria. (Sáez F.2006)

3.2.2. Vulnerabilidad del paciente quirúrgico

Los centros sanitarios deben observar y respetar los derechos de los pacientes y familiares recogidos en la legislación sanitaria vigente. El hospital tiene en su función el deber de garantizar el derecho a la asistencia quirúrgica o anestésica de todos los pacientes con arreglo a procedimientos actualizados y a las necesidades sociales, así como gestionar los procesos, valorar los resultados y hacer que se cumplan todas las normativas y protocolos establecidos con arreglo a los principios éticos comunes de: autonomía, confidencialidad de la información, fidelidad, justicia, prevención, respeto a la vida y a las personas y veracidad (principios éticos comunes), además del respeto a su intimidad, trato humano, apoyo psicológico e información de cada

acción que se realizará en cada uno de los momentos del proceso quirúrgico (pre, intra y postquirúrgico). (Pajuelo A. 2004)

El consentimiento informado sobre la técnica anestésica se obtendrá previa valoración por el anestesiólogo de las circunstancias específicas del paciente que pudieran incrementar los riesgos anestésicos, apoyándose cuando sea pertinente en pruebas complementarias generales o específicas, tras exponer al paciente las posibles técnicas anestésicas que en su caso pudieran emplearse indicando entre ellas el procedimiento preferente y las alternativas, así como los riesgos inherentes a cada técnica y si estos estuvieran aumentados por circunstancias personales.(Gómez A. & González, A. 2001).

La enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, lleva asociado una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort del hogar, imagen corporal. Durante todo el proceso quirúrgico el paciente vive una serie de temores. Los más habituales son (Saez 2006):

- La pérdida de control asociada principalmente con la anestesia, así como la sensación de dependencia total.
- El temor a lo desconocido consecuencia de la incertidumbre ante el resultado quirúrgico o por falta de experiencia previa
- El temor al dolor o a la analgesia postoperatoria inadecuada
- Temor a la muerte, lo cual constituye un miedo legítimo porque el paciente es informado de que, a pesar de los avances anestésico/quirúrgicos, ninguna operación ofrece seguridad completa.
- Temor a la separación del grupo de apoyo usual, siendo atendido por extraños durante ese periodo altamente estresante temor a la alteración de los patrones de vida, ya que el ingreso hospitalario y el

procedimiento quirúrgico interfieren con las actividades familiares, laborales y sociales.

3.3. Preparación del paciente

3.2.3. Exámenes preoperatorios (Nazar, C. 2014)

- Radiografía de Tórax (RxTx):

La recomendación actual es realizar una RxTx sólo si hay síntomas o signos cardiopulmonares de reciente aparición o si existe alguna condición clínica de insuficiencia cardíaca y/o pulmonar significativa. La RxTx podría estar alterada en pacientes de edad avanzada (> 65 años), tabáquicos crónicos, con infección del tracto respiratorio reciente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedades cardíacas crónicas con relativa estabilidad en los últimos años. (Dagnino J, 2006)

- Electrocardiograma (ECG)

Es aconsejable realizar un ECG de rutina en pacientes de edad avanzada (> 65 años) ya que al menos un cuarto de los adultos mayores pudiera tener infartos asintomáticos. Un ECG alterado podría modificar la clasificación de estado físico de un paciente quirúrgico y, además, permitiría tener un examen basal en caso de complicaciones cardiovasculares en el período postoperatorio inmediato. (Hepner D. 2009)

- Hematocrito/Hemoglobina (Hcto/Hb)

Examen preoperatorio de uso rutinario en pacientes sometidos a cirugía de bajo riesgo quirúrgico menos del 1,5% de los pacientes tiene alteraciones en el Hcto/Hb y sólo un 0,1% tiene alguna alteración que podría haber cambiado la conducta pre o intraoperatoria. (De Sousa D, 2013)

- **Pruebas de coagulación/Recuento de plaquetas**

El objetivo de solicitar estos exámenes es encontrar algún trastorno de coagulación que pudiera aumentar el riesgo de sangrado perioperatorio. Sin embargo, en la población quirúrgica general la prevalencia de algún trastorno de la coagulación hereditario es muy baja, siendo la coagulopatía no adquirida más común la enfermedad de Von Willebrand, la cual generalmente es asintomática y con pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina activada) y recuento de plaquetas normales. (Dempfle C. 2005)

- **Glucosa sanguínea**

La glicemia elevada, especialmente aquella $>180 \text{ mg}^* \text{dl}^{-1}$, aumenta la morbimortalidad en el período perioperatorio, como también prolonga la estadía hospitalaria, existiendo un significativo aumento en el riesgo de infección de herida operatoria y de falla cardíaca en el postoperatorio inmediato. (Gnocchi C, 2000)

La incidencia de diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticada en pacientes que se someterán a cirugía electiva es muy baja, siendo tan sólo un 0,5%. Por lo tanto, la recomendación actual es solicitar glicemia en ayunas preoperatoria en pacientes mayores de 75 años, pacientes con historia sugerente de diabetes mellitus no diagnosticada (polifagia, polidipsia y baja de peso) y/o usuarios de medicamentos que alteran la glucosa sanguínea, como los glucocorticoides. (Ata A, 2010)

- **Función renal**

Exámenes preoperatorios de rutina (nitrógeno ureico y creatinina plasmática) se recomendó en pacientes mayores de 40 años sometidos a cirugía electiva, pero la tendencia actual es no guiarse sólo por la edad, si no basarse también en la historia clínica y examen físico del paciente. Actualmente, se debería solicitar nitrógeno ureico y creatinina

a todo paciente mayor de 65 años, el que presente alguna enfermedad sistémica que afecte la función renal o presente síntomas o signos clínicos sugerentes de enfermedad renal, como edema periférico, oliguria/poliuria, hematuria, etc. (Roizen M. 2005)

- **Test embarazo**

La eficacia de un test de embarazo en orina está calculada en 99,8%, con un valor predictivo positivo de aproximadamente 50%. Muchas veces la historia clínica y el examen físico son inespecíficos para determinar un embarazo temprano, siendo necesario solicitar un test de embarazo a toda mujer en edad fértil y con actividad sexual reciente.

Está demostrado que mujeres jóvenes que dicen no estar embarazadas y que son sometidas a una intervención quirúrgica tienen un test de embarazo positivo en un 0,3% - 2,2%. Es decir, aproximadamente 1 a 2 de cada 100 pacientes quirúrgicas en edad fértil y con actividad sexual reciente pueden estar embarazadas al momento de la intervención, por lo que creemos es recomendable solicitar este examen preoperatoriamente en esta población específica. (Hepner D. 2009)

3.2.4. Vía venosa periférica

La canalización intravenosa es un método de acceso directo a la circulación venosa, ya sea periférica o central, que se ha convertido en una rutina. Sin embargo, el uso de la cánula i.v en la administración de fármacos y soluciones puede provocar complicaciones, como hematomas o tromboflebitis, una técnica correcta, unos niveles de higiene apropiados y un buen conocimiento del equipo que se utiliza pueden reducir su aparición y gravedad de las complicaciones. (Martínez, J.A. Y Cols. 2004)

3.2.5. Limpieza de la zona intestinal

Los enemas son líquidos que se introducen por vía rectal en la porción terminal del intestino, se pueden emplear como evacuantes o de limpieza, cuando el volumen que se va a administrar es pequeño, se denominan microenemas, los enemas están contraindicados en los pacientes con patología anorrectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos) o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona. (Botella M, 2002)

3.2.6. Alimentación

El objetivo principal del soporte nutricional preoperatorio es mantener o mejorar el estado nutricional del paciente y se desglosa en los siguientes puntos:(Aills, L. 2008)

- Facilitar la cicatrización de las heridas quirúrgicas.
- Evitar las complicaciones infecciosas.
- Conseguir una pronta recuperación del paciente.
- En pacientes obesos, conseguir una disminución progresiva y prudente de peso, ya que la obesidad está relacionada con una mayor incidencia de infecciones postoperatorias y dehiscencia de sutura.

Es muy importante la realización de una alimentación equilibrada y una ingestión adecuada de alimentos antes de una intervención quirúrgica, ya que gran cantidad de nutrientes están implicados e influyen en los diferentes procesos de una óptima cicatrización, como, por ejemplo:

- Arginina: Facilita la acumulación de colágeno.
- Metionina, cisteína, hierro, manganeso, cobre, magnesio y zinc: Son cofactores de la síntesis de colágeno.
- Vitamina A: Contrarresta la acción inhibitoria de los esteroides en la cicatrización.
- Vitamina C: Realiza una adecuada polimerización del colágeno.

- Zinc: Aumenta la epitelización y también aumenta la fuerza del colágeno.
- Proteínas: Tienen función reparadora.
- (Aills, L., Blankenship, J. y Furtado, M. 2008)

3.2.7. Preparatorios finales (Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor 2006)

Antes de la cirugía se realiza la preparación preoperatoria.

Se le pedirá que se quite lo siguiente:

- Dentaduras y puentes
- Aparatos auditivos
- Lentes de contacto y anteojos
- Pelucas, horquillas, peines y hebillas (pasadores) para el cabello
- Joyas
- Se proporcionará una bata de hospital y una gorra.
- Se tomarán medidas para que no presente trombosis venosa profunda.
- El equipo de atención médica confirmará su nombre, fecha de nacimiento y el tipo de cirugía que tendrá antes de ir a la sala de operaciones. Si la operación es en un lado del cuerpo, se marcará dicho lugar con una pluma o un bolígrafo especial.
- El anestesiólogo le explicará el tipo de anestesia que recibirá durante la operación.
- Se administrarán algunos medicamentos recetados por su médico, como antibióticos para reducir el riesgo de contraer una infección.
- (Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor 2006).

3.3. Centro quirúrgico:

3.3.1. Definición: (Begoña, Z. 2003)

Es un conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionadas y equipadas, selectivamente aisladas del resto del hospital, que constituyen una unidad física y funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al enfermo.

La arquitectura del Área Quirúrgica ha de estar pensada para favorecer en lo posible las medidas de asepsia y disciplina encaminadas a prevenir la infección. Al mismo tiempo, tiene que estar sometida a unas reglas determinadas para favorecer estas medidas. Debe estar construida de forma que las zonas limpias estén diferenciadas de las zonas contaminadas sin necesidad de efectuar cruces. Con relación al resto del Hospital debe:

- Estar aislado del tráfico del Hospital
- Tener acceso fácil con las Unidades de Hospitalización, Urgencias, UCI, Reanimación
- Tener comunicación directa mediante tubo neumático con los Laboratorios, Farmacia, RX (Servicio de Radiodiagnóstico), Urgencias Tener comunicación directa mediante montacargas con el servicio de Esterilización.

3.3.2 Fases:

- a) **Fase pre operatorio:** Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia

médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones.

b) **Fase intra operatoria:** Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación. Durante este periodo es donde se realiza la anestesia y la cirugía propiamente tal.

c) **Fase postoperatoria:** Comienza con las transferencias del operado a la sala de recuperación y termina con la valoración seriada en la clínica o en el hogar. Esta etapa puede ser variable y su tiempo está relacionado con la complejidad de la cirugía propiamente tal. (Mendoza Bielka, 2015)

3.3.3 Complicaciones

a) Complicaciones Postoperatorias

Complicaciones de las heridas

Estas posibles complicaciones están referidas a: dehiscencia de la herida, dolor de la herida, acumulación de suero, hemorragia, senos de las líneas de sutura, infección de la herida, cicatrices hipertróficas, queloides, eventraciones.

- **Hemorragia de Herida Operatoria:** Ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no muy prolija, antes de cerrar definitivamente la herida.

- **Acumulación de suero:** Es frecuente en heridas que tienen un gran espacio muerto como las de las mastectomías o la de los pacientes obesos. Se las trata mediante la aspiración, o si es

voluminosa, mediante una herida por transfijión en el punto más declive aplicando luego un dren con un apósito de compresión. La evacuación debe hacerse lo más precozmente, ya que con frecuencia son asiento de infección.

- **Dehiscencia de la Herida:** La frecuencia de esta complicación varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. En una herida abdominal, la dehiscencia total produce evisceración y la dehiscencia parcial profunda conduce a la eventración.

En la mayoría de casos de dehiscencia, se encuentra que los puntos han desgarrado el tejido. Posiblemente el error más frecuente que condiciona una dehiscencia sea el tensionar demasiado los puntos que van a estrangular los bordes suturados comprometiendo la circulación en esta zona, asimismo los puntos flojos o mal anudados, demasiados puntos, toma de muy poco tejido o material de sutura inapropiado, son otras causas de dehiscencia.

- **Senos de las líneas de sutura:** Cuando el material de sutura no absorbible se infecta, se forma el llamado granuloma o cuerpo extraño, que se abre camino hacia la superficie y después de formar una pequeña tumoración fluctuante, drena material mucopurulento, estableciéndose de esa manera seno o senos en cuyo fondo se encuentra el material de sutura referido, que a veces es expulsado espontáneamente pero que la mayor parte de veces, requiere la introducción de una pinza de punta fina para explorar y extirparlo. De persistir el seno es preferible abrir la porción de herida comprometida, extraer todo el material de sutura que se encuentra en ese lugar y dejar la herida abierta para cierre por segunda intención.

- **Infección:** Las manifestaciones de infección de herida operatoria aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del post operatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después. El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente

comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida así como edema y eritema.

Prevenir la infección de la herida operatoria es uno de los aspectos más importantes en el cuidado del paciente, esto puede conseguirse reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y a veces antibióticos.

Se denomina infecciones quirúrgicas a todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención.

La infección quirúrgica puede originarse en una cirugía séptica o en una cirugía aséptica. Puede ser endoinfección o exoinfección, mono bacteriana o poli bacteriana, toxígena, micótica o mixta.

Se denomina endoinfección quirúrgica a la sepsis focal o general producida a raíz de una cirugía séptica o aséptica, por invasión de los agentes correspondientes a las cepas indígenas que pueblan la encrucijada aerodigestiva, enterocolónica o vía genito urinaria baja, y que adquieren proto patogenicidad por el acto quirúrgico o ciertas terapéuticas o modificaciones del terreno o estados clínicos especiales, llegando a producir cuadros sépticos mono o poli bacterianos o micopatóas localizadas o generalizadas.

Se denomina exoinfección quirúrgica a la sepsis focal y/o general producida a raíz de un acto quirúrgico en un medio quirúrgico, por invasión del o de los gérmenes que rodean al enfermo en su hábitat y que alcanzan al huésped por diferentes vías, sean aerógenas, digestivas, por inoculación o por contacto íntimo. (Aguilar, 2008)

3.4. Tipos de Cirugía abdominal

3.4.1 Colectomía (Fuller, 2013)

a) Definición: Consiste en la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar patológica. En la colecistitis aguda, la vesícula biliar que normalmente es de color verde azulado, se distiende e inflama debido a la obstrucción producida por uno o varios cálculos. Tras la extirpación de la vesícula biliar, el colédoco queda intacto de modo que se transforma en la vía de paso funcional a través de la cual la bilis ingresa al interior del duodeno.

b) Pasos principales

- ✓ Apertura abdominal
- ✓ Identificación y aislamiento de los conductos biliares
- ✓ Identificación y ligadura de la arteria cística
- ✓ Disección de la vesícula biliar de su lecho hepático
- ✓ Cierre de la herida

c) Descripción

Se coloca a la persona en posición decúbito dorsal con una pequeña almohadilla o rodillo por debajo del cuadrante superior derecho. Esto facilita la exposición de la vesícula biliar y sus estructuras asociadas. Se ingresa en el interior del abdomen por medio de una incisión subcostal o paramediana derecha. Si la persona es obeso puede emplearse la incisión mediana supraumbilical. Una vez abierto el abdomen, el hígado se cubre con compresas de campo húmedas, y el ayudante lo separa suavemente hacia arriba. Se emplea un separador Deaver o de Harrington.

Si la vesícula se encuentra muy distendida, el cirujano puede evaluar su contenido. Para ello la instrumentista le entrega un trocar de vesícula biliar, que se conecta al sistema de aspiración y se lo clava en el interior de la vesícula para permitir el drenaje de esta. Luego se

coloca una pinza de mayo sobre el orificio dejado por el trocar, una vez que se termina de emplear el trocar, se lo retira del campo quirúrgico y se le entrega a la enfermera circulante.

Para poder identificar el conducto cístico, la arteria cística y el colédoco, estas estructuras se desperitonizan. Esto se efectúa por medio de la disección roma y aguda. Para ello se emplea tijera Metzenbaum, pinza finas y largas de dientecillos y pequeños hisopos montados. Luego el cirujano identifica los vasos. El conducto cístico se clampea doblemente con pinzas en ángulo recto, se lo secciona y liga con una larga hebra montada de seda 2-0. La arteria cística se clampea y se liga de manera similar.

Se practica la disección de la vesícula biliar de su lecho hepático, empleando la tijera Metzenbaum y pinza de ángulo recto. El cirujano prosigue la disección, hasta que la vesícula queda completamente liberada. La pieza se entrega a la instrumentista. La extirpación de la vesícula biliar deja un lecho cruento sobre la superficie del hígado. Esta superficie se puede suturar con catgut crómico 3-0 o 4-0, aunque muchos cirujanos creen que cicatriza de igual manera sin ello.

Se lava la herida con solución salina tibia y se controla la hemostasia. El cirujano coloca uno o dos drenajes Penrose en el interior de la herida, exteriorizándolo por contra abertura cerca de la incisión abdominal original. Luego se cierra la herida en la forma habitual. (Fuller, 2013)

3.4.2 Colectomía laparoscópica (Sánchez, 2016)

Se inserta un laparoscopio rígido de fibra óptica dentro de la cavidad peritoneal, se insertan trocares a través de 3 punciones de 1 a 2 cm en el cuadrante superior derecho: uno del lado derecho de la línea media con el trocar superior un poco por debajo del apéndice xifoides y el reborde subcostal, el otro en un punto equidistante entre el ombligo y el

reborde costal, un tercero en sentido lateral en la línea axilar anterior, por arriba de la cresta iliaca, a nivel del margen costal, y uno ultimo sobre la línea media clavicular ligeramente por arriba del nivel del ombligo, 2 cm por abajo de la costilla.

La cámara se conecta al laparoscopio y permite que el cirujano vea la manipulación de los instrumentos a través del cuerpo de estos trocares, los monitores se colocan a cada lado del extremo de la cabeza de la mesa de operaciones; se toma el fondo de la vesícula a través del puerto lateral y se sostiene por el ayudante; después de la disección cuidadosa, el cirujano liga y divide el conducto cístico y la arteria; se ligan con asas de suturas o con grapas.

La electrocoagulación o las microtijeras se emplean para traseccionar estas estructuras. Se disecciona la vesícula, en forma independiente. Por lo general se aspira para retirar la bilis y colapsar el saco, luego se corta en secciones para retirarla a través de incisión peri umbilical. (Sánchez, 2016)

Complicaciones:

Las complicaciones más comunes relacionadas con este procedimiento son: lesiones de conductos biliares, retención de cálculos en Colédoco, perforación vesicular, hemorragia transoperatoria y postoperatoria e infección de la herida. La decisión de convertir una colecistectomía en un procedimiento abierto no se considera como complicación. (Aguilar, 2008)

3.4.3 Hernioplastia (Méndez, 2012)

a) Definición:

Es la atención integral y especializada que brinda el personal de enfermería al paciente que será sometido a cirugía de hernia.

b) Tipos:

•Hernia Inguinal

Se denomina "inguinal" porque los intestinos presionan a través de una porción débil en el canal inguinal, el cual es una abertura en forma de triángulo entre las capas de los músculos abdominales cercanos a la ingle. Esta es más común en los hombres que en las mujeres.

•Hernia Hiatal

Se presenta en la parte superior del estómago. En esta hernia, una porción de la parte superior del estómago se adentra en el tórax.

•Hernia Quirúrgica o Eventración

Puede darse a través de una cicatriz si se ha tenido una cirugía abdominal anteriormente.

•Hernia Umbilical

Aparece como una protuberancia alrededor del ombligo. Sucede cuando el músculo alrededor del ombligo no se cierra completamente.(Mendez, 2012)

3.4.4 Laparotomía (FULLER, 2013)

a) Definición:

El termino laparotomía se utiliza para describir la incisión que se realiza a través de la pared abdominal para efectuar una operación en

el contenido abdominal. Si el cirujano realiza la laparotomía como procedimiento diagnóstico sin conocer la naturaleza exacta de la enfermedad del paciente, este tipo de laparotomía se denomina exploratoria. Una vez abierto el abdomen y según hallazgos intraoperatorios se decidirá la conducta quirúrgica a seguir. La laparotomía exploratoria es de utilidad en todo traumatismo abdominal o en caso de que el paciente padezca un dolor abdominal cuya causa no se pueda determinar por métodos disponibles.

Las rutinas seguidas durante cada uno de los procedimientos abdominales se tratan aquí solo para evitar su repetición en cada uno de los procedimientos por separado.

b) Pasos principales

- Realización de una incisión a través de la pared abdominal
- Exploración de la zona de la incisión
- Cierre de la herida

c) Descripción

Se ubica al paciente decúbito dorsal, se le prepara y luego se le coloca los campos quirúrgicos de acuerdo con el tipo de incisión que se va a realizar.

Una vez colocados los campos quirúrgicos la instrumentista acerca la mesa mayo al campo quirúrgico y lo ubica por debajo del sitio de la incisión. Se fija el electrocauterio y la cánula de aspiración a la sabana. La instrumentista coloca dos compresas de gasa sobre el campo y le alcanza al cirujano el bisturí a partir de aquí este bisturí se denominará bisturí de piel, que está diseñado para ser empleado únicamente a nivel de la piel. La mayoría de cirujanos considera que el bisturí de

piel acarrea bacterias provenientes de esta hacia el interior de las capas más profundas, mientras que otros discrepan respecto a esto.

La incisión cutánea expone el tejido celular subcutáneo, que se ubica inmediatamente por debajo de la piel. Por lo general esta capa se incide mediante el empleo de electro bisturí. El cirujano clampea los vasos sangrantes importantes de esta capa con pinzas Kelly o de crile y la liga con material absorbible o bien los cauteriza.

La incisión prosigue a través de la próxima capa de la aponeurosis. A esta altura la instrumentista debe tener preparados los separadores de Richardson o angostos de U.S. destinados al ayudante. El cirujano incide en esta capa utilizando otro bisturí, este bisturí se denomina bisturí profundo. La instrumentista reemplazara las compresas de campo a medida que se ensucien, tarea que será llevada a cabo a través de todo el procedimiento quirúrgico.

El cirujano puede ampliar la incisión a nivel de la aponeurosis mediante el empleo de electro bisturí o de tijeras curva de mayo. Si se trata de una incisión mediana, no existen fibras musculares. Sin embargo, si la incisión es para mediana el cirujano deberá separar el plano muscular manualmente o mediante el uso del bisturí. Cuando se está por ingresar a la cavidad abdominal, la instrumentista deberá disponer de varias compresas de campo y de un separador Balfour. Las compresas de campo serán sumergidas en solución salina tibia y escurridas lo mejor posible. Si se utilizaron gasas de 10*10 antes de la apertura del peritoneo, la instrumentista deberá quitarlas inmediatamente del campo quirúrgico. Este tipo de gasa no debe ser empleado (a menos que estén montadas en una pinza) hasta que el plano del tejido celular subcutáneo haya sido cerrado. El cirujano y el ayudante toman el peritoneo con ayuda de las pinzas hemostáticas.

Luego el cirujano efectúa un pequeño corte en el peritoneo con el bisturí profundo y amplía la incisión con una tijera metzenbaum.

De esta manera queda expuesto el contenido abdominal. De aquí en más, solo se permite el empleo de compresas de gasa humedecida en solución fisiológica dentro del campo quirúrgico. La instrumentista entrega al cirujano gasas húmedas para que proteja los bordes del tejido del separador autoestático. El cirujano y el ayudante colocan entonces el separador Balfour. Luego el cirujano explora el contenido abdominal en busca de patología. Cuando el área patológica ha sido localizada, el cirujano aísla el contenido abdominal del área enferma por medio de compresas de campo. Se puede dar comienzo al procedimiento quirúrgico específico. (Debra, 2016)

Los deberes de la instrumentista durante el acto quirúrgico son los siguientes:

- Mantener el campo quirúrgico libre de instrumentos que no se encuentren en uso.
 - Mantener limpio el extremo del electro bisturí.
 - Reemplazar por gasas limpias aquellas que se encuentren sucias.
- Mantener la mesa de mayo libre de elementos sueltos, por ejemplo las agujas, pequeños hisopos y envoltorios de suturas. Las agujas y gasas se colocan sobre la mesa de mayo solo si se encuentran montadas sobre la pinza correspondiente.
- Proteger el campo de su contaminación.
 - Anticiparse a las necesidades del cirujano.
 - Notificar al cirujano en caso de haberse violado la técnica aséptica.
 - Notificar a la enfermera circulante si el cirujano necesita secarse.
 - Participar en el recuento de gasas en el momento apropiado.

Durante el procedimiento, el cirujano puede solicitar que se coloque al paciente en posición trendelenburg. Tan pronto se efectuó ese pedido,

la instrumentista debe elevar la mesa de mayo para evitar la lesión de los miembros inferiores del paciente. Jamás debe permitirse que la mesa mayo apoye sobre el paciente.

Inmediatamente antes de cerrar la incisión, muchos de los cirujanos lavan la herida con solución salina tibia. La instrumentista debe cerciorarse de que esta no este demasiado caliente.

La herida se cierra luego del lavado. El cirujano y el ayudante retiran todas las gasas e instrumentos del interior del abdomen y toman los bordes del peritoneo con varias pinzas de mayo. El peritoneo generalmente se cierra mediante el empleo de material de sutura absorbible tamaño 0 y 2-0 aguja redonda. Seguidamente se aproxima el plano aponeurótico, debido a que la aponeurosis constituye el plano más resistente de la pared abdominal y la integridad del cierre depende de su firmeza, normalmente se emplea una sutura con puntos separados.

Comúnmente se utiliza material de sutura 2-0, aunque en caso de tratarse de un paciente muy grave u obeso podrá emplearse sutura 0. Durante el cierre de la aponeurosis el ayudante separa la piel y el tejido celular subcutáneo empleando separadores Richardson. El tejido celular subcutáneo se aproxima con puntos separados 3-0 catgut cromado o catgut simple. Luego de haberse cerrado el tejido celular subcutáneo, el ayudante puede optar por retirarse de la operación. Si esto ocurre la instrumentista tendrá que tomar su lugar y ayudar al cirujano cortando los extremos de las suturas, una vez que hayan sido anudadas.

Una vez finalizado el cierre de la piel, el cirujano coloca los apósitos sobre la herida. Luego de esto, se retiran los campos quirúrgicos y la enfermera circulante o el cirujano colocan la tela adhesiva sobre los apósitos. (Meneu, 2017)

d) Complicaciones

Esta cirugía se acompaña de diversas complicaciones relacionadas generalmente con:

- Inserción de la aguja de Verres, del trócar y cánula laparoscópica.
- Creación del neumoperitoneo.
- Inserción y manipulación de los instrumentos laparoscópicos.

Complicaciones relacionadas con la inserción de la aguja de Verres, trócar y cánula laparoscópica

La inserción de estos instrumentos puede causar lesiones en el intestino, vejiga o vasos retroperitoneales principales.

Las lesiones relacionadas con la inserción de una cánula se deben al trócar afilado que se usa para penetrar la pared abdominal y permitir la introducción de la cánula en la cavidad peritoneal. La incidencia de lesión visceral por la inserción de la aguja de Verres o el trócar varía del 0,05 al 0,2. Las lesiones penetrantes tienen mayor posibilidad de producirse durante la colocación de la aguja de insuflación, o con la inserción de la cánula inicial ya que se coloca sin el beneficio de la vía visual.

La lesión de los vasos retroperitoneales es la complicación más grave de la inserción de la aguja o el trócar.

Es esencial el reconocimiento temprano de la producción de una lesión vascular, ya que la demora en el diagnóstico es un factor importante en la morbilidad y mortalidad postoperatoria.

La aspiración de sangre a través de la aguja de Verres es signo de que se ha penetrado en una estructura vascular. Se requiere exploración inmediata. El trócar y la cánula deben de dejarse

colocados en el sitio mientras se abre el abdomen, para ayudar en la identificación del lugar de la lesión y reparar el vaso lesionado.

La perforación intestinal con trócar suele dar origen a una lesión intestinal transmural y requiere reparación inmediata sea por laparoscopia o laparotomía. El trócar siempre debe dejarse colocado en el sitio de la lesión para disminuir la contaminación peritoneal y ayudar en la identificación del segmento intestinal lesionado.

La perforación vesical causada por estos mismos agentes es una complicación poco común de la laparoscopia y suele producirse como resultado de la falta de descompresión vesical antes de la inserción de los elementos mencionados.

Las complicaciones potenciales de un procedimiento laparoscópico son las relacionadas con la laparoscopia y con el procedimiento operatorio específico. Existen varios factores que pueden aumentar el riesgo de complicaciones: falta de percepción de profundidad tridimensional, visión limitada del campo operatorio, contacto indirecto con los tejidos durante la disección y la incapacidad del cirujano para controlar la visión del campo operatorio. (Aguilar, 2008)

3.4.5 Apendicetomía

a) Definición:

Es la extirpación del apéndice, el cual constituye una bolsa ciega, angosta y alargada que está unida al ciego. Cuando se encuentra agudamente inflamada se extirpa para evitar la peritonitis que se genera toda vez que se perfora en operaciones abdominales indicadas por otras causas, muchos cirujanos ejecutan la apendicetomía como procedimiento profiláctico. El procedimiento se denomina entonces, apendicetomía incidental. (Wolfe, 2009)

b) Pasos principales:

- Apertura abdominal
- Separación del apéndice de su meso apéndice
- Ligadura y resección apendicular
- Confección de una sutura en jareta alrededor del muñón apendicular.
- Cierre de la herida

c) Descripción:

Se penetra el abdomen por medio de una incisión de Mc Burney. El ayudante del cirujano separa los bordes de la herida con un separador Richardson o alguno similar a este. El cirujano toma el apéndice por medio de la pinza Babcock y lo exterioriza a través de la herida. La punta del apéndice se toma entonces con una pinza mayo o Kelly. Se coloca una compresa de campo húmeda alrededor de la base del apéndice para evitar la contaminación de la herida, en caso de producirse derramamiento de contenido intestinal durante el procedimiento.

Los instrumentos que durante una apendicetomía u otro procedimiento intestinal entran en contacto con la superficie interna del intestino deben ser aislados del resto del equipo, sabanas e instrumentos limpios. Para recibir los instrumentos y muestras contaminadas la instrumentista debe disponer de una bandeja cuadrada o una riñonera denominada sucia. Esta puede guardarse sobre la mesa posterior, acercándola a la mesa de mayo toda vez que sea necesario.

El cirujano separa el apéndice de su fijación intestinal (meso apéndice). Utilizando tijera Metzenbaum se efectúa un pequeño orificio en una zona avascular que este cerca de la base del mesoapendice. Tomando pequeñas porciones del tejido a lo largo del mesoapendice, este se clampea doblemente y se liga por medio de ligaduras al aire

de seda o material absorbible 3-0 hasta que el apéndice se encuentre completamente liberado.

La base del apéndice se toma con una pinza Kelly recta. La instrumentista debe tener preparada una ligadura al aire libre para la base y un punto de sutura para la jareta. La ligadura de la base se realiza con cualquier material de sutura 0 y según la preferencia del cirujano. La sutura en jareta debe ser de seda 3-0 o 4-0. El cirujano procede a ligar la base del apéndice. El ayudante coloca entonces una pinza recta Kelly cerca del nudo y el cirujano corta los extremos de la sutura directamente por encima de la pinza.

El apéndice se encuentra listo para ser amputado la instrumentista deberá acercar la bandeja sucia al cirujano. Empleando el bisturí, el cirujano amputa el apéndice y lo deposita sobre la bandeja sucia. Se procede a colocar la sutura en jareta alrededor del muñón apendicular contra el ciego invaginándolo mientras el cirujano liga la jareta. Se extrae la pinza recta y se la desecha sobre la bandeja sucia. Se irriga la herida con solución salina tibia y se cierra el abdomen en la forma habitual. (Howell, 2010)

3.4.6 Histerectomía abdominal:

a. Definición: Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. El útero es un órgano muscular hueco que alimenta al feto durante el embarazo.

b. Descripción: Durante una histerectomía, se puede extirpar todo el útero o parte de éste. Las trompas de Falopio y los ovarios pueden también extirparse.

Hay muchas maneras diferentes de hacer una histerectomía. Puede hacerse a través de:

Una incisión quirúrgica en el abdomen (llamada abierta o abdominal).

Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre y luego usando un laparoscopio.

Una incisión quirúrgica en la vagina y usando un laparoscopio.

Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre, con el fin de realizar la cirugía robótica.

El médico y usted decidirán el tipo de procedimiento. La opción dependerá de su historia clínica y de la razón para la cirugía. (Medline, 2016)

3.5 BIOSEGURIDAD

3.5.1 Definición:

Conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los usuarios y de la comunidad, frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos. (MINSA, 2004)

3.5.2 Principios básicos de bioseguridad

- a. **Universalidad:** Se asume que toda persona es portadora de algún agente infeccioso hasta no demostrar lo contrario. Se debe involucrar al personal y pacientes de todos los servicios, aún sin conocer su serología; debiendo seguir todas las recomendaciones estándares para prevenir exposición a riesgos.
- b. **Barreras protectoras** Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.
- c. **Medios de eliminación de material contaminado** Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los

cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

d. **Precauciones universales**

- **Desinfección y esterilización de equipos e instrumental:**

Todo instrumental y equipo destinado a la atención de pacientes requiere de limpieza previa, desinfección y esterilización, con el fin de prevenir el desarrollo de procesos infecciosos.

- **Desechos intrahospitalarios:** El objetivo principal de un manejo adecuado de los desechos, es reducir tanto como sea posible los riesgos que para la salud de la población hospitalaria, la comunidad y el medio ambiente, se derivan del inadecuado manejo de los diferentes tipos de desechos que genera las instituciones de salud.

e. **Medios de eliminación de material contaminado**

Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

(MINSa, 2004)

3.5.3 Normas de bioseguridad específicas para cirugía

Utilice durante todos los procedimientos técnica aséptica.

- Cumpla las normas de asepsia y antisepsia dentro del quirófano.
- Utilice permanentemente el equipo de protección personal: gorro, guantes estériles, tapabocas, protectores oculares, mascarilla con visera, delantal plástico.
- No se distraiga. Evite al máximo hablar durante el procedimiento.
- No practique cirugía si presenta lesiones dérmicas.
- Utilice la mesa de Mayo de transición.
- Forrar la mesa quirúrgica con funda plástica.
- Utilice el porta agujas y la pinza de disección para suturar.

- Coloque mango de bisturí con hoja de bisturí sobre mesa de Mayo de transición, no lo entregue en la mano a la instrumentadora/o
- Coloque sobre la mesa de Mayo de transición la aguja de sutura montada en el porta agujas.
- No meta la mano dentro del campo quirúrgico para buscar aguja de sutura, utilice el porta aguja y la pinza de disección.
- Al terminar el procedimiento se deberá retirar la hoja de bisturí con ayuda de una pinza y llevarlo junto con las agujas de suturas al guardián.
- Deposite en el guardián elementos corto punzantes utilizados durante la cirugía.
- No busque con los dedos la aguja de sutura.
- En caso de accidente por pinchazo o herida retire los guantes tan pronto el procedimiento se lo permita, deje sangrar y lávese con agua y jabón abundantemente, informe a su jefe y a Salud Ocupacional.
- Utilice el equipo de aspiración mecánico o succionador para la aspiración de secreciones de boca y faringe.
- Colocar a los frascos de las diferentes succiones una base de hipoclorito de sodio de 200 cc. (MINSA, 2004)

4. ROL DE LA ENFERMERA

4.1. Concepción holística de persona

4.1.1. Dimensión física

Se refiere a los procesos de formación y desarrollo físico y motriz, un desarrollo encaminado a cuidar cada parte que le brinda salud al organismo con ejercicio y alimentación saludable, atendiendo nuestro cuerpo cuando está enfermo de una manera alternativa y respetuosa, dándole su tiempo y espacio.

4.1.2. Dimensión cognitiva o intelectual

El conocimiento es construido por la configuración de estructuras y procesos mentales, potencializar todas las habilidades y destrezas, compartiéndolas y enriqueciéndolas con las demás, es poner al servicio de la sociedad y la humanidad los conocimientos y la capacidad de inventar o descubrir, con un fin de respeto y de capacidad de trascender.

4.1.3. Dimensión emotiva

Las necesidades emocionales de la persona están determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que representen peligro, al riesgo que la cirugía represente y por su capacidad de enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con el procedimiento (López-Roig 2005).

4.1.4. Dimensión social

La dimensión social se organiza en torno a la interacción con otras personas, supone la expresión de la sociabilidad humana característica, esto es, el impulso genético que la lleva a constituir sociedades, generar e interiorizar cultura y el hecho de estar preparado biológicamente para vivir con otras personas, lo que implica prestar atención a otro humano necesariamente presente y la sociabilidad, o capacidad y necesidad de interacción afectiva con semejantes, expresada en la participación en grupos, la vivencia de experiencias sociales.(Zubiri, Xavier 2006)

4.1.5. Dimensión espiritual-religiosa

La dimensión espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana relacionados con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. Un sabio proverbio chino dice que “nada sienta mejor al

cuerpo que el crecimiento del espíritu”, el camino de la espiritualidad es un descubrimiento del propio yo, un deseo de encontrarle sentido a la vida y vivirla en profundidad en cada momento del día y con cada momento de los seres con los que interactuamos.

4.2 Actividad de enfermería en la prevención de infección de herida quirúrgica abdominal

a) Educación Sanitaria al Paciente

La enfermera debe informar al paciente de cada procedimiento que se vaya a realizar relacionada con su herida.

Informarle además que posturas antiálgicas sobre todo si tiene una incisión cerca del diafragma.

Enseñar al paciente a sujetarse la herida con las manos o a colocarse una almohada en el tórax y abrazarla para toser o moverse.

Informarle sobre la restricción de movimiento, enseñarle que movimientos y posturas debería evitar.

Informar al paciente sobre los cuidados de la incisión y para que comunique si nota síntomas de infección, distensión importante en la herida, aumento del débito, aumento del dolor.

Preguntar al paciente consciente si tiene especial interés en reconocer algo sobre la herida o la apariencia de su cuerpo.

Si presenta incisiones inguinales, se le informa de la importancia de una higiene meticulosa y frecuente esa zona y la perineal.

b) Valoración de la Herida

Inspección:

Valorar en primer lugar la extensión de la herida, la proximidad de los bordes, color y estado de la piel, para conocer las características normales de una herida quirúrgica. Seguidamente observar el exudado, la zona de salida, la cantidad, olor, color y consistencia. Si

tiene drenajes observar el punto de punción el aspecto y la consistencia del mismo

Palpación:

La enfermera cogerá gasas estériles y presionara ligeramente los bordes de la herida desde la zona más limpia a la más sucia y palpara con la yema de los dedos. Tras valorar la herida la enfermera decidirá con el médico si es preciso obtener un cultivo

Lavado de la Herida:

La finalidad de la limpieza es eliminar las bacterias contaminantes de superficies y proteger la cicatrización de la herida. Evitar la limpieza reiterada de una herida si está limpia, tiene escaso exudado y tejido de granulación. Emplear soluciones fisiológicas para lavar y cuando sea posible calentarlas hasta alcanzar la temperatura corporal. Emplear gasa para la limpieza de la herida, limpiar siempre que sea posible desde la zona más limpia a la más sucia. Emplear siempre que se pueda la irrigación con suero antes de los métodos mecánicos. Si se emplea pinzas mantener las puntas más bajas que las asas. (Guillamed, 2000).

C. SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE I: Conocimientos de cirugía segura (Enfermeras Centro Quirúrgico)

VARIABLE D: Cuidados en prevención de infecciones en heridas Quirúrgicas abdominales (Enfermeras Centro Quirúrgico)

D. OPERACIONALIZACION DE TERMINOS

1. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CIRUGÍA SEGURA

Valoración del conjunto de elementos teóricos del dominio de la enfermera de centro quirúrgico adquiridos sobre la cirugía salva vidas para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica sin complicaciones según dimensiones: fundamentos, fase preoperatoria, fase intra-operatoria y fase post-operatoria ponderada en escala vigesimal en los siguientes rubros:

Bueno (17-24)	Dominio de base teórica en alto porcentaje correcto acerca cirugía segura.
Regular (09-16)	Base teórica en mínimo porcentaje correcto acerca cirugía segura.
Deficiente (00-08)	Base teórica casi inexistente acerca de cirugía segura.

2. EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS

QUIRÚRGICAS ABDOMINALES

Conjunto de atenciones de Enfermería en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales verificadas según guía de observación en los factores relacionados: al paciente, registros y guías, proceso de enfermería, bioseguridad en las enfermeras de centro quirúrgico medida en Escala Nominal en los siguientes parámetros:

- **Cuidados óptimos:** aplicación total de las atenciones de Enfermería en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales alcanzando un puntaje de 23 - 44 puntos

- **Cuidados parciales:** aplicación de algunas de las atenciones de Enfermería en prevención infecciones en heridas quirúrgicas abdominales alcanzando un puntaje de 12 a 22 puntos
- **Cuidados deficientes:** aplicación mínima de las atenciones de Enfermería en prevención infecciones en heridas quirúrgicas abdominales alcanzando un puntaje de 00 a 11 puntos

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

ALCANCES

- Los resultados de la presente investigación solo podrán ser generalizados a la población en estudio
- Sirva para la realización de estudios posteriores

LIMITACIONES

- El no querer participar en la investigación.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

A. METODO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

De acuerdo al problema, los objetivos y la hipótesis planteada, el presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal.

B. PROCEDIMIENTO DEL DISEÑO

1. Se presentó y se obtuvo la aprobación del trabajo de investigación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional De San Agustín.
2. Se determinó como área de estudio para la presente investigación Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en Centro Quirúrgico en donde laboran las enfermeras.

3. La selección de la población de estudio, estuvo conformada por 49 enfermeras.
4. Se aplicó la prueba piloto al 10% de la población otorgando los instrumentos de recolección de datos a 10 enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Goyeneche, por tener similares características de la población de estudio
5. El periodo elegido para la recolección de datos fue los meses de octubre, noviembre, diciembre; la aplicación de los instrumentos a la población objetivo se realizó en los diferentes turnos de acuerdo a la accesibilidad y tiempo disponible de las unidades de estudio, el instrumento se aplicó en un tiempo promedio de 20 minutos permaneciendo hasta el final del desarrollo del mismo.

Los instrumentos aplicados fueron:

- Una guía de entrevista estructurada individual para recoger las características generales de las enfermeras.
 - Un cuestionario para medir el nivel de conocimientos que cirugía segura tienen las enfermeras de centro quirúrgico
 - Una guía de observación para detectar los cuidados que en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, aplican las enfermeras de centro quirúrgico
6. El procedimiento y análisis de los datos se realizó con el software SPSS 22.0 (Base de datos y estadística). Para el análisis de los resultados se utilizó el estadístico no paramétrico del Chi cuadrado.
 7. Elaboración y presentación del informe final.

C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en el hospital Regional Honorio Delgado ubicado en el cercado de Arequipa en la Av. Alcides Carrión Nro. 505 Cuya complejidad corresponde al nivel III - 1 y su misión es prevenir y proteger los riesgos y daños, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades físico-mentales de la población de Arequipa y la Macro Región Sur, especialmente en las alteraciones o enfermedades de alta complejidad para mejorar su nivel de salud y calidad de vida, en condiciones de equidad, accesibilidad, solidaridad asegurando el pleno respeto de su dignidad y derechos, y haciendo uso adecuado de sus recursos.

Es de material noble con ambientes para área de consulta externa, hospitalización, oficinas administrativa, emergencia y áreas críticas.

Es un Hospital docente, acoge a estudiantes de las diferentes carreras profesionales del área de la salud de universidades locales como de otras universidades del país.

Cuenta con los departamentos de: consulta externa, hospitalización, medicina, cirugía, pediatría, gineceo – obstetricia, oncología odonto estomatología, enfermería, emergencia, cuidados críticos, anestesiología y centro quirúrgico, patología clínica y anatomía patológica, diagnóstico por imágenes, nutrición y dietética, servicio social y farmacia.

Siendo su principal área Centro Quirúrgico, distribuido en dos niveles en el hospital, el cuarto piso está conformado por seis salas de operaciones en donde se realizan intervenciones de diferentes especialidades quirúrgicas, una sala de recuperación y el área de central de esterilización; el tercer piso cuenta con cinco salas de operaciones y se realizan intervenciones gineco – obstétricas y una sala de recuperación.

El personal de enfermería está conformado por 49 enfermeras licenciadas nombradas y contratadas, distribuidas según el rol de trabajo de sala de operaciones en turnos de mañana, tarde, guardias diurna y nocturna, las licenciadas en enfermería son distribuidas en pareja, de ser posible, en cada sala de operaciones cumpliendo actividades rotativas entre instrumentista y circulante, cada una con funciones específicas descritas en el MOF del servicio; en relación a la aplicación de la Hoja de Cirugía Segura la responsable de su aplicación es la enfermera Circulante.

D. POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente estudio tiene como población 49 enfermeras de centro quirúrgico del H.R.H.D.E., de las cuales 43 cumplieron con los criterios de inclusión

- **Criterios de Inclusión:**

- ~ Enfermeras contratadas y nombradas
- ~ Enfermeras que tengan 1 año laborando en el servicio

- **Criterios de Exclusión :**

Enfermeras que no quieran participar en el estudio

E. METODOS Y TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el presente estudio se utilizara el método de la encuesta y la observación, como técnicas la observación y el cuestionario, como instrumentos para la recolección de datos de las variables en estudio los siguientes:

- **Una Entrevista estructurada (Anexo 01):** para obtener los datos generales y específicos de las enfermeras (ítems del 01 al 07)
- **Un cuestionario (Anexo 02):** para evaluar el nivel de conocimiento de cirugía segura (Manual de Cirugía Segura de la OMS, Hospital Cuenca Ecuador, Astudillo y Espinoza 2015) que tienen las enfermeras de centro quirúrgico consta de 30 ítems valorada en escala ordinal en los siguientes parámetros:
 - Bueno : 17 – 24 puntos
 - Regular : 09-16 puntos
 - Deficiente : 00-08 puntos
- **Una Guía de Observación (Anexo 03)** para detectar los cuidados que en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales (Mina García, S. 2012 Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra) que aplican las enfermeras de centro quirúrgico consta de 22 ítems valorada en escala ordinal en los siguientes parámetros:
 - ~ Cuidados óptimos: 23 - 44 puntos
 - ~ Cuidados parciales: 12 a 22 puntos
 - ~ Cuidados deficientes: 00 a 11 puntos

CAPITULO IV

RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se dan a conocer los resultados de la investigación, los datos obtenidos se presentan en cuadros ordenados en la siguiente forma:

- Información General: tabla: 01
- Información Específica: cuadro del 01 a la 10
- Comprobación de hipótesis: tablas 11

TABLA Nª 01**CARACTERÍSTICAS GENERALES, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.**

Universidad de Procedencia	Nº	%
Universidad Nacional de San Agustín	17	39.5
Universidad Católica de Santa María	24	55.8
Otras	2	4.7
TOTAL	43	100.0
Sexo		
Masculino	2	4.7
Femenino	41	95.3
TOTAL	43	100.0
Edad		
21 a 30 años	2	4.7
31 a 40 años	4	9.3
41 a 50 años	9	20.9
51 a más	28	65.1
TOTAL	43	100.0
Tiempo que labora en el servicio		
1 a 5 años	5	11.6
6 a 10 años	12	27.9
11 a 20 años	20	46.5
20 a más años	6	14
TOTAL	43	100.0

Condición de trabajo		
Nombrado	25	58.1
Contratado	18	41.9
TOTAL	43	100.0
Red de apoyo emocional a la enfermería		
Si	40	93
No	3	7
TOTAL	43	100.0
Tipo de cirugía abdominal en la que intervino		
Colecistectomía	9	20.9
Hernioplastia	7	16.3
Laparotomía	8	18.6
Apendicectomía	5	11.6
Otra (cesarea, histerectomía)	14	32
TOTAL	43	100.0

CUADRO N° 01

**CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION:
FUNDAMENTOS, ENFERMERAS DE CENTRO
QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.**

FUNDAMENTOS	TOTAL	
TOTAL	N°	%
	43	100.0
Bueno	18	41.8
Regular	21	48.8
Deficiente	4	9.3

De los resultados se observa que en la variable conocimiento de Cirugía Segura dimensión fundamentos, la mayoría de enfermeras con el 48.8% tienen nivel regular seguido del buen nivel con el 41.8% y solo un 9.3% tienen deficiente nivel.

CUADRO N° 02

**CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION: FASE
PREOPERATORIA, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO
HRHD. AREQUIPA 2017.**

FASE PREOPERATORIA	TOTAL	
TOTAL	N°	%
	43	100.0
Bueno	11	25.6
Regular	28	65.1
Deficiente	4	9.3

De los resultados se observa que en la variable conocimiento de Cirugía Segura dimensión fase preoperatoria, la mayoría de enfermeras con el 65.1% tienen nivel regular seguido del buen nivel con el 25.6% y solo un 9.3% tienen deficiente nivel.

CUADRO N° 03

**CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION: FASE
INTRAOPERATORIA, ENFERMERAS DE CENTRO
QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.**

FASE INTRAOPERATORIA	TOTAL	
	N°	%
TOTAL	43	100.0
Bueno	16	37.2
Regular	22	51.2
Deficiente	5	11,6

De los resultados se observa que en la variable conocimiento de Cirugía Segura dimensión fase intra-operatoria, la mayoría de enfermeras con el 51.2% tienen nivel regular seguido del buen nivel con el 37.2% y solo un 11,6% tienen deficiente nivel.

CUADRO N° 04

**CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA DIMENSION: POS-
OPERATORIA, ENFERMERAS DE CENTRO
QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.**

POST-OPERATORIA	TOTAL	
TOTAL	N°	%
	43	100.0
Bueno	13	30.2
Regular	24	55.8
Deficiente	6	13.9

De los resultados se observa que en la variable conocimiento de Cirugía Segura dimensión fase postoperatoria, la mayoría de enfermeras con el 55.8% tienen nivel regular seguido del buen nivel con el 30.2% y solo un 13.9% tienen deficiente nivel

CUADRO N° 05

**CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA GLOBAL, ENFERMERAS DE
CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.**

CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA	TOTAL	
	N°	%
TOTAL	43	100.0
Bueno	15	34.8
Regular	23	53.5
Deficiente	05	11,6

De los resultados se observa que en la variable conocimiento de Cirugía Segura, la mayoría de enfermeras con el 53.5% tienen nivel regular seguido del buen nivel con el 34.8% y solo un 11,6% tienen deficiente nivel.

CUADRO N° 06

CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES DIMENSIÓN: RELACIONADO AL PACIENTE, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO HRHD. AREQUIPA 2017.

RELACIONADO AL PACIENTE	TOTAL	
TOTAL	N°	%
	43	100.0
Óptimo	18	41.8
Parcial	20	46,5
Deficiente	5	11,6

De los resultados se observa que en la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales, dimensión: relacionado al paciente, la mayoría de las unidades de estudio con el 46,5% tienen parcial nivel seguido del óptimo nivel con el 41.8% y solo un 11,6% tienen deficiente nivel.

CUADRO N° 07

CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES DIMENSIÓN: RELACIONADO A REGISTROS Y GUIAS, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.

REGISTROS Y GUIAS	TOTAL	
	N°	%
TOTAL	43	100.0
Óptimo	17	39.5
Parcial	22	51.2
Deficiente	4	9.3

De los resultados se observa que en la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales, dimensión: registros y guías, la mayoría de las unidades de estudio con el 51.2% tienen parcial nivel seguido del óptimo nivel con el 39.5% y solo un 9.3% tienen deficiente nivel.

CUADRO N° 08

CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES DIMENSIÓN: PROCESO DE ENFERMERÍA, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO HRHD. AREQUIPA 2017.

PROCESO DE ENFERMERÍA	TOTAL	
	N°	%
TOTAL	43	100.0
Óptimo	10	23.2
Parcial	22	51.2
Deficiente	11	25.6

De los resultados se observa que en la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales, dimensión proceso de enfermería, la mayoría de las unidades de estudio con el 51.2% tienen parcial nivel seguido del deficiente nivel con el 25.6 y el 23.2% tienen óptimo nivel.

CUADRO N° 09

CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES DIMENSIÓN: RELACIONADO A BIOSEGURIDAD, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO HRHD. AREQUIPA 2017.

BIOSEGURIDAD	TOTAL	
	N°	%
TOTAL	43	100.0
Óptimo	13	30.2
Parcial	20	46,5
Deficiente	10	23.3

De los resultados se observa que en la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales, dimensión: bioseguridad la mayoría de las unidades de estudio con el 46,5% tienen parcial nivel seguido del óptimo nivel con el 30.2% y solo un 23.3% tienen deficiente nivel

CUADRO N° 10

CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES GLOBAL, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.

CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES	TOTAL	
	N°	%
TOTAL	43	100.0
Óptimo	15	34,9
Parcial	20	46,5
Deficiente	08	18,6

De los resultados se observa que en la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales, la mayoría de las unidades de estudio con el 46,5% tienen parcial nivel seguido del óptimo nivel con el 34,9% y solo un 18,6% tienen deficiente nivel

CUADRO N° 11

CONOCIMIENTOS DE CIRUGIA SEGURA SEGÚN CUIDADO EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES, ENFERMERAS CENTRO QUIRÚRGICO HRHD. AREQUIPA 2017

CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA	TOTAL		CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES					
			Óptimo		Parcial		Deficiente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	43	100	15	34,9	20	46,5	08	18,6
Bueno	15	34,9	14	32,6	01	2,3	00	0,0
Regular	23	53,5	01	2,3	19	44,2	03	7,0
Deficiente	05	11,6	00	0,0	00	0,0	05	11,6

g_L(4)

χ^2 : 57,45 > 9.5

(p < 0.05)

p = 0.001

De los resultados se observa que de los conocimientos de Cirugía Segura, la mayoría de enfermeras con el 53.5% tienen regular nivel de dominio de conocimientos de las cuales el 44,2% muestran mediano nivel de cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales, la tendencia es hacia el alto nivel con el 34,9%.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del χ^2 : con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró un alto nivel de significancia estadística (0.001), por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables Conocimiento de Cirugía Segura con Cuidados en prevención de infecciones (herida quirúrgicas abdominales).

CAPITULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. RESUMEN

La presente investigación titulada “Conocimiento de cirugía segura y cuidados en prevención de infecciones en heridas abdominales, enfermeras de centro quirúrgico, Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017”, tuvo como objetivo determinar la relación del conocimiento de cirugía segura con los cuidados en la prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, es una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional.

Para la recolección de datos, se utilizó como método la encuesta, como técnicas la entrevista, el cuestionario y la observación, como instrumentos se utilizaron primero una guía de entrevista estructurada individual para recoger las características generales de las enfermeras; luego un cuestionario para medir el nivel de conocimientos que cirugía segura tienen las enfermeras de centro quirúrgico y una guía de observación para

detectar los cuidados que en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, aplican las enfermeras de centro quirúrgico

La población de estudio estuvo conformada por 49 enfermeras de centro quirúrgico del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2017 - 2018 con las siguientes características: la mayoría (55,8%) son egresadas de la Universidad Católica de Santa María, con predominio del sexo femenino (95.3%), tiene edades comprendidas de 51 a más años de edad, laboran en el servicio de 11 a 20 años (46,5%), nombradas (58,1%) y el tipo de cirugía abdominal en la que más intervinieron (20.9%) colecistectomía.

De la variable conocimiento de Cirugía Segura en las diferentes dimensiones: fundamentos (48.8%), fase preoperatoria (65.1%), intraoperatoria (51.2%) postoperatoria, (55.8%) y a nivel global (53.5%) la mayoría de las unidades de estudio se ubican en el regular nivel seguido del buen nivel (34.8%) y solo un mínimo porcentaje (11,6%) se ubican en el deficiente nivel.

En relación a la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales en las dimensiones relacionado al paciente (46,5%), registros y guías (51.2%), proceso de enfermería (51.2%), bioseguridad (46,5%) y a nivel global la mayoría de las unidades de estudio (46,5%) tienen parcial nivel seguido del óptimo nivel (30.2%) y solo la minoría (23.3%) tienen deficiente nivel.

Con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado: con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró alta significancia estadística (0.001) por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables Conocimiento de Cirugía Segura con los cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales

B. CONCLUSIONES

- PRIMERA:** De las características generales de las enfermeras: la mayoría son egresadas de la Universidad Católica de Santa María, con predominio del sexo femenino en edades comprendidas de 51 a más años de edad, laboran en el servicio de 11 a 20 años, nombradas y el tipo de cirugía abdominal en la que más intervinieron fue la colecistectomía.
- SEGUNDA:** Referente a la variable Conocimiento de Cirugía Segura en las diferentes dimensiones: fundamentos, fase pre-operatoria, intra-operatoria, post-operatoria y a nivel global, la mayoría de las unidades de estudio se ubican en el regular nivel seguido del buen nivel y solo un mínimo porcentaje se ubican en el deficiente nivel.
- TERCERA:** Respecto a la variable cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales en las dimensiones relacionado al paciente registros y guías, proceso de enfermería, bioseguridad y a nivel global la mayoría de las unidades de estudio tienen parcial nivel seguido del óptimo nivel y solo la minoría tienen deficiente nivel.
- CUARTA:** Del análisis estadístico con la aplicación del estadístico no paramétrico del Ji cuadrado: con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró relación entre las

variables Conocimiento de Cirugía Segura con cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales

C. RECOMENDACIONES

PRIMERA: se debe implementar programas para incrementar el conocimiento y la correcta aplicación de la cirugía segura en las profesionales de enfermería especialistas en centro quirúrgico en favor del paciente.

SEGUNDA: Implementar planes de trabajo, talleres, capacitaciones y actividades de carácter lúdico permanentes donde promuevan la humanización, el desarrollo de habilidades y destrezas en el cuidado para los profesionales de enfermería en un espacio diferente al servicio de centro quirúrgico, que no interfiera con los turnos programados.

TERCERA: Promover la comunicación y la empatía entre el personal de enfermería y los pacientes quirúrgicos, comprendiendo que es la mejor herramienta para identificar e intervenir oportunamente en las necesidades del paciente y de esta manera contribuir a su bienestar y confort.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **ACEVEDO, M.** (2008), Manual de Enfermería Quirúrgica, MEXICO
2. **AGRA Y, TEROL E** (2012). La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. San Navarra.
3. **AGUILAR L.** y et al. (2008) Complicaciones postoperatorias. Perú.
4. **ALFARO R.** (2006). “La atención humanitaria de la enfermería y la opinión del paciente hospitalizado sobre la atención recibida en el servicio de Cirugía del Hospital Cayetano Heredia”. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería, Lima, Perú.
5. **AMARO M.** (2004) “Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD, Perú”.
6. **ANAYA V.** y et al. (2009) Conocimiento del personal de enfermería sobre infecciones nosocomiales, prevención y práctica de medidas de seguridad e higiene.
7. **ANAYA L.** (2013). “Conocimiento del personal de enfermería sobre infecciones nosocomiales, prevención y práctica de medidas de seguridad e higiene. Medigraphic”.
8. **ARANAZ J. y et al.** (2005). Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. España.
9. **ARANAZ J,** y et al. (2009). Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España.
10. **AUSTRALIAN COMMISSION OF SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE.** (2010). Patient safety in primary health care. Discussion Paper; Draft for public Consultation.
11. **BARBERO V.** (2004). “Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial. Almería”.
12. **BECERRA N,** y et al. (2010). “Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería”. [En línea].Venezuela: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar,

13. **BOYCE J, PITTER D. A.** (2002). Guideline for hand hygiene in health care settings recommendations of the Centers for Disease Control.
14. **CARRANZA F.** y et al. (2012) “Satisfacción de los Usuarios de los Hospitales del Ministerio de Salud de la Provincia de Ica” (Tesis de docentes investigadores) UNICA. Ica, Perú
15. **CASTRO D.** (2010). “Efectividad de la Supervisión de enfermería en la reducción de infecciones intrahospitalarias en Uci, Hospital Alberto Sabogal, Es Salud. Rev de ciencias de la salud”.
16. **CAVALCANTI V,** (2014). Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes quirúrgicos una revisión integrativa.
17. **COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (COVE),** (2003). Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad.
18. **DAGNINO J.** y et al. (2006): Evaluación preoperatoria, Manual de Anestesiología, Primera edición, Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile
19. **DAVIES L.** (2008) Preoperative education for total hip and knee replacement patients. Arthritis Care Res. USA.
20. **DEBRA G.** y et al. (2016).”Exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria - Serie—Indicaciones”.
21. **DE SOUSA D.** y et al (2013) Relevancia de los Exámenes de Rutina en Pacientes de Bajo Riesgo Sometidos a Cirugías Menores. BRASIL
22. **DELLINGER E.** (2009). Infecciones quirúrgicas. En: Sabinston D, editor. Tratado de patología quirúrgica. 15^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
23. **DÍAZ, E.,** y et al.. (2005). El conocimiento científico, Revista Científica, Buenos Aires – Argentina.
24. **DURCEL G, FABRY J, NICOLLE L.** (2009) Prevención de las infecciones nosocomiales
25. **FULLER J.** (2013). Instrumentación quirúrgica. 5.^a ed. Panamericana.
26. **GONZALES R.** y et al. (2002). “El cuidado Humano como valor en el ejercicio de los profesionales de salud”.

27. **GONZÁLES NAVARRO, J. R.** (s/f). (2011). Introducción al Proceso de Atención de Enfermería. Introducción al Proceso de Atención de Enfermería.
28. **GUARDAVIDAS** (2012). Traumatismos en Tejidos Blandos con heridas cerradas y heridas abiertas. Recuperado el 7 de octubre de 2011, de Traumatismos en Tejidos Blandos con heridas cerradas y heridas abiertas.
29. **GUILLAMED A.** (2010). Enfermería quirúrgica.
30. **GUTIÉRREZ-FERNÁNDEZ R,** (2010). La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Rev CONAMED.
31. **Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza** (2013). “Estadísticas de Cirugías. Plan anual Arequipa – Perú
32. **HOWELL JM** y et al. (2010). Colegio Americano de Médicos de Emergencia. Clinical policy: Critical issues in the evaluation y management of emergency department patients with suspected appendicitis. Ann Emerg Med. ; 55:71-116.
33. **IBEAS.** (2010). Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura.[Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
34. **LIBERATO EVANGELISTA** (2013) “Relación entre nivel de conocimiento y cumplimiento de la práctica de medidas de bioseguridad del Profesional de Enfermería en el Centro Quirúrgico del Instituto Nacional de Oftalmología INO” Lima, Perú. UNMSM; 2013.
35. **LÓPEZ ROIG, S.** (2005). Preparación Psicológica del paciente quirúrgico. Ciencias Psicosociales Aplicadas II. Madrid: Ediciones Síntesis S.A. España.
36. **MANGRAM A.** y et al. (2000). The Hospital Infection Control Practices Advisory Comite.Guideline for the prevention of surgical site infection, Infect Control Hosp Epidemiol; 20:247-280.
37. **MEDINA Y.** y et al. (2011). Infecciones de las heridas quirúrgicas relacionadas a la atención perioperatoria.
38. **MEDLINE.** (2016). Histerectomía.

39. **MÉNDEZ C. (2012).** Enfermería Quirúrgica.
40. **MENDOZA B.** (2015). Atención de enfermería en el perioperatorio.
41. **MENEU J.** (2017). "Laparotomía o apertura de la cavidad abdominal".
42. **MINISTERIO DE SALUD.** (2004). Manual de Bioseguridad. [
43. **MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)** (2010). Departamento de calidad y seguridad del paciente. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
44. **MINISTERIO DE SANIDAD.** (2016). Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud.
45. **MOIRA CONTRERAS.** (2012). Tipos de cirugías
46. **NATIONAL CENTER FOR INFECTIOUS DISEASES** (2012). Hospital Infections Program Centers for Disease Control and Prevention, Public.
47. **NOGUERA, N. (2013).** Proceso de atención de enfermería, una herramienta para la garantía del cuidado. Revista de Enfermería.
48. **OMS. (2005).** Reto mundial en pro de la seguridad del paciente 2005-2006. Una atención limpia es una atención más segura. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
49. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).** (2008). Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. 2008.
50. **OMS.** (2009). Manual de aplicación de la lista OMS de la verificación de la seguridad de la cirugía
51. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD,** (2014). Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Ginebra.
52. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (2014). Una atención limpia es una atención más segura. OMS Ginebra.
53. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD,** (2014). Una atención limpia es una atención más segura.
54. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD,** 2016 boletín sobre la accesibilidad a los servicios de salud y cirugía.

55. **PAJUELO A.** (2004), Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, Boletín Oficial del Estado, no 274, España.
56. **PALMA I.** (2015). "Características del cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en los servicios de medicina de un hospital nacional según la percepción de los internos de enfermería.2015 Perú".
57. **PEREZ J.** y et al. (2012). Definición de cuidado de enfermería.
58. **PEREZ C.** y et al. (2000). "Significado del cuidado de enfermería para el paciente oncológico".
59. **RAMÍREZ G, MARTHA C,** (2013). El profesional de enfermería en la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. Guías ACOFAEN. Biblioteca las Casas.
60. **RAMÍREZ G, MARTHA C,** (2014). El profesional de enfermería en la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. Guías ACOFAEN. Biblioteca las casas.
61. **RODRÍGUEZ, M.** (2012). Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis de maestría. Lima: UNMSM. Pág. 25. Perú.
62. **SAINZ ROJO A.** (1999). Infección nosocomial. Memoria de calidad en atención especializada. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
63. **SANCHEZ J.** (2016). "Cirugía laparoscópica, colecistectomía laparoscópica".
64. **SANCHEZ F.** (2003). Guía de intervención de Enfermería basada en la evidencia científica Gerencia. Colombia: Ed. Carreta.
65. **SARVATY ÁNGELA** (2008).Conviviendo la ambivalencia en las interacciones de cuidado en el periodo perioperatorio [dissertation]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
66. **SMALL F, HOFMEYR GJ.** (2006). Profilaxis antibiótica para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4. Oxford: Update Software; Sociedad Española de Obstetricia y

Ginecología. Antibioterapia profiláctica en ginecología. Protocolos y guías de actuación clínica.

67. **TIMANA, L.** (2006). Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Revista portales médicos. Callao-Perú, 24(1), 1-5.
68. **UT MEDICAL GROUP INC.** (2011). Colectectomía: cirugía abierta (Extirpación de la vesícula: cirugía abierta).
69. **VARAS J.** y et al. (2008). Seguridad del paciente y calidad en atención hospitalaria: desafíos permanentes.
70. **WALDOW, V.** (2008). "Cuidar: expresión humanizadora de la Enfermería". Primera edición. Editorial Nueva Palabra. México.
71. **WOLFE JM.** y et al. (2009). "La apendicitis aguda. En: Marx JA, ed. Rosen's Medicina de emergencia: Conceptos y Práctica Clínica". 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier: chap 91.
72. **UCHA F.** (2017). "Cuidados de enfermería para el alivio del dolor post-quirúrgico".
73. **ZULMA D.** (2014). Papel de enfermería en la vigilancia y control epidemiológico de la infección. Notas científicas de la clínica Marley.

BIBLIOGRAFIA

74. **BEGOÑA, Z. (2003)**, Manual de Enfermería Quirúrgica, Hospital de Galdokao, España.
75. **BRUNNER, L. Y SUDDARTH, D. (2005)**, México. "Enfermería Medico Quirúrgica" 9na edición. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.
76. **CANTILLO EV. (2007)**. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte 2007; 23(1):112-119.
77. **CERIANI JM. (2009)**. La OMS y su iniciativa" Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Arch argent pediatr 2009; 107(5):385-386.
78. **CIELO M. y et al. (2012)**: Adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias en tres unidades de cuidados intensivos. Investigaciones Andinas. 2012; 14(24): 372-384. (28) Carmen CB. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. Texto Contexto Enferm Florianópolis. 2010; 19(4): 762-6.
79. **CUNNINGHAM M, BUNN F, HANDSCOMB K. (2006)**: Antibióticos profilácticos para la prevención de la infección del sitio quirúrgico posterior a la cirugía por cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, Oxford: Update Software.
80. **DELLINGER E. (1999)**. Infecciones quirúrgicas. En: Sabinston D, editor. Tratado de patología quirúrgica. 15.^a ed. México: McGraw- Hill Interamericana.
81. **FULLER, J. K. y FULLER, J. R. (2007)**. Instrumentación quirúrgica: teoría, técnicas y procedimientos. Ed. Médica Panamericana.
82. **HORAN T. y et al. (1992)**. Definitions of nosocomial surgical site infections, 1992. A modification of CDC definitions of surgical wound infections. Infect Control Hosp Epidemiol.; 13:606-8.
83. **GARCÍA-BARBERO M. (2004)**. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Monografías humanitas 2004; 8:209-220.

84. **GUTIÉRREZ-FERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ-MARTÍN J.** (2010). La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Rev CONAMED 2010; 15(4):188-194.
85. **MARRINER-TOMEY, A. y ALLIGOOD, M. R.** (1994). Modelos y teorías en enfermería (pp. 148-157). Mosby/Doyma Libros
86. **MORALES J.** (2017) Tratado de cirugía general. Tercera edición. Mexico. Editorial Manual Moderno.
87. **LARSON E.**(2006). Guideline for use of topical antimicrobial agents. Am J Infect Control. 1988; 16:253-66. Lipp A, Edwards P. Máscaras faciales quirúrgicas desechables para prevenir la infección de la herida quirúrgica en la cirugía limpia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4.Oxford: Update Software; 2006.
88. **LEAPE LL.** (2008). Alcance del problema e historia de la seguridad de la paciente. Obstet Gynecol Clin N Am 2008; 35(1):1-10.
89. **SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ASISITENCIA SANITARIA,** (2012). Servicio Andaluz de Salud. Plan de vigilancia y control de infecciones nosocomiales en hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: Subdirección General de Asisitencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.

ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN AGUSTIN

“CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA Y CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRURGICO HRHD. AREQUIPA 2017.

ANEXO 01
ENTREVISTA

Estimada Srta o Sra, la presente investigación tiene por finalidad identificar algunos aspectos de importancia para la profesión, por tanto, le rogamos responder con veracidad a las preguntas. Las respuestas son confidenciales

A. DATOS GENERALES DE LA ENFERMERA:

1. Universidad de Procedencia

- UNSA ()
- UCSM ()
- OTRAS ()

2. Sexo: M () F ()

3. Edad:

- 21-30 años ()
- 31-40 años ()
- 41-50 años ()
- 51 a mas ()

4. Tiempo que se desempeña en el servicio:

- 1-5 años ()
- 6-10 años ()
- 11-20 años ()
- 20 a más años ()

5. Condición Laboral: Nombrada () Contratada ()

6. ¿Cree usted que es de importancia contar con una red de apoyo emocional a la enfermería? Si () No ()

7. Tipo de cirugía abdominal que se realizó:

- Colectomía (Vesícula) ()
- Hernioplastia (Hernia) ()
- Laparotomía ()
- Apendicectomía (Apéndice) ()
- Otras ()

CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO

Instrucciones: A continuación se muestran una serie de enunciados relacionados con los conocimientos de cirugía segura, marque la respuesta correcta

A. FUNDAMENTOS	
1.	El listado de verificación fue creado por:
	a. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP)
	b. Organización Panamericana de la Salud (OPS)
	c. Organización Mundial de la Salud (OMS)
	d. Todas son correctas
2	El listado de verificación de cirugía segura se debe aplicar en:
	a. Todos los hospitales del país
	b. Solo en Hospitales de primer nivel
	c. No se puede aplicar en clínicas privadas
B. FASE PREOPERATORIA: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE ANESTESIA	
3.	La demarcación del sitio quirúrgico en el paciente lo realiza:
	a. El cirujano
	b. Anestesiólogo
	c. Enfermera
4.	La verificación de los aparatos de anestesia y la medicación se realiza cuando el paciente esta::
	a. Consciente
	b. Anestesiado
	c. Después de la cirugía
5.	El Proceso de Atención de Enfermería se define como :
	a. Antes de la cirugía
	b. Durante la cirugía
6	El riesgo de hemorragia equivale a:
	a. Mayor a 200ml (7ml/kg en niños)
	b. Mayor a 400ml (7ml/kg en niños)
	c. Mayor a 500ml (7ml/kg en niños)
	d. Mayor de 1000ml (7ml/kg en niños)
C. FASE INTRAOPERATORIA: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA	
7.	La confirmación de la identidad del paciente sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente:
	a. Despierto
	b. Bajo la anestesia

8.	La profilaxis antibiótica se debe utilizar:	
	a.	30 minutos antes de la cirugía
	b.	60 minutos antes de la cirugía
	c.	c) 90 minutos antes de la cirugía
9.	En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano todo es correcto excepto::	
	a.	Describir pasos críticos
	b.	La duración de la operación
	c.	La pérdida de sangre prevista
	d.	La técnica quirúrgica
	e.	La edad del paciente
10.	En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es correcto	
	a.	Confirmar la esterilidad de equipos
	b.	Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos
	c.	Visualizar imágenes diagnosticas esenciales
	d.	Todo es correcto
	e.	Ninguna es correcta
D. FASE POSTOPERATORIA: Antes de que el paciente salga del quirófano.		
11.	Señale lo verdadero::	
	a.	La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento
	b.	El recuento de instrumento (gasas y agujas)
	c.	El etiquetado de la muestras en voz alta con el nombre del paciente
	d.	Si hay problemas con instrumental y equipos
	e.	Todos son correctas
	f.	Ninguna es correcta
12.	Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica	
	a.	Cirujano
	b.	Anestesista
	c.	Enfermera
	d.	Todos
	e.	Solo a y b

Cuestionario conocimientos de Manual de Cirugía Segura de la OMS. Hospital Cuenca (Ecuador) Astudillo y Espinoza 2015

CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES, HERIDAS QUIRÚRGICAS ABDOMINALES

ANEXO Nº 03

GUIA DE OBSEVACION

CUIDADOS			
Relacionados al paciente		SI	NO
1.	Responde con respeto y conocimiento científico a las inquietudes y preguntas al paciente		
2.	El corte de vello es realizado inmediatamente antes de la cirugía		
3.	Valora al paciente aplicando examen físico		
4.	Valora al paciente con patrones funcionales		
5.	Proporciona medidas de confort		
6.	Administra medicación prescrita y a la hora indicada		
7.	Valora el estado de la herida quirúrgica		
Relacionados a registros y guías			
8.	Existe un registro de valoración de las heridas		
9.	Existe una guía para la prevención de infección de heridas		
10.	Realiza educación al paciente y familia		
Relacionados al proceso de enfermera			
1.	Realiza el lavado de manos después de cada procedimiento		
1.	Utiliza HCL y exámenes de laboratorio para la valoración del paciente		
1.	Realiza el plan de cuidados basado en el PAE		
1.	Utiliza resultados esperados (NOC) para planificar las intervenciones de enfermería (NIC)		
1.	Aplica el PAE en el cuidado diario del paciente		
1.	Utiliza el lenguaje del proceso		
1.	Realiza diagnósticos enfermeros a partir de la valoración		
Relacionados a la bioseguridad		Adecuada	Inadecuada
1.	Aplica técnicas de aislamiento		
1.	Manejo correcto material estéril		
2.	Cambio diario de soluciones		
2.	Eliminación de desechos		
2.	Manejo de material y equipo contaminado		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO N 04

Yo

He recibido información suficiente sobre la investigación para la cual se pide mi participación, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la misma.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente; también comprendo que la información que proporcione no repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo y mi desarrollo en la escuela.

Por lo dicho, *“Acepto libremente participar de la investigación mencionada”*

Para que conste firmo al pie de este documento:

D.N.I.....

Arequipa,.....de.....del 2017

CONSIDERACIONES ÉTICAS

ANEXO Nº 05

Para el desarrollo del presente estudio se han respetado los criterios éticos del Comité Responsable de Experimentación Humana y la Declaración de Helsinki de 1975 y cuya versión oficial actual es la Declaración modificada en el año 2004 que señala que la investigación en salud debe ser apoyada en el conocimiento de la literatura científica y fundamentalmente debe promoverse el respeto, la protección de la salud y los derechos humanos. Así mismo, señala que las personas que participan en trabajos de investigación deben de brindar su consentimiento informado para ello, previa explicación detallada del propósito, método y fines de la investigación.

ANEXO N° 06

DESCRIPCION, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

1. TEST DE CONOCIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA (ANEXO 01)

El Test de conocimientos de cirugía segura fue elaborado por Astudillo y Espinoza (2015) Hospital Cuenca (Ecuador) tomando en cuenta el Manual de Cirugía Segura de la OMS, consta de 12 preguntas de respuestas de selección simple Si o No que abarca las siguientes dimensiones: fundamentos, fase preoperatoria, fase intraoperatoria, fase postoperatoria:, evaluados en escala vigesimal en los siguientes niveles:

Bueno	(17-24)
Regular	(09-16)
Deficiente	(00-08)

Para su validación fue aplicado en 452 cirugías con el listado de verificación de cirugía segura, en un formulario para medir los conocimientos del personal sanitario determinados por medio de un cuestionario elaborado con base de datos de la OMS

Esta Lista de verificación tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

2. CUIDADO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA ABDOMINAL (REGISTRO DE OBSERVACION)

La guía de observación, cuidados en prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales fue construido por Mina García, S. (2012) Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, que aplican las enfermeras de centro quirúrgico agrupados en factores relacionados: al paciente, registros y guías, proceso de enfermería, bioseguridad en las enfermeras de centro quirúrgico

La guía contiene 22 ítems con dos alternativas para cada pregunta.

02 Respuesta correcta

01 Respuesta incorrecta

Las puntuaciones se obtienen sumando el número de alternativas elegidas, de acuerdo a la codificación de los factores, obteniéndose la siguiente clasificación:

- ~ Cuidados óptimos: 23 - 44 puntos
- ~ Cuidados parciales: 12 a 22 puntos
- ~ Cuidados deficientes: 00 a 11 puntos

Fue validado en 100 pacientes con algún tipo de cirugía abdominal en personal de cirugía del Hospital San Vicente de Paul disminuir la tasa de infección en herida quirúrgica abdominal, pues contiene fundamentos científicos de cada intervención, que son de conocimiento del personal profesional de enfermería y que no están siendo aplicados.

Así mismo esta propuesta es de gran importancia porque al disminuir la tasa de infección, disminuye la estancia hospitalaria del paciente educiendo así costos.

Respecto de la confiabilidad fueron observados coeficientes alfa de Cronbach $>0,70$ para la mayoría de las variables y coeficientes de correlación entra clases significativas los que apuntaron a la estabilidad temporal de los conceptos mensurados. El instrumento desarrollado mostró evidencias de validez de contenido y de confiabilidad.