

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA UNIDAD DE POSTGRADO**



**COMPETENCIAS DEL INSTRUMENTADOR
QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SERVICIO DE
QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO
TRIMESTRE LA PAZ 2021**

POSTULANTE: Lic. Janneth Nancy Tintaya Mejía

TUTORA: Lic. MSc. Eliana Bárbara Ancasi Choque

**Trabajo de Grado para optar el título de Especialista en Enfermería
Instrumentación Quirúrgica y Gestión de central de Esterilización**

La Paz – Bolivia

2022

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido llegar a la conclusión de mis estudios, por protegerme siempre y darme fuerzas necesarias para superar dificultades en esta etapa de la vida

A Mis docentes que han formado parte de mi preparación profesional y por sentar bases para el éxito de mi carrera.

A mi tutora por guiarme por el camino correcto para el aprendizaje de mi carrera.

A mis maestras de mi querido Hospital de la Mujer por brindarme sus enseñanzas de forma constante y demostrarme la pasión hacia la práctica por la enfermería

DEDICATORIA

A mi amado padre, por enseñarme el camino del éxito con dedicación y empeño.

A mi madre por ser mi fortaleza y la fuerza que me brinda en todo momento por su amor incondicional.

A mis hermanos y hermana por ser los motores de mi vida que gracias a su apoyo incondicional han permitido que culmine la segunda etapa de mi vida de mi vida profesional.

A mis sobrinos por el apoyo recibido a lo largo de mi carrera, por su preocupación y muestra de cariño.

RESUMEN

Las guías metodológicas de procedimientos quirúrgicos de enfermería, constituyen instrumentos de planificación y gestión de gran importancia que serán aplicados a su realidad, con el fin de utilizar adecuadamente los recursos humanos y materiales quirúrgicos. Las enfermeras quirúrgicas son necesarias, forman parte del proceso perioperatorio, agilizando el proceso quirúrgico, favoreciendo el desarrollo de la cirugía, haciéndole al paciente todo el transcurso más confortable y llevadero. **Objetivo:** Determinar las competencias del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos, servicio de quirófano, hospital de la Mujer segundo trimestre La Paz 2021. **Metodología:** Se realizó un estudio de carácter descriptivo, analítico, cuantitativo de corte transversal, con una población de 12 licenciadas de enfermería que trabajan en el servicio de quirófano. Los **Resultados:** Las variables sociodemográficas mostraron que el 17% tiene Especialidad, el 41.5% un diplomado y el 41.5% son Licenciadas de enfermería; el ítem de actualización del instrumentador quirúrgico la autoformación es de 75%; institucional 17%, ninguna el 8%. Los resultados cognitivos fueron el 61.2 % incorrecto, el 38.8 % correcto. En las preguntas cerradas el 56.25% contestan si, el 43.75% no. En las preguntas abiertas el 92% dejan vacío y el 8% contestan adecuadamente. En cuanto a la guía de observación el 59.08% no aplica los conocimientos teóricos, el 40.92% aplica. **Conclusiones:** Las competencias cognitivas del instrumentador quirúrgico en la aplicación de guías de procedimientos quirúrgicos se observa que necesitan incrementar sus conocimientos, tanto teóricos, prácticos y cognitivos. Para desarrollar cada técnica con la mayor eficiencia. Al no existir guías de procedimientos quirúrgicos de enfermería son causantes de inconvenientes en el acto quirúrgico, de materiales e insumos y una mala utilización de los recursos humanos y material quirúrgico.

Palabras claves: Guías de procedimientos quirúrgicos, Competencia, Cirugía.

ABSTRAC

The methodological guides for nursing surgical procedures constitute planning and management tools of great importance that will be applied to your reality, in order to properly use human resources and surgical materials. Surgical nurses are necessary and are part of the perioperative process, speeding up the surgical process, favoring the development of the surgery, making the entire course more comfortable and bearable for the patient. **Objective:** To determine the competencies of the surgical instrumenter in complying with the surgical procedure guidelines, operating room service, Hospital de la Mujer second trimester La Paz 2021 **Methodology:** A descriptive, analytical, quantitative cross-sectional study was carried out with a population of 12 nursing graduates who work in the operating room service. **The Results:** The sociodemographic variables showed that 17% have a specialty, 41.5% have a diploma and 41.5% have nursing degrees; in the surgical instrument update item, self-training is 75%; institutional 17% and none 8%. The cognitive results were 61.2% incorrect and 38.8% correct. In the closed questions, 56.25% answered yes and 43.75% no. In the open questions, 92% leave empty and 8% answer appropriately. Regarding the observation guide, 59.08% do not apply theoretical knowledge and 40.92% apply. **Conclusions:** The cognitive competencies of the surgical instrumenter in the application of surgical procedure guides are observed to need to increase their knowledge, both theoretical, practical and cognitive. To develop each technique with the greatest efficiency. As there are no guidelines for nursing surgical procedures, they cause inconveniences in the surgical act, materials and supplies and a poor use of human resources and surgical material.

Keywords: Surgical procedure guides, Competence, Surgery.

Índice

	Pág.
I INTRODUCCIÓN	1
II JUSTIFICACIÓN	4
III ANTECEDENTES	6
IV MARCO TEORICO	18
4.1 MARCO CONCEPTUAL	18
4.1.1 Reseña historica.....	18
4.1.2 Protocolo	23
4.1.3 Definición de competencia.....	25
4.1.4 Área quirúrgica	30
4.1.4 Personal de quirófano.....	36
4.1.5 Vestimenta quirúrgica.....	37
4.1.5 Periodos quirúrgicos	38
4.1.6 Instrumentación quirúrgica.....	39
4.1.7 Funciones del intrumentador	39
4.2 MARCO CONTEXTUAL	45
V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	49
VI PREGUNTA DE INVESTIGACION	50
VII OBJETIVOS	51
7.1 Objetivo general	51
7.2 Objetivos especificos	51
VIII DISEÑO METODOLOGICO	52
8.1 Tipo de estudio	52

8.2 Área de estudio	52
8.3 Población de estudio	53
8.4 Criterios de inclusion y exclusion	53
8.5 Variables	53
8.6 Operalización de variables	54
8.7 Técnicas y procedimientos.....	56
IX CONSIDERACIÓN ÉTICA.....	57
X RESULTADOS	59
XI CONCLUSIONES	72
XII RECOMENDACIONES.....	74
XIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
XIV ANEXOS	82
ANEXO 1 Cronograma.....	87
ANEXO 2 Autorización del trabajo de investigación.....	88
ANEXO 3 Respuesta de validación de instrumento.....	89
ANEXO 4 Instrumento de recolección de datos.....	90

Índice de Tablas

Pag.

Tabla N°1

Características de la identificación de la edad del instrumentador quirúrgico que trabaja en el servicio de quirófano del Hospital de la Mujer segundo trimestre 2021.....60

Tabla N° 2

Características de la identificación del sexo del instrumentador quirúrgico que trabaja en el servicio de quirófano del Hospital de la Mujer segundo trimestre 2021.....61

Tabla N°3

Formación Académica del instrumentador quirúrgico que trabaja en el servicio de quirófano del Hospital de la Mujer segundo trimestre 202162

Tabla N°4

Actualización del instrumentador quirúrgico que trabaja en el servicio de quirófano Hospital de la Mujer segundo trimestre 202163

Tabla N°5

Experiencia Laboral del instrumentador quirúrgico que trabaja en el servicio de quirófano del Hospital de la Mujer segundo trimestre 202164

Tabla N°6

Competencias Cognitivas del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos servicio de quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202165

Tabla N°7

Competencias Cognitivas del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos servicio de quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202166

Tabla N°8

Competencias Cognitivas del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos servicio de quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202167

Tabla N°9

Competencias Cognitivas del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos servicio de quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202168

Tabla N°10

Preguntas abiertas Competencias Cognitivas del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos, en quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202169

Tabla N°11

Aptitudes del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guía de observación de procedimientos quirúrgicos en el servicio de quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202170

Índice de Gráficos

Pag.

Grafico N°1

Aptitudes del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guía de observación de procedimientos quirúrgicos en el servicio de quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202170

Grafico N°2

Número de cirugías realizadas por especialidad en el servicio de quirófano, Hospital de la Mujer, segundo trimestre 202171

ABREVIATURAS

BQ	Bloque quirúrgico
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencias
INBORCA	Instituto Boliviano de Normalización y Calidad
MOF	Manual de organización y Funciones
OMS	Organización Mundial de Salud
MD	Ministerio de Salud
SEDES	Servicio Departamental de Salud
Cir.	Servicio de Cirugía
Med.	Servicio de Medicina
Obst – gine	Servicio de Obstetricia y Ginecología
PQ	Pabellones Quirúrgicos
PRO	Sala(s) de procedimientos
URG	Unidad de Emergencia
CMA	Cirugía mayor ambulatoria
IIH	Infecciones intrahospitalarias
EA	Evento adverso
QX.	Quirúrgico
CSTI	Cesárea segmentaria transversa iterativa
CSV	Control de sangrado vaginal
CV	Cardiovascular
CVC	Catéter venoso central

I INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, la enfermera se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamenten las acciones que llevan a cabo, a fin de brindar a los pacientes una mejor calidad en la atención. Voury señala que a mediados de 1800 Florencia Nightingale fue la primera persona en salud que se preocupó por registrar cada procedimiento y técnica ejecutada e incorporó herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados increíbles en los valores de la mortalidad es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería. (1)

Las guías metodológicas de atención de enfermería, constituyen instrumentos de planificación y gestión de gran importancia que deben ser manejados por el instrumentador quirúrgico que serán aplicados a su realidad, con el fin de utilizar adecuadamente los recursos humanos y materiales. (1)

La enfermería quirúrgica abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan en el bloque quirúrgico, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos. Funciones esenciales de la enfermería quirúrgica son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes. (CIE, 2002) (1)

La OMS reconoce a la enfermera quirúrgica como la responsable de la seguridad del paciente quirúrgico, con el listado de verificación, porque reconoce que la enfermera de quirófano es la que aglutina a todo el equipo". (2)

A fines del siglo XIX, 1900 – 1945 la enfermera preparaba los instrumentos quirúrgicos para la cirugía, a comienzos del siguiente asistía en los

procedimientos quirúrgicos y en la administración del éter, llamado “eterización” (3)

Las guías de enfermería quirúrgica son uno de los pilares básicos para determinar la forma de actuar y el compromiso de los profesionales de la salud en el desarrollo de los cuidados que llevan a cabo. Las investigaciones que se realizan en el ámbito de las ciencias de la salud aportan cada día nuevas evidencias que suponen cambios en los cuidados de los pacientes. (4)

La práctica de la enfermería quirúrgica se basa, entre otras cosas en la evidencia, por lo que aplica aquellas técnicas que se consideran más efectivas y relevantes. los profesionales de la salud disponen de diversas herramientas que ayudan a tomar decisiones, estas herramientas son las guías y los procedimientos, entre otras. (4)

Las guías de enfermería quirúrgica son documentos que además de establecer una normativa para la práctica, constituyen una importante fuente de información y facilitan la incorporación de nuevos profesionales. Por lo tanto, las guías deben ser actualizados para adaptarse a todas las novedades y reducir la variabilidad de la práctica quirúrgica. (4)

La enfermería quirúrgica ha experimentado en los últimos años un avance notable, existen múltiples ocasiones en las que ante un mismo problema se actúa de forma diferente. Una forma de amenorar éste efecto es incorporar instrumentos de enfermería que nos faciliten la toma de decisiones. Para ello, contamos con varias herramientas que, en esencia, son principios científicos y recomendaciones diseñadas para éste objetivo. Son concretamente las guías. (4)

Una guía es definida como una herramienta de calidad de atención de una determinada tarea y en el cual se han clarificado las actividades a realizar, que

permitan identificar los problemas, planificar y poder llevar a cabo los cuidados de cada procedimiento dentro el área quirúrgica. (4)

Protocolizar los cuidados nos obliga no solo a profundizar más en los conocimientos. sino también favorece la investigación científica, facilita obtener datos y amplia más en nuestra actualización, al identificar en la literatura médica la mejor evidencia científica, al decidir cuál es la intervención más adecuada y segura que promueve el mejor beneficio y desaconseja las menos efectiva. (4)

II JUSTIFICACIÓN

El equipo de profesionales del Bloque Quirúrgico ofrecemos cuidados especializados y de calidad basados en el conocimiento, la formación y la práctica basada en la evidencia científica, que incorporamos sistemáticamente a los planes de cuidados, guías, procedimientos como elementos para hacer efectivos los cuidados de enfermería. La aspiración es poder ofrecerle una atención y unos cuidados de excelencia a través de la mejora continua, en los que la seguridad del usuario y de su familia esté presente en todas nuestras actuaciones.

Es necesario buscar la eficacia de aplicar las guías de procedimientos quirúrgicos de enfermería, siempre que se trabaje con responsabilidad y calidad. La puesta en marcha de un documento de este tipo dedicado específicamente en la aplicación de guías ginecológicas y obstétricas, para enfermería quirúrgica ha demostrado ser un factor determinante en la mejora del seguimiento científico de los procedimientos y la complementación de todos los datos por parte del personal de enfermería. Su uso se fundamenta en principios y valores de calidad y eficiencia en la asignación de los recursos destinados a la provisión de los servicios.

El estudio permitió determinar cómo se aplican las guías de atención quirúrgicas de enfermería en el área quirúrgico del Hospital de la Mujer, ya que la bibliografía sugiere que es buen registro de seguimiento basado en la aplicación, unificación de criterios por parte del equipo quirúrgico, mejorando la trazabilidad de los procedimientos quirúrgicos para garantizar la atención, que permitió actualizar los conocimientos en el tema como respuesta a la necesidad del profesional de enfermería del presente siglo. Estos documentos, son considerados instrumentos fundamentales que, permiten resguardar la Calidad en la atención de Enfermería quirúrgica. Con la

aplicación correcta de guías de atención de enfermería, se avanza y mejora la Calidad de Atención y se evita que cada usuario, tenga un mismo riesgo y sea atendido de manera eficiente.

Una de las principales deficiencias que se encuentra en el área quirúrgico de nuestro hospital es el de no contar con guías de atención de enfermería de ginecología y obstetricia y si existe se encuentran desactualizados, en el momento del ingreso de un nuevo personal al área quirúrgico no se lo puede capacitar con estos documentos ya que dentro del servicio se desconoce de estas guías.

La correcta utilización de las guías de atención de enfermería, enriquecerá la práctica institucional, para lograr mejores resultados. Se considera un aspecto importante que el trato interpersonal y la utilización correcta de las guías de atención en quirófano, mejoraron los conocimientos del personal de salud. (3)

En este sentido, la presente investigación es necesaria para conocer las guías de procedimientos quirúrgicos de enfermería ginecológicas y obstétricas, el resultado permitió al Hospital de la Mujer, contar con información científica y objetiva sobre este tema, para que posteriormente las autoridades puedan plantear propuestas que permitan mejorar la situación dentro del servicio de quirófano.

Los resultados de la presente investigación serán útiles para posteriores estudios que se deseen realizar. Como beneficiarios principales del estudio se tiene al usuario, debido a que con el uso de guías adecuados se precautela principalmente la salud del usuario, mejorando el servicio de Quirófano como beneficiarios indirectos se tiene al personal de enfermería.

III ANTECEDENTES

OMS / *La OMS idea un nuevo instrumento para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas.* (5) El 25 de junio de 2008, GINEBRA/WASHINGTON. «La atención quirúrgica constituye desde hace más de un siglo un elemento esencial de los sistemas sanitarios a nivel mundial», ha dicho el Dr. Atul Gawande, cirujano y profesor de la Universidad de Harvard. «Aunque en las últimas décadas se han logrado una serie de mejoras decisivas, la calidad y seguridad de la atención quirúrgica sigue siendo alarmantemente variable en todas las partes del mundo.

La organización mundial de la salud (OMS) en Ginebra el 2008 realiza un congreso donde ellos mencionan que en estos últimos años se ha realizado directrices, estas directrices son guías de procedimientos que nos lleva a actuar en un determinado procedimiento

ESPAÑA

Gómez Ávila, E. y Ruiz López, PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS. (6) El trabajo se realizó en España en el Hospital Universitario de La Paz, Madrid en el bloque quirúrgico de la maternidad, el objetivo principal de este trabajo fue establecer una normativa, hasta ahora inexistente, que asegure la máxima calidad en la prestación de cuidados al paciente que debe someterse a cirugía. Los cuerpos extraños olvidados en el paciente constituyen la raíz de gran número de problemas deontológicos, legales y económicos. Para evitar estos problemas, cualquier quirófano debería tener establecido un protocolo para realizar el recuento de todo el material quirúrgico. Cómo y cuándo realizar el recuento, quiénes deben llevarlo a cabo, el registro, la actuación ante una incidencia, precauciones a tomar. son pautas importantes a seguir por todo el personal que trabaja en un quirófano. Incluyendo la existencia de protocolos para la manipulación de los distintos equipos auxiliares. El seguimiento de

estos protocolos asegura al paciente una adecuada protección, y al personal que trabaja en quirófano, seguridad (control de infecciones, control de inventario, minimización de lesiones.) Este trabajo se ha llevado a cabo siguiendo la estructura de los manuales y procedimientos que existen en nuestro hospital.

El artículo refiere a que realizaron un trabajo en base a procedimientos y protocolos ya existentes dentro del hospital de la maternidad los Oblitos son un problema para el paciente, para el equipo de salud que esto lleva a un gasto económico, problemas legales, deontológicos, por eso se debe tener un protocolo que este bien redactado y de fácil comprensión para verificar en qué momento se realizara el recuento de y tener así el adecuado control de materiales, insumos, de infecciones y una mejor protección del paciente y del mismo equipo de salud.

Mercedes Rincones de Alvarado "Competencias básicas del cuidado enfermero que reciben los usuarios durante la intervención quirúrgica."

(7)

El Profesional de Enfermería del área quirúrgica que ingresa a las instituciones de salud, amerita unas competencias, habilidades y destrezas para asistir al paciente con problemas quirúrgicos durante las etapas: Preoperatorio, Intraoperatorio y Postoperatorio.

Concebimos las competencias como un conjunto de articulado entre: conocimiento, habilidades, destrezas, comportamiento y clases de actitudes que definen un desempeño superior. Las cuales son efectivas para promover conductas deseables tales como: la socialización, la mejora de la comunicación, toma efectiva de decisiones.

Entre las competencias básicas intelectuales para el aprendizaje de una profesión, están las competencias cognitivas y las técnicas. Las competencias

técnicas se relacionan con el aprender a hacer: Que saberes prácticos y teóricos son los necesarios para el profesional de enfermería en el área quirúrgica. Las competencias cognitivas se relacionan a aprender a conocer: habilidades y conocimientos científicos que deberá adquirir el profesional de enfermería.

Dolores Varela Curto, José Villamisar, Lourdes Sanjurjo, Alicia Lamata Martínez. Plan estandarizado de cuidados intraoperatorios (8)

En el ámbito quirúrgico, aunque no se puede negar la importancia de las actividades puramente técnicas, no debemos olvidar la atención a las necesidades biopsicosociales del paciente quirúrgico. Dado que los cuidados de enfermería en el quirófano deben de ser concretos y específicos para este tipo de pacientes, nos planteamos la necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizados con el fin de establecer unos Diagnósticos de Enfermería que nos sirvan para clarificar nuestro rol de enfermeras, unificar la actuación de todos los profesionales quirúrgicos y establecer una referencia para el control de calidad. Los objetivos principales serán: la atención integral de cualquier paciente quirúrgico, independientemente de la patología que presente. Proporcionar los cuidados de enfermería necesarios para que la intervención se lleve a cabo de forma eficiente y eficaz. Proporcionar información que facilite la cobertura legal, la gestión, la investigación y la docencia. La elaboración de este plan de cuidados se fundamenta en los Diagnósticos de Enfermería desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) y en las necesidades descritas en el modelo de Virginia Henderson, sin olvidar los dos tipos de situaciones que, según Lynda Carpenito, las enfermeras tienen la responsabilidad de tratar. > La implantación de los planes de cuidados aporta beneficios al paciente, al ofrecerle los mejores cuidados; al profesional de enfermería, transmitiéndole seguridad y reconocimiento al incorporar criterios de calidad en sus intervenciones, y al hospital, al optimizar los recursos. > La existencia de un

plan de cuidados intraoperatorios nos permitirá registrar nuestras actividades y asegurar una continuidad en los cuidados a la vez que unificamos criterios y demostramos las funciones de enfermería en el Área Quirúrgica, consolidando nuestra identidad profesional.

Blanca María Higuera San Román Funciones de Enfermería en el Perioperatorio (9)

El quirófano es un área especial, en el que se desarrollan intervenciones quirúrgicas, con unas características concretas. Se rige bajo un reglamento de asepsia, limpieza y esterilidad según el protocolo del hospital para evitar infecciones y aumentar la efectividad de las cirugías. Para el desarrollo de estas actividades quirúrgicas, existe un equipo multidisciplinar que actúa en coordinación. Este equipo está formado por cirujanos, anestesistas, enfermeros, auxiliares, celadores y otros técnicos.

Uno de los miembros más importantes es el personal de Enfermería ya que, no sólo actúa en el desarrollo de la operación, ayudando al cirujano o manteniendo en orden el quirófano, sino que se encarga de disminuir el estrés y proporcionar apoyo al paciente desde el primer momento del preoperatorio, así como, de informarse sobre su estado y posibles complicaciones después de la intervención.

Por tanto, la cirugía no es sólo un procedimiento técnico, sino que, la parte más importante es la humanización de los cuidados.

El presente artículo realiza una revisión bibliográfica de las funciones de Enfermería en el perioperatorio, completándose con varios diagnósticos de Enfermería básicos a tener en cuenta en un paciente adulto que va a someterse a una intervención quirúrgica programada, hospitalaria o ambulatoria.

Ana María Moltó Boluda. Enfermera; Engracia Casaucao Saavedra. Enfermera; Adolfo Núñez García. Enfermero; Carmen Salas Sosa. Auxiliar de enfermería Área Quirúrgica. Servicio de Quirófano Hospital de Valme Sevilla Protocolo de actuación en Enfermería en cesáreas (10)

La cesárea consiste en la extracción del feto por vía abdominal. Existen indicaciones precisas que imponen este tipo de intervención y aunque en algunas ocasiones se sabe con antelación que el parto normal por vía vaginal no va a ser posible y por tanto se puede programar la intervención, en un porcentaje muy elevado la cesárea se realiza de urgencias. La necesidad de una actuación rápida y eficaz por parte del personal enfermero en quirófano nos ha llevado a realizar unos protocolos de actuación unificando criterios aprovechando los recursos de los que disponemos. Estos protocolos, además, servirán de guía a los profesionales de nueva incorporación al servicio de quirófano de nuestro hospital. En el protocolo de cesáreas definimos la intervención y las causas de su indicación, los recursos humanos y materiales para su realización, describimos la técnica y las tareas a realizar por los profesionales de enfermería y por último hacemos hincapié con las observaciones en temas a tener en cuenta durante la intervención.

Manuel Melara "La importancia de la enfermería perioperatoria" (11)

Sabemos que la actividad quirúrgica es clave para un hospital ya que representa una de las principales fuentes de ingresos, pero también de gastos. Sabemos también de la importancia de una gestión eficiente del proceso perioperatorio. Pero no se habla mucho de la importancia de la enfermería perioperatoria. Ni de la responsabilidad que tiene dentro de un equipo multidisciplinar.

Es fundamental que desde los hospitales se facilite a los profesionales poder alcanzar un buen nivel de competencia. Esto permitirá al profesional de enfermería:

1. Dar una atención de calidad y segura.
2. Operar en un equipo multidisciplinar.
3. Participar en programas que aseguren la calidad en los cuidados.
4. Organizar y gestionar un quirófano y un área quirúrgica.
5. Participar en estrategias de gestión de riesgos.

Las áreas de actuación de la enfermería perioperatoria son grandes. Esto nos indica la relevancia de estos profesionales y la importancia de facilitar el buen desempeño de su trabajo:

1. Cirugía ambulatoria o de día.
2. Quirófano.
3. Sala de Anestesia.
4. Reanimación.
5. Esterilización.
6. Otros campos como Endoscopia, Radiología intervencionista, etc.

PERU

Hernández V. Amenazas, debilidades y limitaciones de la cirugía basada en la evidencia nos menciona sobre el estudio (12)

La cirugía basada en la evidencia (CBE) se sustenta en la **investigación** clínica y en el positivismo. Ambas están siendo cuestionadas en razón a las características propias de la práctica quirúrgica donde predomina la técnica y el arte. Consecuencia de ello no existe un número importante de evidencias publicadas. Esto constituye una limitación en la aplicación de la CBE. El

propósito de este artículo es discutir las amenazas, debilidades y limitaciones de la CBE.

La cirugía basada en la evidencia nos dice hay investigación clínica en muchos lugares la práctica quirúrgica en estos últimos siglos avanzó esto a partir de la experiencia quirúrgica, esta misma que fue desarrollada por parte de los cirujanos con el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades de manera en uno de ellos fue en Manchester la universidad donde un grupo de investigadores comienza una indagación acerca de las evidencias o confirmaciones científicas que sostiene a cada una de las acciones que los médicos realizan, tratan de rescatar las acciones que estén realmente sustentadas con metodología científica. Los resultados mostraron que casi un 80% de nuestra praxis médica está fundada en aspectos culturales, aprendidos a través de transmisión oral, o bien a través de estudios que no son capaces de mostrar en forma consistente lo que quieren demostrar, es hacer que la práctica clínica quirúrgica tenga más sustento científico.

Reyes Novoa, Eva Ericka “CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE.” (13)

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal, sustentado en la teoría de Florencia Nightingale; quien contempla el actuar en salud como conciencia quirúrgica para el actuar juicioso y la aplicación de aquellas normas y principios el objetivo: Determinar el cumplimiento de funciones de la enfermera especialista en sala de operaciones del Hospital Hipólito Unanue – 2016. Material y método: Estudio descriptivo, no experimental, con un enfoque cuantitativo; diseño transversal. La población estuvo conformada por 30 enfermeras especialistas en sala de operaciones, que reunieron los criterios de inclusión.

El instrumento que se utilizó fue una guía de observación, que contempla los ítems en 3 espacios, antes, durante y después de la cirugía, con un valor de 1 punto a la respuesta afirmativa y 0 puntos una respuesta negativa, su validación fue a través de juicios de expertos y la confiabilidad con alfa de Cronbach (OKR – 20). Resultado y conclusiones: De un total de 30 enfermeras especialistas, el 83.3% si cumplen sus funciones y el 16.7% no cumplen con sus funciones.

ECUADOR

Gerardo Ramos Serpa, Adriana López Falcón, Grimaneza Fonseca Díaz Conocimientos y competencias profesionales específicas: una muestra en enfermería quirúrgica en la UNIANDES (14)

A partir del reconocimiento de que la educación por competencias constituye una de las formas de enfrentar la pertinencia y calidad de la educación en general y de la formación de profesionales en particular, en el contexto de los debates actuales sobre dicho tema y considerando al modelo Tuning de competencias genéricas y específicas como una opción para implementar dicha educación el objetivo: fundamentar la estrecha relación indisoluble entre los conocimientos y las competencias profesionales específicas en el proceso de formación de nivel superior y su expresión en la Enfermería Quirúrgica, se realizó un estudio crítico reflexivo basado en el análisis y la síntesis, así como de constatación de la validez de los puntos de vista asumidos como referentes para la elaboración de un texto de enfermería quirúrgica o perioperatoria empleado en el proceso de formación del profesional de enfermería en una institución universitaria. Posicionamiento del autor: Esto permitió mostrar cómo en la carrera de Enfermería de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes de Ecuador se ha concebido la formación de este profesional integrando adecuadamente los conocimientos y las competencias, expresado en la elaboración de una obra científica que permite la fundamentación y

actualización de relevantes conocimientos necesarios en el campo de la enfermería quirúrgica para el desarrollo de la educación por competencias en la formación de este profesional.

María Nelly Echeverría Jaramillo, Judith Inmaculada Francisco Pérez
“Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico” Experiencia en un hospital de Ibarra. (15)

La gestión por la calidad del cuidado debe desarrollarse en el marco de una filosofía que asegure una atención integral, personalizada y libre de riesgo. En el ambiente quirúrgico la persona pasa a formar parte de un sistema que implica riesgos adicionales a los de cualquier área de hospitalización, el objetivo: Mejorar la calidad del cuidado enfermero en el centro quirúrgico del hospital San Vicente de Paul, en Ibarra, Ecuador. Métodos: Se empleó la metodología del marco lógico en la identificación de los problemas que interferían en la calidad del cuidado y la planificación de una matriz donde se organizó el resumen narrativo de los objetivos, los indicadores verificables para cada nivel, los medios de verificación y los supuestos. Participaron 12 enfermeras y 348 pacientes. Resultados: Con la participación de todo el personal, se diseñaron cinco protocolos básicos del cuidado enfermero y se desarrolló un plan de capacitación acerca de la aplicación de los mismos, constatando su uso durante los tres meses posteriores a su diseño. Además, se implementó el proceso de entrega recepción de turnos con base en la normativa establecida. Conclusiones: La metodología empleada permitió mejorar el cuidado de enfermería y la seguridad de los usuarios en el centro quirúrgico, mejorando con ello su satisfacción con la atención recibida

COLOMBIA

Ángela María Salazar Maya Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria (16)

El cuidado de enfermería se fundamenta en las interacciones que establecen el paciente y el equipo de enfermería en diferentes escenarios; en este caso, en el "período perioperatorio" con el objetivo describir las estrategias de acción/interacción entre el equipo de enfermería paciente, emergidas durante la investigación "Conviviendo con la ambivalencia en las interacciones de cuidado". Con una metodología con herramientas de la teoría fundamentada se realizaron 47 entrevistas a 20 pacientes que habían sido intervenidos quirúrgicamente y a 27 integrantes del equipo de enfermería y una observación participante y no participante durante 7 meses, en dos hospitales de segundo nivel de atención en Medellín, Colombia los resultados: las estrategias de acción e interacción que emergieron del esquema teórico fueron: Cumpliendo los rituales de enfermería relacionados con los procesos y procedimientos técnicos en el perioperatorio y Haciendo-me sentir como en casa: la tranquilidad, la confianza y la seguridad fueron objetivos permanentes del equipo de enfermería durante las interacciones con el paciente desde de la dimensión subjetiva del cuidado. Conclusiones: a través de la interacción los sentimientos cumplen una función particular e individual. Se precisan en el equipo de enfermería atributos como la sensibilidad humana, que busca respetar al otro como ser humano que tiene sentimientos y sensibilidad, y que junto con la charla y el humor buscan el bienestar y tranquilidad del paciente para hacerlo sentir como en casa

CUBA

Dalila Aida Aguirre Rayal, Ana Bárbara Hernández JiménezII Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería (17)

La Enfermería es una profesión de ayuda, que tiene un cuerpo de conocimientos abstractos formado por una serie de teorías y modelos enriquecidos con los resultados que se obtienen de la investigación. Objetivo:

Valorar el estado actual acerca de la construcción de protocolos de cuidados. Material y Métodos: se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, se tuvieron en cuenta los resultados de investigaciones sobre protocolos de cuidados publicados entre los últimos 5 y 10 años disponibles en Scielo, Lilacs, Fistera, Medline y Conhrane. Se utilizó como motor de búsqueda Google y los términos protocolos de cuidado de Enfermería, guías prácticas, evidencia científica, práctica de Enfermería basada en evidencia. Resultados: este instrumento recibe diversidad de denominaciones y su estructura es variable. Enfermería enfrenta dificultades ante su elaboración y los propósitos para los cuales se construyen son diversos. Se declara la flexibilidad, dinamismo y científicidad, aunque se propone homogeneización en estructura, dada la diversidad de diseños existentes dentro de un mismo país, existe coincidencias en que deben sustentarse en las mejores evidencias científicas. Conclusiones: los protocolos permiten normalizar la práctica asistencial, reducir la variabilidad clínica, facilita la adopción de decisiones y mejorar la calidad de la atención. No se encontró homogeneidad de estructura en la literatura revisada debido a la complejidad de los servicios donde se utilizan, la disponibilidad de recursos materiales y humanos con que cuentan las instituciones para la actividad asistencial.

Jara Valiño, Francisco Javier. Diplomado en Enfermería. Rodríguez Valiente, Sonia. Diplomada en Enfermería. Espina Rodríguez, María del Rocío. Diplomada en Enfermería. Funciones de la enfermera en el quirófano (18)

Las enfermeras son necesarias y forman parte del proceso perioperatorio, agilizando el proceso quirúrgico, favoreciendo el desarrollo de la cirugía, haciéndole al paciente todo el transcurso más confortable y llevadero.

El quirófano es el área donde suceden las intervenciones quirúrgicas. Debe tener unas características determinadas: tiene que estar situada

céntricamente y con buena comunicación con servicios especiales del hospital (urgencias, laboratorios, esterilización, hospitalización, UCI...) Tiene una serie de normas en cuanto a asepsia, limpieza y esterilidad según el protocolo del hospital para evitar infecciones.

Para realizar las intervenciones quirúrgicas, existe un equipo formado por cirujanos, anestesistas, enfermeros, auxiliares y celadores. El personal de Enfermería actúa en el desarrollo de la operación, ayudando al cirujano o manteniendo el orden en el quirófano. Además, proporciona apoyo al paciente en el preoperatorio.

IV MARCO TEORICO

4.1 MARCO CONCEPTUAL

4.1.1 RESEÑA HISTORICA

“La evolución histórica de la cirugía en la prehistoria que el hombre primitivo ya tenía padecimientos y que necesitaría de sus semejantes para intentar aliviar sus dolencias” (16)

“En el antiguo Egipto los cuerpos momificados, pinturas murales y jeroglíficos nos han mostrado algunas de las prácticas quirúrgicas, se han hallado férulas en las momias, que fueron fabricadas de mambu, caña, madera o corteza de árboles y almohadillas con lienzo”. (15)

Durante la pre historia ya existían lo que son las heridas y enfermedades donde estos fueron aprendiendo según sus experiencias para poder curarlas entre estos ya tenían a sus semejantes para poder curar estas dolencias donde la experiencia los iba escribiendo en diferentes materiales, en Grecia ya tenían un léxico según la anatomía en la época medieval ya había una práctica quirúrgica. (15)

“En el siglo XVII el puesto de cirujano en la sociedad era notablemente inferior a lo del médico, en esta época persiste la decisión entre cirujano y barbero, los cirujanos se dedicaban a las operaciones de más envergadura, mientras que los barberos realizaban fundamentalmente curas de heridas y sangrías”.(15)

Nightingale desarrolló interés por los temas sociales de su época, pero en 1845 su familia se oponía firmemente a la idea de que ella trabajara en un hospital. Hasta ese entonces, el único trabajo de enfermería que había hecho había sido cuidar de parientes y amigos enfermos. Mientras estaba de viaje por Europa y Egipto en 1849, tuvo la oportunidad de estudiar los distintos sistemas hospitalarios. A principios de 1850, inició su entrenamiento como enfermera en el Instituto de San Vicente de Paul en Alejandría, Egipto, que era

un hospital perteneciente a la Iglesia Católica. Nightingale visitó el hospital del Pastor Theodor Fliedner en Kaiserwerth, cerca de Dusseldorf, Alemania en julio de 1850 y regresó a esa ciudad en 1851 para entrenarse como enfermera durante tres meses en el Instituto para Diaconisas Protestantes; y luego de Alemania se trasladó a un hospital en Saint Germain, cerca de París, dirigido por las Hermanas de la Caridad. A su regreso a Londres en 1853, tomó el puesto ad-honorem de Superintendente en el Establecimiento para damas en el número 1 de la calle Harley, marzo de 1854 trajo consigo el inicio de la Guerra de Crimea que comenzó cuando Rusia invadió Turquía, este último en alianza con Inglaterra y Francia. La guerra finalizó en 1856. La mayor parte del conflicto tuvo lugar en la península de Crimea en el Mar Negro. Aunque los rusos fueron derrotados en la batalla del río Alma, el 20 de septiembre de 1854, el periódico The Times criticó duramente las instalaciones médicas británicas. En respuesta a ello, Sidney Herbert, le pidió a Nightingale que se desempeñe como enfermera administradora para supervisar la introducción de enfermeras en los hospitales militares. Su título oficial era Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. Nightingale llegó a Escutari, un suburbio asiático de Constantinopla (hoy Estambul) con 38 enfermeras, el 4 de noviembre de 1854. Firme e infatigable se ocupaba de su trabajo con tal criterio, sacrificio, valor, ternura y todo ello con una actitud tranquila y sin ostentación, que se ganaba los corazones de todos aquellos a quienes sus prejuicios de oficiales no les impedían apreciar la nobleza de su trabajo y de su carácter”. En la organización de los servicios hospitalarios, en dos semanas logró montar una cocina para preparar la comida de 800 hombres; una lavandería en donde se desinfectaba la ropa de los pacientes, además dotó a los heridos y enfermos de 10 mil camisas compradas con los donativos que conseguía y de su propio dinero. “La dama de la lámpara”, fue la denominación que le dieron a Florence los hospitalizados, debido a que por las noches recorría las salas con una lámpara. Aunque ser mujer implicaba que tenía que luchar contra las autoridades militares, fue reformando el

sistema hospitalario. Bajo condiciones indignas con soldados depositados sobre el suelo y con operaciones poco higiénicas, no sorprende que en Escutari enfermedades como el cólera y el tifus sucumbieran los hospitales. Esto implicaba que los soldados heridos tuvieran una probabilidad siete veces mayor de morir en el hospital que en el frente de batalla. Mientras estuvo en Turquía, recolectó datos y organizó un sistema para llevar registro; esta información fue usada después como herramienta para mejorar los hospitales militares y de las ciudades. Sus conocimientos matemáticos se volvieron evidentes cuando usó los datos que había recolectado para calcular la tasa de mortalidad en el hospital. Estos cálculos demostraron que una mejora en los métodos sanitarios empleados, produciría una disminución. (15)

4.1.2 GUIAS DE ATENCION DE ENFERMERIA

Las Guías de Práctica Clínica son documentos esencialmente orientadores, que resumen la mejor evidencia disponible, sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema o situación de salud. Este documento puede ser la base para elaborar una guía de atención. (18)

El método principal de estas son las “Revisiones Sistemáticas de la Literatura”. Con frecuencia incluyen una calificación de la calidad de la evidencia que apoya cada recomendación. (18)

Las Guías de Atención y Protocolos de Atención son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de las personas. Permite estandarizar los criterios para evaluarla, ya que con estos instrumentos se da mayor importancia a las intervenciones efectivas, basadas en pruebas científicas y se desalienta la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa. (18)

La razón principal para la existencia de las Guías o Protocolos, es contar con términos de referencia o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece. La práctica de atención a las personas es variable,

tanto en la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, atribuibles a las diferencias en la oferta de servicios y a la disparidad en la prestación de los mismos. (18)

Las guías de atención y sus respectivos protocolos, permiten resolver este tipo de variabilidad, ya que definen la secuencia, duración y responsabilidad de cada equipo o proveedor, para la atención a las personas; esto optimiza las actividades del personal de los servicios, en el abordaje de los problemas o situaciones de salud, con lo que se logra mejorar la utilización del tiempo, de los recursos y mejorar la calidad de la atención. (18)

“Son una propuesta que apoya la decisión del médico en la elección de procedimientos y conductas que se ha de seguir ante un paciente en circunstancias clínicas específicas, para mejorar la calidad de la atención médica, reducir el uso de intervenciones innecesarias, ineficaces o dañinas, facilitar el tratamiento de los pacientes con el máximo beneficio y disminuir al mínimo el riesgo de daño. (20)

“Las guías clínicas son recomendaciones sistemáticas basadas en la evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el enfoque de un problema específico relacionado con la salud en circunstancias concretas”. (22)

“Las Guías de Prácticas Clínicas son instrumentos técnico-médicos que describen los procedimientos normalizados, explícitos, reproducibles y objetivos para el diagnóstico, útiles para sistematizar la conducta que se debe seguir en la atención de determinados problemas de salud y guiar la definición del plan de tratamiento respectivo mediante protocolos y algoritmos que permitan proporcionar una asistencia correcta y abierta a evaluación”. Instituto Mexicano del Seguro Social. (17)

“Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre la atención sanitaria más apropiada, la elección de las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas en el enfoque de un problema de salud o un cuadro clínico específico”. Institute of Medicine, Estados Unidos.(20)

Podemos apreciar en estas definiciones escritas en diferentes momentos de las décadas recién pasadas, que en su origen las guías aparecen como orientaciones acotadas al ejercicio exclusivo de la medicina. Sin embargo, con el transcurso del tiempo han ido ampliándose a todo el quehacer sanitario, hasta la visión actual en que es multiprofesional y, como veremos más adelante, también de procesos múltiples. (23)

a. Objetivos

Las GPC pretenden servir como instrumentos para mejorar la calidad, con cuyo fin persigue (23)

-) Mejorar la calidad del ejercicio clínico.
-) Disminuir la variación indeseada en el ejercicio clínico.
-) Sistematizar el enfoque de los principales motivos de atención médica que presenta la población.
-) Unificar en un marco de flexibilidad clínica, los criterios de atención médica institucional.
-) Establecer los criterios mínimos indispensables para el manejo de los principales motivos de atención a la salud sobre la base de la organización institucional por niveles de atención.
-) Orientar la toma de decisiones clínicas.
-) Reordenar o bien, según corresponda, elaborar y mantener actualizados los criterios técnico-médicos del sistema de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención de la organización.

-) Constituirse en un elemento sustantivo para la evaluación objetiva de la calidad de la atención médica.
-) Favorecer la actualización continua y accesible del conocimiento en todos los niveles de atención.
-) Promover el manejo integral del paciente con medidas en todos los niveles de atención.
-) Fomentar la utilización adecuada de las tecnologías médicas.

b. Guías primarias y secundarias

Hay dos tipos de publicaciones, las GPC primarias y secundarias. Las primarias corresponden a documentos originales que contienen informaciones no publicadas anteriormente y cuya fuente original es la investigación. Generalmente las desarrollan instituciones u organizaciones internacionales. Lo ideal es que sigan el método de la medicina basada en evidencia, MBE. Las secundarias contienen informaciones recopiladas de fuentes primarias ya publicadas. Las elaboran organizaciones o asociaciones locales. (22)

4.1.3 Protocolo

El protocolo, es el documento de un proyecto de investigación, donde se explican y desarrollan los elementos que lo componen, de acuerdo a un determinado método de investigación. Es una guía de atención individualizada para un grupo de pacientes con problemas predecibles dirigidas al diagnóstico médico y de enfermería, incluyendo los problemas potenciales y los problemas reales. Es una guía de atención escrita, organizada en el proceso de atención de enfermería, que presenta problemas reales frecuentes, potenciales y probables de acuerdo a la patología común o más frecuente del servicio. (4)

a. Definición

Definir sucintamente primero la patología o procedimiento en que se aplicará el protocolo, segundo, la población objetivo tratando de homogeneizarla en lo

posible. Tener presente que pueden formularse más de un protocolo para una misma enfermedad, según severidad, sexo, edad, estadio. (4)

b. Atributos de Protocolo

-) Validez Confiabilidad
-) Aplicabilidad clínica - uso práctico
-) Flexibilidad clínica
-) Claridad Proceso multidisciplinario
-) Revisión programada
-) Documentación

c. Importancia de los Protocolos

Garantizar la calidad de atención y de los servicios ligados a la satisfacción del cliente. Garantizar la eficiencia de los recursos asignados a la producción compra del servicio Sirve de protección legal en casos específicos Reducir los costos de la atención de salud Facilita las comunicaciones entre el equipo de salud Unificar criterios (4)

d. Importancia del proceso de Atención de Enfermería

Para dar una mejor calidad en el servicio a los pacientes es necesaria que la elaboración de los protocolos de atención sea hecha en coordinación por parte del personal médico, así como de enfermería. Su importancia estriba en la necesidad de disponer de ellos (en forma coordinada para que "cuadren"), pues están orientados al cuidado y seguimiento de los diagnósticos que hay que llevar a cabo. (4)

El trabajo "en equipo" de los dos grupos profesionales no siempre está libre de "diferencias", pero la existencia de estos protocolos posibilita una mejor atención a los pacientes, así como permite una mejor comunicación entre ambos profesionales(4)

4.1.4 DEFINICIÓN DE COMPETENCIA

El concepto competencia alude a una capacidad o característica personal estable y causalmente relacionada con los resultados deseables en una organización. Un elemento clave de la Gestión por Competencias radica en identificar dichas capacidades como elementos susceptibles de medición, por lo que la acepción más coherente con el enfoque de competencias es la que considera a éstas como un conjunto de comportamientos observables y medibles, de modo fiable y válido, relacionados causalmente con un desempeño bueno o excelente. (20)

En el ámbito sanitario, a efectos de su medición, la competencia se define como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las “Buenas Prácticas” de su profesión para resolver las situaciones que se le plantea. (20)

Este enfoque conceptual se centra en lo que el profesional hace. Para que el profesional desarrolle las Buenas Prácticas (comportamientos observables asociados a una competencia “hacer”), es necesaria la presencia conjunta de los cinco componentes de la competencia: saber (conocimientos); saber hacer (habilidades); saber ser (actitudes), querer hacer (motivación) y poder hacer (aptitud profesional y medios). (20)

a. COMPONENTES DE COMPETENCIA

A pesar de todas estas definiciones del concepto de competencias, se encuentran como elementos comunes los componentes de la competencia. En la Figura 5, se muestran estos componentes según Pereda y Berrocal (30) , que definen que para llevar un comportamiento que permita a una persona obtener resultado buenos o excelentes en su actividad laboral, lo primero que dicho trabajador necesita adquirir son los conocimientos que va a exigirle el ejercicio de su profesión, es decir necesita disponer de un "**Saber**". (22)

Aun así, poseer estos conocimientos, no significa que las personas los realicen con la misma eficacia y eficiencia, es necesario que sepan aplicar dichos conocimientos a los problemas concretos que, día a día, se presentan en el trabajo; es preciso que posea un conjunto de habilidades y/o destrezas, es decir el "**Saber Hacer**". (22)

Por otro lado, normalmente la actividad profesional se desarrolla dentro de una organización con una cultura y normas de comportamiento específicas; siendo también necesario que los comportamientos se adapten a esas normas, tanto de la organización en general, como de su grupo en particular. Esto está relacionado con las actitudes y los intereses que se reflejan en el "**Saber Estar**" de la persona. (22)

Además, para ejercer su profesión, la persona debe estar motivada para llevar a cabo los comportamientos exigidos, para esto debe "**Querer Hacer**".

Como último aspecto que no forma parte de las competencias pero que sin él la persona no podrá llevar a cabo los comportamientos profesionales, es el disponer de los medios y recursos que exige la actividad, es decir "**Poder Hacer**". (22)

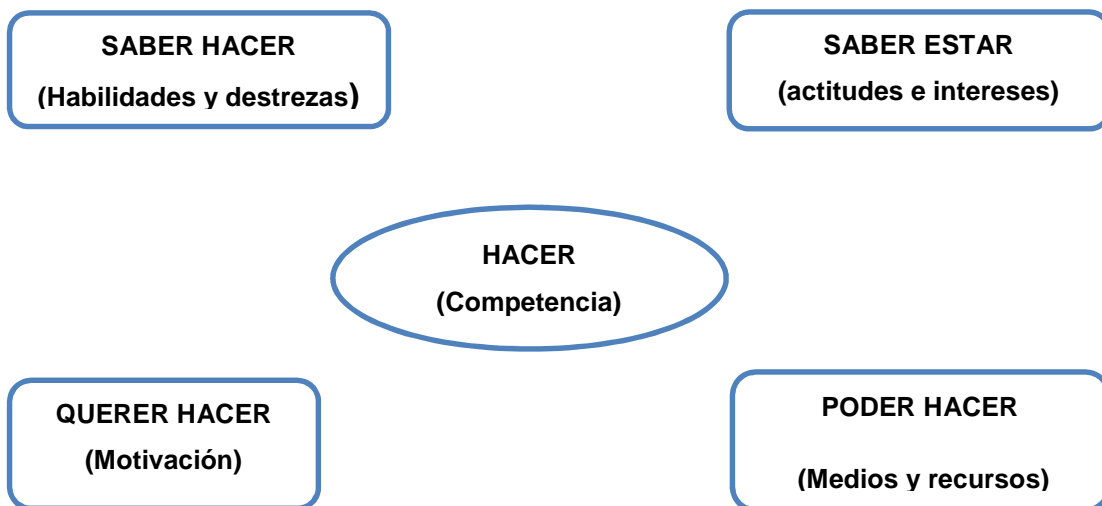


Figura 5. Componentes de la Competencia según Pereda y Berrocal (2001) (30)

Para De Miguel (41) el concepto de competencia se encuentra formado por tres componentes que a su vez están compuestos de una serie de subcomponentes. Estos componentes son: conocimiento y capacidades; destrezas transversales y habilidades; actitudes y valores. De estos componentes se extrae como definición de competencia: "Conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para desempeñar una ocupación dada". (22)

b. TIPOS DE COMPETENCIAS: PROYECTO TUNING

Del mismo modo que las diversas definiciones de lo que es una competencia existen también diferentes clasificaciones de tipos de competencias. Algunos ejemplos se exponen a continuación. (46)

Le Boterf distingue entre Competencia Técnica y Competencia Social:

1. Competencias técnicas: relacionadas con las tareas y recursos de un puesto de trabajo.
2. Competencias sociales: derivan del contexto social de la organización y se refieren a aspectos personales y comunicativos.

Bunk clasifica las competencias en técnicas, metodológicas, sociales y participativas:

1. Competencia técnica: dominio de los conocimientos y destrezas vinculados a las tareas de un ámbito de trabajo.
2. Competencia metodológica: aplicación del procedimiento adecuado a las tareas encomendadas, a la vez que se encuentran soluciones y se transfieren experiencias a las nuevas situaciones de trabajo.
3. Competencia social: colaboración con otras personas de forma constructiva.
4. Competencia participativa: capacidad de organizar, decidir y aceptar responsabilidades.

EL ISFOL (Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori) desarrolló en 1995 un modelo de competencia organizado en tres bloques:

1. Competencias de base: conocimientos previos que permiten el acceso a la formación y a la inserción laboral.
2. Competencias transversales: habilidades de amplio alcance que se adquieren a partir de experiencias y son generalizables a diferentes situaciones laborales.
3. Competencias técnico-profesionales: conjunto de conocimientos y técnicas necesarias para el desempeño de una determinada función laboral.

Mertens, clasifica las competencias en básicas, genéricas y específicas:

1. Competencias básicas: se adquieren en la formación básica y permiten el ingreso al trabajo, como por ejemplo habilidades para la lectura y escritura, comunicación en otro idioma o cálculo.
2. Competencias genéricas: se relacionan con los comportamientos y actitudes laborales propios de diferentes ámbitos de producción, como por ejemplo la capacidad para el trabajo en equipo o habilidades para la negociación.
3. Competencias específicas: se relacionan con los aspectos técnicos directamente relacionados con la ocupación y no son tan fácilmente transferibles a otros contextos laborales, como por ejemplo la operación de maquinaria especializada.

c. COMPETENCIAS EN EL GRADO DE ENFERMERÍA

En nuestro país, los estudios de Grado se contextualizan en el marco del EEES, en ellos se busca conseguir un perfil profesional que integre competencias específicas (relacionadas con el desarrollo profesional) y genéricas (más relacionadas con el desarrollo personal), alejándose los programas anteriores que se centraban en el logro de las habilidades técnicas.

Actualmente todas las universidades que imparten estudios de Grado de Enfermería, tienen diseñados sus planes de estudio por competencias. (46)

Estas competencias se deben desarrollar y evaluar, por lo que será necesario desarrollar instrumentos y estrategias que nos permitan evidenciar la adquisición de las competencias por parte de los futuros profesionales de enfermería.(46)

Los programas tradicionales, como hemos visto, están enfocados, con frecuencia, al logro de las habilidades técnicas (competencias específicas) y dejan de lado las competencias genéricas (o transversales), que son las que hacen del profesional no solo un experto en su campo, sino, además, un profesional de excelencia (47)

Para el diseño de los títulos de Grado de Enfermería se ha tenido en cuenta como referentes al Proyecto Tuning, el RD 1393/2007 y su modificación el RD 861/2010(20), el Libro Blanco de Enfermería y la Orden Ministerial CIN 2134/2008).

) PROYECTO TUNING: COMPETENCIAS GENÉRICAS O TRANSVERSALES Y ESPECÍFICAS

El proyecto Tuning establece tres tipos de competencias transversales, ya definidas anteriormente (competencias instrumentales, interpersonales y sistémicas), en ellas se identifican las siguientes competencias(46)

1. Capacidad de análisis y síntesis	1. Capacidad crítica y autocrítica	1. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
2. Capacidad de organizar y Planificar	2. Trabajo en equipo	2. Habilidades de investigación
3. Conocimientos generales Básicos	3. Habilidades interpersonales	3. Capacidad de aprender

4. Conocimientos básicos de la Profesión	4. Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar	4. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones
5. Comunicación oral y escrita de la propia lengua	5. Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas	5. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
6. Conocimiento de una segunda lengua	6. Apreciación de la diversidad y multiculturalidad	6. Liderazgo
7. Habilidades básicas del manejo del ordenador	7. Habilidad de trabajar en un contexto internacional	7. Conocimiento de culturas y costumbres de otros países
8. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas)	8. Compromiso ético	8. Habilidad para trabajar de forma autónoma
9. Resolución de problemas		9. Diseño y gestión de proyectos
10. Toma de decisiones		10. Iniciativa y espíritu emprendedor
		11. Preocupación por la calidad
		12. Motivación de logro

Tabla 4. Proyecto Tuning: Competencias Genéricas o Transversales

4.1.4 ÁREA QUIRÚRGICA

La cirugía es una ciencia, y al mismo tiempo un arte, cuya finalidad es el tratamiento de enfermedades resueltas quirúrgicamente.

Gómez y Guillen (48) proponen una clasificación de cirugías según su relevancia, la misma se detalla a continuación

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

Existen tres maneras de clasificar a las cirugías en general y también las ginecológica y obstétricas esta es depende a la gravedad de cada patología, como se siente el paciente termodinámicamente y para esto se realiza un examen físico para poder designar que tipo de cirugía es si es urgente de manera inmediata, programada para una determinada fecha, o legara a ser ambulatoria.

Gómez y Guillen (48) indican que la estructura se divide, la misma se detalla a continuación

A. ESTRUCTURA

Lo primordial en todo bloque quirúrgico es el cuidado del paciente y el mantenimiento de la asepsia en su entorno.

1. Estructura física

El área quirúrgica es una zona restringida donde se realizan procedimientos que requieren un entorno estéril. Compuesto por quirófano y por las zonas de apoyo, como pre anestesia, (URPA, Unidad de Reanimación Pos anestésica), central de esterilización, almacenes de material fungible y material estéril.

2. Normas de actuación dentro del quirófano

- a) Dentro del quirófano se debe hablar lo imprescindible
- b) No se debe correr ni realizar movimientos bruscos cuando trabaja
- c) Las puertas deben permanecer cerradas en todo momento.
- d) Hay que evitar el exceso de personal dentro del quirófano.

Siempre que alguien crea que ha contaminado algo, lo debe comunicar.

Todo quirófano está construido con materiales específicos y debe cumplir unos requisitos sin los cuales no puede ser utilizado de manera legal en esto tenemos algunas normas dentro quirófano que no se debe hablar, correr, mantener puertas cerradas si son cirugías contaminadas no se debe salir del quirófano y comunicar para que puedan ayudarles el personal que se encuentra en el área limpia, la estructura física debe ser el quirófano iluminado, con luz natural y artificial, paredes lisas, sin esquinas según las normas.

Gómez y Guillen (48) indican que las características son específicas son las siguientes:

- a) Revestimiento de suelo y paredes de material electrostático.
- b) Grupo electrógeno de emergencia
- c) Sistema de aporte de gases y vacío.
- d) Tomas de tierra.
- e) Alfombras antibacterias en los accesos.
- f) Sistema de ventilación de tipo no recirculatorio (para evitar la acumulación de gases y vapores anestésicos residuales), mínimo 15 cambios de aire por hora; en caso de tener instalación de flujo laminar, puede haber hasta 600 cambios de aire por hora.
- g) Puertas, tanto de entrada como de salida, dobles y con altura suficiente para poder transportar aparatos altos, como microscopios.
- h) Iluminación adecuada.
- i) Todos los aparatos del quirófano deben cumplir normas estrictas de seguridad (BOE de enero de 1978).

3. Todo quirófano debe tener:
 - a) Buena accesibilidad para pacientes.
 - b) Zona de preanestesia.
 - c) Zona de recuperación posanestésica.
 - d) Servicio de suministros.
4. Proximidad con:
 - a) Urgencias.
 - b) Cuidados intensivos, reanimación.
 - c) Laboratorio y banco de sangre.

La estructura de un quirófano tipo de paredes, tipo de piso, material con que están hechos estructura física del quirófano, dentro de esto también existen normas de circulación dentro de quirófano por donde se debe caminar las 16 reglas de asepsia, tipo de puertas, ventanas, recambio de aire a cuanto o no debe haber las zonas con las que trabaja, la de pre anestesia, sala de recuperación, también donde debe estar ubicado el quirófano dentro del hospital, cerca de laboratorios, UTI, suministros, partos, fuera de circulación de los familiares con poca fluidez de personas ajenas al servicio.

Acevedo (49) indica sobre las áreas quirúrgicas, la misma se detalla a continuación

B. ÁREAS DE QUIRÓFANO

Con fines de aislamiento bacteriológico existen zonas de protección o restricción para impedir el acceso de fuentes de contaminación bacteriana.

1. ZONA NEGRA

Es propiamente el área de acceso a la unidad quirúrgica; por ella circulan médicos, enfermeras, técnicos, camilleros y en general todo el personal involucrado en la atención del paciente.

Se debe circular en esta área portando bata o uniforme clínico; esta zona estará comunicada con la zona gris mediante trampa de botas y trampa de camillas. Esta zona también se designa como área preoperatoria y en ella se revisan las condiciones en que es presentado el paciente y se realiza la mayor parte del trabajo administrativo.

En este sitio se ubican los sanitarios, las regaderas, los vestidores y las oficinas administrativas; ahí el equipo quirúrgico cambia el uniforme clínico (uniforme institucional) por el uniforme quirúrgico.

Se encuentra delimitado por la llamada zona negra, lugar exclusivo para la recepción de los pacientes, la cual debe estar provista de camas camilla, bancos de altura, tripiés y una central de enfermeras dotada del material y equipo necesarios para la atención al paciente en el preoperatorio inmediato.

2. ZONA GRIS

Como lo indica su color, esta área está sujeta a mayor restricción y también es conocida como zona limpia; es imprescindible transitar en esta área con uniforme quirúrgico, el cual consiste en un pijama de algodón que consta de dos piezas, filipina con cuello en “V” de manga corta, pantalón amplio y con una abertura lateral, además del cubrepelo (gorro o turbante), cubre boca y botas desechables.

La enfermera de quirófano nunca debe olvidar que la correcta portación del uniforme contribuye a evitar contaminación o infecciones cruzadas que pueden poner en peligro la vida del paciente, lo que representa un mayor costo para la institución y para el propio paciente.

Aquí se ubica el área de lavado del instrumental quirúrgico, la central de equipos y esterilización (CEYE) en la que se prepara, esteriliza y almacena equipo y material necesarios para la cirugía, así como una habitación para anestesia, donde se almacenan medicamentos e insumos.

Cerca de los quirófanos están instaladas tarjas para el lavado quirúrgico de manos, las cuales deben tener una profundidad adecuada para prevenir salpicaduras y evitar que se humedezca el uniforme. La salida de agua es por medio de un tubo elevado, de manera que permita mantener los brazos en posición vertical; lo ideal es que las tarjas cuenten con un sistema electrónico para accionarlas de modo que, una vez iniciado el lavado, no se tenga contacto alguno con las mismas.

Las instalaciones por lo general cuentan con pasillos laterales por los que se da acceso a la camilla del paciente; por dichos pasillos también se traslada instrumental, ropa y material que ha sido utilizado en operaciones, y se consideran contaminados.

Dentro del área gris también se ubica la zona de postoperatorio, en donde se recibe al paciente inmediatamente después de concluida la cirugía. Este sitio debe estar equipado con camas-camilla, tomas de oxígeno, aspiradores empotrados, tripiés, carro rojo, colchones térmicos, así como una pequeña central de enfermeras dotada del material y el equipo necesarios para la atención del paciente en el postoperatorio inmediato.

3. ZONA BLANCA

Es una zona de absoluta restricción, ya que se considera un lugar estéril, y es en donde se realizan las intervenciones quirúrgicas. Es primordial que todo el personal que transita por aquí se apegue de manera estricta a las siguientes recomendaciones:

-)] Portar correctamente el uniforme quirúrgico.
-)] Debe contar con un aseo personal escrupuloso.
-)] Uñas cortas, limpias y sin esmalte.
-)] No usar ningún postizo (pelucas, pestañas, uñas, pupilentes).
-)] Evitar el uso de joyería (pulseras, anillos, medallas, etc.).

-) Evitar el uso de adornos en el pelo.
-) Circular en una misma dirección, evitando el paso de materiales contaminados por áreas limpias.
-) Mantener cerradas las puertas de esta zona durante todo el procedimiento quirúrgico.
-) Observar estas recomendaciones permite ofrecer a los pacientes una mayor seguridad, pero sobre todo evita complicaciones por accidentes.

4.1.4 PERSONAL DE QUIRÓFANO

Gómez y Guillen (48) indican al equipo quirúrgico y estos son:

a) CIRUJANO

El cirujano es el responsable del tratamiento médico y quirúrgico del paciente, es el que guía las actividades durante el acto quirúrgico.

b) ANESTESIÓLOGO

Es un médico especializado en la administración y selección de la anestesia aplicada al paciente, así como el monitoreo y conservación de la homeostasia del paciente. Enfermera (o) anestesista

Es la enfermera (o) calificada y registrada que ofrece la misma atención que el médico anesthesiologo, pero debe realizar sus actividades bajo la supervisión de éste.

c) AYUDANTE

Puede ser un médico adscrito, residente o interno, colabora con el cirujano en la hemostasia, utilizando los separadores, aspiración del campo quirúrgico, sutura dependiendo de su experiencia.

d) INSTRUMENTADORA

Es responsable de colocar y entregar al cirujano y al ayudante, el material e instrumental estéril. Dispone y ordena el equipo, instrumental y material necesario para la cirugía

e) CIRCULANTE

Es un elemento vital para la realización de la cirugía, vigila la conservación de la asepsia quirúrgica. Atiende al paciente desde su ingreso, realiza la asepsia quirúrgica del paciente, revisa el expediente clínico, sirve de enlace entre los miembros del equipo quirúrgico. Lleva un control exacto del material textil utilizado.

Cuando un usuario se somete a una cirugía, existe un equipo de personal médico asiste al cirujano en el procedimiento. La cantidad de miembros del equipo depende del tipo de cirugía que se realiza. Entre otros profesionales, la mayoría de los equipos incluye el siguiente personal; el cirujano, anestesiólogo, enfermera anestesista, enfermera circulante, enfermera quirúrgica, residentes / estudiantes de medicina

4.1.5 VESTIMENTA QUIRÚRGICA

La ropa quirúrgica es la vestimenta usada especialmente en el área de quirófanos y durante la cirugía como parte esencial de las técnicas asépticas.

Gómez y Guillen (48) indican el atuendo quirúrgico tiene sus características que se detalla de la siguiente manera:

Debe ser de material no conductor de electricidad.

Sin adornos

De tela protectora y absorbente

De colores suaves que no reflejen la luz

De fácil lavado, durable y económico

De corte sencillo y que facilite los movimientos

a) GORRO

Se utiliza para evitar la contaminación por el cabello; la cabeza se debe de cubrir perfectamente, no debe soltar pelusas ni ser poroso, y pueden ser desechables.

b) **BABIJO**

De uso obligado y únicamente sirven para una sola ocasión. Se usa cubriendo por completo la nariz y boca de manera que debe ser un cuadro que cubra bien y además poderse sujetar a la cara,

c) **PIJAMA**

Debe de ser amplio, de corte sencillo y de fácil colocación por ello su escote es en V, de manga corta y colocado por dentro del pantalón.

Debe de ser cómodo, amplio es necesario que el pantalón tenga cinta o resorte para ajustarse a la cintura; las piernas del pantalón deben introducirse dentro de las botas.

d) **BOTAS**

Son desechables, deben usarse todo el tiempo que se permanezca en el área, Son cubiertas especiales para los zapatos, el borde inferior del pantalón debe meter dentro de la bota para evitar la contaminación.

La vestimenta quirúrgica es una barrera eficaz para que eviten la diseminación de microorganismos hacia el paciente y a su vez al personal, esta tiene ciertas características que ya se mencionaron y están de acuerdo a normas comprende de un gorro, barbijo, pijama que consta de un camisolín y un pantalón, y unas botas estas deberían ser desechables, pero actualmente nos dice que deberían usarse zapatos ortopédicos y especialmente para quirófano.

4.1.5 PERIODOS QUIRÚRGICOS

Gómez y Guillen (48) dividen en tres fases el periodo quirúrgico

a) **PRE OPERATORIA**

Comienza en el momento en el que un individuo decide someterse a una intervención quirúrgica y termina cuando es trasladado al quirófano.

b) TRANS OPERATORIO

Comienza en el momento en que el individuo entra en el quirófano y termina cuando sale de él.

c) POST OPERATORIO

Comienza cuando el paciente ingresa en la URPA y termina cuando se le da el alta definitiva en la última visita con el médico.

Los periodos dentro de quirófano son por fase que empiezan desde los cuidados irán encaminados a la preparación del paciente para la intervención quirúrgica, en el momento que entra dentro de quirófano desde la incisión hasta el sellado de la herida quirúrgica, y terminara cuando uno lo lleva a la sala de recuperación.

4.1.6 INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

La instrumentación quirúrgica se define como "el arte y la capacidad de participar en el acto quirúrgico, en el manejo del instrumental y accesorios, e impartir técnicas de esterilidad". Dicha definición nos muestra, entonces, al instrumentista como un componente vital del equipo quirúrgico, y que como profesional debe estar previamente entrenado teórica y técnicamente antes de tomar contacto directo con el paciente.

4.1.7 FUNCIONES DEL INSTRUMENTADOR

La legislación que reglamenta la profesión de instrumentador quirúrgico profesional está regida bajo la ley 784 del 23 de diciembre de 2002 por medio del cual se reglamenta el ejercicio de la instrumentación quirúrgica profesional, se determina su naturaleza, propósito y campo de aplicación, se desarrollan los principios que la rigen y se señalan los entes de dirección, organización, acreditación y control de dicho ejercicio. Art. 1. ley 784 de 2002.

El instrumentador quirúrgico posee una formación universitaria para el ejercicio de la profesión en las diferentes aéreas, fundamentado en una formación

científica, técnica, administrativa, humanística, docente e investigativa, orientada hacia la planeación, organización, dirección, ejecución, supervisión, y evolución de las actividades que competen al instrumentador quirúrgico profesional como parte integral del equipo de salud.

El instrumentador quirúrgico tiene a su cargo entre otras actividades, la coordinación y manejo de centrales de esterilización, como también el manejo (montaje y cuidados) de equipos de alta tecnología (máquinas de perfusión, láser faco emulsificadores, ultrasonido, microscopio, endoscopios y autoclaves).

El instrumentador quirúrgico, dada a su formación académica, es un personal calificado para ofrecer en forma integral idoneidad y criterios claros en los variados procedimientos quirúrgicos de las diferentes especialidades y su especialidad quirúrgica, manejo de asepsia y antisepsia, control de infección, actuando siempre con responsabilidad, con sentido humanístico y ético y guardando el sigilo profesional. Ser líder en la generación de información sobre el servicio de sala de cirugía, funcionamiento de centrales de esterilización con calidad, y competitividad, administrar y emitir conceptos técnicos sobre equipos intrahospitalarios de su competencia o externos de casas comerciales que presten el servicio en este departamento.

El propósito principal es garantizar que el ejercicio del instrumentador quirúrgico cumpla con los aspectos fundamentales para el óptimo desempeño de todas las actividades propias del área quirúrgica y la central de esterilización.

a. Características de la enfermera instrumentista:

1. Destreza manual e intelectual.
2. Eficiencia y buena organización
3. Versatilidad
4. Capacidad de análisis

5. Creatividad
6. Resistencia
7. Capacidad de comunicación
8. Flexibilidad y adaptabilidad
9. Empatía
10. Conciencia quirúrgica
11. Objetividad y enfoque imparcial
12. Enfoque humanístico
13. Sentido del humor
14. Inquietud intelectual
15. Actitud ética

ANTES DEL DIA QUIRURGICO:

- Conocer el programa quirúrgico mínimo con un día de anterioridad.
- Organizar equipos de instrumental, paquetes de ropa de mayo según guía y elementos médico quirúrgicos necesarios que cada procedimiento requiere.
- Preparar los equipos propios de los especialistas (microscopios, endoscopios, equipo de ortopedia y otros), que permitan el ingreso a sala de cirugía, de manera tal que se garantice condiciones asépticas en los procedimientos quirúrgicos.

DURANTE EL ACTO QUIRURGICO:

- Cumplir con la disponibilidad de acuerdo a la programación quirúrgica.
- Preparar todo lo necesario para el acto quirúrgico (destapar paquetes, compresas, instrumental especial, suturas solos las indispensables).
- Cumplir y verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- Llevar control estricto de instrumental, hojas de bisturí, agujas gasas, compresas y otros elementos antes, durante y después del acto quirúrgico (diligenciar formato, conteo de elementos en sala de cirugías es su

responsabilidad lo (a) autoriza para no permitir el cierre de la cavidad o culminación del acto quirúrgico sin que el conteo realizado por la auxiliar circulante corresponde al mismo número de conteo al inicio.

- Conocimiento del tipo de intervención y de los pasos que deben seguirse.
- Conocimiento de las prioridades en caso de que se presente una situación imprevista.
- Además, es responsable de los instrumentos, por lo que debe conocer: Nomenclatura. Utilidad y usos. Montaje y manipulación. Selección, según las necesidades. Cuidado y mantenimiento.
- Debe realizar una correcta preparación de las mesas de quirófano, teniendo en cuenta que son de su absoluta responsabilidad, por lo que debe responder del material que entra y sale del campo quirúrgico. Es responsable de vigilar la asepsia y esterilidad del campo quirúrgico: Los materiales entran siempre en zona estéril a través del instrumentista.
- Antes de tocar cualquier material debe comprobar visualmente:
 -) Integridad del envoltorio y caducidad de esterilización.
 -) Que estén los indicadores químicos en el interior de las cajas de instrumental. Éstos deben haber virado el color si el material está estéril.
 -) Debe supervisar las zonas de seguridad del campo quirúrgico, no permitiendo que nadie se acerque a menos de 50 cm de las zonas estériles. El campo quirúrgico estéril es el área que rodea al paciente en quirófano.
 -) Para establecer el campo, se cubre con campos y sabanas estériles todos los elementos necesarios para el procedimiento quirúrgico, incluido el paciente, dejando al descubierto la zona donde se practicará la incisión.
 -) Se pintará el sitio operatorio, en primer lugar, con una solución antiséptica.

-) Comprueba que se ha conectado el electrobisturí al paciente.
-) Contabiliza el número de gasas y compresas.
-) Contabiliza el número de agujas y hojas de bisturí utilizadas.
-) Contabiliza el número de implantes, en caso de utilizarse.
-) Contabiliza el instrumental.
-) Colabora con el cirujano en la colocación de apósitos.
-) Colabora en el paso del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla.
- Preparación de equipos e instrumental, del quirófano, abrir “la caja” (abrir el equipamiento estéril y comenzar a preparar el campo quirúrgico), transferencia del paciente.
- Atención centrada en el paciente tanto los considerados fisiológicamente aptos para el tratamiento como a grupos de pacientes específicos (de alto riesgo, diabéticos, con enfermedades respiratorias, inmunosuprimido, etc.)
- Realizar el lavado de manos quirúrgico, vestirse con ropa estéril.
- Calzarse los guantes estériles técnica cerrada.
- Vestir la mesa de instrumentación y colocar el instrumental por tiempos quirúrgicos.
- Calzar los guantes al equipo quirúrgico.
- Proporcionar todos los instrumentos según tiempos quirúrgicos a los cirujanos.
- Entregar a la auxiliar circulante con la mayor rapidez posible las piezas de patología para evitar pérdidas.
- Desechar los instrumentos corto punzante en el contenedor respectivo, teniendo precaución que las agujas de sutura deben ir sin hilos y la aguja hipodérmica deben ir sin capuchón.
- Cumplir y hacer cumplir por el adecuado uso de los elementos de protección personal.
- Realizar limpieza y cubrir la herida quirúrgica una vez terminada la cirugía.
- Realizar limpieza de soluciones desinfectantes que se encuentren impregnadas en la piel del usuario.

- Velar antes, durante y en el pos operatorio (mientras que el usuario se encuentre en la sala de cirugía) por el estricto cumplimiento de las normas asépticas de todo el grupo quirúrgico.
- Conservar técnicamente ordenados y asépticamente los instrumentos durante la intervención quirúrgicas.
- Supervisar la correcta utilización y efectividad de los distintos métodos de desinfección (si fuese necesario durante el procedimiento) de acuerdo al tipo de material o elementos necesarios para cada especialidad.

POSTERIOR AL ACTO QUIRUGICO:

- Trasladar el instrumental que no estuvo en contacto con el usuario al sitio correspondiente.
- Trasladar el instrumental contaminado en la respectiva solución desinfectante al sitio del lavado.
- Lavar y/o vigilar que el lavado y desinfección del instrumental se realice siguiendo la guía.
- Disponer de los insumos necesarios y dispositivos médicos dentro del quirófano para el siguiente acto quirúrgico.

4.2 MARCO CONTEXTUAL

El hospital de la Mujer centro es tercer nivel y referente nacional en alta especialidad. La atención Ofrece servicio en ginecológica, obstétrica y oncología ginecológica. Los nacimientos Ocupa el tercer lugar a nivel nacional, en la atención de partos, las Cifras En lo que va de esta gestión el Hospital de la Mujer atendió 2.800 partos.(53)

Misión

Atención y resolución de referencia Departamental y Nacional, que brinda servicios de salud especializada con calidad y calidez en las especialidades de Obstetricia, Ginecología, Neonatología y Medicina Critica, contribuyendo a disminuir la morbi-mortalidad materna-neonatal mediante acciones de promoción de la salud, asistencia sanitaria oportuna y atención médica en función a RR. HH., calificados en el marco de la integración docente asistencial forma profesionales en salud tanto en pregrado como en postgrado. (53)

Visión

Al 2025 el Hospital de la Mujer Acreditado de tercer nivel de referencia departamental y nacional, con alta capacidad resolutive y de respuesta en la atención a la demanda de usuarias que acuden para una resolución satisfactoria a sus problemas de salud, contando con suficientes RR.HH., infraestructura acorde al nivel de atención y equipamiento médico moderno necesario y asimismo promoviendo la investigación científica en beneficio de la comunidad y de toda la población usuaria. (53)

Objetivo

Hasta el 2025 el Hospital de la Mujer, fortalecerá los servicios y productos de salud con calidad, eficiencia, y eficacia.

Hasta el 2025 el Hospital de la Mujer, contará con Infraestructura y Equipamiento Hospitalaria de Tercer Nivel de acuerdo a los lineamientos técnicos del Sector de Salud que permita mayor confiabilidad del usuario. (53)

Historia

El Hospital de la Mujer crece junto con el Hospital de Clínicas que este antes se llamaba Nataniel Aguirre que con el tiempo por la demanda de pacientes se separa del Hospital de Clínicas y le ponen el nombre actual Hospital de La Mujer. (53)

FUNCIONES

I. CONSULTA EXTERNA:

) Ginecología

Atención integral de la paciente con patología ginecológica, Rastreo de Cáncer cérvico uterino y de mama, ITS, Salud Sexual Reproductiva.

II. HOSPITALIZACION:

) Ginecología

Infecciones ITS sepsis, Abortos sépticos, Cirugía de Tumores Benignos y Tumores Malignos Rescatables por Cirugía, Cirugía Laparoscópica, Histeroscopia, Patología Cervical, Patología Mamaria, Esterilidad e Infertilidad Conyugal, Complicaciones del Embarazo: Ectópicos y Mola hidatiforme, y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.

) Obstetricia

Parto distócico, Cirugía de Alto Riesgo Obstétrico Quirúrgico, Patología Asociada al Embarazo, Diabetes, Tiroides, Alto riesgo obstétrico perinatal, Medicina fetal, Cesárea Histerectomía, Manejo del Choque: Hipovolémico,

Séptico, Hipertensivo, Puerperio de Alto Riesgo, Medicina Crítica Obstétrica, y Otros definidas en Anexos de la R.M. No 132.

) **Terapia Intensiva - UCI**

Soporte vital, Respiración Asistida, Manejo de Choques, Complicaciones por Sistemas: Neurológico, Cardio-respiratorio, Renal, Digestivo, Coagulación y otros, y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.

) **Neonatología**

Asistencia de Recién Nacidos, Recién Nacidos Internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales-UCIN, Terapia Intermedia Neonatal, Terapia de Crecimiento Neonatal, Complicaciones y Otros definidas en Anexos de la R.M No 132.

) **Anestesiología**

Anestesia General, Anestesia Conductiva, Recuperaciones, Visita Pre Anestésica Ambulatoria y Pre Operatoria, y Otros definidas en Anexos de la R.M. No 132.

III. COMPLEMENTOS

-) Ecografía: Ecografía Ginecológica, Obstétrica, Estudio de Bienestar Fetal.
-) Farmacia Cobertura y Asistencia de 24 horas en provisión de medicamentos, insumos y otros.
-) Laboratorio Química Sanguínea, Examen de Orina, Gases en Sangre, Electrolitos.
-) Anatomía Patológica Citología, Estudio Anatómico Patológico.
-) Transfusión de Sangre y Derivados
-) Medicina Transfusional.

-) Banco de Leche: Promoción de Lactancia Materna, Oferta de Leche Materna Procesada.
-) Fisioterapia: Fisioterapia Integral y Especializada a la Madre, Recién Nacido y Usuaría Ginecológica.
-) Psicología Apoyo Psicológico según Demanda.
-) Nutrición Manejo Dietético de Patologías Metabólicas, Endocrinas y Otras Asociadas al Embarazo.
-) Trabajo Social Visita Domiciliaria, Seguimiento a Casos Especiales

V PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las intervenciones quirúrgicas son la opción principal para tratar muchas enfermedades, disminuir la sintomatología o reducir la mortalidad, sin embargo, el paciente sometido a un procedimiento quirúrgico está expuesto a eventos adversos los cuales se deben evitar o minimizar para garantizar su salud y bienestar. (53)

En la práctica clínica diaria los profesionales del área quirúrgico se muestra ante adversidades para esto deben tomar decisiones constantemente, con los conocimientos obtenidos durante el ciclo de formación, para esto contamos con las guías quirúrgicas de enfermería que son procedimientos que nos lleva a realizar mejor nuestro trabajo, la aplicación de los mismo depende mucho de la formación del personal que trabaja dentro de quirófano del Hospital de la Mujer, el personal de enfermería debe estar en actualizaciones constantes, una de las causas del problema es la carga laboral y la desmotivación que existe por parte de los superiores, actualmente el quirófano del hospital de La Mujer siendo un hospital de tercer nivel, con referencia departamental incluso nacional por el prestigio conseguido por sus buenos profesionales el mismo tiene deficiencias por ser un hospital público al no contar con guías procedimientos quirúrgicos de enfermería y esto nos lleva a que el personal designado en este área no realice la aplicación del mismo y si bien existen estos no están actualizados ya que es de desconocimiento que existe protocolos en la institución por parte del personal que trabaja en el área quirúrgica y es realmente una preocupación. (25)

VI PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las competencias del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos, servicio de quirófano, hospital de la Mujer segundo trimestres La Paz 2021?

VII OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las competencias del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías de procedimientos quirúrgicos, servicio de quirófano, hospital de la Mujer segundo trimestres La Paz 2021.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Especificar datos sociodemográficos del instrumentador quirúrgico
- Identificar las competencias cognitivas del instrumentador quirúrgico en la aplicación de guías procedimientos quirúrgicos
- Describir las competencias actudinales del instrumentador quirúrgico en la aplicación de guías de procedimientos quirúrgicos
- Describir las habilidades y destrezas del instrumentador quirúrgico en la aplicación de guías de procedimientos quirúrgicos.

VIII DISEÑO METODOLOGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Este trabajo es de tipo descriptivo, analítico, cuantitativo de corte transversal

1. DESCRIPTIVO

El Diseño de investigación descriptiva es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera. No te pierdas estos artículos relacionados: Investigación cuantitativa y cualitativa.

2. ANALITICO

Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado". Este método en la investigación es necesario para la fase de revisión de la literatura en la interpretación de información y en el análisis de datos.

3. CUANTITATIVO

Puede definirse al Diseño Cuantitativo como una estrategia metodológica que permite manejar - trabajar datos cuantificables (medibles).

4. CORTE TRANSVERSAL

El diseño de estudios transversales se define como el diseño de una investigación observacional, individual, que mide una o más características o enfermedades (variables), en un momento dado. ... El estudio transversal proporciona estimaciones de prevalencia en diferentes grupos demográficos.

8.2 AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital de la Mujer, servicio de quirófano.

8.3 POBLACION DE ESTUDIO

UNIVERSO

Servicio de quirófano Hospital de la Mujer

MUESTRA

Se tomó el 100 % de las licenciadas; 12 Profesionales en Enfermería en diferentes turnos (mañana, tarde, noche y fines de semana).

8.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Los criterios de inclusión:

Que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

-) Profesional de enfermería del área quirúrgico
-) Profesional de enfermería con experiencia de 2 años en el área quirúrgica
-) Profesional de enfermería con antigüedad de 2 años en quirófano

Los criterios de exclusión que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

-) Personal profesional de enfermería que no acepte trabajar en la investigación.
-) Personal profesional de enfermería que se encuentre de vacación.
-) Jefa de Enfermeras.

8.5 VARIABLES

Variables dependientes

- Conocimiento
- Actitud
- Habilidades

➤ Destrezas

Variables independientes

-) Edad
-) Sexo
-) Grado de formación
-) Tiempo de experiencia
-) Capacitaciones o actualizaciones

8.6 OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Edad	Categórica Politómica	Ordinal	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Porcentaje
Sexo	Categórica Dicotómica	Nominal	Diferenciación de hombre y mujer	
Grado académico	Categórica Politómica	Ordinal	Cuando culminas una persona sus estudios y toma otro Para superarse	Porcentaje
Tiempo de experiencia	Categórica Politómica	Ordinal	Cuánto tiempo se encuentra trabajando	Porcentaje
Capacitación o actualización	Categórica Politómica	Ordinal	Cursos periódicos	Porcentaje

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCION	INDICADOR
Atuendo Quirúrgico	Categórica Politómica	Ordinal	Ropa especial para ingresar a quirófano	Porcentaje
Áreas quirúrgicas	Categórica Politómica	Ordinal	Áreas separadas por una línea de colores para diferenciar	porcentaje
Lavado de manos	Categórica Dicotómica	Nominal	Acto de lavarse las manos con antiséptico y agua	Porcentaje
Pedido de material	Categórica Dicotómica	Nominal	Solicitud de insumos, material e instrumentar quirúrgico	Porcentaje
Posición del paciente	Categórica Politómica	Ordinal	Colocación del paciente en una determinada postura	Porcentaje
Preparación del sitio quirúrgico	Categórica Dicotómica	Nominal	Lavado de un lugar determinado del cuerpo	Porcentaje
Tiempo aséptico	Categórica Politómica	Ordinal	Desde el momento de calzado de guantes hasta el momento de vestir a los cirujanos	Porcentaje
Asepsia Antisepsia	Categórica Dicotómica	Nominal	Acto de desinfectar un lugar	Porcentaje

			determinado con un antiséptico	
Colocación de campos quirúrgicos	Categórica Dicotómica	Nominal	Acto de colocar sabanas estériles por encima del paciente	Porcentaje
Tipo de incisión	Categórica Politómica	Ordinal	Acto de cortar de un lado u otro	Porcentaje
Planos cutáneos	Categórica Politómica	Ordinal	Capas del cuerpo	Porcentaje
Recuento de material	Categórica Politómica	Ordinal	Recuento de gasas, compresas, instrumental quirúrgico con el mismo que se empezó en un inicio	Porcentaje
Tipo de suturas	Categórica Politómica	Ordinal	Diferentes materiales para el cierre de pared	Porcentaje
Tipos de drenajes	Categórica Politómica	Ordinal	Diferentes drenajes	Porcentaje
Tipos de sellado	Categórica Politómica	Ordinal	Diferentes acabados	Porcentaje

8.7 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

a. METODO

Para este estudio se aplica el método:

-) Entrevista
-) Observación

b. TECNICA

Se utilizó la técnica:

-) Encuesta
-) Guía de observación

c. INSTRUMENTO

Se utilizó el instrumento:

-) Cuestionario estructurado

IX CONSIDERACIÓN ÉTICA

Se consideró solicitar los permisos necesarios a las autoridades pertinentes que cumplen sus funciones en el Hospital De La Mujer La Paz:

-) Jefe de Enseñanza e Investigación.
-) Jefe médico del área quirúrgico
-) Jefa del departamento de enfermería. (Ver Anexo 1).

Se realizó una previa presentación del trabajo de grado a cada una de las autoridades competentes para la aplicación de la encuesta.

El instrumento de recolección de datos fue validado por tres expertas en el área de Instrumentación Quirúrgica, a nivel departamental (Hospital Obrero, Hospital del Materno Infantil)

Se realiza bajo los principios ético-morales de:

Principio de justicia. - Sinónimo de equidad de acuerdo a nuestra investigación se traduce a realizar la encuesta para evaluar los conocimientos a los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de recién nacidos.

Principio de no maleficencia. - No se puede obrar con intención de hacer daño, esto viene a expresar que nuestro objetivo como profesionales de enfermería es fundamental en los cuidados inmediatos en la recepción del recién nacido.

Principio de beneficencia. - Se debe actuar con el único objetivo de conseguir el bienestar del recién nacido en la adaptación de la vida intrauterina a la extrauterina.

Principio de autonomía.- En este caso todos los profesionales de salud tienen la libertad de elegir si desea ser parte de este proceso de investigación con el fin de contribuir al estudio, identificado su nivel de conocimiento mediante encuesta.

X RESULTADOS

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS DE LA IDENTIFICACIÓN DEL SEXO DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	11	92%
MASCULINO	1	8%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La población participante en el estudio el promedio de sexo, se aprecia que el sexo femenino es mayor al 50%, y el sexo masculino comprende solo un instrumentador quirúrgico.

TABLA N° 2

CARACTERÍSTICAS DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA EDAD DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 30	2	17%
31 - 40	7	58%
41- 50	2	17%
51 - 60	1	8%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La población participante en el estudio en promedio de edad, se aprecia las edades comprendidas entre 31 –40 años representan un 58%. En segundo lugar, se ubica con el 17% el rango de edad de 20–30 años, seguido del grupo con más de 41- 50 años también con el 17% y de 51- 60 años es de 8% siendo el grupo con menos integrantes.

TABLA N° 3

NIVEL PROFESIONAL DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

Estudios Realizados	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	5	41.5%
Diplomado	5	41.5%
Especialidad	2	17%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: El gráfico demuestra que el 41.5% del personal que trabaja en el servicio de quirófano del Hospital de la Mujer, posee licenciatura en enfermería; el 41.5 % tiene un diplomado, sin embargo el 17% cuenta con especialidad en instrumentación quirúrgica, no se cuenta profesionales que tienen una maestría, en el cual muestra la influencia del nivel académico como uno de los factores que más influyó en la calidad de atención de los pacientes, a mayor educación del personal mayor probabilidad de que la atención del paciente sea de mejor calidad.

TABLA Nº 4

ACTUALIZACIÓN DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

Actualización	Frecuencia	Porcentaje
Autoformacion	9	75%
Institucional	1	17%
Ninguna	2	8%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: Como se observa en la gráfica el 75% del personal de quirófano realiza actualización de autoformación realizan estudios de postgrado en las universidades públicas y privadas, el 17% no realiza ningún tipo de actualización por falta de tiempo. El 8 % realiza por parte de la institución de algún proveedor de insumos médicos y equipos.

TABLA N° 5

EXPERIENCIA LABORAL DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021.

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 5	4	34%
6 - 10.	5	42%
11 - 15.	1	8%
16 - 20	1	8%
30 a mas	1	8%
TOTAL	12	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021.

Interpretación: Como se observa en la gráfica el 42% del personal de quirófano tiene de 6 a 10 años de experiencia, el 34% tiene una experiencia de 0 a 5 años: el 8% de 11 a 15 años, luego seguido del 8% que tiene una experiencia de 16 a 20 años y el ultimo 8% tiene una experiencia más de 30 años.

TABLA N° 6

**COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO
EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO
TRIMESTRE 2021**

ITEM	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Areas quirurgicas	2	17%	10	83%	100%
Forma correcta de vestir el atuendo quirúrgico	2	17%	10	83%	100%
Lavado de manos según la OMS	4	33%	8	67%	100%
Control de equipo e insumos de quirófano	5	42%	7	58%	100%
Pedido del material a central de esterilización	1	8%	11	92%	100%
Tipos de indicadores	5	42%	7	58%	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de 6 ítems referente al conocimiento del instrumentador quirúrgico el 73.5% es incorrecto y el 26.5 % correctamente por ítem tenemos: 83% es incorrecto sobre las áreas de quirófano, correcto del 17%, ítem dos el 83 % contesta incorrectamente y el 17% correctamente de la forma correcta de vestir el atuendo quirúrgico; sobre el ítem 3 el 67% es incorrecto y el 33% es correcto sobre el lavado de manos, el pedido de material 92% contesta incorrectamente y el 8% correctamente.

TABLA Nº 7

**COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO
EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO
TRIMESTRE 2021**

ITEM	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Forma correcta del armado de la mesa de mayo	1	8%	11	92%	100%
Instrumental para una cesárea	8	67%	4	33%	100%
Tiempos quirurgicos	3	25%	9	75%	100%
Planos quirurgicos	5	42%	7	58%	100%
Que tiempo comprende una intervención quirúrgica	6	50%	6	50%	100%
Tipos de anestesia para intervenciones Quirúrgicas y obstétricas	2	17%	10	83%	100%

Fuente: hoja de observación aplicada a instrumentadores quirúrgicos 2021

Interpretación: Evaluación de 6 ítems; conocimiento del instrumentador quirúrgico sobre sus competencias se evidencia el 56.9% contestan incorrectamente y el 43.1 % correctamente; por ítem tenemos: 92% es incorrecto sobre el armado de la mesa de mayo, en la institución no se utiliza la mesa de mayo para instrumentar cirugías, con el 8% correcto.

TABLA N° 8

COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021.

PREGUNTAS	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Posiciones de la paciente	6	50%	6	50%	100%
Momento aséptico	2	17%	10	83%	100%
Incisiones Ginecológica y Obstétricas	8	67%	4	33%	100%
Recuento de gasas	5	42%	7	58%	100%
Suturas	7	58%	5	42%	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de 5 ítems sobre el conocimiento de las competencias del instrumentador quirúrgico se evidencia que el 53.2% contestan incorrectamente y el 46.8 % correctamente; por ítem tenemos: 50% contesta incorrectamente sobre las posiciones de la paciente ginecológica, correcto del 50%, en el segundo ítem el 83 % contesta incorrectamente y el 17% correcto sobre el momento aséptico del instrumentador; el ítem 3 el 67% contesta correctamente y el 33% incorrectamente sobre las incisiones ginecológicas y obstétricas, el ítem de recuento de gasas el 58% contesta incorrectamente y el 42% correctamente, en el ítem 5 sobre los tipos de suturas utilizadas en una intervención quirúrgica según los planos responden el 58% incorrectamente y el restante 42% correcta.

TABLA N° 9

COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021

PREGUNTAS	SI		NO		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
El personal tiene conocimiento sobre los equipos de quirófano	7	58%	5	42%	100%
El indicador externo del paquete de ropa e instrumental garantiza esterilidad	8	67%	4	33%	100%
Una vez aséptica verifica el indicador interno	9	75%	3	25%	100%
Usd cuenta con guías de procedimientos quirúrgico	3	25%	9	75%	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de 4 ítems con preguntas cerradas se evidencia que el 56.25% contestan sí y el 43.75 % no; por ítem tenemos: 58% conoce sobre equipos que tiene en quirófano el 42% no conocen, el segundo ítem el 67% contesta que el indicador externo del paquete de ropa si garantiza la esterilidad, el 33% responde que no garantiza la esterilidad.

TABLA N° 10

PREGUNTAS ABIERTAS COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, EN QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021.

PREGUNTAS	CONTESTAN		EN BLANCO		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Posicionamiento del equipo quirurgico	1	8%	11	92%	100%
Tiempos quirurgicos	1	8%	11	92%	100%
División de la mesa de riñón	1	8%	11	92%	100%
Tratamiento del instrumental después de una Cirugía post COVID	1	8%	11	92%	100%

Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de los 4 ítems con preguntas abiertas referente al conocimiento del instrumentador quirúrgico sobre las competencias en el cumplimiento de las guías de procedimientos quirúrgicos se evidencia que el 92% no contestan nada lo dejan en blanco y el 8% contestan adecuadamente dando a resaltar que no es una persona que contesta correctamente.

TABLA N° 11
APTITUDES DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021.

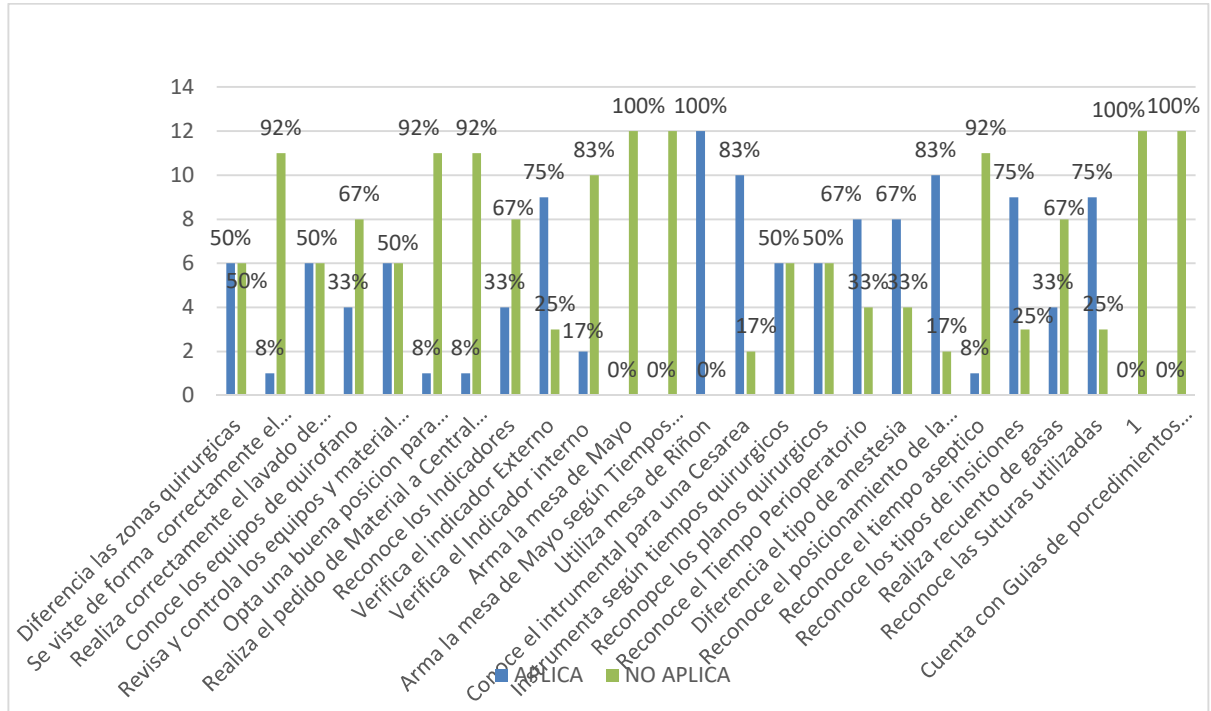
ITEM	APLICA	%	NO APLICA	%	TOTAL
Diferencia de las zonas quirúrgicas	6	50%	6	50%	100%
Se viste de forma correctamente el atuendo quirúrgico	1	8%	11	92%	100%
Realiza correctamente el lavado de manos	6	50%	6	50%	100%
Conoce los equipos de quirófano	4	33%	8	67%	100%
Revisa y controla los equipos y material que se encuentra en quirófano	6	50%	6	50%	100%
Opta una buena posición para instrumentar en una cirugía	1	8%	11	92%	100%
Realiza el pedido de Material a Central de Esterilización para una cirugía	1	8%	11	92%	100%
Reconoce los Indicadores	4	33%	8	67%	100%
Verifica el indicador Externo	9	75%	3	25%	100%
Verifica el Indicador interno	2	17%	10	83%	100%
Arma la mesa de Mayo	0	0%	12	100%	100%
Arma la mesa de Mayo según Tiempos Quirúrgicos	0	0%	12	100%	100%
Utiliza mesa de Riñon	12	100%	0	0%	100%
Conoce el instrumental para una Cesárea	10	83%	2	17%	100%
Instrumental según tiempos quirurgicos	6	50%	6	50%	100%
Reconoce los planos quirurgicos	6	50%	6	50%	100%
Reconoce el Tiempo Perioperatorio	8	67%	4	33%	100%
Diferencia el tipo de anestesia	8	67%	4	33%	100%
Reconoce el posicionamiento de la paciente	10	83%	2	17%	100%
Reconoce el tiempo aseptico	1	8%	11	92%	100%
Reconoce los tipos de incisiones	9	75%	3	25%	100%
Realiza recuento de gasas	4	33%	8	67%	100%
Reconoce las Suturas utilizadas	9	75%	3	25%	100%
Realiza correctamente el tratamiento del instrumental después de una cirugía post Covid	0	0%	12	100%	100%
Cuenta con Guías de procedimientos quirúrgicos	0	0%	12	100%	100%

Fuente: Guía de observación aplicada hospital de la Mujer 2021

INTERPRETACION: El 59.08 % no aplica los conocimientos teóricos y el 40.92 % aplica.

GRAFICO Nº 1

APTITUDES DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021.

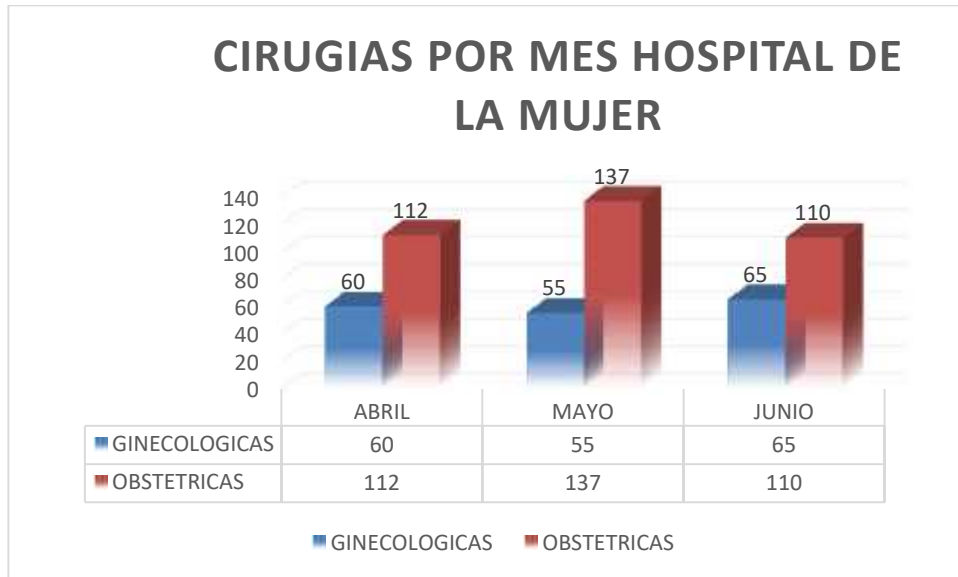


Fuente: Guía de observación aplicada hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La hoja de observación al instrumentador quirúrgico en diferentes turnos de 24 horas, de los 25 ítems el 59.08 % no aplica y el 40.92 % aplica, teniendo lo más resaltante no cuentan con guía de procedimientos quirúrgicos de enfermería, de la teoría a la práctica muchos obviaron algunos pasos que se realiza desde el pedido de material a la central de esterilización que lo realiza el personal auxiliar de enfermería siendo es el circulante, otro de los puntos que la institución cuenta con la mesa de Mayo tamaño estándar pero esto lo utilizan par mesa de anestesiología y solamente utilizan la mesa de riñón para instrumentar las cirugías en el quirófano.

GRAFICO Nº 2

NUMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS POR ESPECIALIDAD EN QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021



Fuente: cuaderno del SNIS Hospital de la Mujer

Interpretación: en la gráfica nos muestra que en el segundo trimestre del 2021 hubo 539 cirugías, ginecológicas 180 y 359 obstétricas, teniendo por mes abril 172 cirugías, mayo 187 cirugías y junio 175 cirugías.

Estos resultados tienen por objetivo de que en un hospital de tercer nivel con como este teniendo las cirugías básicas y de complejidad todavía les falte profesionales con estudios superiores posgrados en la especialidad de instrumentación quirúrgica, y de no estar actualizados en las técnicas requeridas al par de la actualización de la medicina quirúrgica.

XI CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos aportan lo siguiente:

1. Respondiendo al objetivo general en relación a la competencia del instrumentador quirúrgico en el cumplimiento de guías quirúrgicas, en el servicio de quirófano que el 92% no aplica el cumplimiento de las guías quirúrgicas y el 8% tiene conocimiento de las guías quirúrgicas, pero no efectúa correctamente la aplicación de las mismas. Una de las debilidades de las Instrumentadoras son con lo cognitivo ya que en el servicio es que no están actualizadas con conceptos, procedimientos en la actualidad como la ciencia va evolucionando día a día hay que estar a la par con la tecnología y los avances científicos.

Los contenidos que se evaluaron a través de la guía de observación aportaron que las competencias técnicas y actudinales de la profesional es otra debilidad en el servicio.

2. Respondiendo al primer objetivo general los datos sociodemográficos del Instrumentador quirúrgico tenemos que el 92% son de sexo femenino y resaltando que si existe personal masculino con un 8%, entre las experiencias laborales tenemos que la mayoría es de 0 a 10 años con un 75% y el 25% entre 11 a 30 años y más; la actualización del personal un 92% es autoformación y un 8% que no lo realiza por falta económica ya que los cursos de actualización demandan economía, en el nivel de formación el mayor rango de posgrado nos demuestra que solo llegaron a la especialidad con un 17 %, seguido de diplomado con un 41.5% y por último que quedaron como profesionales de enfermería un 41.5%. las edades comprendidas el 75% es personal Joven y un 25% son personas adultas.
3. Respondiendo al segundo objetivo específico nos muestran que las instrumentadoras, necesitan incrementar sus conocimientos, de capacitación. Para poder desarrollar cada técnica con la mayor eficiencia

posible y brindar una atención óptima a todo paciente que ingrese al servicio de quirófano así protegiéndolo de todos los agentes externos que se pudieran evitarse desde el punto de vista de la salud

4. Respondiendo al tercer objetivo específico en cuanto a las competencias actudinales según la guía de observación que el 59% no aplica las guías 41% aplica las guías de procedimientos quirúrgicos cabe resaltar que cuando se les pidió el favor de proporcionar la guía de procedimientos quirúrgicos el personal no sabía dónde se encuentra o que no lo tenían.
5. Respondiendo al último objetivo específico sobre las habilidades y destrezas del instrumentador quirúrgico en la aplicación de las guías quirúrgicas de la misma manera la mayoría del instrumentador desconoce las funciones sus deberes y sus responsabilidades dentro del bloque quirúrgico.
6. Mencionó que en el segundo trimestre del 2021 hubo 539 cirugías en el Hospital de la Mujer, ginecológicas 180 cirugías y 359 obstétricas, teniendo por mes abril 172 cirugías, mayo 1187 cirugías y junio 175 cirugías. Así resalto que si se necesita actualizar las guías de procedimientos quirúrgicos si estas están desactualizadas o implementar una guía de procedimientos quirúrgicos si no existiera.
7. Al no existir guías de procedimientos quirúrgicos de enfermería definidos son causantes de inconvenientes en el acto quirúrgico desperdicio de materiales e insumos y una mala utilización de los recursos, existe un 59% de incumplimiento de las normas de comportamiento en el bloque quirúrgico por parte del personal lo cual constituye un riesgo para la seguridad de la paciente y por ende puede ocasionar mayor riesgo de infecciones.

XII RECOMENDACIONES

Al finalizar la investigación se hace indispensable expresar algunas recomendaciones que podrían apoyar los resultados del presente trabajo y sobre todo la actividad profesional implicado, se puede apreciar que es necesario capacitar al instrumentador quirúrgico del servicio de quirófano, para unificar los criterios de las intervenciones perioperatorias (preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria) para la atención a pacientes quirúrgicos, con el objetivo de actualizar los conocimientos de las competencias del instrumentador quirúrgico en la aplicación de guías de atención quirúrgica de enfermería para disminuir complicaciones por un inadecuado manejo del proceso.

-) Se recomienda socializar, la guía de intervención de enfermería en quirófano para unificar criterios como parte de la cultura de calidad y seguridad en la atención al paciente quirúrgico.
-) Concientizar al personal instrumentador quirúrgico que trabaja en el servicio de quirófano, sobre la importancia de contar con una guía de procedimientos quirúrgicos de enfermería con cada protocolo de intervención de acuerdo a la guía propuesta.
-) Realizar visita preoperatoria de enfermería en su unidad de internación del paciente y brindar así una atención de calidad, oportuna, eficiente, eficaz y lograr la confianza del paciente quirúrgico.
-) El instrumentador quirúrgico de la investigación debe estar perfectamente calificado en el programa, pero aún más importante es que se encuentre motivado para llevarlo a cabo con la finalidad de garantizar un cuidado altamente técnico, con destrezas y habilidades necesaria pero sobre todo humano.
-) El éxito de la atención es la actualización de la guía de procedimientos quirúrgicos de enfermería cada tres años y se utilice como una herramienta de trabajo diario en quirófano.

-) Implementar la guía de procedimientos quirúrgicos de enfermería con sus respectivos protocolos.
-) A la Jefa de Enfermería de la Unidad del bloque quirúrgico se sugiere aplicar la guía propuesta que se diseñó con el fin de fortalecer el trabajo que realiza el instrumentador quirúrgico
-) Estimular a las enfermeras la importancia de la actualización, porque es la base para lograr una calidad de atención al paciente quirúrgico.

XIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Definiciones. CIE. 2002.
2. Romero G.. La especialidad de enfermería médico-quirúrgica, una prioridad urgente para la seguridad del paciente. OMS. 2019.
3. Alvares R. Antecedentes historicos de la Enfermeria Quirurgica. 2015.
4. Valencia U. Protocolos de Enfermeria. Ciencias de la Salud. 2017 Marzo.
5. Organización Mundial de la Salud Idea un nuevo instrumento para mejorar la seguridad de las Intervenciones Quirurgicas. OMS. 2008 Junio.
6. Ávila G., Ruiz López R. Protocolos Quirúrgicos. Global. 2005 noviembre;(2).
7. Rincones de Aalvarado M. Competencias basicas del cuidado enfermero que reciben los usuarios durante la intervencion quirurgica. Portales Medicos.com. 2010 Agosto.
8. Valera D. Villamaor J, Sanjuro L. Plan estandarizado de cuidados intraoperatorios. Dialnet. 2004 Junio; 90(6).
9. Higueres B. M. Funciones de Enfermeria en el Perioperatorio. Ocronos. 2020 Noviembre; 3(8).
10. Molto A.M. Protocolo de actuación en Enfermería en cesáreas. HYGYA. 2006 Diciembre; 2(63).
11. Melera M. La importancia de la enfermera periopertoria. Ikusi Vetalia. 2018 junio.
12. Hernandez V. Amenazas, debilidades y limitaciones de la cirugía basada en la evidencia. SIELO. 2007 mayo; 24(2).

13. Nova R.; Eva E. Cumplimiento de las funciones de la enfermera especialista en. Tesis. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Vicerrectorado de Investigacion; 2016.
14. Raus G., López Falcón A. Conocimientos y competencias profesionales específicas: una muestra en enfermería quirúrgica en la UNIANDES, Ecuador. Scielo. 2018 Junio; 32(2).
15. Echeverria M.N.Inmaculada J. Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. Enfermeria Investigativa. 2017 Diciembre; 2(4).
16. Salazar A.M. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. Scielo. 2012 Diciembre; 28(4).
17. Aguirre D., Mercado A.B. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. Scielo. 2014 Junio; 13(3).
18. Valiño.J., Franco J.. Funciones de la enfermera en el quirófano. Portales Medicos. 2017 Septiembre.
19. Clelland D. Testing for competence rather than for intelligence. Am Psychol. 1973; 28(1-14).
20. Boyatzis R. The competency manager: a model for effectiveness performance. Nueva York: John Wiley & Sons. 1982; 102.
21. Kane M.T. The assesment of clinical competente. Evaluation and the Health Professions. 1992; 15(163).
22. Spencer L. M. Competence at work, models for superior performance. New York: John Wiley & Sons. 1993; 3(45).

23. Salazar F., Rofrigues N. Manual descriptivo y de aplicación de la prueba de estilo (PEG01).. Psico Consult. 1996; 50(2).
24. Schmelkes S. Competencias base para la construcción del currículo de la educación de. Revista de educación y cultura. 1996; 50(56).
25. Leby L. Gestión de las competencias.. Barcelona. 2000; 56(4).
26. Parreneud C. Construir competencias desde la escuela. Dolmen. 1999; 67(4).
27. Lasner F. La formation par competencias.. Guérin. 2000; 67(3).
28. Le Boterf G. Ingeniería de las Competencias...Barcelona. 2000; 59(3).
29. Organización para la Cooperación y el desarrollo económico (OCDE Available from: La definición y selección de competencias clave.). <http://www.deseco.admin.;> 2005 [citado 2015 diciembre 28.]
30. Pereda S.; Bercal F.; Lopez M. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. Organ. Rev. Dir. 2002; 28(42).
31. Roe R. What makes a competent psychologist? EurPsychol. 2002; 7(3).
32. Boletín Oficial Ley 51/2002. Cualificaciones y de la Formación Profesional. 2002..
33. González J.; W ageneaar R. Tuning Educational Structures in Europe. 2003.
34. Zabala M.. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Madrid: Norcea; 2007. p. 50.

35. Catalunya. A. Marc general pera la integració europea. Barcelona. 2004 junio; 52(2).
36. Glosario de Terminologia ANECA .
<http://www.aneca.es/media/163138/pei0607glosario.pdf>.; 2015 [citado 2015 diciembre 28.]
37. Rué .; Martínez M. Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior. Serdoyola del Valle. 2005; 34(7).
38. Union Europea http://www.crue.org/export/sites/crue/documentos/competencias clave para aprendizaje_permanente.pdf.; 2015 [citado 2015 diciembre 28.]
39. Agencia Nacional de Evaluacion de calidad y Acreditació. Título de grado. Libro Blanco. 2005; 1(5).
40. Cuevas C. ; Martínez I.; Baltona F. La Gestión por Competencias en Enfermería. Madrid Difucion de avances de Enfermeria. Madrid. 2006; 45(56).
41. Miguel M. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. In Oviedo Ud, editor. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias.: Oviedo; 2006. p. 34.
42. García A.; Villa A.; Poblete M. Aprendizaje Basado en Competencias: una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas.. Generico. 2006; 50(2).
43. Allen J.; Ramaekers G.; Vandervedum R. La medición de las competencias de los titulados superiores. 2009.

44. Sistema Nacional de Salud Madrid. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128. 2003 Mayo.
45. Tobón S.; Pimenta J.; Garcia F.. Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de Competencias. Pason. 2010 Agosto; 123(3).
46. Del Pozzo. Competencias profesionales. Herramientas de evaluación: el portafolio, la rúbrica y las pruebas situacionales. 2012.
47. Durá Ros M. La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
48. Gomea A. J.; Guillem I. Manual Practico de Instrumentacion Quirurgica en Enfermeria Barcelona, España: El Sevier; 2010.
49. Peña A. Areas Quirurgicas. SCIELO. 2013 Mayo.
50. Organización Mundial de la Salud. La OMS idea un nuevo instrumento para mejora la seguridad de las intervenciones quirúrgicas. OMS. 2008 Junio.
51. Díaz Plasencia J. A. Lavado de manos; Guia lavado clinico y quirurgico.; 2012. p. 10 - 20.
52. Pritchard J.; Macdonald P. Obstetricia. segunda ed. Baelona España: Salvat; 1980.
53. Servicio Departamental de Salud La Paz - Bolivia
www.hptt/com.bo.sedeslapaz.gob.bo [citado marzo 2020].
54. Organización Mundial de la Salud. Higiene de manos. OMS. 2019 febrero; 4(4).

55. Pérez G. Metodología de la Investigación educativa.; 1996. p. 2.
56. Organización Mundial de la Salud. OMS. Metodología sistémica
<http://www.oms.org>[citado 3 de marzo 2019]
57. Hernández Sampieri. Metodología de la investigación. 24th ed.:
Panamericana; 2015.

XIV ANEXOS

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS POR EL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN QUIROFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTIÓN 2021

El presente estudio tiene como objeto identificar conocimiento y la aplicación de protocolos de enfermería en quirófano.

Primeramente, desearle éxitos en las funciones que desempeña el agradecimiento será eterno por su participación en el presente estudio, que será de total confidencialidad.

Lea detenidamente cada ítem.

I DATOS DEMOGRAFICOS

Edad.....Sexo.....

Fecha.....

1. EXPERIENCIA LABORAL

- a) 0 – 5 años
- b) 6 – 10 años
- c) 11 – 15 años
- d) 16 – 20 años
- e) 21 – 25 años
- f) 26 – 30 años
- g) 30 años a mas

2. NIVEL DE FORMACIÓN:

- a) Licenciada en enfermería
- b) Diplomado
- c) Especialidad
- d) Maestría

3. ¿USTED DE QUÉ FORMA SE ACTUALIZA?

- a) Personalmente
- b) Institucional
- c) Autoformación
- d) No realiza

II DATOS DE CONOCIMIENTO

1. ¿CUÁLES SON LAS ÁREAS QUIRÚRGICAS?

- a) Zona gris, zona blanca, zona verde
- b) Zona roja, zona amarilla, zona verde
- c) Zona negra, zona gris, zona blanca
- d) Todas
- e) Ninguna

2. ¿CUÁL ES LA FORMA CORRECTA DE VESTIR EL ATUENDO QUIRÚRGICO?

- a) Pantalón, camisola, barbijo, gorra, botas
- b) Pijama, gorro, barbijo, barbijo
- c) Gorro, cubre, camisolín, pantalón, botas, barbijo
- d) a y b son las correctas
- e) ninguna

3. ¿CUAL ES LOS 5 MOMENTOS DE LAVADO DE MANOS SEGÚN LA OMS?

- a) Antes de tocar al paciente, antes de realizar un procedimiento con el paciente, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente, después del contacto con el entorno del paciente.
- b) Antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente, después del contacto con el entorno del paciente.

c) Antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia/aséptica, después del riesgo de exposición, después de tocar al paciente, después del estar en el entorno al paciente.

4. CONSIDERA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MATERIAL TÉCNICO (EQUIPOS) DEL QUE DISPONE EN QUIRÓFANO.

a) Si

b) No

5. QUIEN ES EL PERSONAL QUE REvisa Y CONTROLA CON LOS EQUIPOS, MEDICAMENTOS Y MATERIAL QUE SE ENCUENTRA DENTRO DE QUIRÓFANO.

a) Circulante

b) Instrumentador

c) Anestesiólogo

d) Circulante / instrumentador

II FUNCIONES DEL INSTRUMENTADOR

6. DE QUIEN ES LA FUNCIÓN DE PEDIR EL INSTRUMENTAL, INSUMOS Y MATERIAL DE SUMINISTROS:

a) Circulante

b) Instrumentadora

c) Medico

7. ¿CUANTOS TIPOS DE INDICADORES EXISTE?

a) Indicador físico, patológico, químico, vapor

b) Indicador biológico, químico, físico

c) Indicador de vapor, seco, óxido de etileno

d) a y b son correctas

8. USTED VERIFICA EL INDICADOR EXTERNO E INTERNO EN LA APERTURAS DEL PAQUETE DE ROPA

a) Si

b) No

9. ¿CUÁL ES LA FORMA CORRECTA DE EL ARMADO DE LA MESA DE MAYO?

- a) De izquierda a derecha
- b) De derecha a izquierda
- c) Ambas son correctas
- d) Ninguna

10. DESCRIBA EN CUANTAS PARTES SE DIVIDE LA MESA DE MAYO

R.

11. DESCRIBA EN CUANTAS PARTES SE DIVIDE LA MESA DE RIÑÓN

R.

12. SEÑALE EL INSTRUMENTAL BASICO EN UNA CESAREA

- | | | |
|------------------------|------------------------|----------------|
| a. 1 Est. Anestesia | b. 1 Est. Anestesia | c. 1 Est. |
| Anestesia | | |
| 1 Est. Raquídea | 1 Est. Peridural | 1 Est. |
| Raquídea | | |
| 1 Est. Cesárea | 1 Est. Cesárea | 1 Est. Cesárea |
| 1 Paq. De bañador | 1 Paq. De bañador | 1 Paq. De |
| bañador | | |
| 1 Paq. Goma de aspirar | 1 Paq. Goma de aspirar | 1 Paq. Goma |
| de aspirar | | |

1 Paq. de tijeras tijeras	1 Paq. de tijeras	1 Paq. de tijeras
1 Est. de R. N.	1 Paq. de R. N.	1 Est. de R. N.
1 Lavado Abdominal Abdominal	1 Lavado	1 Lavado
1 Aseo Perineal perineal	1 Aseo	1 Aseo

13. ¿CUANTOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS CONOCE?

- a) Incisión, corte o diéresis; hemostasia; exposición; disección; sutura y síntesis
- b) Incisión; hemostasia; exposición; disección; sutura
- c) diéresis; hemostasia; exposición; disección; sutura
- d) a y b son correctas
- e) ninguna

14. ¿CUÁLES SON LOS PLANOS QUIRÚRGICOS?

- a) Piel, tejido adiposo, musculo, facies, peritoneo
- b) Piel, tejido celular sub cutáneo, aponeurosis, musculo, peritoneo
- c) Piel, peritoneo, tejido adiposo, peritoneo
- d) c y d son correctos
- e) ninguno

15. QUE TIEMPO COMPRENDE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- a) Pre operatorio
- b) Trans operatorio
- c) Perioperatorio
- d) post operatorio

16. ¿CUANTOS TIPOS DE ANESTESIA CONOCE PARA LAS INTERVENCIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS?

- a) Local, general, raquídea

- b) General, regional y local
- c) Peridural, raquídea, general
- d) Sedación, general, regional

17. ¿CUÁLES SON LAS POSICIONES DE LAS PACIENTE PARA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA?

- a) Ginecológica, supina y ventral
- b) Litotomía y supina dorsal
- c) Ventral, supina, dorsal
- d) Ninguna

18. DE QUÉ MOMENTO A QUÉ MOMENTO QUIRÚRGICO ES EL TIEMPO ASÉPTICO:

- a) Desde que ingresa a quirófano hasta el momento de la incisión
- b) Desde la lavada de manos hasta el momento que se viste al equipo quirúrgico
- c) Desde lavarse las manos hasta la colocación de campos quirúrgicos.

19. QUE TIPOS DE INCISIÓN SE REALIZA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

- a) Pfanestill, ventral, media
- b) Mediana, infraumbilical, pfanestil
- c) Paraumbilical, media y infraumbilical

20. ¿CUANTAS VECES SE REALIZA EL RECUENTO DE MATERIAL?

- a) Antes de la cirugía, en el acto quirúrgico, cuando se realiza la síntesis, después de la cirugía
- b) Antes, durante y después de la cirugía
- c) Al armado de la mesa de mayo, durante, y en el cierre de la herida quirúrgica

21. QUE SUTURAS SE UTILIZA PARA CADA PLANO DEL ABDOMEN

- a) Piel= nylon 3.0; tejido celular sub cutáneo= catgut simple 1; Aponeurosis = vicril 1; musculo = catgut simple; peritoneo = Catgut cromado

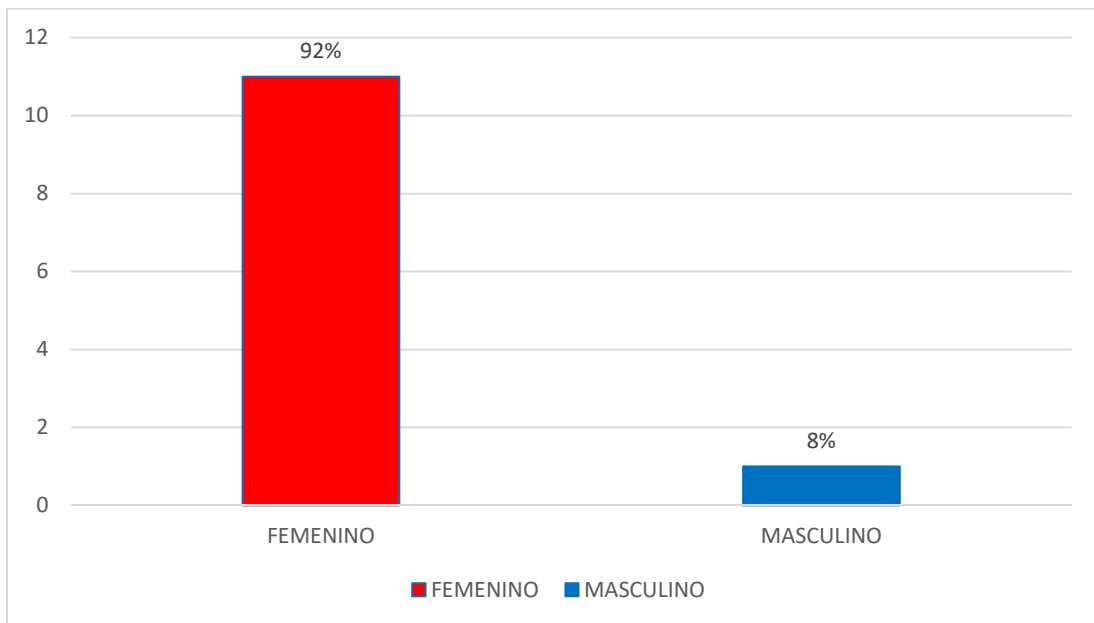
- b) Piel= seda 3.0; tejido celular sub cutáneo= catgut simple 1;
Aponeurosis = vicril 1; musculo = catgut simple; peritoneo = Catgut simple
- c) Piel= nylon 3.0; tejido celular sub cutáneo= catgut simple 1;
Aponeurosis = vicril 1; musculo = catgut simple; peritoneo = Catgut simple

GUÍA DE OBSERVACIÓN

	APLICA	NO APLICA
Diferencia de las zonas quirúrgicas		
Se viste de forma correctamente el atuendo quirúrgico		
Realiza correctamente el lavado de manos		
Conoce los equipos de quirófano		
Revisa y controla los equipos y material que se encuentra en quirófano		
Opta una buena posición para instrumentar en una cirugía		
Realiza el pedido de Material a Central de Esterilización para una cirugía		
Reconoce los Indicadores		
Verifica el indicador Externo		
Verifica el Indicador interno		
Arma la mesa de Mayo		
Arma la mesa de Mayo según Tiempos Quirúrgicos		
Utiliza mesa de Riñon		
Conoce el instrumental para una Cesárea		
Instrumental según tiempos quirurgicos		
Reconoce los planos quirurgicos		
Reconoce el Tiempo Perioperatorio		
Diferencia el tipo de anestesia		
Reconoce el posicionamiento de la paciente		
Reconoce el tiempo aseptico		
Reconoce los tipos de incisiones		
Realiza recuento de gasas		
Reconoce las Suturas utilizadas		
Realiza correctamente el tratamiento del instrumental después de una cirugía post Covid		
Cuenta con Guías de procedimientos quirúrgicos		

GRAFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS DE LA IDENTIFICACIÓN DEL SEXO DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

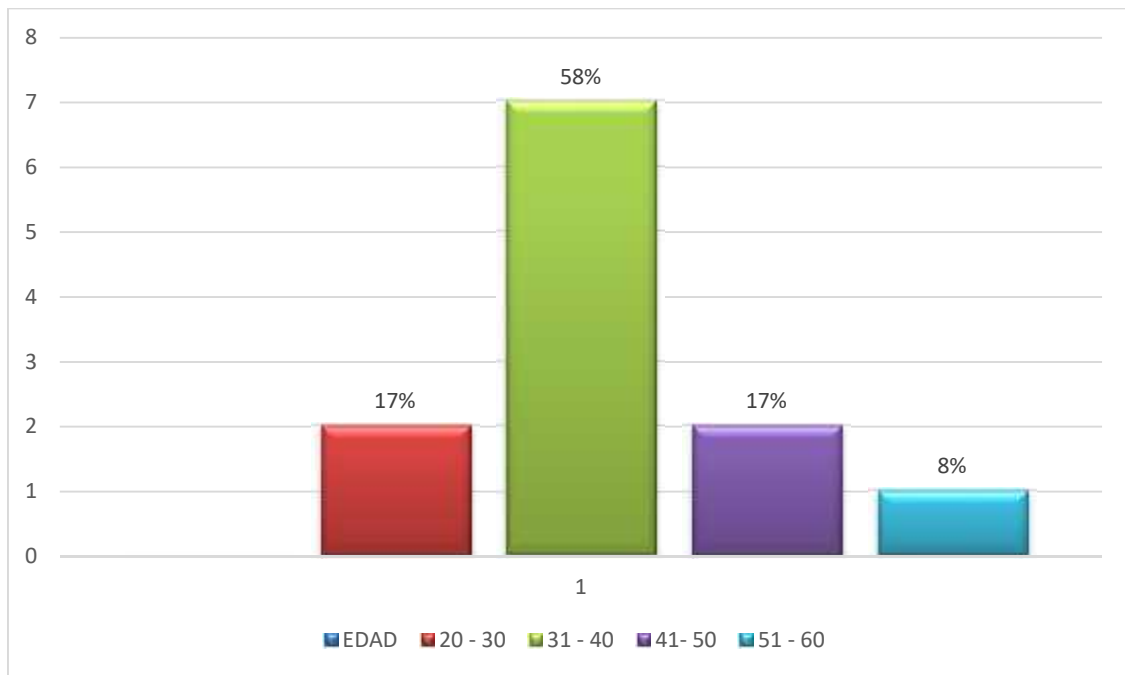


Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La población participante en el estudio el promedio de sexo, se aprecia que el sexo femenino es mayor al 50%, y el sexo masculino comprende solo un instrumentador quirúrgico.

GRAFICO N° 2

CARACTERÍSTICAS DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA EDAD DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

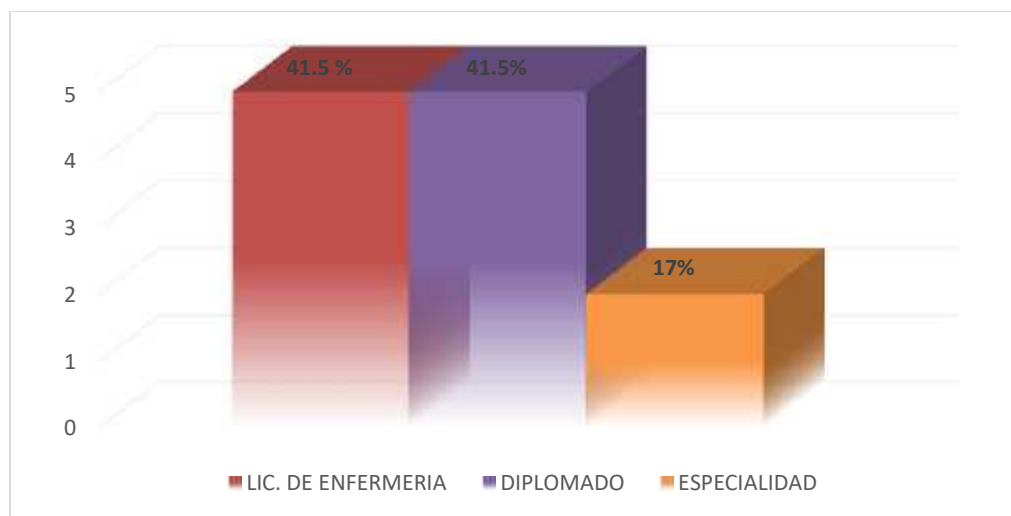


Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La población participante en el estudio en promedio de edad, se aprecia las edades comprendidas entre 31 –40 años representan un 58%. En segundo lugar, se ubica con el 17% el rango de edad de 20–30 años, seguido del grupo con más de 41- 50 años también con el 17% y de 51- 60 años es de 8% siendo el grupo con menos integrantes.

GRAFICO N° 3

NIVEL PROFESIONAL DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

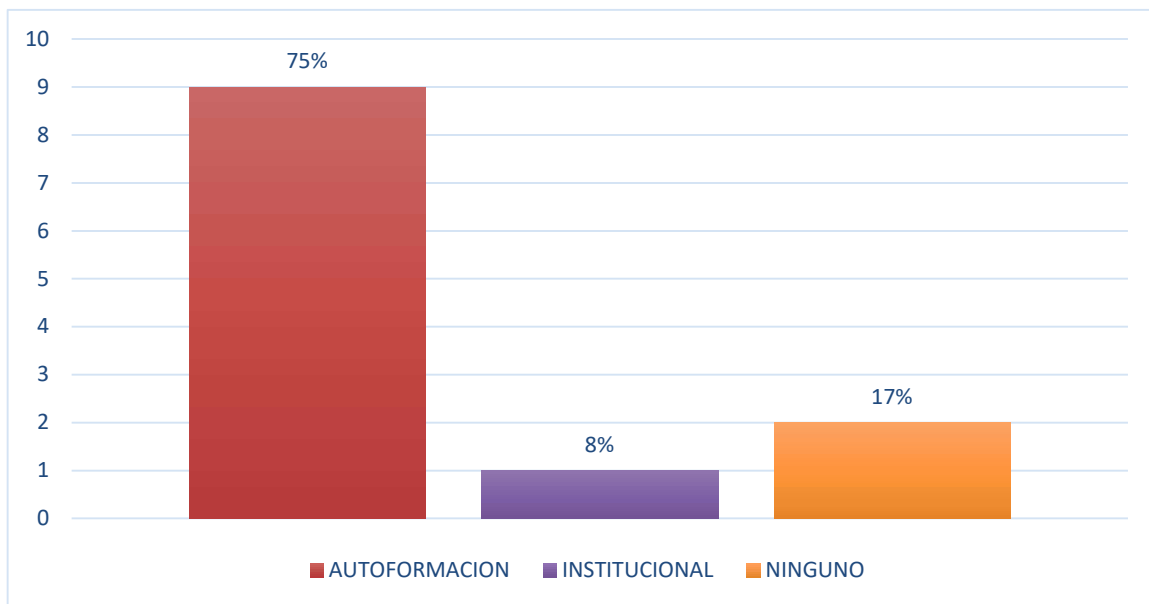


Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: El gráfico demuestra que el 41.5% del personal que trabaja en el servicio de quirófano del Hospital de la Mujer, posee licenciatura en enfermería; el 41.5 % tiene un diplomado, sin embargo el 17% cuenta con especialidad en instrumentación quirúrgica, no se cuenta profesionales que tienen una maestría, en el cual muestra la influencia del nivel académico como uno de los factores que más influyó en la calidad de atención de los pacientes, a mayor educación del personal mayor probabilidad de que la atención del paciente sea de mejor calidad.

TABLA N° 4

ACTUALIZACIÓN DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021

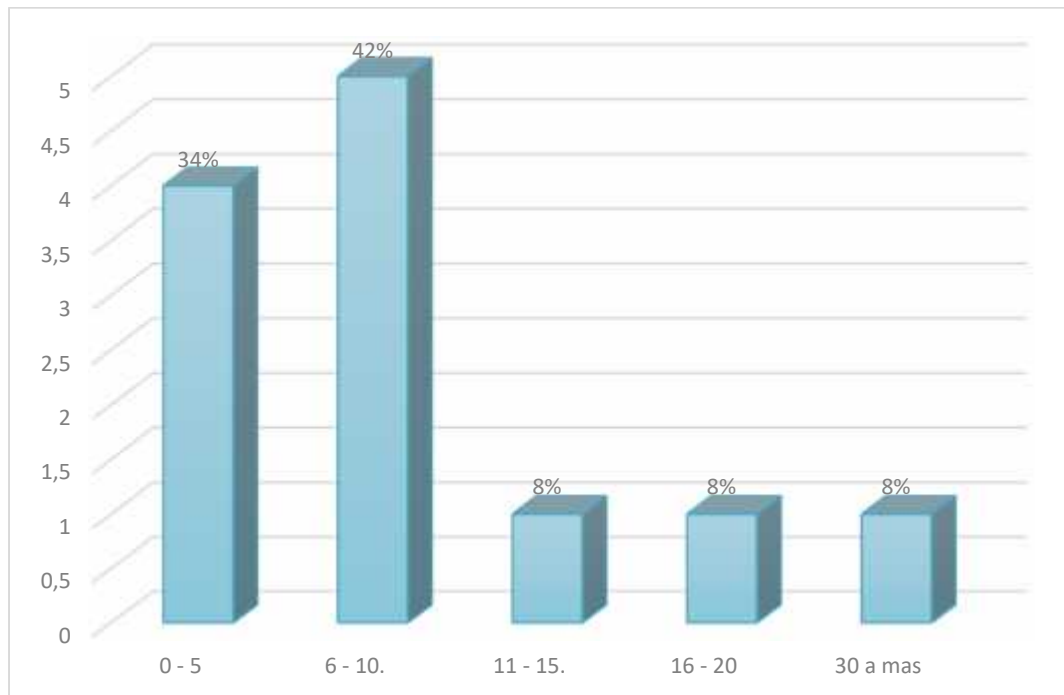


Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: Como se observa en la gráfica el 75% del personal de quirófano realiza actualización de autoformación realizan estudios de postgrado en las universidades públicas y privadas, el 17% no realiza ningún tipo de actualización por falta de tiempo. El 8 % realiza por parte de la institución de algún proveedor de insumos médicos y equipos.

GRAFICO Nº 5

EXPERIENCIA LABORAL DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO QUE TRABAJA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER SEGUNDO TRIMESTRE 2021.

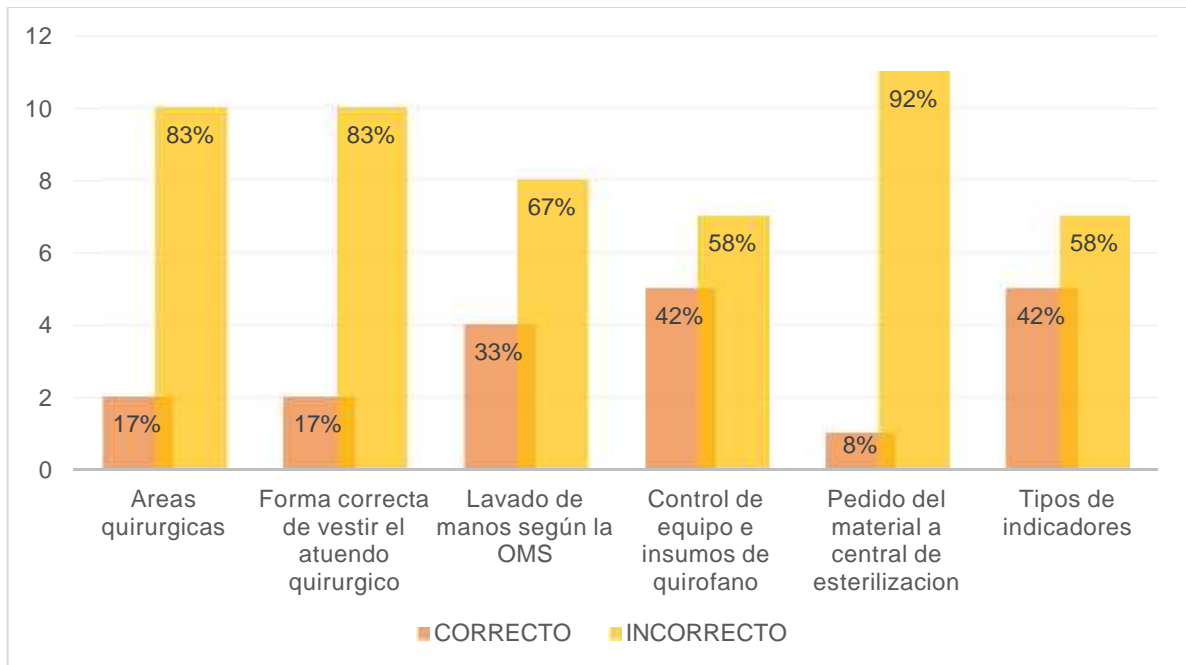


Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021.

Interpretación: Como se observa en la gráfica el 42% del personal de quirófano tiene de 6 a 10 años de experiencia, el 34% tiene una experiencia de 0 a 5 años: el 8% de 11 a 15 años, luego seguido del 8% que tiene una experiencia de 16 a 20 años y el ultimo 8% tiene una experiencia más de 30 años.

GRAFICO N° 6

COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021

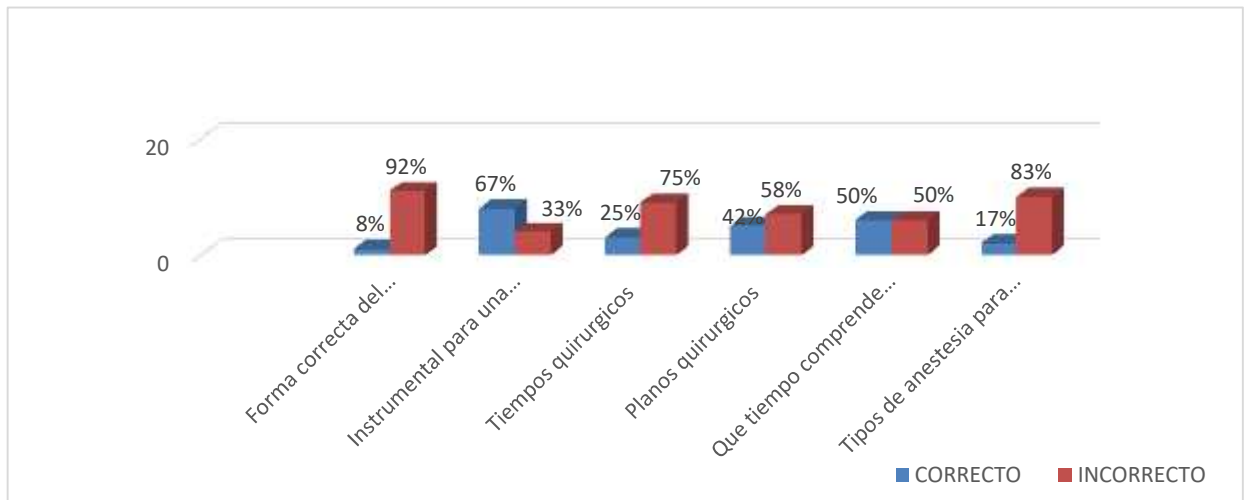


Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de 6 ítems referente al conocimiento del instrumentador quirúrgico el 73.5% es incorrecto y el 26.5 % correctamente por ítem tenemos: 83% es incorrecto sobre las áreas de quirófano, correcto del 17%, ítem dos el 83 % contesta incorrectamente y el 17% correctamente de la forma correcta de vestir el atuendo quirúrgico; sobre el ítem 3 el 67% es incorrecto y el 33% es correcto sobre el lavado de manos, el pedido de material 92% contesta incorrectamente y el 8% correctamente.

TABLA Nº 7

COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021

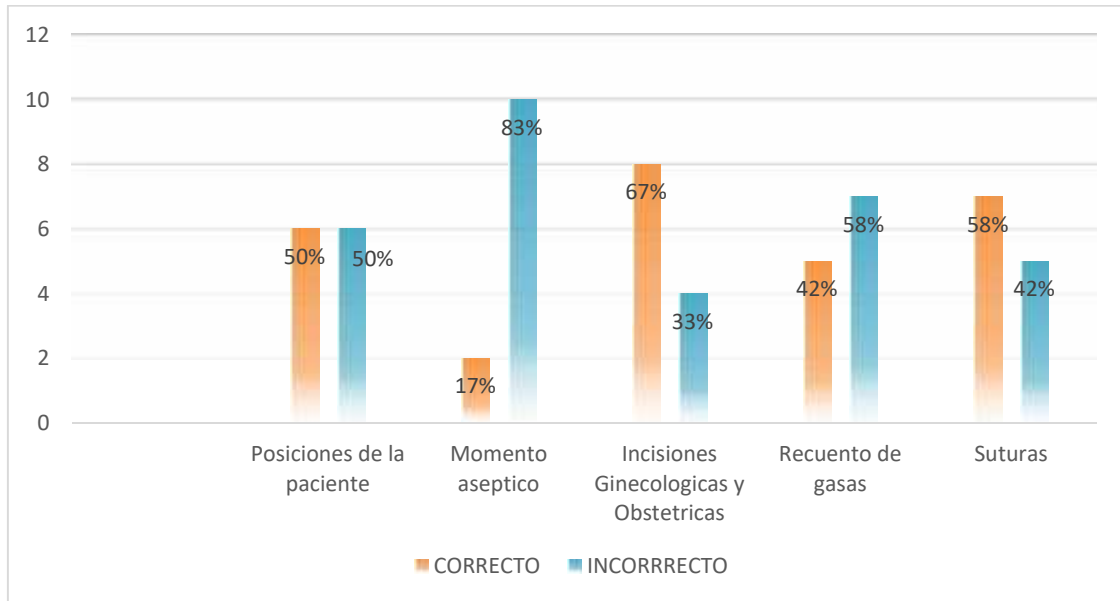


Fuente: hoja de observación aplicada a instrumentadores quirúrgicos 2021

Interpretación: Evaluación de 6 ítems; conocimiento del instrumentador quirúrgico sobre sus competencias se evidencia el 56.9% contestan incorrectamente y el 43.1 % correctamente; por ítem tenemos: 92% es incorrecto sobre el armado de la mesa de mayo, en la institución no se utiliza la mesa de mayo para instrumentar cirugías, con el 8% correcto.

GRAFICO N° 8

COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021.

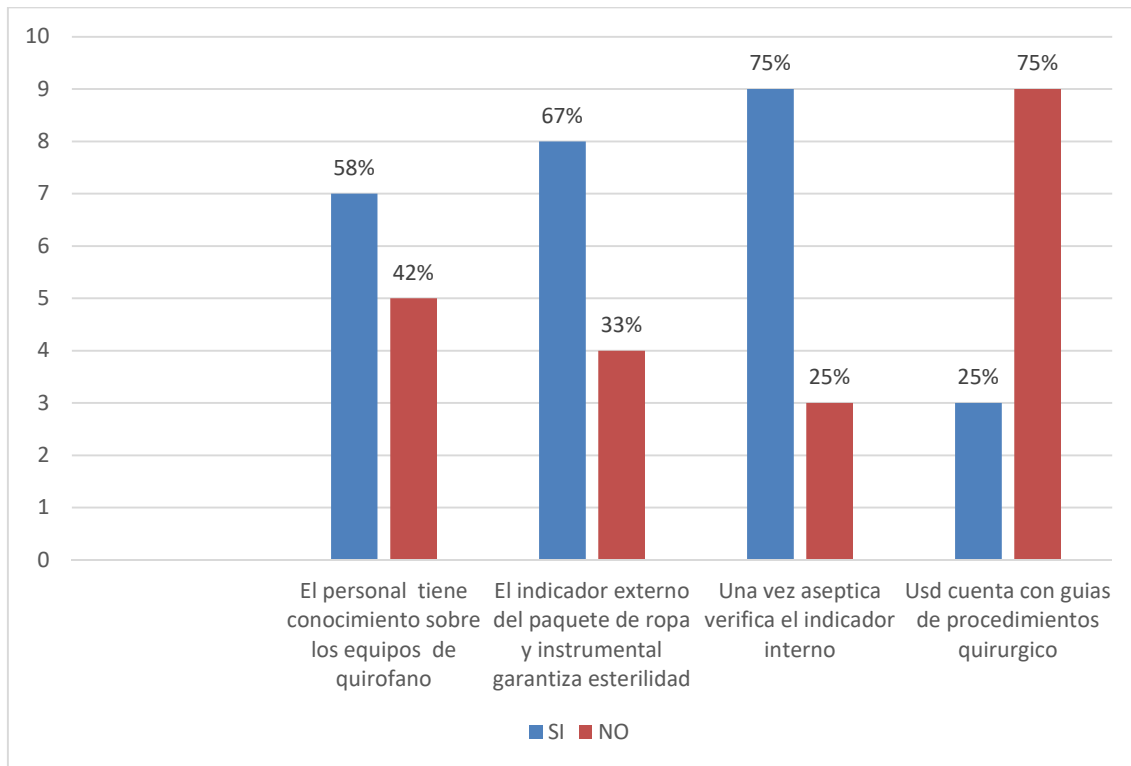


Fuente: Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de 5 ítems sobre el conocimiento de las competencias del instrumentador quirúrgico se evidencia que el 53.2% contestan incorrectamente y el 46.8 % correctamente; por ítem tenemos: 50% contesta incorrectamente sobre las posiciones de la paciente ginecológica, correcto del 50%, en el segundo ítem el 83 % contesta incorrectamente y el 17% correcto sobre el momento aséptico del instrumentador; el ítem 3 el 67% contesta correctamente y el 33% incorrectamente sobre las incisiones ginecológicas y obstétricas, el ítem de recuento de gasas el 58% contesta incorrectamente y el 42% correctamente, en el ítem 5 sobre los tipos de suturas utilizadas en una intervención quirúrgica según los planos responden el 58% incorrectamente y el restante 42% correcta.

TABLA N° 9

COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021

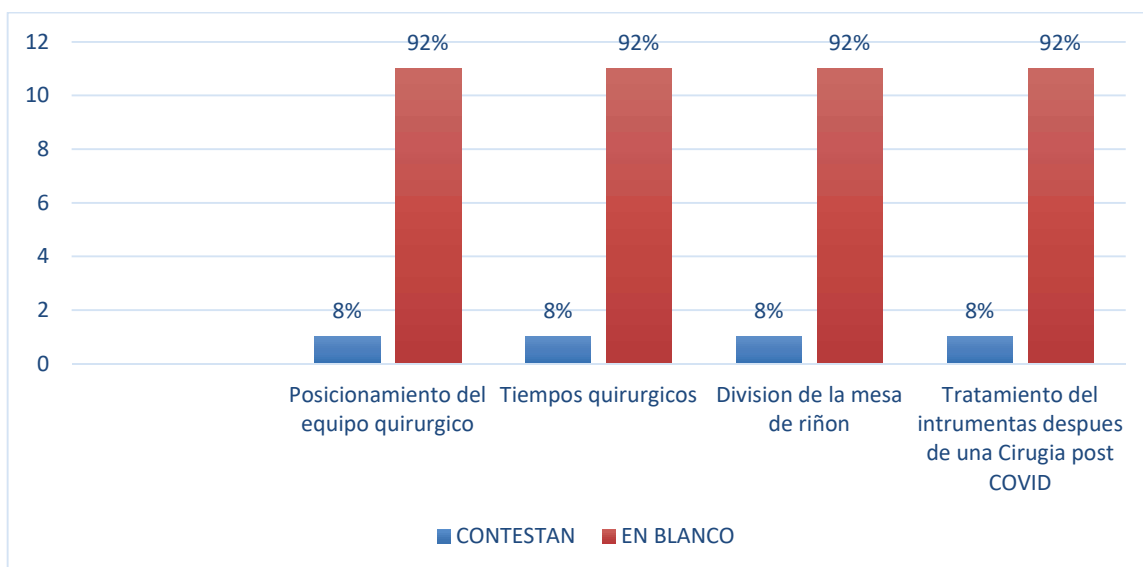


Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de 4 ítems con preguntas cerradas se evidencia que el 56.25% contestan sí y el 43.75 % no; por ítem tenemos: 58% conoce sobre equipos que tiene en quirófano el 42% no conocen, el segundo ítem el 67% contesta que el indicador externo del paquete de ropa si garantiza la esterilidad, el 33% responde que no garantiza la esterilidad.

GRAFICO N° 10

PREGUNTAS ABIERTAS COMPETENCIAS COGNITIVAS DEL INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO EN EL CUMPLIMIENTO DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, EN QUIRÓFANO, HOSPITAL DE LA MUJER, SEGUNDO TRIMESTRE 2021.



Fuente: Encuesta Hospital de la Mujer 2021

Interpretación: La evaluación de los 4 ítems con preguntas abiertas referente al conocimiento del instrumentador Encuesta Hospital de la Mujer 2021trumentador quirúrgico sobre las competencias en el cumplimiento de las guías de procedimientos quirúrgicos se evidencia que el 92% no contestan nada lo dejan en blanco y el 8% contestan adecuadamente dando a resaltar que no es una persona que contesta correctamente.

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD
DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA UNIDAD DE POSTGRADO**



**GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE
ENFERMERÍA SERVICIO DE QUIRÓFANO HOSPITAL DE LA
MUJER GESTION 2021**

POSTULANTE: Lic. Janneth Nancy Tintaya Mejía


TUTORA: Lic. Mg. Sc. Eliana Bárbara Ancasi Choque

La Paz – Bolivia

2022

INDICE

	Pág.
Introducción	1
Justificación	2
Objetivo General	3
Objetivo Especifico	3
Alcance	4
Desarrollo	4
Intervención de Enfermería	5
Recomendaciones	75
Referencias Bibliográficas	78

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

INTRODUCCIÓN


Esta guía está enfocado al conocimiento sobre las técnicas, normativas y filosofía que se desarrollan dentro del Área Quirúrgica y está dirigido al personal de enfermería a fin de que conozca los conceptos más elementales para comenzar a trabajar en esta área, resaltando a donde van encaminadas nuestras actividades.

El área quirúrgica se entiende el conjunto de dependencias estrechamente vinculadas entre sí para lograr la práctica de la cirugía en óptimas condiciones. El proceso quirúrgico comienza con la indicación y decisión de la cirugía, la evaluación preoperatoria, y continúa con la fase perioperatoria, que incluye la admisión del paciente en el área quirúrgica, la realización del procedimiento quirúrgico y la reanimación postoperatoria. (1)

El Área quirúrgico por una parte, es el espacio donde se agrupa a todos los quirófanos con las diferentes características y equipamientos necesarios para llevar a cabo todos los procedimientos quirúrgicos previstos y, por otra parte, una unidad organizativa, es decir: "una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar a procesos asistenciales mediante cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarios, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos".(3)

El instrumental quirúrgico es el conjunto de elementos utilizados en los procedimientos quirúrgicos. Es un bien social costoso, muy sofisticado y delicado. Por ello su cuidado debe ser meticuloso y estar estandarizado; debe someterse a la cadena del proceso de descontaminación, limpieza y esterilización. (2)

Los instrumentos se diseñan para proporcionar una herramienta que permita al cirujano realizar una maniobra quirúrgica básica; las variaciones son muy numerosas y el diseño se realiza sobre la base de su función. A propósito, Hipócrates escribió: “Es menester que todos los instrumentos sean propios para el propósito que se persigue, esto es respecto a su tamaño, peso y precisión”. Debe existir un personal idóneo que conozca las diferentes propiedades y características de los instrumentos. Este personal constituye una parte importante del equipo de trabajo y de su labor surge la función del instrumentista. Verificar, en común con la enfermera circulante, que el quirófano reúna las condiciones de mayor seguridad.(3)

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		


JUSTIFICACION

Las cirugías ginecológicas y obstétricas, al igual de cualquier especialidad médica es de suma importancia, cuenta con una gran variedad de procedimientos quirúrgicos que hacen uso de varios equipos electromedicos y debe contar con un lugar idóneo para llevar a cabo este tipo de procedimientos quirúrgicos de enfermería, donde no este expuesto la paciente a adquirir infecciones que pongan en riesgo la vida de la paciente. (52)

La paciente cursa con una patología, y otras que llevan un nuevo ser en su vientre y muestra un gran temor al pensar que puede perder la vida y del nuevo ser, las pacientes necesitan ser atendidas con personal altamente capacitado y comprometido con la labor que se realiza. (54)

La elaboración de esta guía de procedimientos quirúrgicos de enfermería nos permite expresar que servirá como documento de consulta, actualizando los conocimientos ya adquiridos, con la esperanza con de que despierte inquietudes y motivación su habito de estudio e investigación. (3)

Como parte del proceso de enseñanza, durante esta de formación es indispensable brindarles esta guía de procedimientos quirúrgicos de enfermería, que les permita conocer las diferentes técnicas quirúrgicas. (48)


	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

OBJETIVO GENERAL

Disponer de una guía de procedimientos quirúrgicos de Enfermería, en el servicio de quirófono del Hospital de la Mujer, que permita guiar, educar, orientar, respaldar y regular el quehacer del instrumentador quirúrgico en la atención de las personas en las diferentes etapas de desarrollo de la intervención quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

1. Mejorar la calidad y seguridad en la atención a la paciente quirúrgica.
2. Incrementar la seguridad de la paciente al disminuir los eventos adversos relacionados con las intervenciones quirúrgicas.
3. Elaborar guías de procedimientos quirúrgicos básicos de comportamiento en el servicio de quirófono.
4. Disponibilidad del instrumento que facilite el conocimiento al personal que se integra al servicio de quirófono.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		


ALCANCE

A las pacientes que serán sometidas a las cirugías, como también al personal de enfermería para que puedan tener a la mano la guía de procedimientos quirúrgicos.

DESARROLLO

Una buena calidad en salud cumple los estándares mínimos para una atención adecuada, se define como el logro de los mayores beneficios posibles de atención con los menores riesgos para el paciente.

La atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo. Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente variables en todo el mundo. La iniciativa de las guías de procedimientos quirúrgicos pretende modificar esta situación subiendo el listón de calidad y seguridad que los pacientes pueden esperar una buena calidad de atención al paciente quirúrgico.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

ESTRUCTURA DEL ÁREA (48)

El Área Quirúrgica la definimos como 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:

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

Con relación al **ÁREA QUIRÚRGICA**, tres apartados fundamentales:

1. Instalaciones
2. Dependencias
3. Equipamiento
4. Instalaciones



<https://www.arquihospitalaria.com.areasquirurgicas>. 2020

1. Instalaciones

Hay que conseguir unas condiciones óptimas en cuanto a iluminación, sistemas de aireación, temperatura y humedad. Estas, no tienen que ser fijas, sino que tienen que tener unas pequeñas variaciones con el fin de mantener unas buenas condiciones en los mecanismos reguladores del organismo del personal y del paciente.

ILUMINACIÓN: (48)

- a) sala operatoria
 - 2 lámparas centrales móviles.
 - Alumbrado general.
 - Alumbrado de emergencia de tiempo definido con grupo electrógeno.
 - Lámparas auxiliares.
 - pasillos y otras dependencias
 - Iluminación eléctrica y natural.

La luz quirúrgica de la lámpara central superior debe cumplir los criterios siguientes:

1. Debe ser suficiente, sin producir brillos ni deslumbramientos:
 - Existe un regulador de concentración del haz de luz en todos los quirófanos

- Regulador de intensidad en los quirófanos
- 2. Estar sujetas a equipo electrógeno; esta área está alimentada por equipo electrógeno tanto la iluminación como todo el equipo eléctrico de la sala operatoria, con una autonomía de 2 horas de batería.
- 3. No producir sombras, lo cual se consigue dirigiendo los dos haces de luz hacia un ángulo convergente.
- 4. Disponer de luz cercana al color azul/blanco de la luz diurna.
- 5. Poderse ajustar con libertad a cualquier posición o ángulo. En todas las lámparas del área existen mangos estériles de fácil adaptación, por el cirujano, de la luz al campo.

Estas deberán moverse lo menos posible para reducir al mínimo la dispersión del polvo sobre el campo estéril.

- 6. Producir un mínimo de calor.
- 7. Que puedan limpiarse con facilidad.
- 8. Cumplir con las normas de seguridad (controlado por el servicio de mantenimiento)

COLOR: Las paredes de la sala operatoria son azul claro y el suelo oscuro. Los colores más recomendados son azules, verdes, grises y las mezclas de éstos pues producen relajación. Los suelos oscuros dan más sensación de seguridad.

(48)

SUELOS Y PAREDES: Las paredes y los techos son lavables.

Los suelos son conductores para disipar la electricidad estática del equipo y del personal. La superficie no ha de ser porosa, ni tener fisuras.

En la zona de lavado quirúrgico el suelo es antideslizante. (48)

FORMA: Cuadrada o rectangular con los ángulos redondeados para evitar la acumulación de polvo. Las superficies deben ser lisas, sin angulaciones ni grietas, fácil de limpiar y no poroso, (Fibra de vidrio, paneles de poliéster termo sellados... (48)

Actualmente se tiende a colgar del techo parte del equipamiento, (Bisturíes eléctricos, aparatos de anestesia...). Para esto no son recomendables los carriles, ya que acumulan polvo que se dispersa con su movimiento; deben

quedar empotrados en el techo y lo más alejados posible de la mesa de intervenciones.

TAMAÑO: Lo suficientemente amplio para que se adecue el mobiliario y exista una buena circulación. El tamaño ideal son de 6 m. x 6 m. ó 7 m. x 7 m. (entre 36 y 49 metros cuadrados). (48)

PUERTAS: Disponemos de puertas de vaivén, aunque está demostrado que cada vez que la puerta se balancea y, sobre todo, si se abre hacia el interior del quirófano, se produce un aumento considerable de las partículas en suspensión en el aire, con el consiguiente aumento de recuento bacteriano.

Consideramos como más adecuadas las puertas automáticas o corredizas, no empotradas en la pared, sino de superficie. (48)

SISTEMA DE CLIMATIZACION: En la actualidad la transmisión aérea ha adquirido mayor importancia en la infección nosocomial. Esto se produce por la diseminación de gotículas (gotas de menor o igual a 5 micras de diámetro) o por partículas de polvo que contiene el agente infeccioso, que permanecen suspendidas en el aire. Así, los microorganismos transportados de esta forma, se pueden extender ampliamente por las corrientes de aire, pudiendo ser inhalados o depositados en el huésped susceptible.

Por tanto, se necesita una ventilación y una calidad de aire adecuada para prevenir la transmisión aérea.

En el Área Quirúrgica, con respecto a la climatización, los quirófanos se clasifican en dos grupos:

«Las puertas nunca permanecerán abiertas durante o entre las intervenciones»

Rejilla impulsión, zona superior de quirófano Rejilla de extracción

a. Quirófanos de cirugía normal (GRUPO I): 15 renovaciones / aire / hora.

b. Quirófanos de cirugía especial (GRUPO II): son los dedicados a:

- Trasplante de órganos
- Cirugía cardíaca
- Cirugía vascular con implantes
- Neurocirugía

➤ Traumatología especial

Requieren de 15-20 renovaciones / aire / hora.

La temperatura es controlada por el servicio de mantenimiento mediante unos termostatos instalados en la sala operatoria y pasillos. Para el paciente, la temperatura adecuada oscila entre 20° - 24° C, aunque en ocasiones es alta para el personal. El grado de humedad relativa más adecuado es del 50-60%, ya que disminuye la desecación de los tejidos expuestos al aire, protege el tracto respiratorio.

El sistema de climatización ha de estar siempre en funcionamiento.

AGUA: Es de la red pública, adecuadamente clorada, con la particularidad de que al agua de los lavaderos quirúrgicos se le hacen controles bacteriológicos y de clorado con más asiduidad que en el resto del hospital. (48)

ELECTRICIDAD: El número de aparatos eléctricos que se utilizan en los quirófanos se debe prever, para evitar problemas de sobrecarga. No es adecuado enchufar en una toma dos aparatos mediante clavijas dobles, por lo tanto, tiene que haber un número suficiente de enchufes con derivación a tierra. No utilizar «nunca» alargaderas con varios enchufes.

Se colocan lo suficientemente altos para evitar que una posible chispa haga contacto con los gases medicinales inflamables que tienden a acumularse en el suelo.

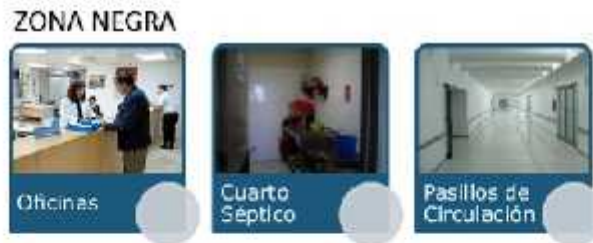
No se deben dejar los enchufes por el suelo, ni tratarlos descuidadamente, así como desconectarlos tirando del cable, ya que un enchufe en malas condiciones puede dar lugar a accidentes. (48)

Todos los enchufes tienen derivación a tierra, así como la mesa quirúrgica.

MOBILIARIO: Todo el mobiliario debe hacer contacto con el suelo mediante el uso de materiales conductores. Debe ser sencillo, fácil de limpiar y lo más liso posible. (48)

2. DEPENDENCIAS (49) ÁREAS DE QUIRÓFANO

Con fines de aislamiento bacteriológico existen zonas de protección o restricción para impedir el acceso de fuentes de contaminación bacteriana.



<https://www.arquihospitalaria.com.areasquirurgicas>. 2020

a) ZONA NEGRA

Es propiamente el área de acceso a la unidad quirúrgica; por ella circulan médicos, enfermeras, técnicos, camilleros y en general todo el personal involucrado en la atención del paciente.

Se debe circular en esta área portando bata o uniforme clínico; esta zona estará comunicada con la zona gris mediante trampa de botas y trampa de camillas. Esta zona también se designa como área preoperatoria y en ella se revisan las condiciones en que es presentado el paciente y se realiza la mayor parte del trabajo administrativo.

En este sitio se ubican los sanitarios, las regaderas, los vestidores y las oficinas administrativas; ahí el equipo quirúrgico cambia el uniforme clínico (uniforme institucional) por el uniforme quirúrgico.

Se encuentra delimitado por la llamada zona negra, lugar exclusivo para la recepción de los pacientes, la cual debe estar provista de camas camilla, bancos de altura, tripiés y una central de enfermeras dotada del material y equipo necesarios para la atención al paciente en el preoperatorio inmediato (49)

b) ZONA GRIS

Como lo indica su color, esta área está sujeta a mayor restricción y también es conocida como zona limpia; es imprescindible transitar en esta área con uniforme quirúrgico, el cual consiste en un pijama de algodón que consta de dos piezas, filipina con cuello en “V” de manga corta, pantalón amplio y con una abertura lateral, además del cubrepelo (gorro o turbante), cubre boca y botas desechables. La enfermera de quirófano nunca debe olvidar que la correcta portación del uniforme contribuye a evitar contaminación o infecciones cruzadas que pueden poner en peligro la vida del paciente, lo que representa un mayor costo para la institución y para el propio paciente.

Aquí se ubica el área de lavado del instrumental quirúrgico, la central de equipos y esterilización (CEYE) en la que se prepara, esteriliza y almacena equipo y material necesarios para la cirugía, así como una habitación para anestesia, donde se almacenan medicamentos e insumos.

Cerca de los quirófanos están instaladas tarjas para el lavado quirúrgico de manos, las cuales deben tener una profundidad adecuada para prevenir salpicaduras y evitar que se humedezca el uniforme. La salida de agua es por medio de un tubo elevado, de manera que permita mantener los brazos en posición vertical; lo ideal es que las tarjas cuenten con un sistema electrónico para accionarlas de modo que, una vez iniciado el lavado, no se tenga contacto alguno con las mismas. (49)

Las instalaciones por lo general cuentan con pasillos laterales por los que se da acceso a la camilla del paciente; por dichos pasillos también se traslada instrumental, ropa y material que ha sido utilizado en operaciones, y se consideran contaminados.

Dentro del área gris también se ubica la zona de postoperatorio, en donde se recibe al paciente inmediatamente después de concluida la cirugía. Este sitio debe estar equipado con camas-camilla, tomas de oxígeno, aspiradores empotrados, tripiés, carro rojo, colchones térmicos, así como una pequeña central de enfermeras dotada del material y el equipo necesarios para la atención del paciente en el postoperatorio inmediato. (49)

c) ZONA BLANCA

Es una zona de absoluta restricción, ya que se considera un lugar estéril, y es en donde se realizan las intervenciones quirúrgicas. Es primordial que todo el personal que transita por aquí se apegue de manera estricta a las siguientes recomendaciones:

- J Portar correctamente el uniforme quirúrgico.
- J Debe contar con un aseo personal escrupuloso.
- J Uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- J No usar ningún postizo (pelucas, pestañas, uñas, pupilentes).
- J Evitar el uso de joyería (pulseras, anillos, medallas, etc.).
- J Evitar el uso de adornos en el pelo.
- J Circular en una misma dirección, evitando el paso de materiales contaminados por áreas limpias.
- J Mantener cerradas las puertas de esta zona durante todo el procedimiento quirúrgico. (49)
- J Observar estas recomendaciones permite ofrecer a los pacientes una mayor seguridad, pero sobre todo evita complicaciones por accidentes.

3. PERSONAL DE QUIRÓFANO (20)

El equipo quirúrgico es:



<https://www.arquihospitalaria.com areasquirurgicas>. 2020

a) Cirujano

El cirujano es el responsable del tratamiento médico y quirúrgico del paciente, es el que guía las actividades durante el acto quirúrgico.

b) Anestesiólogo

Es un médico especializado en la administración y selección de la anestesia aplicada al paciente, así como el monitoreo y conservación de la homeostasia del paciente. Enfermera (o) anestesista

Es la enfermera (o) calificada y registrada que ofrece la misma atención que el médico anestesiólogo, pero debe realizar sus actividades bajo la supervisión de éste.

c) Ayudante

Puede ser un médico adscrito, residente o interno, colabora con el cirujano en la hemostasia, utilizando los separadores, aspiración del campo quirúrgico, sutura dependiendo de su experiencia.


d) Instrumentadora

Es responsable de colocar y entregar al cirujano y al ayudante, el material e instrumental estéril. Dispone y ordena el equipo, instrumental y material necesario para la cirugía

e) Circulante

Es un elemento vital para la realización de la cirugía, vigila la conservación de la asepsia quirúrgica. Atiende al paciente desde su ingreso, realiza la asepsia quirúrgica del paciente, revisa el expediente clínico, sirve de enlace entre los miembros del equipo quirúrgico. Lleva un control exacto del material textil utilizado.

Cuando un usuario se somete a una cirugía, existe un equipo de personal médico asiste al cirujano en el procedimiento. La cantidad de miembros del equipo depende del tipo de cirugía que se realiza. Entre otros profesionales, la mayoría de los equipos incluye el siguiente personal; el cirujano, anestesiólogo, enfermera anestesista, enfermera circulante, enfermera quirúrgica, residentes / estudiantes de medicina.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

ATUENDO QUIRURGICO

La ropa quirúrgica es la vestimenta usada especialmente en el área de quirófanos y durante la cirugía como parte esencial de las técnicas asépticas.

El atuendo quirúrgico tiene sus características que se detalla de la siguiente manera (48)

Debe ser de material no conductor de electricidad.

Sin adornos

De tela protectora y absorbente

De colores suaves que no reflejen la luz

De fácil lavado, durable y económico

De corte sencillo y que facilite los movimientos

a) GORRO

Se utiliza para evitar la contaminación por el cabello; la cabeza se debe de cubrir perfectamente, no debe soltar pelusas ni ser poroso, y pueden ser desechables.

b) BABIJO

De uso obligado y únicamente sirven para una sola ocasión. Se usa cubriendo por completo la nariz y boca de manera que debe ser un cuadro que cubra bien y además poderse sujetar a la cara,

c) PIJAMA

Debe de ser amplio, de corte sencillo y de fácil colocación por ello su escote es en V, de manga corta y colocado por dentro del pantalón.

Debe de ser cómodo, amplio es necesario que el pantalón tenga cinta o resorte para ajustarse a la cintura; las piernas del pantalón deben introducirse dentro de las botas.


d) BOTAS

Son desechables, deben usarse todo el tiempo que se permanezca en el área, Son cubiertas especiales para los zapatos, el borde inferior del pantalón debe meter dentro de la bota para evitar la contaminación.

La vestimenta quirúrgica es una barrera eficaz para que eviten la diseminación de microorganismos hacia el paciente y a su vez al personal, esta tiene ciertas características que ya se mencionaron y están de acuerdo a normas comprende de un gorro, barbijo, pijama que consta de un camisolín y un pantalón, y unas botas estas deberían ser desechables, pero actualmente nos dice que deberían usarse zapados ortopédicos y especialmente para quirófano.



<https://www.elhospital.com.Ropa-quirurgica> 2020

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

BIOSEGURIDAD

Es el conjunto de medidas normas y procedimientos destinados a controlar y minimizar dicho riesgo biológico donde el profesional en salud tiene que reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de pacientes reconocidas como tejidos, secreciones y fluidos corporales. (50)


Mediante la utilización de barreras apropiadas.



<https://www.covid-19-recomendaciones-de-la-comision-de-higiene-seguridad-y-bioseguridad.2020>

1. Todos los pacientes quirúrgicos se consideran contaminados
2. Se debe utilizar guantes para manipular sangre, fluidos corporales o materiales quirúrgicos contaminados,

3. Los barbijos deben ser utilizados y cambiarse durante cada caso quirúrgico y luego descartados adecuadamente.
4. Cualquier elemento agudo, incluidos hojas de bisturí, agujas, instrumental puntiforme debe ser manipulado con extrema precaución a fin de evitar una punción accidental.
5. Cuando se descarten las gasas contaminadas durante la cirugía, el recipiente receptor debe estar situado cerca del paciente y el equipo quirúrgico.
6. La ropa sucia y los desperdicios deben ser descartados en recipientes adecuados y no debe permitirse el contacto con áreas limpias no contaminadas.
7. Cuando un empleado sufre una lesión que resulta una punción o solución de continuidad de la piel con un objeto contaminado se debe notificar el hecho y comenzar el cuidado de seguimiento de inmediato.
8. Todos los empleados de sala de operaciones deben ser vacunados contra el virus de la Hepatitis B
9. Todo empleado cuya superficie cutánea expuesta no este intacta y este drenando un exudado debe ser excluido de las tareas de la sala de operaciones hasta tanto su lesión haya cicatrizado.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

LAVADO DE MANOS QUIRURGICO

Definición

Es la remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria y remueve las residentes presentes en la piel. Este proceso durará como mínimo 5 minutos. (54)



<https://www.protocolo-de-lavado-de-manos-es-la-primera-medida-de-prevención-contra-enfermedades.2020>

Objetivo

Eliminar los microorganismos transeúntes y reducir la flora residente

Indicaciones

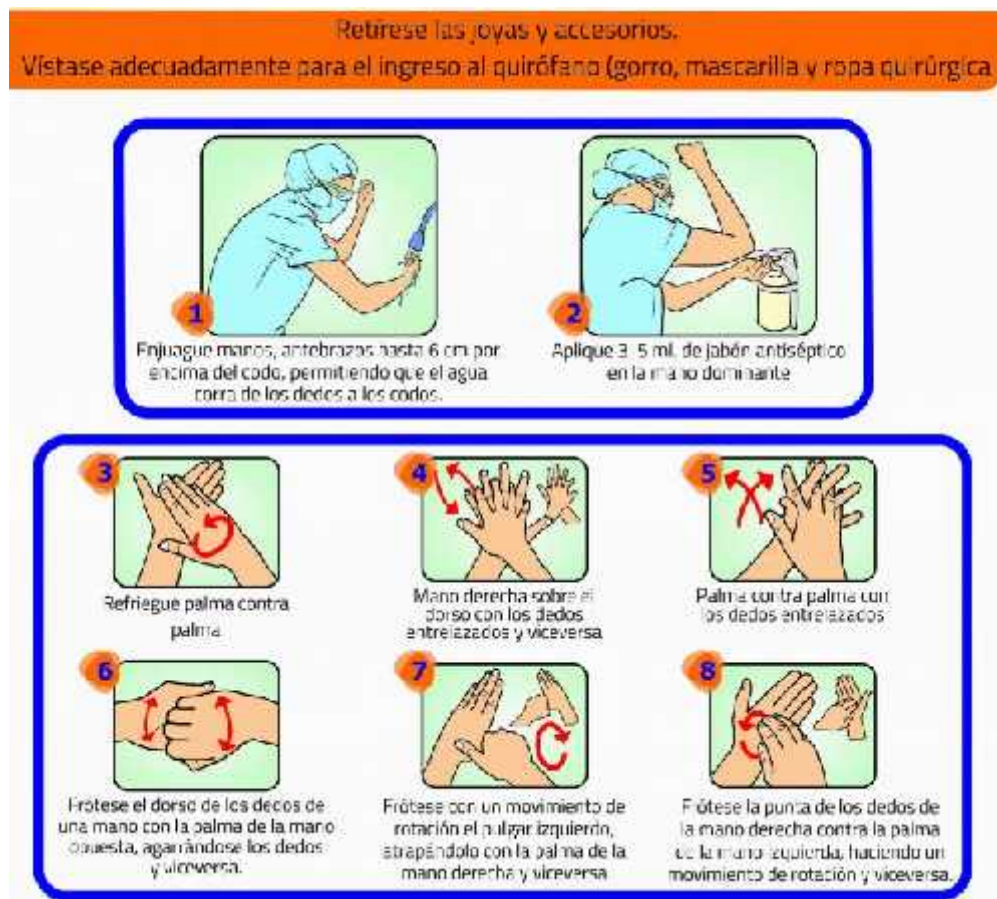
- Antes de cualquier intervención quirúrgica.
- Antes de realizar técnicas que requieran una extremada asepsia como colocación de catéter venoso central.

Precauciones

- Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj
- Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte
- Usa ropa quirúrgica, gorro, botas y mascarilla antes de iniciar el lavado.
- No usar debajo de la ropa quirúrgica ropa de calle.
- No debe presentar infecciones respiratorias, enfermedades infectocontagiosas o heridas en las manos.


Procedimiento

1. Abra la llave del caño de codo o pedal hasta obtener agua a chorro.
2. Humedezca sus manos y antebrazos.



<https://www.protocolo-de-lavado-de-manos-es-la-primera-medida-de-prevención-contra-enfermedades.2020>

3. Deposite una cantidad suficiente de clorhexidina al 4% en la superficie de sus manos.
4. Frote sus manos y antebrazos hasta obtener espuma en toda la superficie.
5. Frote las palmas de sus manos entre sí.
6. Frote la palma de su mano derecha contra el dorso de su mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Frote las palmas de sus manos entre sí con los dedos entrelazados.
8. Frote su pulgar izquierdo con un movimiento de rotación atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
9. Frote la punta de los dedos de su mano derecha contra la palma de su mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
10. Con movimientos rotatorios descienda su mano izquierda por el antebrazo derecho hasta debajo del codo y viceversa. Enjuague sus manos manteniéndolas levantadas sobre los codos.
11. Cierre la espita de codo o pedal de acuerdo al tipo de lavamanos.
12. Mantenga las manos en alto dirigiéndose hacia SOP y proceda a la apertura de la puerta de espalda para no contaminar sus manos y antebrazos.

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</p>	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

BULTO DE ROPA QUIRURGICO

El bulto quirúrgico es un paquete que contiene material que ha sido esterilizado que se utiliza para impedir o disminuir el riesgo de la transmisión de microorganismos desde el equipo quirúrgico o el propio del paciente hasta la herida quirúrgica abierta. (18)



<https://www.bultos-de-ropa-quirurgica.2020>

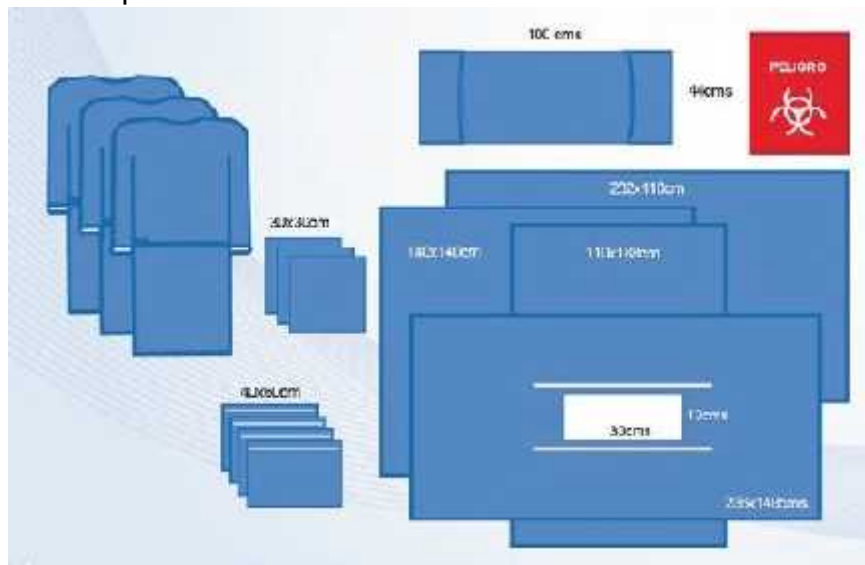
Debe de estar confeccionado de tela tejida de propileno o algodón, impermeable a líquidos y fluidos, color antirreflejante, no transparente, antiestática y resistente a la tensión de uso normal. Estéril y desechable.

Las envolturas deben en de tener las siguientes características de seguridad y confiabilidad en cuanto:

- A tamaño integridad y naturaleza para que el material y equipo en el campo quirúrgico.

CONTENIDO DE BULTO QUIRÚRGICO:

- 3 batas quirúrgicas para cirujano.
- 1 bata quirúrgica para instrumentista.
- 1 sabana hendida.
- 4 campos cerrados sencillos.
- 1 sábana de pie o podálica.
- 1 sábana superior o cefálica.
- 1 cubierta para mesa de riñón.
- 1 funda de mesa de mayo.
- 1 compresa de envoltura doble.
- 4 toallas absorbentes.
- 20 gasas
- 10 compresas



<https://www.bultos-de-ropa-quirurgica.2020>

Las batas son especiales para utilizar durante el acto quirúrgico con diferentes tallas o medidas para ser ajustadas al cirujano

- **Batas quirúrgicas cirujanos.** - Debe ser tipo recta, cruzada, de manga larga, con una pechera la frente, está conformada por dos partes y tres pares de cintas en cada parte, el color es verde o azul, debe ser ajustable al cuerpo de tamaño grande o extra grande.
- **Batas quirúrgicas para instrumentista.** - Las características que reúne son parecidas a las de la bata del cirujano. (18)

Sábana hendida Su forma es rectangular, el número de piezas puede variar de 1 a 2, tiene dobladillos perimetrales y cuenta con refuerzos al centro con las siguientes dimensiones el largo de 2.97 mts, ancho 1.74 mts, abertura 50 por 6 cm y ancho de refuerzo es de 5 cm. (18)

Campos cerrados sencillos Están hechos en telas con una medida de 90 por 10 cm, la forma es rectangular, es de una pieza y cuenta con un dobladillo de un cm. (18)

Sábana de pie o podálica. – Es hecha en tela con dimensiones 150 cm a 200 cm por 190 cm 200 cm, teniendo una forma rectangular, siendo de una pieza o de dos y contando con un doblez en el contorno de un cm. (18)

Sábana superior o cefálica Es elaborada en tela con dimensiones 170 a 180 cm por 190 cm a 180 cm, teniendo una forma rectangular, siendo de una pieza o de dos y contando con un doblez en el contorno de un cm. (18)

Cubierta para mesa de riñón Es elaborada en tela con dimensiones 240 cm a 250 cm por 110 cm a 120 cm, teniendo una forma rectangular, siendo de una pieza y contando con un doblez en el contorno de un cm.(18)


Funda de mesa de mayo Tiene forma de L, contando con un extremo abierto y una abertura lateral, vuelta con otro extremo cerrado y una pieza en forma de cuadro lateral, las medidas son: de largo 1.40 mts de ancho 50 cm, la abertura

de 65 cm y la pieza cuadrada de 45cm por 45 cm, el dobladillo del contorno es de un cm. (18)

Compresa de envoltura doble Mide 1.50 m por 1.50 m, teniendo una forma cuadrada y creada en dos piezas unidas por un dobladillo perimetral de un cm.

Toallas absorbentes Las dimensiones son de 40 a 45 cm por 40 a 45 cm.

Compresas: Son secciones de gasas que tienen diversos tamaños los cuales son (10x10cm) y que se utilizan para presionar los vasos sanguíneos seccionados y hacer hemostasia por compresión. (18)

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

CESAREA

DEFINICION es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica. (52)



<https://www.redaccionmedica.com.cesarea>. 2020

Cesárea programada: es una intervención programada que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

Cesárea de urgencia: es una intervención cuya indicación surge como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo

vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la calidad de la atención y seguridad del paciente, mediante la correcta indicación de operación cesárea basada en la mejor evidencia científica disponible, disminuyendo la variabilidad de criterios de indicación de esa intervención quirúrgica.

OBJETIVO ESPECIFICOS

-) Identificar los factores de riesgo obstétricos que puedan conducir a un mal resultado materno perinatal susceptible de prevenir por indicación cesárea.
-) Identificar las indicaciones absolutas o específicas de operación cesárea.
-) Reconocer indicaciones de causas maternas, fetales y ovulares, así como el deterioro de la unidad feto placentaria.
-) Determinar aquellas situaciones controversiales específicas que ameritan su resolución mediante esta intervención quirúrgica.
-) Evaluar los riesgos y beneficios de la operación cesárea.
-) Revisar en forma sistemática fichas clínicas de usuarias con operación cesárea, y auditar cumplimiento de protocolo.

ROPA

- Paquete de cesárea
- Paquete de mandil individual
- Paquete de campos
- Paquete de compresas

INSTRUMENTAL

- Estuche de anestesia
- Estuche Peridural
- Estuche de cesárea

- Paquete de tijeras
- Paquete de goma de aspiración
- Paquete de cateterismo
- Paquete de bañador
- Paquete de electrobisturí

MATERIAL AUXILIAR

- Electrodo
- Jeringas de 5 cc
- Espinocan # 26
- Sonda Foley Nº 16
- Bolsa colectora de orina
- Jeringa de 10 cc

SUTURAS, HOJA DE BISTURÌ, DRENAJES

Sutura vicryl I, Sutura Catgut 2-0, Nylon 3-0, Hoja de bisturí Nº 21

TIPO DE ANESTESIA

- Raquídea
- Peridural
- General

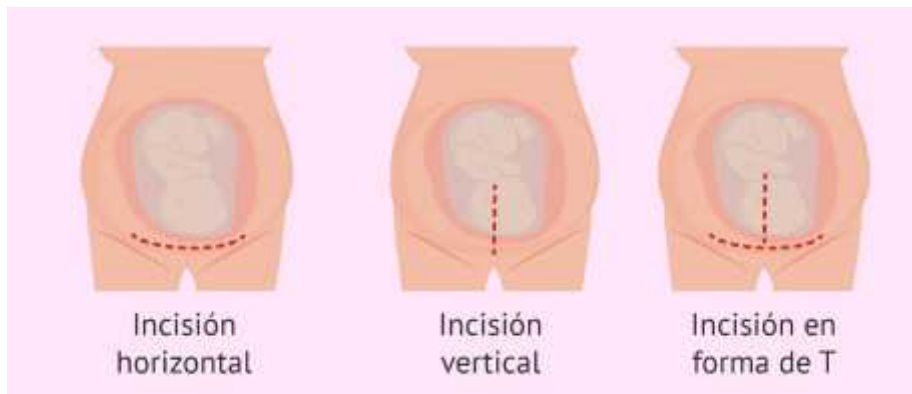
POSICIÓN DEL PACIENTE

Posición para la anestesia: La posición del paciente puede ser en sedestación o decúbito lateral izquierdo con flexión de las rodillas y aproximación del mentón al tórax. Se comienza localizando el punto de punción mediante las tomas de referencia de los niveles anatómicos que son las crestas iliacas antero superiores (L3 – L4).

Posición para la cirugía: Se debe acomodar al paciente en decúbito dorsal.

TIPO DE INSICIÓN

Incisión Pfannenstiel: Es una incisión transversal realizada a unos 3 cm por encima del pubis y que permite realizar las intervenciones quirúrgicas pélvicas.



<https://www.redaccionmedica.com.cesarea.2020>

SOLUCIONES ANTISEPTICAS Y SUEROS

Gluconato de clorhexidina al 2% más isopropil de alcohol al 70 %.

Previene la infección del sitio quirúrgico, bacteriemias y flebitis, es un antiséptico basado en una solución de clorhexidina al 2% en 70% de isopropanol, para la antisepsia general de la piel del campo operatorio, accesos vasculares y otros procedimientos invasivos. Tiene una excelente acción residual, y se distingue por teñir la zona desinfectada con un tinte fucsia que se retira fácilmente de la piel.

Características


- Tiene efecto superior al de la povidona yodada.
- El tinte fucsia permite la visualización del campo quirúrgico o de punción.
- Es la primera clorhexidina tintada estable con un color asimilable.

DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGIA

1. Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia raquídea.
2. Se realiza cateterización vesical.
3. Antisepsia de la región operatoria: se realiza con pincel de clorhexidina más alcohol desde el diafragma hasta la parte superior de la espina iliaca y la sínfisis del pubis.
4. Se entrega al Neonatologo 2 pañaleras de neonatos más 1 tijera de neonato.

5. Colocación de campos: 4 primeros campos fijados con 4 pinzas Backaus, 1 campo podálico extra, 1 campo fenestrado, se proporciona 2 compresas húmedas y 2 compresas secas.
6. Se ubica electrobisturi y goma de succión fijados con pinza backaus.
7. El cirujano realiza la prueba de sensibilidad con pinza quirúrgica.
8. Se proporciona mango de bisturí N° 4 con hoja de bisturí N° 21, el cirujano procede a realiza la incisión Pfannenstiel, profundiza tejido celular subcutáneo con bisturí, hasta visualizar aponeurosis, el cirujano realiza un ojal con tijera metzembaum y de manera manual se realiza la divulsión de aponeurosis, músculos rectos y peritoneo parietal.
9. Se proporciona valva suprapúbica para rechazar la vejiga e identificar el segmento inferior, el fondo de saco vesicouterino y la vejiga.
10. Sección del tejido miometrial (Histerectomía) con bisturí, se proporciona pinza quirúrgica para rotura de bolsa placentaria, se aspira líquido amniótico.
11. Se retira la valva suprapúbica, el cirujano introduce la mano izquierda entre la cabeza fetal y la sínfisis pubiana hasta alcanzar la superficie posterior, práctica una suave palanca y con cuidado eleva la cabeza. A medida que esta sale de la cavidad, el ayudante presiona el fondo a través de la pared abdominal para facilitar la exteriorización (Nacimiento), el Neonatólogo recibe al recién nacido para brindarle asistencia.
12. Clampeo del cordón umbilical con 2 pinzas Khocher y sección con tijera metzembaum.
13. Alumbramiento, el primer ayudante ayuda masajeando el fondo del útero, ante las primeras contracciones se desprenden la placenta y las membranas sin inconvenientes con ayuda de pinzas Aro a fin de no desgarrarlas. Para extraer los restos placentarios se proporciona una compresa seca, introducida en cavidad endouterina.
14. Se toma el útero del borde superior e inferior con pinzas Aro y ambos lados con pinzas allys, se proporciona la valva supra púbrica y separador roux para mejor visualización.

15. Histerorrafia en dos planos, primeramente, el tejido endometrial y seguidamente el miometrial con vicryl 1.
16. Revisión de órganos pélvicos con compresa húmeda.
17. Se sujeta el peritoneo parietal con 4 pinzas Kelly y se procede a síntesis con sutura catgut cromado 2-0.
18. Síntesis de musculo con catgut cromado 2-0.
19. Revisión de hemostasia con electro bisturí.
20. Síntesis de aponeurosis con vicryl 1 previa sujeción de bordes con pinzas Allys.
21. Revisión de hemostasia con electrobisturi.
22. Se proporciona gasa empapada en agua oxigenada realizando la limpieza interna de la herida quirúrgica y gasa seca.
23. Síntesis de la piel con nylon 3-0.
24. Se realiza antisepsia con paleta de gluconato de clorhexidina más alcohol al 70 %, se cubre la herida quirúrgica con gasa húmeda y gasa seca, se sella con tela micropore.
25. Se retira todo el instrumental y campos.
26. Se realiza expresión de crede, loquios en moderada cantidad, se realiza limpieza del área perianal, paciente pasa a sala de Recuperación.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

HISTERECTOMIA

DEFINICION

Es un procedimiento quirúrgico donde se extirpa el útero a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. El útero, o el vientre, es el lugar donde crece el bebé durante el embarazo. Una histerectomía parcial solo extirpa el útero y deja el cuello uterino intacto. Una histerectomía total extirpa el útero y el cuello uterino. A veces una histerectomía incluye la extirpación de uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio, un procedimiento denominado histerectomía total con salpingooforectomía. (52)



2009 Teresa Winslow

OBJETIVO GENERAL

Contribuir el mantenimiento de salud de la paciente y la de su familia, promoviendo las prácticas de autocuidado en la solución de problemas y/o necesarias para la salud haciendo uso de los recursos propios a través del proceso de atención de enfermería.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Mejorar el estado de salud
- Determinar las necesidades de la paciente
- Planificar las actividades

ROPA

- Paquete de Cirugía Mayor
- Paquete de mandil individual
- Paquete de campos
- Paquete de compresas

INSTRUMENTAL

- Estuche de anestesia
- Estuche de cirugía histerectomía abdominal
- Paquete de allys
- Paquete e separador doyen con valva
- Paquete de goma de aspiración
- Paquete de cateterismo
- Paquete de bañador
- Paquete de electrobisturí

MATERIAL AUXILIAR

- Electrodo
- Jeringas de 5 cc
- Espinocan # 26

- Sonda Foley N° 16
- Bolsa colectora de orina
- Jeringa de 10 cc

SUTURAS, HOJA DE BISTURÌ, DRENAJES

Sutura vicryl I, Sutura Catgut 2-0, Nylon 3-0, Hoja de bisturí N° 21

TIPO DE ANESTESIA

- General

POSICIÓN DEL PACIENTE

Posición para la anestesia: decúbito dorsal

Posición para la cirugía: Se debe acomodar al paciente en decúbito dorsal.

TIPO DE INSICIÓN

Incisión infraumbilical

SOLUCIONES ANTISEPTICAS Y SUEROS

Gluconato de clorhexidina al 2% más isopropil de alcohol al 70 %.

Previene la infección del sitio quirúrgico, bacteriemias y flebitis, es un antiséptico basado en una solución de clorhexidina al 2% en 70% de isopropanol, para la antisepsia general de la piel del campo operatorio, accesos vasculares y otros procedimientos invasivos. Tiene una excelente acción residual, y se distingue por teñir la zona desinfectada con un tinte fucsia que se retira fácilmente de la piel.

Características

- Tiene efecto superior al de la povidona yodada.
- El tinte fucsia permite la visualización del campo quirúrgico o de punción.
- Es la primera clorhexidina tintada estable con un color asimilable.

DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGIA (52)

Incisión de la piel -

Media infraumbilical La laparotomía media sigue siendo uno de los abordajes, de la cavidad peritoneal, realizado con más frecuencia; permite un buen acceso con mínimo traumatismo muscular, nervioso y de grandes vasos. La incisión abarca desde el apéndice xifoides hasta el ombligo, al que puede sobrepasar y

contornear, mejor por su margen izquierdo para evitar el ligamento redondo, siendo una vía de acceso a la cavidad abdominal rápida, con mínima hemorragia y fácilmente extensible. Los planos de la incisión son a través de la piel, tejido celular subcutáneo, línea alba y peritoneo. A pesar de sus ventajas, requiere un cierre meticuloso, ya que la línea alba constituye un punto débil de la pared abdominal, con una incidencia de eventraciones superior al 10% de las laparotomías. Es el tipo de incisión especialmente apropiado cuando el diagnóstico es incierto, el paciente está inestable y se precisa de un rápido acceso a la cavidad abdominal. En la laparotomía media infraumbilical, la incisión puede llegar a la sínfisis del pubis, debiendo tener en cuenta, en pacientes operados previamente, la localización del fondo vesical, para evitar su lesión de forma inadvertida.



2009 Teresa Winslow

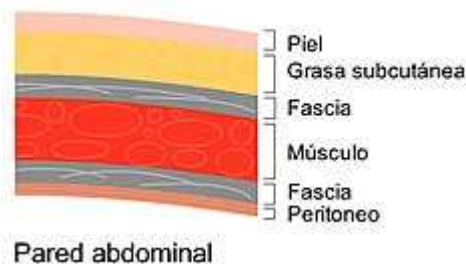
Subcutáneo: la apertura del tejido subcutáneo se realizará mediante disección roma (se asocia a menor tiempo operatorio y menor posibilidad de dañar vasos).

Aponeurosis: incisión transversa de la fascia en la zona media con bisturí (frio/eléctrico) y ampliación lateral en dirección cefálica.

Músculos rectos: en cesáreas electivas, se realizará la disección del plano muscular su aponeurótico partiendo por la línea media y teniendo especial cuidado con la hemostasia de vasos perforantes. No existe evidencia de que mejore resultados posoperatorios, pero sí que aumenta el tiempo, dolor

postoperatorio y mayor sangrado. Por tanto, en pacientes sin cesárea previa se realizará la separación manual de los músculos rectos en sentido vertical hasta identificar el peritoneo.

Apertura del peritoneo: se realizará digitalmente de forma preferente para minimizar el riesgo de lesión. Si existen o se sospechan adherencias entre la pared abdominal anterior y el útero es preferible realizar una apertura digital del peritoneo lo más cerca posible del abdomen superior. Si no es posible y la incisión instrumental es necesaria, se realizará de manera cautelosa con incisiones poco profundas y bajo visión directa.



2009 Teresa Winslow

Preparacion

-) Una vez abierto los planos se debe proteger la herida con dos compresas húmedas
-) Pasar el autoestático, supra púbico y un separador maleable envuelto en una compresa
-) Pasar histerolavo para sujetar el útero el mismo que puede ser remplazado por puntos de tracción.

Traccion uterina

-) El útero se puede tomar con una pinza tirabuzón o histerolavo o pasar con aguja a traumática (curva) con hilo de cavidad, sin referencia, realizar esta acción dos veces, al finalizar pasar una Kelly recta para traccionar con hilos de cavidad.



2009 Teresa Winslow

Seccion de ligamento redondo

-) Es el primer paso de la histerectomía por rutina se comienza del lado derecho, expuesto el ligamento redondo se pinza, con dos gines y se secciona por medio de ellas con bisturí y luego se aplica una ligadura por transfixión en 8 en falso con vicril, dexton o catgut cromado N° dos esto en la cavidad peritoneal y en el reborde cortado cerca al útero con hilo de cavidad en una guja curva a traumática sin referencia hacer lo mismo por el lado izquierdo

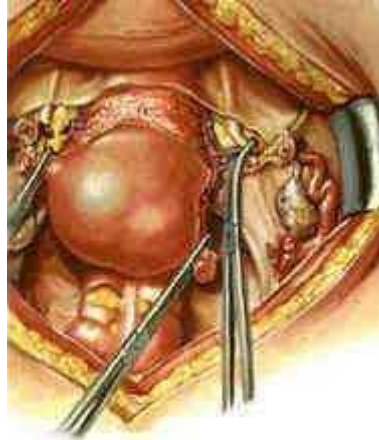


2009 Teresa Winslow

Tratamiento de los anexos

-) Si se van a conservar los anexos se toma la trompa y los ligamentos uteroovaricos con dos pinzas gines se secciona con bisturí por medio de

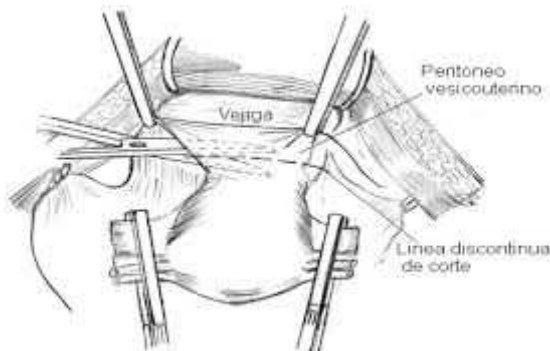
las mismas, luego se aplica una ligadura por transfixión en 8 en falso con vicril, esto en la cavidad peritoneal. Este mismo procedimiento se realiza con el ligamento ancho tantas veces necesaria.



2009 Teresa Winslow

Diseccion y movilizacion de la vejiga

-) Se traccionar el útero y se secciona en forma transversal, al peritoneo vesicouterino en la línea media uniendo así las incisiones de las hojas anteriores de los ligamentos anchos se toma con una pinza quirúrgica y se libera la vejiga de la superficie anterior del útero y el cuello superior mediante la sección cortante y divulsión con gasas llamadas hisopitos montadas en una pinza allys.



2009 Teresa Winslow

Ligadura de los vasos uterinos

-) Se pasa dos pinzas gines se secciona en medio de ellos y se realiza la transfixión en 8 falso con vicril, esto en la cavidad peritoneal, esto se realiza con el ligamento ancho tantas veces necesario.

Seccion de los ligamentos uterosacros

-) Con una pinza gine se clampea el ligamento uterosacro y se corta con bisturí y se realiza las transfixiones en un falso en 8

Seccion de los ligamentos cardinales

-) Se toma por parte superior de parametrio con una gine o pinza faure y se realiza una ligadura por transfixión de los ligamentos cardinales esta maniobra se repite en el lado izquierdo de acuerdo a técnicas establecidas.

Apertura de la vagina y extirpacion del utero

-) Se utiliza dos faures o dos kocher curvas en ambos ángulos vaginales debajo del cérvix y se secciona por medio de las mismas una de ellas sale con el útero y otra se queda clampeado con el canal vaginal todo el material usado en este proceso se desecha ya que este tiempo se considera sucio.

Cupula vaginal

-) Es necesario realizar una antisepsia en la mucosa con hisopos con solución de yodo.

Tratamiento de la cupula vaginal

-) Existen varias técnicas entre los más apropiados es la utilización de las pinzas allys para traccionar por los cuatros puntos cardinales del muñón vaginal la misma que se sutura con puntos interrumpidos, con puntos en x o sutura continua el mismo que se deja un espacio al centro para introducir una gasa acintada sumergida en yodopovidona en una pinza anatómica larga el mismo que se desecha.

Periotizacion de la brecha operatoria

-)] Previo a esto se lava con solución fisiológica tibia se asegura la hemostasia se recuenta las gasas compresas y se asegura con una jareta con catgut simple.

Cierre parietal

-)] Se retira todas las valvas del campo operatorio y se cubre con el epiplón la laparotomía y se realiza la síntesis al cabo de un tiempo se introducen los dedos por la vagina y se retira la gasa acintada.

SINTESIS

Cierre del peritoneo

No se recomienda suturar el peritoneo visceral ni parietal. De esta manera se reduce el tiempo operatorio, la morbilidad materna y disminuye la necesidad de analgesia postoperatoria. No existe en la actualidad evidencia del beneficio del no cierre en cuanto al aumento de formación de adherencias.

Músculos rectos

La re aproximación quirúrgica de los músculos rectos no se recomienda ya que aumenta el dolor postoperatorio.

Cierre de la fascia

Se realizará una sutura continua con sutura reabsorbible triangular sintética multifilamentosa trenzada del número 1, con una separación entre puntos de 1cm y abordando 0.5 cm de tejido de cada lado. No se recomienda cruzar los puntos en la sutura continua de la fascia ya que aumenta la isquemia del tejido sin proporcionar beneficios a corto o largo plazo.

En el caso de las laparotomías medias, la fascia se debe cerrar con sutura continua de hilo reabsorbible (tipo PDS del N°1).

Aproximación de tejido subcutáneo

En pacientes con más de 2cm de tejido subcutáneo se aconseja sutura del subcutáneo con sutura de absorción rápida 2/0 con el objetivo de evitar la formación de seromas o hematomas en dicha capa y también sobre todo en

aquellos casos donde se realice una sutura intradérmica con el fin de reducir la tensión que soporta la sutura.


Cierre de la piel

El cierre de la piel con sutura intradérmica (de preferencia con sutura reabsorbible) presenta menor riesgo de dehiscencia de la herida quirúrgica respecto al cierre con grapas, por lo que será la técnica de elección.

PASOS DE LA CIRUGIA

1. Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia general.
2. Se realiza cateterización vesical.
3. Antisepsia de la región operatoria.
4. Colocación de campos: 4 primeros campos fijados con 4 pinzas Backaus, 1 campo podálico extra, 1 campo fenestrado, se proporciona 2 compresas húmedas y 2 compresas secas.
5. Se ubica electrobisturi y goma de succión fijados con pinza backaus.
6. El cirujano realiza la prueba de sensibilidad con pinza quirúrgica.
7. Se proporciona mango de bisturí N° 4 con hoja de bisturí N° 21, el cirujano procede a realizar la incisión media o infra umbilical profundiza tejido celular subcutáneo con bisturí, hasta visualizar aponeurosis, el cirujano realiza un ojal con tijera metzembaum y de manera manual se realiza la divulsión de aponeurosis, músculos rectos y peritoneo parietal.
8. Tracción uterina
9. Tratamiento de anexos
10. Disección y movilización de la vejiga
11. Ligadura de vasos uterinos
12. Sección de los ligamentos uterosaccros
13. Sección y ligamentos cardinales
14. Apertura de la vagina y extirpación del útero
15. Cúpula vaginal
16. Tratamiento de la cúpula vaginal
17. Periotización de la brecha operatoria

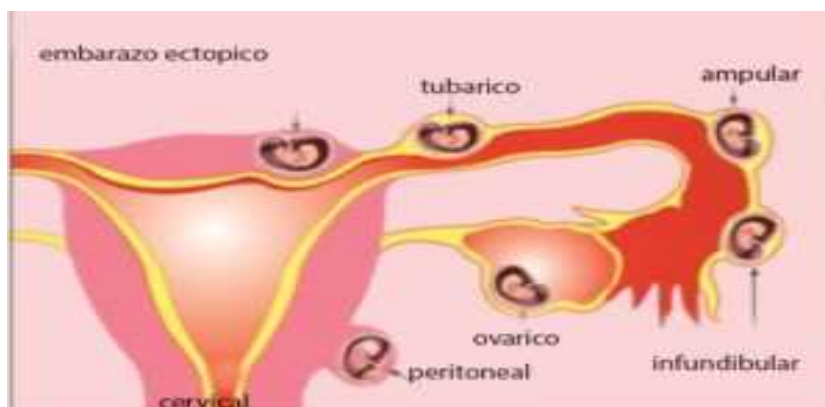
18. Cierre parietal
19. Síntesis
20. Síntesis de la piel con nylon 3-0.
21. Se realiza antisepsia con yodopovidona, se cubre la herida quirúrgica con gasa húmeda y gasa seca, se sella con tela micropore.
22. Se retira todo el instrumental y campos.
23. Se realiza expresión de crede, loquios en moderada cantidad, se realiza limpieza del área perianal, paciente pasa a sala de Recuperación.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

EMBARAZO ECTOPICO

DEFINICION El embarazo ectópico se define como la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Alrededor del 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa. (40)

Las formas no tubáricas del embarazo ectópico incluyen el embarazo cervical, el embarazo ovárico, el embarazo abdominal, el embarazo cornual, el embarazo intraligamentario, y el embarazo en cuerno uterino rudimentario.



<https://www.google.embarazoectopico> 2020

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar la atención de la gestación ectópica formulando los lineamientos clínico-quirúrgicos para su manejo oportuno e integral de parte de los prestadores, desarrollando intervenciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.

OBJETIVO ESPECIFICOS

-) Identificar los factores de riesgo.
-) Identificar las indicaciones absolutas o específicas de operación.
-) Reconocer indicaciones de causas maternas, fetales y ovulares, así como el deterioro de la unidad feto placentaria.
-) Determinar aquellas situaciones controversiales específicas que ameritan su resolución mediante esta intervención quirúrgica.
-) Evaluar los riesgos y beneficios de la intervención quirúrgica.
-) Revisar en forma sistemática fichas clínicas de usuarias con operación de embarazo ectópico, y auditar cumplimiento de protocolo.

ROPA

- Paquete de ginecología
- Paquete de mandil individual
- Paquete de campos
- Paquete de compresas

INSTRUMENTAL

- Estuche de anestesia
- Estuche Peridural
- Estuche de e tópico
- Paquete de tijeras
- Paquete de separador suprapúbico
- Paquete de goma de aspiración
- Paquete de cateterismo

- Paquete de bañador
- Paquete de electrobisturí

MATERIAL AUXILIAR

- Electrodo
- Jeringas de 5 cc
- Espinocan # 26
- Sonda Foley N° 16
- Bolsa colectora de orina
- Jeringa de 10 cc

SUTURAS, HOJA DE BISTURÍ, DRENAJES

Sutura vicryl I, Sutura Catgut 2-0, Nylon 3-0, Hoja de bisturí N° 21

TIPO DE ANESTESIA

- Raquídea
- Peridural
- General

POSICIÓN DEL PACIENTE

Posición para la anestesia: La posición del paciente puede ser en sedestación o decúbito lateral izquierdo con flexión de las rodillas y aproximación del mentón al tórax. Se comienza localizando el punto de punción mediante las tomas de referencia de los niveles anatómicos que son las crestas iliacas antero superiores (L3 – L4).

Posición para la cirugía: Se debe acomodar al paciente en decúbito dorsal.

TIPO DE INSICIÓN (48)

Incisión para mediana infraumbilica, fpanestill.



<https://www.google.embarazoectopico> 2020

SOLUCIONES ANTISEPTICAS Y SUEROS

Gluconato de clorhexidina al 2% más isopropil de alcohol al 70 %.

Previene la infección del sitio quirúrgico, bacteriemias y flebitis, es un antiséptico basado en una solución de clorhexidina al 2% en 70% de isopropanol, para la antisepsia general de la piel del campo operatorio, accesos vasculares y otros procedimientos invasivos. Tiene una excelente acción residual, y se distingue por teñir la zona desinfectada con un tinte fucsia que se retira fácilmente de la piel.

Características


- Tiene efecto superior al de la povidona yodada.
- El tinte fucsia permite la visualización del campo quirúrgico o de punción.
- Es la primera clorhexidina tintada estable con un color asimilable.

DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGIA

1. Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia raquídea, peridural, general
2. Colocación de placa de electrocauterio.
3. Se realiza cateterización vesical.
4. Antisepsia de la región operatoria: se realiza con pincel de clorhexidina más alcohol desde el diafragma hasta la parte superior de la espina iliaca y la sínfisis del pubis.
5. Colocación de campos: 4 primeros campos fijados con 4 pinzas Backaus, 1 campo podálico extra, 1 campo fenestrado, se proporciona 2 compresas húmedas y 2 compresas secas.

6. Se ubica electrobisturi y goma de succión fijados con pinza backaus.
7. El cirujano realiza la prueba de sensibilidad con pinza quirúrgica.
8. Se proporciona el primer mango de bisturí N° 4 con hoja de bisturí N° 21, el cirujano procede a realiza la incisión cutánea 0,5 cm. Por debajo del ombligo, hasta 0.5 a 1 cm. Por arriba del borde superior de la sínfisis pubiana, profundiza tejido celular subcutáneo con bisturí, hasta visualizar aponeurosis, el cirujano realiza un ojal con tijera metzembaum y de manera manual se realiza la divulsión de aponeurosis, músculos rectos y peritoneo parietal.
9. Se proporciona separador autoestático, y dos valvas doyen con compresas húmedas el cirujano aísla la vejiga y separa las asas intestinales al abdomen superior.
10. Se pasa palangana o riñonera para extraer los coágulos del abdomen
11. Se proporciona pinza Backus y una pinza de disección sin diente, cirujano toma y exterioriza la trompa de Falopio.
12. Otorga dos pinzas Rochester curva y tijera metzenbaum, referencia, pinzamiento y corte de la trompa a través de los vasos ováricos.
13. Se proporciona viril 1 con porta agujas pinza de disección sin dientes y tijeras recta para el ayudante, ligadura de vasos ováricos y el corte de cabos de sutura.
14. Otorga dos pinzas Rochester curva y segundo bisturí N° 3 con hoja número 10, referencia y pinzamiento de la trompa de Falopio (embarazo ectópico) y corta esta área con bisturí.
15. Se coloca el tejido dañado en un recipiente y se entrega a la circulante para la identificación de la muestra.
16. Se proporciona catgut 1 cromado armado en porta agujas mayo Hegar, y tijera recta para el ayudante, sutura ligadura del tejido seccionado (trompa de Falopio) corte de cabos de sutura.
17. Otorga compresa ligeramente humedecida y electrocauterio, seca tejidos y realiza hemostasia.

18. Se proporciona pera con solución tibia aspirador al ayudante, lavado de cavidad retiro de coágulos.
19. Se realiza recuento de textiles e instrumental, junto con la enfermera circulante y se le informa al equipo quirúrgico.
20. Se proporciona 4 pinzas Kelly y pinza de disección sin diente, se refiere peritoneo parietal.
21. Se proporciona catgut cromado 0 armado en porta agujas y pinza de disección sin diente tijera mayo recta al ayudante, cierre de peritoneo con punto de súrgete simple, corte de cabos de sutura.
22. Se proporciona catgut cromado 0 armado en porta agujas y pinza de disección sin diente tijera mayo recta al ayudante; se afronta plano muscular con tres puntos del mismo crómico corte de cabos de sutura.
23. Se proporciona vicril 1 armado en porta agujas y pinza de disección sin diente tijera mayo recta y dos separadores farabeuf al ayudante; cierre de aponeurosis en x corte de cabos de sutura.
24. Gasas humedecidas, pinza de disección sin diente gasas secas; limpieza de tejido celular sub cutáneo.
25. Pinza Kelly y electrocauterio; cauterización de vasos sangrantes.
26. Se proporciona nylon 3-0 armado en porta agujas y pinza de disección sin diente, tijera mayo recta al ayudante; cierre de sarnoff, corte de cabos de sutura.
27. Se dan gasa humedecidas y secas, un apósito quirúrgico; limpieza y protección de la herida quirúrgica.
28. Compresa humedecida y seca
29. Sello de la herida quirúrgica.
30. Fin del acto quirúrgico.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

AMEU

DEFINICION La aspiración manual endouterina o AMEU, es una técnica médica para retirar el contenido del útero a través del cérvix por medio de una cánula y una jeringa grande. Esta tecnología de salud reproductiva está indicada en aquellas pacientes que han cursado un aborto incompleto o retenido de hasta 12 semanas de gestación o bien para hacer una biopsia endometrial (52)



<https://www.wipasmexico.org.manual-de-procedimiento-ameu>. 2020

OBJETIVO GENERAL

Determinar las orientaciones centrales de la atención integral a las mujeres con hemorragias durante la primera mitad del embarazo, en las redes de servicios de salud y en el marco de las políticas públicas de salud que contribuyen a reducir la morbilidad y mortalidad materna.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- J Establecer las reglas, protocolos y procedimientos para el manejo integral ambulatorio y hospitalario de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- J Establecer líneas estratégicas para la vinculación entre las mujeres, familias y comunidades con los proveedores de servicios, que respondan a sus necesidades y expectativas.
- J Fortalecer el modelo de orientación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos con enfoque de género e interculturalidad.
- J Fortalecer la competencia técnica de los proveedores de servicios para la atención inmediata a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- J Fortalecer la oferta de métodos anticonceptivos en el marco de la toma de decisiones basada en una elección libre e informada.
- J Integrar el sistema de referencia y contrarreferencia, asegurando que las necesidades de las personas sean satisfechas.

ROPA

- Paquete de AMEU
- Paquete de mandil individual
- Paquete de compresas

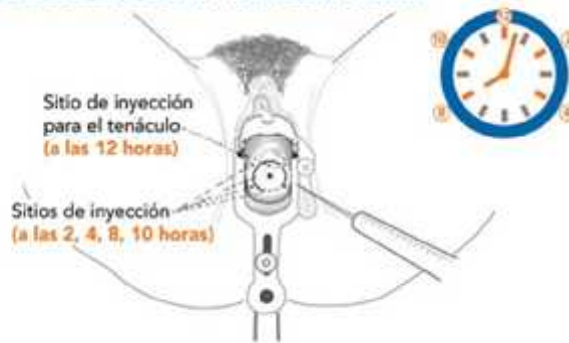
INSTRUMENTAL

- Estuche de AMEU
- Estuche de Jeringa de karman
- Estuche de Cánulas

TIPO DE ANESTESIA

- Sedación
- Local - Bloqueo

TÉCNICA DE BLOQUEO PARACERVICAL



<https://www.wipasmexico.org.manual-de-procedimiento-ameu.2020>

POSICIÓN DEL PACIENTE

Se define como posición ginecológica o de litotomía la posición adoptada por los individuos durante el examen ginecológico con el objetivo de facilitarlos. Antes de indicarle la opción de esta posición la paciente debe tener una preparación psicológica y una explicación sobre el examen que se le va a realizar, para que sea más cooperativa y disminuir la tensión que pueda experimentar. (52)

SOLUCIONES ANTISEPTICAS Y SUEROS

Gluconato de clorhexidina al 2% más isopropil de alcohol al 70 %.

Previene la infección del sitio quirúrgico, bacteriemias y flebitis, es un antiséptico basado en una solución de clorhexidina al 2% en 70% de isopropanol, para la antisepsia general de la piel del campo operatorio, accesos vasculares y otros procedimientos invasivos. Tiene una excelente acción residual, y se distingue por teñir la zona desinfectada con un tinte fucsia que se retira fácilmente de la piel.

Características

- Tiene efecto superior al de la povidona yodada.
- El tinte fucsia permite la visualización del campo quirúrgico o de punción.
- Es la primera clorhexidina tintada estable con un color asimilable.



Material

- Legra de Sims
- Dilatadores Hegar
- Pinza Pozzi/ Bozeman
- Pinzas Foerster
- Histerómetro
- Solución antiséptica



<https://www.ipasmexico.org/manual-de-procedimiento-ameu.2020>

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Paso uno: Preparar el aspirador

- Coloque el émbolo completamente dentro del cilindro.
- Ponga el aro de seguridad en su lugar con las trabas metidas en los respectivos orificios del cilindro.

- Oprima los botones de la válvula hacia dentro y hacia delante hasta que cierren Hale el émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia fuera y se enganchen en la base del cilindro

2. Paso dos: Preparar a la paciente

- Administrar medicamentos para el dolor de manera que surtan efecto máximo cuando comience el procedimiento.
- Administrar antibióticos profilácticos a todas las mujeres y antibióticos terapéuticos si es lo indicado.
- Pídale a la mujer que vacíe su vejiga.
- Realice un examen bimanual para confirmar el tamaño y la posición del útero.
- Introduzca el espéculo y observe si hay signos de infección, sangrado o aborto incompleto.

3. Paso tres: Efectuar la preparación antiséptica del cuello uterino

- Use una gasa empapada en antiséptico para limpiar el orificio cervical. Comience en el orificio cervical con un movimiento en espiral hacia fuera sin volver sobre las mismas áreas. Continúe hasta que el orificio cervical esté completamente cubierto de antiséptico.

4. Paso cuatro: Realizar el bloqueo paracervical

- Se recomienda el bloqueo paracervical cuando es necesario efectuar una dilatación mecánica para realizar la AMEU.
- Realice el bloqueo paracervical con 20 ml de una solución de lidocaína al 1%. Inyecte 2 ml en el cérvix, donde se colocará el tenáculo. Inyecte los 18 ml restantes en cantidades iguales en la unión cérvicovaginal a las 2, 4, 8 y 10 del reloj. Aspire siempre antes de inyectar para evitar la inyección intravascular de lidocaína.

5. Paso cinco: Dilatar el cérvix

- Use la técnica de no tocar cuando dilate el cuello uterino y durante la aspiración. Los instrumentos que se introducen en la cavidad uterina no deben tocar sus manos enguantadas, la piel de la paciente, las paredes

vaginales de la mujer o partes no estériles de la bandeja de instrumental antes de su inserción a través del cuello uterino.

- Use dilatadores mecánicos o cánulas de diámetro progresivamente mayor para dilatar suavemente el cuello uterino hasta alcanzar la dilatación deseada.

6. Paso seis: Introducir la cánula

- A medida que ejerce tracción usando el tenáculo, introduzca la cánula a través del cérvix, hasta justo un poco más allá del orificio cervical interno y dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo, y después retírela un poco.
- No introduzca la cánula de manera forzada.

7. Paso siete: Aspirar el contenido uterino

- Conecte el aspirador ya preparado a la cánula si éste no estaba conectado.
- Oprima hacia atrás los botones para liberar el vacío.
- Evacúe el contenido del útero desplazando suave y lentamente la cánula con movimientos de rotación de 180° en cada dirección y simultáneamente ejerciendo un movimiento de adentro hacia fuera.
- Al finalizar el procedimiento, oprima los botones hacia dentro y hacia delante y desconecte la cánula. Otra opción es retirar la cánula y el aspirador sin oprimir los botones.

8. Paso ocho: Inspeccionar los restos ovulares


- Vacíe el contenido del aspirador en un recipiente.
- Cuele el material, póngalo a flotar en un recipiente con agua o vinagre e inspecciónelo poniendo una luz por debajo del mismo.
- Inspeccione el tejido para determinar la presencia de restos ovulares, la finalización de la evacuación endouterina o la presencia de un embarazo molar.
- Si la inspección no es concluyente, posiblemente sea necesario realizar la aspiración de nuevo u otra evaluación.

9. Paso nueve: Efectuar cualquier procedimiento complementario

- Cuando haya concluido el procedimiento, prosiga con anticoncepción u otros procedimientos, como la inserción de un DIU o la reparación de una laceración cervical.

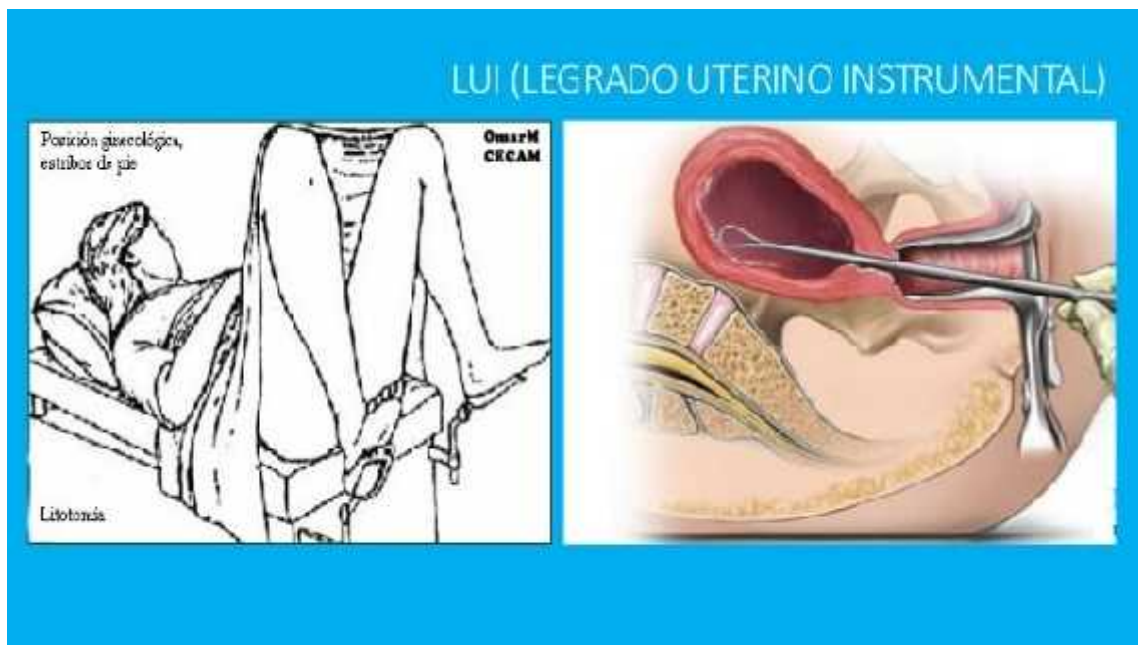
10. Paso diez: Procesar el instrumental

- Procese o deseche de inmediato todo el instrumental de conformidad con los protocolos locales.

	<p style="text-align: center;"> HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN </p>	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

LUI

DEFINICION (LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL) Es un procedimiento con mayor frecuencia que se realiza en obstetricia. Se conoce además con el nombre de dilatación y curetaje, es un método quirúrgico de evacuación uterina. se realiza histerometría para determinar la dirección del canal cervical y el tamaño del útero se realiza dilatación del cuello con los Tallos de Hegar utilizando el de menor calibre hasta alcanzar el grado de dilatación necesaria para poder utilizar las legras o las pinzas durante el procedimiento. (52)



<https://www.ipasmexico.org.manual-de-procedimiento-lui.2020>

OBJETIVO GENERAL

Terapéutico indicado para tener una hemorragia uterina de origen obstétrica o ginecológica, para facilitar la curación y la cicatrización, eliminando los tejidos afectados que causan la enfermedad, o bien que impidan o retarden la recuperación de la normalidad del órgano.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Establecer las reglas, protocolos y procedimientos para el manejo integral ambulatorio y hospitalario de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Establecer líneas estratégicas para la vinculación entre las mujeres, familias y comunidades con los proveedores de servicios, que respondan a sus necesidades y expectativas.
- Fortalecer el modelo de orientación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos con enfoque de género e interculturalidad.
- Fortalecer la competencia técnica de los proveedores de servicios para la atención inmediata a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Fortalecer la oferta de métodos anticonceptivos en el marco de la toma de decisiones basada en una elección libre e informada.
- Integrar el sistema de referencia y contrarreferencia, asegurando que las necesidades de las personas sean satisfechas.

ROPA

- Paquete de Legrado
- Paquete de mandil individual
- Paquete de compresas

INSTRUMENTAL

- Estuche de Legrado

INSTRUMENTAL

EQUIPO DE LEGRADO



<https://www.wipasmexico.org.manual-de-procedimiento-lui.2020>

TIPO DE ANESTESIA

- Sedación
- Local - Bloqueo

POSICIÓN DEL PACIENTE (48)

Se define como posición ginecológica o de litotomía la posición adoptada por los individuos durante el examen ginecológico con el objetivo de facilitarlos. Antes de indicarle la opción de esta posición la paciente debe tener una preparación psicológica y una explicación sobre el examen que se le va a realizar, para que sea más cooperativa y disminuir la tensión que pueda experimentar.

SOLUCIONES ANTISEPTICAS Y SUEROS

Gluconato de clorhexidina al 2% más isopropil de alcohol al 70 %.

Previene la infección del sitio quirúrgico, bacteriemias y flebitis, es un antiséptico basado en una solución de clorhexidina al 2% en 70% de isopropanol, para la antisepsia general de la piel del campo operatorio, accesos vasculares y otros

procedimientos invasivos. Tiene una excelente acción residual, y se distingue por teñir la zona desinfectada con un tinte fucsia que se retira fácilmente de la piel.


Características

- Tiene efecto superior al de la povidona yodada.
- El tinte fucsia permite la visualización del campo quirúrgico o de punción.
- Es la primera clorhexidina tintada estable con un color asimilable.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Paciente en posición ginecológica bajo sedación, previa asepsia y antisepsia se colocan campos quirúrgicos, se realiza la antisepsia del cérvix y de vagina con solución antiséptica.
2. Se realiza tacto bimanual para identificar situación, tamaño y orientación del útero.
3. Se coloca el especulo suavemente en forma oblicua, deprimiendo la pared posterior de la vagina, se introduce la pinza cervical lateralmente al especulo, pinzando el labio anterior o posterior del cérvix.
4. Realizar la histerometría.
5. Legrar el canal endocervical y tomar muestra.
6. Dilatar el cérvix con las bujías de Hegar, tomando el dilatador de tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media, se introduce inicialmente el de menor calibre, luego introducir el lado opuesto del mismo dilatador. Una vez elegido el tamaño de cureta a realizar, introducir suavemente de la misma a través del cuello hasta tocar el fondo del útero.
7. Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia adelante, dentro de la cavidad uterina, rasando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj con movimientos largos, cuidando de no raspar muy profundamente para evitar escuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
8. Posteriormente legrear el fondo y los cuernos.

9. Verificar que la evacuación ha sido completa, las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:
 - Se observa la salida de sangre espumosa roja o rosada.
 - Se percibe una sensación áspera cuando la cureta se desliza sobre la superficie del útero evacuado,
 - Se escucha el llanto uterino
10. Retirar la cureta muy suavemente.
11. Verificar que no exista sangrado a través del cuello.
12. Retirar la pinza de cuello (Pozzi)
13. Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza de Pozzi. En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza aro hasta verificar la hemostasia.
14. Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído una muestra representativa, y no solamente coágulos,
15. Identificar el material que se enviara para estudio anatómico-patológico

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCÓPICA

DEFINICION La cirugía laparoscópica y ginecológica permite el tratamiento de enfermedades de los genitales internos y externos.

Este tipo de tratamiento permite solucionar casos como los quistes de ovario, los miomas uterinos, la endometriosis, la patología uterina y también la patología del suelo pélvico. La cirugía ginecológica puede ser vía abdominal, vía vaginal, y endoscópica o laparoscópica. (52)

Cirugía laparoscópica es mínimamente invasiva, y su recuperación requiere de una menor de estancia hospitalaria.

- › Procedimiento que permite visualizar la cavidad peritoneal a través de un aparato óptico (laparoscopio).
- › Permite realizar diversos procedimientos ginecológicos a través de pequeñas incisiones abdominales (laparoscopia quirúrgica).



<https://www.cirugia-laparoscopica-ginecologica.> 2020

OBJETIVO GENERAL

Realizar invasiones mínimas invasivas, con resolución de las enfermedades y pronta recuperación de la paciente, señalando los beneficios y ventajas de la cirugía laparoscópica.

OBJETIVO ESPECIFICOS

-) Identificar los factores de riesgo.
-) Identificar las indicaciones absolutas o específicas de operación.
-) Evaluar los riesgos y beneficios de la intervención quirúrgica.

EQUIPO DE LAPARACOPIA

- Insuflador de CO2
- Fuente de luz
- Sistema de video
- Cámara (monitor)
- Sistema de grabación
- equipo de electrocirugía (monopolar, bipolar, ligasure)



<https://www.cirugia-laparoscopica-ginecologica.2020>

ROPA

- Paquete de cirugía laparoscopia

- Paquete de mandil individual
- Paquete de campos
- Paquete de gasas
- Paquete de gasas de laparoscopia
- Paquete de compresas
- Paquete de estoquinete

INSTRUMENTAL

- Estuche de anestesia
- Estuche de anestesia general
- Estuche de cirugía laparoscopia
- Canastillo de laparoscopia ginecológica (pinzas laparoscopia)
- Paquete de cable monopolar
- Paquete de CO2
- Paquete de ópticas de laparoscopia
- Paquete de posillo
- Paquete de bañador quirurgico
- Paquete de cubeta
- 1 paquete goma de aspirar



<https://www.cirugia-laparoscopica-ginecologica.2020>

MATERIAL AUXILIAR

- Electrodo
- Jeringas de 5 cc
- Espinocan # 26
- Sonda Foley N° 16
- Bolsa colectora de orina
- Jeringa de 10 cc

SUTURAS, HOJA DE BISTURÌ, DRENAJES

- Sutura nylon 3-0; vicril 1, 1 sobre de safil en J (técnica abierta)
- 1 paquete de aguja de berrets (técnica cerrada)

TIPO DE ANESTESIA

- General

El procedimiento laparoscópico se realiza bajo anestesia general con intubación endotraqueal.

POSICIÓN DEL PACIENTE

La paciente es colocada en la posición clásica de la laparoscopia ginecológica, permanece en posición plana (00) hasta después de situar el trocar umbilical y después de este paso se coloca en posición de Trendelenburg (20-300). (48)



<https://www.cirugia-laparoscopica-ginecologica.2020>

TIPO DE INSICIÓN

Existen diferentes posibilidades para introducir los trocares según la situación anatómica, el tamaño del útero y las preferencias del cirujano. Normalmente se utiliza un trocar umbilical de 10 o 12 mm para la cámara, otro en línea media de 10 o 12 mm en el bajo abdomen por vía suprapúbica (este trocar debe estar más arriba que los trocares laterales, para facilitar la maniobrabilidad de los instrumentos), y se colocan dos auxiliares de 5 mm lateralmente en la línea suprapúbica.



<https://www.cirugia-laparoscopica-ginecologica.2020>

SOLUCIONES ANTISEPTICAS Y SUEROS

Gluconato de clorhexidina al 2% más isopropil de alcohol al 70 %.

Previene la infección del sitio quirúrgico, bacteriemias y flebitis, es un antiséptico basado en una solución de clorhexidina al 2% en 70% de isopropanol, para la antisepsia general de la piel del campo operatorio, accesos vasculares y otros procedimientos invasivos. Tiene una excelente acción residual, y se distingue por teñir la zona desinfectada con un tinte fucsia que se retira fácilmente de la piel.

Características

- Tiene efecto superior al de la povidona yodada.
- El tinte fucsia permite la visualización del campo quirúrgico o de punción.

- Es la primera clorhexidina tintada estable con un color asimilable.

Procedimiento Técnico de la Laparoscopia

La laparoscopia es un procedimiento que tiene varias etapas:

- 1.- Neumoperitoneo
- 2.- Instalación de Trócares
- 3.- Procedimiento quirúrgico
- 4.- Exsuflación y retiro de los instrumentos.

Neumoperitoneo

Consiste en la insuflación de un gas inerte en la cavidad peritoneal a través de una aguja de Verres (aguja con protección para no dañar las vísceras). El gas que se utiliza es el CO₂, pero pueden utilizarse el helio y el óxido nitroso. La presión a la que se debe trabajar laparoscópicamente es máximo 12 mm de Hg. Esta presión se debe mantener constante, lo que se logra a través del insuflador, aparato que inyecta CO₂ en la cavidad peritoneal a un flujo variable (dependiendo de la necesidad se regula automáticamente por sistemas electrónicos). Al inicio del neumoperitoneo es recomendable iniciar la insuflación a 1 lt por minuto, con lo cual se puede evaluar si la presión inicial es correcta y descartar que la aguja de Berres pueda estar en situación incorrecta y estar insuflando en un órgano o en una vena o arteria. Pasado el primer litro ya se podrá aumentar el flujo a 15 lt o más.

Si la presión del CO₂ sube a 15 se van a tener múltiples problemas, como sucedía al principio: el enfisema subcutáneo, disminución del retorno venoso por retención en el área esplácnica e ingurgitación yugular, sobrecarga ventricular y congestión, incremento de la capnemia (CO₂ en sangre) y la capnografía (CO₂ exhalado), lo cual no es muy recomendable porque puede provocar daño, en especial en el paciente anciano.

Sin el neumoperitoneo es imposible operar, porque no habría espacio para el desplazamiento de los instrumentos y manipulación de los órganos.

DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGIA

1. Equipamiento de quirófano
2. Posicionamiento del paciente
3. Lavado de manos quirúrgico
4. Apertura de bulto de ropa e instrumental segundo campo técnica aséptica
5. Armado de la mesa de mayo y riñón
6. Vestir al equipo quirúrgico
7. Se proporciona pinza quirúrgica al cirujano para la verificación de sensibilidad
8. Se proporciona pinza de asepsia con una gasa montada, cubeta con yodopovidona, y tres gasas entre los interdigitales del cirujano para la antisepsia de la región operatoria.
9. Colocación de campos quirúrgicos
10. Montaje de conexiones de torre de laparoscopia
11. Verificación de blancos
12. Existe dos técnicas para la instalación del primer trocar y realizar el neumoperitoneotécnica cerrada con aguja de berres, técnica abierta que se utiliza instrumental básico de cirugía, se proporciona bisturí al cirujano con hoja número 11 para realizar la primera incisión, donde ingresara el CO2 y posterior la óptica, se utiliza trocar número 12 mm.
13. Técnica de entrada con trocar directo en laparoscopia. a) Incisión en la piel supraumbilical, b) Disección por planos hasta la disección de la aponeurosis, c) Previa tracción de la pared abdominal, se coloca el trocar dirigido hacia el hueco pélvico d) Previa visualización directa, para corroborar ausencia de lesiones, se realiza el neumoperitoneo.
14. Instalación de Trócares
El primer trócar debe instalarse generalmente por el ombligo, para lo cual se hace una incisión radial o en el fondo del ombligo. Previa tracción de la pared hacia arriba, debe hacerse presión suave y permanente, con

movimientos rotatorios de la mano hasta sentir la activación del sistema de protección que tienen los trócares. Una vez hecho esto se retira el mandril o trocar o punzón y se abre la válvula para comprobar la salida libre del gas, con lo cual se confirma su correcta posición. Seguidamente se colocan los trócares en el abdomen de acuerdo al tipo de operación programada, 3, 4 o más trócares del calibre que el cirujano considere, 2mm, 3mm, 5mm, 10mm, 11mm, 12mm, 15mm, 18mm, 33mm, etc.

15. Una vez concluido la instalación de trocar se inicia con la cirugía
16. El instrumental que se encuentra de cirugía básica se coloca en la mesa de riñón y en la mesa de mayo se acomoda todo el instrumental de laparoscopia.
17. Fases de la disección se proporciona al cirujano pinza merylan, pinza grasper, pinza opuesta, pinza de agarre al primer ayudante, el segundo ayudante solo es el que sostiene la óptica, y Para explicar las diferentes fases de la disección utilizamos parte del material visual¹⁶ con las modificaciones apropiadas.

Si se van a remover los anexos, se identifica el ligamento infundíbulo pélvico, se expone por aplicación de tracción al anexo con una pinza opuesta. La pinza bipolar se utiliza para comprimir y disecar los vasos y luego se secciona con tijera o láser de CO₂ en la línea de desecación. El peritoneo entre los ligamentos infundíbulo pélvico y redondo se corta.

Si se va a conservar el anexo, se electrodiseca y corta el ligamento redondo aproximadamente a 3 cm del útero con tijeras o láser. Las hojas del ligamento ancho son separadas y cortadas El peritoneo del espacio vesico-uterino se sujeta y levanta con una pinza de agarre, mientras tanto utilizamos tijera para disecar el espacio.

Es conveniente utilizar la hidrodissección para separar las hojas del ligamento ancho, distendiendo el espacio vesico-uterino; en esta forma se definen las fijaciones tendinosas de la vejiga en esta área, las cuales son coaguladas y cortadas.

El ligamento uteroovárico, la parte proximal de la tuba uterina y el mesosalpinx se electro disecan y cortan progresivamente, y la hoja posterior del ligamento ancho se abre cortada hasta los ligamentos uterosacros.

Los vasos uterinos son identificados y esqueletizados usando hidrodissección y tijera. Una vez identificados y después de confirmar la posición de los uréteres estos son coagulados y seccionados con tijera.


Los ligamentos cardinales de cada lado son seccionados con láser de CO2 a alta potencia o con corriente eléctrica o tijera. A menudo es necesario controlar el sangrado de esta área, usando pinza bipolar.

La vagina se secciona posteriormente sobre el retractor uterino, el cual identifica la unión entre el cérvix y la vagina. Giramos el retractor uterino de tal forma que permita identificar la unión cervico-vaginal anterior, la cual se secciona con láser o corriente eléctrica. Una vez que el útero está completamente libre se extrae por la vagina o morcela si es necesario. La vagina puede ser suturada desde abajo o por laparoscopia con tres suturas, la primera une el ligamento uterosacro de un lado al otro de la línea media. El segundo trae el ligamento cardinal y se pasa de un lado a otro de la vagina en la línea media. La tercera sutura cierra la vagina anterior y su fascia.

18. Coagulación bipolar

19. Manipulador uterino se inserta para antevertir el útero y delinear la parte posterior y anterior de la vagina. Los manipuladores sencillos y prácticos como la cánula de Cohen y los dilatadores de Hegar pueden emplearse junto con unas pinzas de tentáculo. Para la cirugía mayor, como es el caso de la histerectomía y la endometriosis rectovaginal, se requiere de manipuladores más sofisticados y eficaces. Nosotros utilizamos el modelo Clermont-Ferrand que nos permite movilizar el útero, identificar los fórnix vaginales y realizar el cierre de la vagina con relativa facilidad

20. Disección del uréter identificación de los uréteres y su movilización usualmente en el borde de la pelvis. Su disección requiere la reflexión medial del rectosigmoides, para exponer los vasos ováricos y los uréteres
21. Disección de la vejiga
22. Depende de la cirugía empleada se retira el útero por la vagina en una histerectomía.
23. Cierre de la vagina dependiendo del cirujano se puede realizar por la vagina o por laparoscopia.
24. Retiro de la óptica
25. Exuflación y retiro de los instrumentos. Terminada la operación se deberá lavar la cavidad si es necesario y aspirar todo el líquido y gas remanente. Posteriormente se retiran los trócares y se suturará la aponeurosis en todos los espacios dejados por los trócares de 10 o más mm de diámetro para evitar las eventraciones.
26. Retiro del ultimo trocar
27. Cierre de lesión acceso cerrado o acceso abierto
28. Colocar tegader en la herida operatoria
29. Paciente pasa a sala de recuperación
30. Recoger el material.

	<p style="text-align: center;">HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</p>	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA CIRUGÍA DE UN PACIENTE CON COVID19 POSITIVO O CON SOSPECHA DE TENERLO

DEFINICION Los coronavirus son una familia de virus que normalmente afectan solo a animales. Algunos de ellos también tienen la capacidad de transmitirse de los animales a las personas lo que causa problemas respiratorios que mayoritariamente producen sintomatología leve. (54)

Varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), identificado en 2012, y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS por sus siglas en inglés), que apareció por primera y única vez en 2002.

El coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que puede afectar a las personas y que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Mayoritariamente, en un 80% de los casos solo produce síntomas leves respiratorios.

El virus se conoce como Coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad que causa se denomina COVID-19.



<https://www.elhospital.Preparacion-de-pacientes-para-cirugias-durante-la-pandemia-2021>

OBJETIVO GENERAL

Brindar la atención a los pacientes quirúrgicos minimizando la posibilidad de contagio entre pacientes, la exposición del personal de salud y el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr una identificación rápida y una oportuna acción de las patologías quirúrgicas de urgencia y electivas inaplazables.
- Lograr que el equipo de salud del servicio alcance una coordinación en el manejo del paciente con COVID – 19, con eficacia y eficiencia.
- Lograr un monitoreo de las intervenciones aplicadas en el manejo de pacientes.
- Evaluar los procesos y procedimientos de atención en todas sus fases.

FASES EN LA ATENCIÓN

1. FASE DE RECEPCIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE

Recepción y preparación del paciente quirúrgico con los EPP y cumplimiento

estricto de medidas de Bioseguridad establecidas, que deben registrarse en el Expediente Clínico. (54)

2. FASE DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PRE E INTRAOPERATORIA)

Preparar al paciente para la aplicación de la técnica anestésica establecida para el procedimiento a realizarse de acuerdo a protocolos establecidos y resolución de la patología quirúrgica de acuerdo a protocolo. (53)

3. FASE POSTOPERATORIA Y ALTA A SALAS DE INTERNACIÓN

Recuperación anestésica, alta y traslado a sala de internación correspondiente con constantes vitales estables cumpliendo estrictamente las medidas de Bioseguridad. (53)

4. FASE DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Manejo de residuos, limpieza y desinfección de las áreas del bloque quirúrgico

Los casos se clasificarán del siguiente modo:

-) **Caso confirmado:** caso que cumple criterio de laboratorio (PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva).
-) **Caso probable:** caso cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 no son concluyentes.
-) **Caso descartado:** caso cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 son negativos.
-) **Caso posible:** caso con infección respiratoria aguda leve sin criterio para realizar test diagnóstico.

DESCRIPCION

1. el cirujano hablará en persona con el personal de quirófano para dar instrucciones claras de lo que se le va a hacer al paciente y de las posibles alternativas que se pudiesen dar en el acto quirúrgico, con el fin de tener todo lo necesario preparado minimizando los movimientos lo máximo posible. Así mismo los anestesistas hablarán con el personal de

enfermería para informarles del material necesario para la técnica anestésica que realizarán. (50)

2. Se preparará el quirófano específicamente destinado a estos pacientes con lo necesario para esta cirugía. dentro de quirófano habrá 2 cubos normales con doble bolsa azul para desechar ropa y 4 cubos grandes negros para tirar todo el desecho que provenga de la cirugía como gasas, compresas, restos de grapadoras, material textil desechable, etc...uno estará muy cerca de la zona de anestesia y los otros 3 repartidos por quirófano. tendremos que poner pegatina de material contaminado de riesgo biológico. el material que habrá en el quirófano será:

-) 1 respirador y monitor con ecg, sato2, t.a,cable arteria,vaporizador y cal revisados y llenos.dos filtros una para rama inspiratorio 1 para rama espiratoria.
-) 1 fonendoscopio
-) 2 aspiradores:1 para aspirar con 2 sondas y otro para la cirugía.
-) 2 palos de suero
-) 1 mesa de media luna
-) 1 mesa para anestesia
-) 3 mesas
-) 3 altillos: 2 medianos y 1 grande

dependiendo del tipo de cirugía que realicemos, el celador cuando prepare el quirófano meterá todo el material específico e imprescindible para realizarla (perneras, mesa de mano, etc...)

3. el quirófano tendrá dentro el material y mobiliario estrictamente necesario.

el celador de quirófano vaciará por petición del personal de quirófano todo lo que no se precise para esa cirugía. dejaremos en el quirófano únicamente el

material imprescindible, dejando en el pre anestesia el material dudoso o probable por si se necesita.

4. dentro de quirófano solamente permanecerá el personal imprescindible que será:
 -) 2 anestesistas (si son 2 el 2º se encargará de revisar que la indumentaria de todos sus compañeros de quirófano esté bien colocada). el tercer anestesista permanecerá fuera de quirófano observando y facilitando todo lo que se le pida desde quirófano por parte de sus compañeros. (hará registros, volantes o tramites telefónicos si así se precisa)
 -) 2 enfermeras una (que se quedará en la pre anestesia-intermedia y será la responsable de salir fuera de quirófano a por todo lo que se necesite), 1 celador. los cirujanos que sean necesarios. se restringirá el número de residentes (sobre todo para disminuir el riesgo).
5. El celador y el anestesista operador 1 esperarán al paciente en las puertas de entrada internas vestidos con el EPI (lo ideal es que pase al paciente sólo un celador y sea el personal de dentro de quirófano el que ayude al celador). si la situación personal del paciente lo impide (obesidad o muy bajo nivel de consciencia) serán 2 celadores los que pasarán a colocar al paciente. si fuera necesario usar un tránsfer, este se quedará dentro de quirófano hasta el fin de la intervención y se limpiará cuando se limpie el resto del mobiliario.
6. El resto del personal esperará vestido con el EPI correspondiente dentro de quirófano la llegada del paciente.
7. El celador permanecerá dentro de quirófano hasta que la cirugía haya empezado o hasta que no sea necesaria su presencia. en este momento sacará la cama del paciente ya sin ropa y la dejará en la puerta, el celador, una vez sacada la cama, volverá a entrar dentro del quirófano y saldrá por el lavadero, donde se retirará el EPI siendo observado por

alguien que lo supervise (será el operador 3 dejará el EPI en el cubo negro preparado para tal fin.


8. Para evitar circulación excesiva e innecesaria, el paciente pasará directamente desde hospitalización o urgencias al quirófano, por lo que todas las preguntas y trámites relacionadas con este paciente se harán desde dentro de quirófano.
9. lo primero será realizar las técnicas anestésicas que se requieran al paciente para lo cual los dos anestesistas y la enfermera circulante se ocuparán de la intubación y/o técnica anestésica elegida. al lado de los anestesistas habrá un cubo negro para que puedan ir desechando todo aquello que usen para la técnica anestésica. la enfermera circulante procederá a la monitorización del paciente y a la preoxigenación de 5 minutos ajustando bien la mascarilla al paciente y no ventilará la enfermera instrumentista observará (vestido estéril desde el principio) la técnica y avisará si detecta alguna anormalidad o fallo en la actuación.
10. una vez terminada la técnica anestésica y todas aquellas actuaciones de enfermería que sean necesarias, la enfermera instrumentista terminará de preparar el campo quirúrgico que tenía medio montado. la enfermera circulante ya estará liberada para ayudar a su compañera. la paciencia estará en todo momento en la intermedia o preanestesia. si la enfermera circulante necesitara algún tipo de ayuda, se la proporcionaría cualquiera de los profesionales que se encuentran ya dentro del quirófano.
11. Comenzará la cirugía de forma habitual.
12. Todo lo que se requiera de almacenes (medicación, envío de muestras, etc...) lo hará la circulante que se encontrará en la preanestesia-intermedia. los volantes y las muestras irán en bolsas separadas: muestra por un lado y volante por otro, y se llevarán en mano (no tubo neumático).

13. Una vez finalizada la cirugía, se avisará al celador con tiempo para que se ponga su EPI para entrar al quirófano y realizar el paso del paciente a la cama y su posterior traslado.
14. La enfermera circulante comunicará a la uci el traslado del paciente y el material (ambú, bomba, presurizador.) con el que irá, para que tengan preparado el mismo material para devolver a quirófano (el del paciente se quedará en el box de aislamiento de la uci).
15. El celador, el anestesista (operador 2) y la enfermera circulante llevarán al paciente a la uci o unidad de destino donde lo dejarán, volviendo de forma rápida y sin hacer paradas de nuevo al quirófano.
16. El personal que ha trasladado al paciente a la uci se retirará el epi en la zona de la uci destinada a ello, siempre bajo supervisión de otra persona y de uno en uno.
17. Los cirujanos, cuando el paciente haya salido del quirófano, podrán salir de éste por la puerta del lavadero de uno en uno, donde se retirarán el epi bajo supervisión de otra persona (operador 3 y/o tcae y sus compañeros de quirófano) y desecharán el epi en los cubos preparados para tal fin.
18. Se recogerá el quirófano desechando todo lo posiblemente contaminado. Se tirarán las tubuladuras desechables al cubo negro, todo el material fungible (jeringas, agujas, compresas y gasas abiertas o no) no guardándose nada, quedando el quirófano vacío como se encontró al principio.
19. La circulante 2 de ese quirófano (si no entró porque no fue necesario) se pondrá el EPI al salir el paciente y pasará con todo lo que necesite para la limpieza y desinfección del material (cables, palas de laringo, etc...) recogiendo el quirófano. la pala del laringoscopio, así como el mango (sin pilas) se sumergirá durante 15 minutos en solución desinfectante, se secará y se meterá en la matachana para su esterilización.

20. Todo el instrumental (se haya sacado o no de la caja), se colocará abierto en los cestillos. a su vez cada cestillo se meterá en un saco verde que se cerrará con un nudo, introduciéndose nuevamente en un segundo saco verde que se anudará igualmente. se colocará una pegatina de riesgo biológico de forma visible y sin coger el nudo y a su vez esta pegatina servirá para sujetar el papel identificativo del nombre del instrumental. con los contenedores se procederá de la misma manera (doble saco verde anudado y con pegatina de riesgo biológico). se avisará al servicio de esterilización que se envía instrumental contaminado, solicitando y confirmando la disponibilidad de los montacargas en el área quirúrgica, enviándolo al servicio de esterilización lo más rápidamente posible, siendo la circulante del quirófano la encargada de ello. cuando el instrumental sucio sea retirado del montaje en esterilización, el personal de limpieza del quirófano procederá a limpiar y desinfectar el montacargas usado para el transporte de dicho instrumental.
21. En caso de haber introducido algún contenedor de instrumental en ese quirófano que no haya sido abierto, se abrirá y tratará como si hubiese sido abierto.
22. Cuando esté todo embolsado, desechado y recogido pasará el personal de limpieza, saliendo del quirófano por turnos por la puerta del lavadero el personal que quedaba dentro (circulante, instrumentista y segundo anestesista). El personal de limpieza será el último en salir, la circulante se quedará en el pasillo esperando su salida para supervisar la retirada del EPI del personal de limpieza. salida de quirófano y retirada del EPI
23. uno a uno irán pasando al lavadero donde habrá otros 3 cubos negros, desvestiéndose y desechando sus EPIS, siendo observados en todo momento por un espejo (persona que les observa) que les irá guiando desde la ventana de quirófano o a una distancia superior a 2 metros. después de desvestirse se realizará un lavado de manos quirúrgico,

saliendo al pasillo a esperar. Según vayan saliendo se quedarán observando a todos los compañeros hasta que finalice el último.

24. El siguiente paso será ir al vestuario habilitado para ello (femenino más cercano a los cestillos de los pijamas y un único para el personal masculino) donde se cambiará el uniforme. cada profesional colocará su pijama en doble bolsa azul, sin mezclar con el resto de los pijamas. esta doble bolsa azul cada uno la anudará provisto de guantes no estériles que habrá en ese vestuario y la dejará en un cubo rotulado “ropa contaminada “que habrá en este vestuario y recogerán las limpiadoras. la ducha de este baño estará dotada de clorhexidina jabonosa y toallas por si el profesional decide darse una ducha rápida.
25. Si el paciente no precisase ir a la uci se quedará en quirófano para un postoperatorio inmediato rápido de aproximadamente 1 hora. si así fuera en el quirófano se quedarán con el paciente el operador 3 y la enfermera circulante.

	HOSPITAL DE LA MUJER UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERÍA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA Y GESTIÓN DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Código 001
		Edición: Primera
		Fecha: ABRIL
		Páginas: 1 – 80
		Vigencia: 3 – 5 años
UNIDAD DE QUIRÓFANO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS		

RECOMENDACIONES

Al finalizar la elaboración de la GUIA DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE ENFERMERIA PARA EL SERVICIO DE QUIEROFANO DEL HOSPITAL DE LA MUJER GESTION 2021 se hace indispensable expresar algunas recomendaciones que podrían apoyar la utilización de la guía y sobre todo la actividad del instrumentador quirúrgico.

-) Al personal debe estar perfectamente motivado para actualizar la guía cada tres años con términos según evidencia científica con la finalidad de garantizar un cuidado altamente técnico, pero sobre todo humano.
-) El éxito de la atención es la actualización del compendio de guía de procedimientos quirúrgicos de enfermería para que se utilice como una herramienta para el trabajo diario de enfermería.
-) Implementar nuevos procesos de atención Intraoperatorio, los procedimientos quirúrgicos de enfermería y los protocolos básicos del comportamiento en el bloque quirúrgico en el trabajo diario del personal de enfermería según evidencia científica.
-) A la Jefa de Enfermería de la Unidad del bloque quirúrgico se sugiere aplicar el protocolo de intervención que se diseñó con el fin de fortalecer el procedimiento que debe realizar el personal de enfermería.

Es importante recordar que la enfermera debe conocer estos acontecimientos tiene lugar en el seno de la familia y, por lo tanto, es necesario favorecer un

ambiente de cordialidad, respeto y dignidad a la familia. Por ello se propone lo siguiente para que se respete y aplique en el bloque quirúrgico: Enfocar los cuidados primando el bienestar. Velar, por sus derechos; respetar las preferencias de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Definiciones. CIE. 2002.
2. Romero G.. La especialidad de enfermería médico-quirúrgica, una prioridad urgente para la seguridad del paciente. OMS. 2019.
3. Alvares R. Antecedentes historicos de la Enfermeria Quirurgica. 2015.
4. Valencia U. Protocolos de Enfermeria. Ciencias de la Salud. 2017 Marzo.
5. Organización Mundial de la Salud. Idea un nuevo instrumento para mejorar la seguridad de las Intervenciones Quirurgicas. OMS. 2008 Junio.
6. Ávila G., Ruiz López R. Protocolos Quirúrgicos. Global. 2005 noviembre;(2).
7. Rincones de Aalvarado M. Competencias basicas del cuidado enfermero que reciben los usuarios durante la intervencion quirurgica. Portales Medicos.com. 2010 Agosto.
8. Valera D. Villamaor J, Sanjuero L. Plan estandarizado de cuidados intraoperatorios. Dialnet. 2004 Junio; 90(6).
9. Higuera B. M. Funciones de Enfermeria en el Perioperatorio. Ocronos. 2020 Noviembre; 3(8).
10. Molto A.M. Protocolo de actuación en Enfermería en cesáreas. HYGIA. 2006 Diciembre; 2(63).
11. Melera M. La importancia de la enfermera periopertoria. Ikusi Vetalia. 2018 junio.

12. Hernandez V. Amenazas, debilidades y limitaciones de la cirugía basada en la evidencia. SIELO. 2007 mayo; 24(2).
13. Nova R.; Eva E. Cumplimiento de las funciones de la enfermera especialista en. Tesis. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Vicerrectorado de Investigación; 2016.
14. Raus G., López Falcón A. Conocimientos y competencias profesionales específicas: una muestra en enfermería quirúrgica en la UNIANDES, Ecuador. Scielo. 2018 Junio; 32(2).
15. Echeverría M.N. Inmaculada J. Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. Enfermería Investigativa. 2017 Diciembre; 2(4).
16. Salazar A.M. Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. Scielo. 2012 Diciembre; 28(4).
17. Aguirre D., Mercado A.B. Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería. Scielo. 2014 Junio; 13(3).
18. Valiño J., Franco J.. Funciones de la enfermera en el quirófano. Portales Médicos. 2017 Septiembre.
19. Clelland D. Testing for competence rather than for intelligence. Am Psychol. 1973; 28(1-14).
20. Boyatzis R. The competency manager: a model for effectiveness performance. Nueva York: John Wiley & Sons. 1982; 102.
21. Kane M.T. The assessment of clinical competence. Evaluation and the Health Professions. 1992; 15(163).

22. Spencer L. M. Competence at work, models for superior performance. New York: John Wiley & Sons. 1993; 3(45).
23. Salazar F., Rofrigues N. Manual descriptivo y de aplicación de la prueba de estilo (PEG01).. Psico Consult. 1996; 50(2).
24. Schmelkes S. Competencias base para la construcción del currículo de la educación de. Revista de educación y cultura. 1996; 50(56).
25. Leby L. Gestión de las competencias.. Barcelona. 2000; 56(4).
26. Parreneud C. Construir competencias desde la escuela. Dolmen. 1999; 67(4).
27. Lasner F. La formation par competencias.. Guérin. 2000; 67(3).
28. Boterf G. Ingeniería de las Competencias...Barcelona. 2000; 59(3).
29. Organización para la Cooperación y el desarrollo económico (OCDE). <http://www.deseco.admin>. [Online].; 2005 [cited 2015 diciembre 28. Available from: La definición y selección de competencias clave.
30. Pereda S.; Bercal F.; Lopez M. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. Organ. Rev. Dir. 2002; 28(42).
31. Roe R. What makes a competent psychologist? EurPsychol. 2002; 7(3).
32. Boletín Oficial Ley 512002. Cualificaciones y de la Formación Profesional. 2002..
33. González J.; W ageneaar R. Tuning Educational Structures in Europe. 2003.

34. Zabala M.. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional. Madrid: Norcea; 2007. p. 50.
35. Catalunya. A. Marc general pera la integració europea. Barcelona. 2004 junio; 52(2).
36. Glosario de Terminología ANECA
<http://www.aneca.es/media/163138/pei0607glosario.pdf>. [Online].; 2015 [cited 2015 diciembre 28].
37. Rué .; Martínez M. Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior. Serdoyola del Valle. 2005; 34(7).
38. Union Europea [http://www.crue.org/export/sites/crue/documentos/competencias clave para aprendizaje_permanente.pdf](http://www.crue.org/export/sites/crue/documentos/competencias_clave_para_aprendizaje_permanente.pdf). [Online].; 2015 [cited 2015 diciembre 28].
39. Agencia Nacional de Evaluacion de calidad y Acreditació. Título de grado. Libro Blanco. 2005; 1(5).
40. Cuevas C. ; Martínez I.; Baltona F. La Gestión por Competencias en Enfermería. Madrid Difucion de avances de Enfermeria. Madrid. 2006; 45(56).
41. Miguel M. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias. In Oviedo Ud, editor. Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de competencias.: Oviedo; 2006. p. 34.
42. García A.; Villa A.; Poblete M. Aprendizaje Basado en Competencias: una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas.. Generico. 2006; 50(2).

43. Allen J.; Ramaekers G.; Vandervedum R. La medición de las competencias de los titulados superiores. 2009.
44. Sistema Nacional de Salud Madrid. Ley 16/2003, de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128. 2003 Mayo.
45. Tobón S.; Pimenta J.; Garcia F.. Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de Competencias. Pason. 2010 Agosto; 123(3).
46. Pozzo D. Competencias profesionales. Herramientas de evaluación: el portafolio, la rúbrica y las pruebas situacionales. 2012.
47. Gomea A. J.; Guillem I. Manual Practico de Instrumentacion Quirurgica en Enfermeria Barcelona, España: El Sevier; 2010.
48. Peña A. Areas Quirurgicas. SCIELO. 2013 Mayo.
50. Organización Mundial de la Salud. La OMS idea un nuevo instrumento para mejora la seguridad de las intervenciones quirúrgicas. OMS. 2008 Junio.
51. Díaz Plasencia J. A. Lavado de manos; Guia lavado clinico y quirurgico.; 2012. p. 10 - 20.
52. Pritchard J.; Macdonald P. Obstetricia. segunda ed. Bcelona España: Salvat; 1980.
53. Servicio Departamental de Salud www.hptt/com.bo.SEDES LA PAZ. [Online].; 2015 [cited 2020 marzo 2].
54. Organización Mundial de la Salud. Higiene de manos. OMS. 2019 febrero; 4(4).

