

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INCUMPLIMIENTO DE LA
PREPARACIÓN PREOPERATORIA A PACIENTES
PEDIÁTRICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA, TERCER
TRIMESTRE 2016**

**POSTULANTE: Lic. Marisol Quispe Troche
TUTORA: Lic. Pilar R. Reyes Navarrete**

**Propuesta de Intervención
Para optar al título de Especialista en Enfermería
Medicoquirúrgica**

La Paz - Bolivia
2017

DEDICATORIA

A Dios y a la virgen que guían mi camino en todo momento, a mi esposo Willy Alex a mis hijos Patricia Suyana y Alex André, por su paciencia, cariño y por comprenderme en mis aciertos y mis errores, estando a mi lado en los momentos más difíciles.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y la virgen que hicieron que yo cuente con personas, que me dieron aliento y apoyo incondicional para la culminación de este trabajo.

A mi profesión, al hospital, a mis colegas que contribuyeron para, la conclusión de mi trabajo.

A la Lic. Pilar Reyes por ayudarme a lograr el objetivo que me he trazado, gracias por su esfuerzo y cooperación, que es una de las aspiraciones de mi vida.

INDICE

ITEM

	PAG.
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES	4
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
4. JUSTIFICACIÓN	8
5. FORMULACION DE OBJETIVOS	9
5.1. OBJETIVO GENERAL	9
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	9
6. MARCO REFERENCIAL.....	10
6.1. EVOLUCION HISTORICA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA	10
6.2. QUIROFANOS	12
6.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	13
6.4. ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL	14
6.4.1. ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL.....	14
7. MARCO TEORICO	15
7.1. PREPARACION PREOPERATORIA.....	15
7.2. PREOPERATORIO INMEDIATO.....	16
7.3. TEMORES ANTE UNA OPERACIÓN.....	19
7.4. AYUNO PREQUIRURGICO.....	20
7.5. PREMEDICACION	22
7.6. VIAS DE ADMINISTRACION.....	22
7.7. FARMACOS	23
7.8. EVALUACION DE LA ZONA QUIRURGICA	25

7.9. DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO.....	28
7.10. FACTORES ESPECIFICOS AL PROCEDIMIENTO A REALIZAR.....	29
7.11. INSTRUCCIONES SOBRE LA PREPARACION PRE-OPERATORIA DE LA PIEL...	29
8. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS	31
8.1. VARIABLES DE ESTUDIO	31
8.2. VARIABLE DEPENDIENTE	31
8.3. VARIABLE INDEPENDIENTE	31
9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	32
10. DISEÑO METODOLOGICO.....	38
10.1. TIPO DE INVESTIGACION.....	38
10.2. UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA	38
10.2.1. UNIVERSO.....	38
10.2.2. DELIMITACION GEOGRAFICA	38
10.2.3. DELIMITACION TEMPORAL.....	38
10.2.4. DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	38
11. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	38
12. RESULTADOS	40
13. DISCUSIONES Y SINTESIS.....	55
14. CONCLUSIONES.....	59
15. RECOMENDACIONES	61
16. BIBLIOGRAFIA.....	62
17. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	66
17.1. FASE II:PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	67
17.1.1. OBJETIVO GENERAL	67
17.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	67

17.1.3. METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓN	67
18. PROTOCOLO.....	71

RESULTADOS

	PAG.
TABLA N° 1	40
TABLA N° 2	41
TABLA N° 3	42
TABLA N° 4	43
TABLA N° 5	44
TABLA N° 6	45
TABLA N° 7	46
TABLA N° 8	47
TABLA N° 9	48
TABLA N° 10	49
TABLA N° 11	50
TABLA N° 12	51
TABLA N° 13	52
TABLA N° 14	53
TABLA N° 15	54

PROTOCOLOS

	PAG.
PROTOCOLO N° 1.....	71
PROTOCOLO N° 2.....	79
PROTOCOLO N° 3.....	82
PROTOCOLO N° 4.....	85
PROTOCOLO N° 5.....	88

ANEXOS

	PAG.
ANEXOS	92
CUESTIONARIO DE ENCUESTA	93
GUIA DE OBSERVACIÓN	96
GUIA PREOPERATORIA.....	98
PRESUPUESTO.....	100
MATERIAL DE ESCRITORIO.....	102
GASTOS DE TRANSPORTE.....	103

RESUMEN

Los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico deben pasar por la etapa preoperatoria, en la cual la actuación del personal de enfermería estará enfocada en la preparación preoperatoria: educación, brindar información acerca del procedimiento.

El objetivo del trabajo de investigación es identificar los conocimientos, actitudes, prácticas del personal de enfermería en relación a la preparación preoperatoria de los pacientes pediátricos del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", en el tercer trimestre del 2016.

La metodología que se aplicó es descriptiva de corte transversal, obteniéndose información por medio de encuestas que se aplicó al personal de enfermería de los turnos mañana y tarde, de acuerdo a los resultados obtenidos se hará la intervención que corresponda por medio de Jefatura de Enfermería, para implementar medidas correctivas.

Universo.- 15 personas que integran el personal de enfermería.

Instrumento.- Recolección de datos mediante encuestas y guía de observación directa que es aplicada a las enfermeras que brindan cuidados a los pacientes quirúrgicos.

Resultados.- se determina el incumplimiento de ciertas actividades, desconocen la técnica básica del corte del vello.

Conclusión.- en cuanto a la actuación del personal de Enfermería se cumple parcialmente las actividades de preparación en el preoperatorio y desconocen o poseen información desactualizada acerca de los procedimientos que se realizan en dicha etapa, cierto déficit aumenta el riesgo de complicaciones en dichos pacientes.

1. INTRODUCCIÓN

La meta de la evaluación preoperatoria es asegurar que el paciente ingrese al quirófano en las mejores condiciones fisiológicas posibles a fin de reducir las complicaciones vinculada con la intervención a la que será sometido, teniendo en cuenta que la anestesia y el acto quirúrgico suman a la enfermedad de base una injuria adicional. Por lo tanto, cada uno de los pacientes debe ser valorado y evaluado en cuanto al riesgo, especialmente en la fase preoperatoria.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su programa Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, desarrolló el proyecto “La Cirugía Segura Salva Vidas” (1)

Los pacientes que van a someterse a una intervención quirúrgica, suelen acudir al quirófano con falta de información y desconocimiento sobre el proceso quirúrgico, lo que provoca una gran carga de ansiedad y temor, tanto al paciente como a su entorno.

Lo emocional de un paciente quirúrgico lo podemos entender desde los tres aspectos que entran en relación:

Los cirujanos, quienes conciben que su actividad dentro de la medicina, es un arte, siendo su escenario el cuerpo del paciente.

El paciente por ser un humano, es inteligente y libre, corporal, social y espiritual; no es solamente un mecanismo biológico, compuesto de tejidos, órganos y sistemas.

La enfermedad como entidad que altera íntegramente a la persona que la padece.

Tomar en cuenta estos aspectos determina la calidad de la actuación profesional, además marca un estilo particular de atención y de relación entre un sujeto que sabe y otro que busca el beneficio de ese saber.

Dentro de estas prestaciones de cuidados de calidad, está el evitar nuevos problemas infecciosos derivados, es decir, evitar el desarrollo de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS).

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) establecieron en 1970 un sistema de vigilancia nacional de las infecciones nosocomiales (NNIS), para monitorear las tendencias de las infecciones nosocomiales (IN) en los hospitales de agudos. Basándose en los informes del NNIS, las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son las terceras IN más frecuentemente informadas, correspondiéndoles entre el 14% y el 16% de todas las IN en los pacientes hospitalizados. Entre los pacientes quirúrgicos exclusivamente, las ISQ son las IN más frecuentes, correspondiéndoles el 38% de las mismas. De estas ISQ, dos tercios están confinadas a la incisión, y un tercio comprometen a los órganos y espacios involucrados durante la cirugía. (2)

Las infecciones quirúrgicas, causadas por bacterias que penetran a través de la incisión, ponen en peligro la vida de millones de pacientes cada año, y contribuyen a la propagación de la resistencia a los antibióticos. En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren infecciones. (3)

En Bolivia recién en 1995 las infecciones nosocomiales adquieren verdadera importancia, registrándose en 1998 una letalidad intrahospitalaria general en el primer nivel de atención de 0.6% a 4.9%; en el segundo nivel de atención de 1.8% a 7.7% y de 3.1% a 6.5% en los centros de tercer nivel. (3)

Se realizó un estudio entre enero del 2000 a octubre del 2001 en el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" de la ciudad de La Paz Bolivia, institución de tercer nivel de atención médica que es el centro de referencia de la Dirección Departamental de Salud. Fueron incluidos el 100% de los pacientes internados en los servicios de traumatología, cirugía general, quemados, terapia intensiva, infectología y pediatría general, con más de 48 horas de internación o que tuvieran un reingreso durante la primera semana entre enero del 2000 a diciembre del 2001. Para la ejecución del estudio prospectivo se involucró al 100% de los pacientes hospitalizados del 11 al 21 de octubre del 2002, en los 6 servicios antes mencionados. En nuestro estudio, las infecciones hospitalarias

más frecuentes fueron en piel y partes blandas (40%), siendo *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli* los microorganismos más aislados. (3)

En el diagnóstico, se identificó falencias en el procedimiento de la preparación preoperatoria de los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Uría”.

La propuesta de la intervención es la disminución de infecciones, complicaciones, la suspensión de cirugías, la prolongación de la estadía, el incremento de costos para el paciente y la institución. Mediante la implementación de protocolos de Preparación Preoperatoria en pacientes pediátricos para el personal de enfermería.

2. ANTECEDENTES

La prevención de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) constituye actualmente un importante problema de salud a nivel mundial, no solo para los pacientes sino también para la familia, comunidad y estado. Afectan a todas las instituciones hospitalarias resultan una de las principales causas de complicaciones, así como un incremento a los costos de salud. Lo cual es desconocimiento de todo el personal de salud. (4)

En el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. En la Unidad Quirúrgica se recepciona pacientes preoperatorios con una inadecuada preparación preoperatoria.

Ejemplo. En caso de pacientes que serán sometidos a craneotomías se observa en la cabeza mal rasurada y cortes de la piel, y en el caso de restitución de tránsito intestinal se observa salida de heces fecales y en pacientes de traumatología portadores de yeso pelvipédico se observa en la región genital restos de yeso.

La piel alberga dos tipos de microorganismos. Se llama flora residente a aquellas bacterias que normalmente residen en la piel, ya sea en la epidermis o en la dermis. Estas no producen daño a menos que sean introducidas dentro del cuerpo a través de una herida en la piel.

Un ejemplo de este tipo de bacteria es el *Staphylococcus epidermidis*. Otro grupo de bacterias que se encuentran en la piel, llamadas flora transitoria, son aquellas que han sido adquiridas de una fuente contaminada. Ej. *Neumococo* o *meningococo* se encuentran en garganta de 5-40% de personas sanas

Por lo tanto es necesario realizar la preparación preoperatoria de la piel para evitar complicaciones posteriores.

- La piel cumple importantes funciones en el funcionamiento del organismo entre las más importantes podemos mencionar: la protección frente a organismos y cuerpos extraños así como frente a traumatismos físicos.

La piel se divide en tres capas: Epidermis, la más superficial; la dermis, que es vascularizada; y la más interna, hipodermis que está compuesta por tejido adiposo celular subcutáneo

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es tiempo de ofrecer servicios de alta calidad trabajando en forma más ética y científica, para asegurar la satisfacción total en la atención a nuestros pacientes y reducir al mínimo los riesgos derivados de cualquier procedimiento quirúrgico.

El desconocimiento de la preparación preoperatoria es considerado de alto riesgo, por los procedimientos invasivos como son las intervenciones quirúrgicas. El personal de enfermería del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, no está exenta de esta norma, debiendo asumir responsabilidad en el cuidado del paciente realizando estrictamente los procedimientos para evitar complicaciones posteriores que conllevarían a infecciones asociadas a la atención en salud, mayor tiempo de hospitalización, uso específico de antibióticos y desprestigio de la actividad quirúrgica y por ende de todo el equipo quirúrgico, pudiendo ser sometidas a procesos por mala práctica profesional, por lo que los manuales y protocolos son instrumentos que nos guían para realizar los procedimientos mismos que deben estar estandarizados.

Durante el desarrollo del ejercicio profesional se observó situaciones complejas por mala preparación preoperatoria de parte de algunas profesionales mismas que envían con deficiente higiene de la piel, rasurado inadecuado del cuero cabelludo y con laceraciones, en caso de restitución intestinal con presencia de heces fecales, en portadores de yesos pelvipedicos gran acumulación de yeso entre otras, ocasionando diferentes problemas como ser: suspensión de la cirugía, postergación, realización de la preparación en el área quirúrgica y otros.

Si bien el /la profesional en enfermería conoce este procedimiento, argumentan que existe criterios diferentes ante lo observado y que no hay un protocolo guía para realizar estos procedimientos ya que difieren de acuerdo a cada especialidad siendo unas más específicas que otras.

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos, habilidades y actitudes que tiene el personal de enfermería respecto a la preparación preoperatoria de pacientes pediátricos en el Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, durante el tercer trimestre de la gestión 2016?

4. JUSTIFICACIÓN

Las infecciones del sitio quirúrgico constituyen un grave problema de salud, ya que se asocian a elevadas complicaciones y aumento de los costos de hospitalización, tanto por la prolongación de la estadía hospitalaria como por la necesidad de utilizar medicamentos e insumos de alto costo, como son los antibióticos de última generación y amplio espectro. De ahí la importancia de conocer los principios básicos que se deben considerar en la preparación de un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica.

En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir infecciones, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados permanentemente. La preparación preoperatoria es un aspecto que concierne netamente a enfermería donde se debe enfatizar en la higiene de la piel, baño quirúrgico y otras, que esto conlleva a complicaciones. Asimismo, el uso de una profilaxis antimicrobiana adecuada, en el momento y dosis precisos, es vital para la prevención de infecciones.

Según la literatura, la causa principal de las infecciones del sitio quirúrgico es la flora endógena de la piel, que es el principal contaminante de la herida operatoria y del sitio quirúrgico, o la flora de las mucosas o vísceras huecas del paciente, según el tipo de cirugía; pero también puede participar la flora exógena presente en el ambiente quirúrgico, instrumentos, personal, etc.

El presente justifica ya que se vio que existe una deficiencia de conocimientos pese haber estudiado en instituciones superiores.

La importancia del presente trabajo contribuirá a mejorar la calidad del cuidado al paciente quirúrgico implementando una guía estandarizada que estará a disposición de diferentes servicios previa aprobación del comité técnico.

5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS:

5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de conocimientos habilidades y actitudes del personal de enfermería en relación a la preparación preoperatoria de pacientes quirúrgicos en el Hospital del Niño, durante el tercer trimestre de la gestión 2016.

5. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los conocimientos del personal de Enfermería respecto a la preparación preoperatoria en los pacientes quirúrgicos.
- Establecer habilidades de la preparación preoperatoria del personal de enfermería.
- Establecer actitudes de la preparación preoperatoria del personal de enfermería en la etapa preoperatoria en pacientes quirúrgicos.
- Aplicar cuestionario direccionado a la preparación preoperatoria
- Unificar criterios para la elaboración de una guía.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1. EVOLUCION HISTORICA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URIA

Durante el gobierno de Hertzog el año de 1948, siendo Ministro de Higiene y Salubridad, el Dr. Juan Manuel Balcázar, Director General de Sanidad, el Dr. Néstor Salinas Aramayo, Catedrático de Pediatría y Director de la División de Planeamiento y Proyectos del Servicio Corporativo Interamericano de la Salud Pública (SCISP), el Dr. Carlos Ferrufino Burgoa, se dio curso a una disposición legal (Ley de 20 de mayo 1947) por la cual a partir de los beneficios otorgados por la Lotería Nacional y con el asesoramiento y cooperación del SCISP se efectuaron trabajos de infraestructura sanitaria de los cuales los más importantes correspondían al Hospital del niño y pabellón de bronco pulmonar de La Paz. Esta disposición venía a abrir el camino de la brillante idea de la Sociedad de Pediatría, que fundado el 7 de abril de 1943, había iniciado sus actividades propugnando la creación de un Hospital del Niño; a cinco años de la fundación de la Sociedad Boliviana de Pediatría en 1948 y bajo la iniciativa de las autoridades en salud de la época, se aprueba la idea inicial de construir el Hospital del Niño con el apoyo del “Rotary Club de La Paz”.

En el periodo de gobierno de Mamerto Urriolagoitia, siendo Ministro el señor Félix Ventenillas, se logró crear la junta de Directores del Hospital del Niño de La Paz (R.M. N° 2185 de 15 de septiembre de 1949) con la finalidad de supervisar y ayudar a la construcción, equipamiento y funcionamiento de este Hospital.

En 1950 se constituyó el Comité Medico Técnico del Hospital del Niño, conformado por el Dr. Néstor Salinas Arauco, en representación del gobierno, el señor Félix Lamela, representante de organismos internacionales y por tres Drs. Carlos Ferrufino, Cecilio Abela Dehesa y Luis V. Sotelo por la Sociedad de Pediatría. Definido el Plan General Técnico y aprobado el Proyecto se inició la construcción del Hospital del Niño, con fondos proporcionados por el Gobierno para el levantamiento de la estructura física, el equipamiento y provisión de enseres incluyendo el sistema de calefacción por parte de la UNICEF. La OPS/OMS contribuyó con la adjudicación de becas para la

preparación de médicos y enfermeras, para la capacitación del personal administrativo.

En el año 1953 se había terminado con la obra gruesa del Hospital, proyectada con una capacidad de 212 camas, pero a consecuencia de la revolución de 1952, las obras quedaron paralizadas durante todo el periodo de desgobierno de MNR. El año de 1971 en los periodos sucesivos de los Ministerios de Previsión Social y Salud Pública de los Drs. Guillermo Aponte Burela y Javier Torres Goitia, se iniciaron los trabajos de obra fina con los que parecía concluir el trabajo, el que fue nuevamente interrumpido debido al golpe de estado militar.

Fue en el año de 1972 que se terminó la obra durante el Ministerio del Dr. Carlos Valverde Barberí, abriendo sus puertas para la admisión de pacientes el 10 de agosto, con una disponibilidad de 50 camas habiéndose internado durante su primer día de trabajo 12 pacientes. El Hospital del Niño empezó sus actividades con el material que fue trasladado del antiguo pabellón de Pediatría del Hospital de Miraflores, los servicios que se iniciaron en aquella época según sus historiadores fueron de Pediatría General, Ortopedia, Traumatología, Cirugía General y Quemados, estando a cargo de los Drs. Eduardo Vela, Aníbal Rivero Delfín, Franz Prudencio, Víctor Hugo Chávez y Armando Barrios. El primer director del Hospital del Niño fue el Dr. Alfredo Negrón, y el Hospital del Niño a tomado el nombre del Dr. Ovidio Aliaga Uria como justo reconocimiento al trabajo incansable y especial dedicación de este digno representante de la pediatría boliviana, quien logra que el Hospital del Niño bajo su Dirección sea nombrado el mejor Hospital de Bolivia en el año 1988.

Desde su fundación el hospital a desarrollado una meritoria labor académica en la enseñanza de la materia de Pediatría de pre-grado, que se había iniciado con el Dr. Néstor Salinas Arauco en el pabellón de Pediatría del Hospital de Miraflores y el Programa de Residencia Médica con grandes problemas que vencer hasta llegar a consolidar el curso formal de post grado en pediatría, bajo la modalidad de Residencia Médica, impulsada por el Dr. Eduardo Aranda Torrelio, con la participación de especialistas y profesores de pediatría.

6.2. QUIROFANOS

La jefatura de la unidad quirúrgica está a cargo por el Dr. Fernando Orozco, especialista en Anestesiología, quien presta sus servicios desde más de 20 años

La unidad está constituida por los siguientes profesionales en salud, distribuidos de la siguiente manera.

PERSONAL	N° TOTAL	TURNO MAÑAN A	TURNO TARDE	TURNO NOCHE			TURNO FIN DE SEMAN A
				A	B	C	
Anestesiólogo	9	5	1	1	1	1	De Turno
Lic. en Enfermería	11	5	3	1	1	1	De Turno
Aux. en Enfermería	10	4	2	1	1	1	1
Personal manual	1	1	0	0	0	0	De Turno

El personal cumple turnos establecidos de manera que la unidad funcione 24 horas al día, los 365 días del año.

Se realizaron 3000 procedimientos quirúrgicos, aproximadamente por año lo que significa un promedio mensual de 215 cirugías y 8 a 10 intervenciones diariamente.

6.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

El servicio de quirófanos consta de 4 quirófanos por la mañana funciona 4 quirófanos; por la tarde 1 quirófano, por la noche Y fines de semana solo funciona un quirófano en caso de emergencias.

Para la atención quirúrgica a la población la unidad presta en las siguientes especialidades.

- ❖ Cirugía general
- ❖ Traumatología y ortopedia
- ❖ Neurocirugía
- ❖ Cirugía plástica y reconstructiva
- ❖ Otorrinolaringología
- ❖ Cirugía cardíaca
- ❖ Cirugías de maxilo facial
- ❖ Cirugías de dental
- ❖ Tratamientos de oncohematología
- ❖ Cirugías de tórax

PERSONAL DE ENFERMERÍA

PERSONAL	N° TOTAL	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE			TURNO FIN DE SEMANA
				A	B	C	
Lic. en Enfermería	11	5	3	1	1	1	Turno
Aux. en Enfermería	10	4	2	1	1	1	1

6.4. ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

6.4.1. ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL

La estructura y las actividades del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría se enmarcan en la atención oportuna a la población que acude en la resolución de sus problemas.

Para un buen funcionamiento de los servicios que atienden a los pacientes que serán sometidos a intervenciones quirúrgicas debemos contar con personal capacitado para coadyuvar en la organización especialmente con las autoridades correspondientes según el organigrama.

Debemos continuar según los lineamientos de la OMS y la OPS referente a la preparación preoperatoria de los pacientes, así evitando las complicaciones como ser las IAAS de las actividades quirúrgicas.

7. MARCO TEORICO

7.1. PREPARACION PREOPERATORIA

DEFINICION:

Es el cuidado integral y de preparación al que es sometido un paciente y que es previa a una cirugía.

Abarca desde la visita inicial del paciente hasta su ingreso a la sala de operaciones, se dice que comienza en el momento en que se plantea la posibilidad de recurrir a la terapéutica quirúrgica como medio para mejorar la salud del paciente.

Es el conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

Valoración:

- Valore las condiciones psíquicas del paciente y familia frente a la intervención quirúrgica, reconociendo temores y angustias.
- Evalúe las condiciones físicas del paciente.
- Determine el diagnóstico del paciente y el tipo de cirugía que se realizará y las condiciones específicas del médico cirujano.
- Evalúe la experiencia quirúrgica previa del paciente y el grado de conocimiento sobre esta intervención quirúrgica.
- Evalúe la capacidad de comprensión del paciente y familia frente a la educación.
- Evalúe funcionamiento vesical y hábito intestinal del paciente.
- Averigüe con el paciente y familia, sobre alergias a medicamentos y/o antisépticos.
- Valore el estado de la piel y de las mucosas especialmente en zona operatoria.
- Controle los signos vitales del paciente y evalúe sus posibles alteraciones.

Plan

Objetivos:

- Preparar físicamente al paciente (piel, mucosas, intestino, vejiga y otros) para la intervención quirúrgica de acuerdo a su patología, edad y estado clínico, indicaciones del médico y/o normas establecidas.
- Preparar psíquicamente al paciente y familia con el propósito de disminuir el grado de ansiedad y temor con respecto a su intervención prevenir complicaciones que impidan una rápida recuperación (infecciosas, respiratorias, vasculares y otras) postoperatoria.
- Educar al paciente y familia sobre su patología e intervención quirúrgica.

Equipo:

- Prepare el o los equipos de acuerdo a las actividades a realizar, al tipo de intervención e indicaciones médicas.

Actividades:

- **Preoperatorio (12 horas antes)**
 - Revise indicaciones médicas e identifique al paciente
 - Explíquelo amable y cortésmente toda la preparación que se hará según el tipo de cirugía
 - Controle signos vitales, mida peso-talla y observe estado de la piel
 - Tome muestra de exámenes indicados. Administre un enema evacuante si está indicado
 - Pida al paciente que se tome un baño de ducha, si su condición lo permite.

7.2. PREOPERATORIO INMEDIATO:

- Algunas de estas actividades se pueden realizar en la sala de operaciones.
- Controle signos vitales
- Compruebe que el paciente esté en ayunas

- Entréguele bata limpia y pídale que se duche (si su condición se lo permite)
- Prepare el equipo necesario para lavar zona operatoria con solución antiséptica gluconato de clorhexidina jabonosa al 4% o solución jabonosa de iodopovidona al 10%.
- Solicite al paciente que se acueste despejándose la zona operatoria
- Lave la zona en forma amplia, dando especial énfasis a zonas de pliegues y ombligo.
- Si en la zona operatoria hay abundante pelo o vello éste se corta a ras de la piel con tijera.
- Si el cirujano solicita rasurado de la zona se debe hacer 30 minutos previo a la cirugía, en forma cuidadosa evitando lesionar la piel.
- Mayor tiempo aumenta el riesgo de contaminación de la zona.
- Realice aseo de cavidades al paciente si es necesario.
- Si está indicado **instale:** vía venosa; sonda nasogástrica; sonda Foley.
- Revise las uñas del paciente. En caso necesario, remueva esmalte y límpielas.
- Administre medicamentos según indicación como: sedantes, analgésicos u otros. Observe posibles **reacciones** del paciente a la administración de fármacos.
- Identifique al paciente colocando un brazalete con nombre, número de cama, pieza y servicio.
- Retire: prótesis dental; audífonos; lentes; joyas; adornos del pelo, etcétera.

Pida al paciente que orine (si su condición lo permite)

Compruebe que la historia clínica esté en orden con todos los informes de los exámenes solicitados y radiografías.

Revise y verifique que toda la preparación necesaria y solicitada esté hecha.

Controle signos vitales y compare los parámetros obtenidos con los anteriores.

Informe al paciente y familia a qué hora entrará a quirófanos, en qué lugar puede esperar la familia y a qué hora se le dará información.

Registre en formulario de enfermería toda la preparación realizada al paciente tanto física como psíquica, fármacos administrados, parámetros de signos vitales, preparación zona y quién lo recibe en la Unidad Quirúrgica.

Espere que llamen al paciente desde quirófano, trasládalo y entréguelo a la enfermera de quirófano.

Observaciones:

El paciente en esta etapa está muy sensible, con temor y angustia frente a la intervención quirúrgica.

El baño desengrasa la piel y elimina microorganismos.

Compruebe que estén dentro de los parámetros normales, de lo contrario avise mantenga privacidad y respete el pudor del paciente.

En caso de haber zonas contaminadas (vagina, ano, úlceras, estomas, etc.) se cubren y se preparan al final, evitando contaminar el área limpia.

El rasurado puede causar pequeñas lesiones o micro abrasiones exponiendo posiblemente el tejido subyacente a la infección.

Proteja al paciente después de administrar sedantes.

Cuide y proteja las pertenencias del paciente para evitar pérdidas y deterioro, según las normas del servicio.

Cualquier alteración o diferencia debe comunicar al médico.

Tenga una actitud de comprensión frente a la angustia y temor de la familia

Educación:

Eduque al paciente y familia sobre:

1. La patología y el tipo de intervención que se realizará.
2. Tipo de preparación que necesita para el acto quirúrgico (preparación intestinal, zona operatoria, ayuno, etcétera).
3. Ejercicios respiratorios y de extremidades y la importancia que tiene realizarlos en el período postoperatorio.
4. Características de la atención proporcionada en su período postoperatorio inmediato (lugares, restricción de visitas y otros).

Evaluación preoperatoria:

- Valoró al paciente en forma integral (física y psíquicamente).
- Controló signos vitales en los momentos establecidos.

- Realizó los exámenes diagnósticos solicitados.
- Preparó zona operatoria según normas y lo indicación.
- Cumplió indicaciones sobre instalación de vías (SNG, Sonda Foley, vía venosa, etc.).
- Administró medicamentos indicados
- Verificó que la Historia Clínica estaba completa y en orden.
- Registró en la hoja de enfermería todos los procedimientos realizados.
- Educó al paciente y familia sobre su patología, tipo de intervención, y condiciones del postoperatorio inmediato.

7.3. TEMORES ANTE UNA OPERACIÓN

En niños menores:

- Temor a la soledad, abandono de sus padres.
- Temor al castigo por sus malos pensamientos o actos.
- Temor a la pérdida de partes importantes de su cuerpo.

En niños mayores:

Se agrega a los temores anteriores:

- Temor a la desnudez, al no respeto de su pudor.
- Temor a la anestesia: a no poder dormirse, a despertarse durante la operación y a no despertarse. Remite al temor a la muerte.
- Temor al error del cirujano.

De los padres:

- A la anestesia y a la muerte de su hijo.
- Puede aparecer excesiva ansiedad, que se manifiesta, que se manifiesta como dificultad para escuchar o preguntar.
- Temor a no poder contener su propia ansiedad y, por lo tanto, no poder ser eficaz con su hijo.

La importancia de la información

“El niño tiene derecho a ser informado en función de su edad, de su desarrollo mental y estado afectivo, de los diagnósticos y de las prácticas terapéuticas a que se lo somete.”

El informar, además de ser un derecho del niño, cumple con los siguientes objetivos:

- Para que la hospitalización pueda ser entendida por el niño y su familia como reparadora y, a su vez, tener un sentido.
- Para que paulatinamente el niño se haga cargo de su cuerpo y su cuidado, y tenga una actitud positiva hacia su salud.

7.4. AYUNO PRE-QUIRÚRGICO:

El objetivo del ayuno es disminuir el riesgo de inhalación del contenido gástrico durante, la anestesia, pero un ayuno prolongado no garantiza un estómago vacío al momento de la inducción anestésica. Existen factores predisponentes de la bronco aspiración entre los que podemos incluir la hipertensión endocraneana, obesidad, obstrucción gastrointestinal, estrés, dolor, y el más importante: la cirugía de urgencia.

Entre los lactantes y niños podemos agregar factores como la mayor presión intragástrica por el menor volumen gástrico, esófago corto, incoordinación de los movimientos respiratorios y deglutorios en los neonatos y la angulación de las cuerdas vocales, lo que facilita la aspiración durante la maniobra de laringoscopia.

Las condiciones de vaciado gástrico dependen de diferentes variables como son los ingredientes, volumen, acidez y osmolaridad del producto.

Comenzamos por los ingredientes y estos pueden clasificarse en:

- ✓ Sólidos: carnes, golosinas, etc. Deben suspenderse la noche anterior.
- ✓ Líquidos no claros: leche de vaca, leche de soya, yogur, crema, formulaciones para alimentación y todos los jugos con pulpa.
- ✓ Leche materna: es expulsada del estómago con mayor rapidez que las otras leches y se considera que el ayuno luego de su ingesta puede ser de solo tres horas.
- ✓ Líquidos claros: agua, jugo de manzanas, caldo claro, helados de agua.

Con respecto al volumen, existen niveles mínimos que son necesarios conocer. Se han realizado varios estudios por diferentes autores y se ha concluido que en pacientes con o sin estrés luego de un ayuno habitual el contenido gástrico es de 0.8 ml/kg. Aproximadamente y por lo tanto este sería el volumen límite aceptable.

Hay situaciones especiales que retardan el vaciado gástrico, como son la hipertrofia pilórica, hernia atascada, abdomen agudo, hidrocefalia, traumatismo encéfalo-craneano, etc.

Un punto especial a tener en cuenta es la relación entre la última ingesta y el momento en que se produjo la lesión, ya que esta puede retrasar la evacuación del contenido gástrico en varias horas.

Hay patologías que también pueden retrasar la evacuación gástrica entre ellas la infección sistémica y alteraciones metabólicas como la hiperglucemia, hipercalcemia, hipocalcemia, hipopotasemia, etc.

El tiempo de ayuno seguro es variable y depende de la edad, peso y estado nutricional. Las principales complicaciones por un período de ayuno prolongado o por un déficit nutricional agudo correspondiente son la hipovolemia e hipoglucemia al momento de la inducción anestésica.

Se han diseñado diversos planes de ayuno, en nuestro hospital adoptamos el siguiente:

EDAD	LÍQUIDOS CLAROS	LECHE Y SÓLIDOS
RN – 6 meses	2 horas	4 horas
6m – 3 años	3 horas	6 horas
> 3 años	3 horas	8 horas

Esta es solo una guía, ya que el tiempo de ayuno se deberá adaptar al lugar de trabajo, experiencia, nivel de comprensión de los padres. Por esto último la selección de los pacientes debe ser muy rigurosa y se les debe explicar a los padres claramente las indicaciones asegurándolas por escrito.

Por último, sabemos que cuando el pH se hace más alcalino el volumen gástrico es menor debido al aumento de la motilidad gástrica y al aumento del tono del esfínter esofágico inferior. Por esto si utilizamos drogas que reduzcan, vacíen y disminuyan la acidez del contenido gástrico vamos a disminuir el riesgo de bronco aspiración. Entre estas drogas encontramos:

- ✓ Antagonistas H₂. ranitidina a dosis de 1,25 mg/kg intravenosa, su efecto persiste de 8 a 9 horas
- ✓ Inhibidores de la bomba de protones: omeprazol menos efectivo que la ranitidina.

- ✓ Antieméticos: metoclopramida por su acción periférica acelera el ritmo de evacuación del estómago y disminuye el reflujo gastroesofágico por aumento del tono del esfínter esofágico inferior La dosis es de 0,15 a 0,25 mg/kg.

7.5. PREMEDICACIÓN:

Los objetivos de la premedicación son:

- Permitir la separación no traumática de los padres.
- Disminuir o evitar el estrés psicológico.
- Facilitar la inducción anestésica.
- Disminuir las secreciones de la vía aérea.
- Bloquear la respuesta autonómica.
- Reducir el volumen y acidez del contenido gástrico.
- Disminuir las necesidades anestésicas.
- Evitar el vómito.

Producir analgesia. En la actualidad se considera que la premedicación debe interesar los siguientes aspectos:

- Ansiólisis
- Bloqueo neurovegetativo
- Disminución de posibilidad de bronco aspiración
- Analgesia

7.6. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN:

Vía oral: es la vía de administración más fácil y frecuente de utilizar, es la mejor tolerada y se utilizará siempre que sea posible. Hay un efecto de primer paso hepático. Los factores que intervienen en la absorción son la difusión, el tiempo de vaciamiento gástrico, el grado de ionización del fármaco, la solubilidad en lípidos y el tamaño molecular, etc. Los fármacos que podemos administrar por esta vía son midazolam, atropina, ketamina, droperidol, metoclopramida, etc.

Vía rectal: generalmente no se utiliza por considerarse traumática y poco segura.

Vía intranasal: ha sido utilizada para fármacos como midazolam, ketamina, fentanilo, entre otros. La absorción es rápida y se evita el primer paso hepático. Es una vía de fácil administración, aunque la proporción absorbida es errática,

debido a que el niño a veces llora, se mueve o parte pasa al estómago donde la absorción es más tardía. Entre sus inconvenientes: es irritante, produce tos, lagrimeo, llanto y picor.

Vía sublingual: se ha propuesto como alternativa a la administración nasal del midazolam. Por ser una mucosa muy vascularizada este se absorbe rápidamente. Su inconveniente es que necesita la colaboración del paciente.

Vía intramuscular: se aconseja evitarla por ser dolorosa.

Vía intravenosa: se utiliza cuando el paciente ya tiene colocado la vía venosa o cuando es necesaria una acción rápida del fármaco. En el caso de utilizar midazolam, por esta vía nos aseguramos, además de la sedación, la amnesia retrógrada.

7.7. FÁRMACOS

Benzodiazepinas:

Son los fármacos más utilizados para la premedicación por tener pocos efectos cardiovasculares y respiratorios y producir ansiólisis y amnesia.

- **Midazolam:** actualmente es la benzodiazepina más utilizada. Es una droga hidrosoluble que a un pH mayor cierra el anillo imidazol y se convierte en una sustancia más liposoluble, permitiendo un comienzo de acción rápido por facilitar el pasaje de la barrera hematoencefálica. Además de la sedación es importante su acción amnésica anterógrada. Se puede administrar por cualquiera de las vías antes mencionadas teniendo en cuenta las diferencias farmacocinéticas.

	Oral	Nasal	Intramuscular	Endovenosa
Dosis media (mg/kg)	0.50	0.30	0.15	0.05-0.10
Comienzo de acción (minutos)	20-30	3-7	7-10	1-2
Efecto máximo (minutos)	30	15-20	25-35	3-5
Duración (minutos)	45-60	30	60	20-30

- **Ketamina**: si bien su acción no es la ansiólisis, podemos utilizarla para que la separación del niño de sus padres sea menos traumática. No se utiliza en forma rutinaria por sus efectos colaterales, solo en aquellos pacientes que se niegan a cualquier tipo de acercamiento y para los pacientes portadores de cardiopatías congénitas severas en los cuales el estrés y el llanto prolongado puedan desencadenar una crisis de cianosis y descompensación hemodinámica. Tiene efectos analgésicos a dosis subanestésica y no produce depresión respiratoria importante, siempre que se administre en forma lenta. Puede ser administrada por diversas vías.

Anticolinérgicos:

- **Atropina**: no se administra en forma rutinaria. Puede ser administrada por vía oral, rectal, intravenosa, etc. Los efectos tóxicos son escasos y está contraindicada en algunas cardiopatías y estados febriles. Recordar que la asociación de hipoxia, atropina y halotano puede desencadenar un paro cardíaco de difícil resolución.

Analgésicos:

No se administran en la premedicación de rutina. Los opioides se administran en el intraoperatorio, aunque también se recurre a ellos durante la inducción anestésica para disminuir la respuesta hemodinámica frente a la intubación.

Aseo del Área Quirúrgica:

La zona operatoria y áreas circundantes, deben estar limpias, libres de suciedad, residuos, flora bacteriana reducida a niveles mínimos. Los estudios además demuestran que la infección disminuye considerablemente al acortar el tiempo de estadía preoperatoria del paciente dentro del Hospital. El aseo se debe comenzar antes de la preparación quirúrgica de la piel:

1. Ducha el día de la intervención, acción mecánica, fricción con agua y jabón. Esta ducha debe ser realizada en el hogar o en el Hospital según necesidad. Debe realizarse por lo menos una hora antes de la intervención quirúrgica.
2. La preparación de la zona operatoria del paciente, debe ser realizada antes de ser llevado a la Unidad Quirúrgica. Debe ser realizada por personal capacitado.

3. Lavado de la zona operatoria se realizará en la Unidad Quirúrgica antes de la aplicación del antiséptico. El lavado de la zona operatoria es de responsabilidad de la Unidad Quirúrgica.
4. El lavado de la zona operatoria debe realizarse de acuerdo al antiséptico que se usará en la pincelación de la piel. Iodopovidona espumante al 10% o jabón con gluconato de clorhexidina al 4%. No deben mezclarse los antisépticos.

7.8. EVALUACIÓN DE LA ZONA QUIRÚRGICA:

La zona operatoria debe ser evaluada en la Unidad Quirúrgica antes de realizar la preparación de la piel.

1. La presencia de nevos, verrugas u otras alteraciones de la piel en la zona operatoria debe ser advertida al cirujano documentada antes de la preparación, ya que la remoción inadvertida de estas lesiones pueden traumatizar la piel, permitiendo la colonización de microorganismos.
2. La presencia de vello en el sitio de la incisión debe ser evaluada y removida de acuerdo a las Normas del Servicio, aprobadas por el Comité de Vigilancia Epidemiológica del Hospital, inmediatamente antes de trasladar al paciente a la Unidad Quirúrgica.
3. Se recomienda dejar el vello en el sitio de la incisión: sin embargo la necesidad de removerlo dependerá de la cantidad, sitio o localización de la incisión, como también del tipo de procedimiento a realizar.
4. Si fuera necesario remover el vello se debe efectuar a través de uno de éstos 2 procedimientos:
 - Recorte de vello de la zona operatoria, cuando es necesario, permite mantener la integridad de la piel y disminuir el riesgo de erosiones y colonización de la piel. Se recomienda realizar antes del aseo de la zona operatoria del paciente y antes que este sea llevado a quirófanos. Para este procedimiento se usa una recortadora de vello eléctrica a batería con cabezal desechable o que se pueda desinfectar entre pacientes, es lo más recomendable, también puede realizarse con tijeras en buen estado.
 - Los agentes depilatorios son menos peligrosos que el rasurado para la piel. Un agente depilatorio debe ser aplicado antes que el paciente ingrese a quirófanos y se deben seguir las instrucciones del fabricante.

El rasurado: esta práctica de rasurar está obsoleta ya que se ha comprobado el aumento de infecciones por micro traumatismos y colonización de la piel. En algunas ocasiones el Cirujano solicita el rasurado de la zona operatoria, siendo éste procedimiento de su exclusiva responsabilidad. El rasurado debe ser efectuado por personal experto inmediatamente antes de la intervención quirúrgica, debe realizarse en húmedo, porque con la humedad, el vello se vuelve más suave, disminuyendo la posibilidad de erosionar la superficie de la piel y permite también controlar la dispersión por el aire de los vellos desprendidos.

Uso de soluciones antisépticas:

Preparación:

La zona operatoria y el área circundante deben ser preparadas con soluciones antisépticas, como son Povidona Iodada, preparados de Clorhexidina. Nunca deben emplearse soluciones desinfectantes destinadas y fabricadas para uso en superficies o fómites.

1. Se recomienda el uso de dosis unitarias de cada solución antiséptica a usar o de esponjas embebidas en estas soluciones para un solo uso.
2. Estas deben ser seleccionadas de acuerdo a las Normas de los Servicios o a las recomendaciones del Ministerio de Salud. Su uso debe estar de acuerdo a las instrucciones del fabricante.
3. El antiséptico utilizado en la preparación debe ser de la misma familia que el antiséptico que se utilizará en la pincelación de la piel, ya que se producen antagonismos entre antisépticos diferentes.
4. Deben estar de acuerdo con la sensibilidad del paciente y su toxicidad (por. Ej. clorhexidina ototóxica). Antecedentes que se deben recoger de la historia clínica del paciente; o de la evaluación médica o de enfermería en esta misma.

Selección de los antisépticos:

1. Deben ser de amplio espectro.
2. Acción rápida, efecto en el menor tiempo posible.
3. Acción residual, que prolongue su efecto por varias horas después de aplicado.
4. Seleccionadas de acuerdo a localización de la incisión (cara, oído) y condiciones de la piel y necesidades del paciente.

Factores importantes a considerar para la seguridad del paciente:

- Se pueden producir quemaduras químicas si se permite que los antisépticos se "mojen" bajo el paciente y puedan interferir en la operación segura de instrumentos como unidades electro-quirúrgicas o electrocardiógrafo. Por efectos de la humedad, se puede desprender la placa neutra, produciéndose una quemadura eléctrica en el paciente o si se desprenden los electrodos del monitor, dificulta la lectura del trazado.
- Se debe esperar el tiempo suficiente para que los antisépticos se sequen antes de poner los campos, ya que forma una película de antiséptico que permite aumentar su eficacia y la duración de su acción.
- En uso de preparaciones alcohólicas como clorhexidina alcohólica, hacen imperioso que se respete el tiempo de secado del antiséptico y evaporación del alcohol. Cuando este tiempo es insuficiente, se pueden producir accidentes por inflamación del alcohol (quemaduras) al usar electro bisturí o rayos Láser.
- Es importante considerar los cuidados con las soluciones antisépticas que se mantengan a una temperatura que no exceda los 42°C, ya que se evaporan y aumentan su concentración, con el riesgo de irritación de la piel o quemadura, como también perder parte de su efectividad.
- En zonas quirúrgicas, como mucosas, piel quemada, piel traumatizada, se recomienda la preparación con solución salina a una temperatura de 30° a 35°C, aproximadamente.
- Junto con sus beneficios, las soluciones antisépticas presentan un riesgo potencial para los pacientes, la preparación de la piel debe ser hecha de forma rigurosa de tal forma que aseguren la integridad de la piel, previniendo de esta forma complicaciones.

Técnicas de preparación de la Zona operatoria en Quirófanos:

Las técnicas de preparación de la piel varían de acuerdo a las condiciones de la piel en el sitio de la incisión. Independiente de los agentes elegidos la preparación se debe realizar de acuerdo a los principios de técnicas asépticas, uso de elementos estériles, como guantes, pinzas, gasas y apósitos.

- a. La preparación de la piel, debe iniciarse en el sitio de la incisión (área más limpia) hacia la periferia, con movimientos circulares. Las personas que realizan ésta preparación de piel, deben ser expertos y considerar el largo de la incisión y todos los requerimientos que exija el procedimiento quirúrgico. Las zonas preparadas deben ser lo suficientemente grandes como para acomodarse a una extensión de la incisión, a una incisión adicional y potencialmente a sitios de drenaje (que deben ser expuestos por contrabertura).
- b. Una excepción a la regla de comenzar la preparación en el sitio de la incisión, es cuando este sitio es considerado sucio, como por ejemplo ostomías, salidas de drenajes, ombligo, recto y vagina. Al comenzar la preparación en un área que contiene un gran número de microorganismos, podemos dispersarlos hacia otras zonas del área quirúrgica, aumentando el riesgo de infección. En estos casos se prepara el área limpia primero y las contaminadas después. Estas áreas contaminadas se pueden aislar con una compresa embebida con solución antiséptica o solución salina, si éstas son mucosas.

7.9. DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO:

La preparación de la piel del paciente debe ser documentada en la ficha o en un protocolo y debe incluir:

- Estado de la piel en el sitio de la incisión (erosiones, rash, lunares, etc.)
- Remoción de vello. Método utilizado, área, día y hora.
- Preparación efectuada, antiséptico, solvente, sueros, etc.
- Identificación de la persona que efectúa el procedimiento.
- Observaciones, que incluirá algún evento o reacción cutánea.

Estos antecedentes ayudarán a la:

- Evaluación de la calidad del procedimiento, seguimiento, frente al control de IAAS.
- Establece una fuente de información y responsabilidad al consignar los nombres de las personas que realizan los procedimientos.
- Permite también la comunicación entre los que participan a fin de desarrollar Planes de Cuidado de Enfermería Pre -operatorio.

7.10. FACTORES ESPECÍFICOS AL PROCEDIMIENTO A REALIZAR

Un buen ejemplo es la preparación para una cirugía de colon. No cabe ninguna duda que el riesgo de complicaciones será elevado en aquellos pacientes que se operan sin una preparación adecuada.

Otro aspecto importante lo constituye la evaluación del riesgo de infección de herida operatoria de acuerdo al tipo de intervención a realizar. Las operaciones se dividen en:

Riesgo de infección Profilaxis antibiótica

1. Limpia

Electiva, sobre tejidos no inflamados, sin penetración de vía aérea, digestiva o genitourinaria.

1 - 4%

No (con excepciones)

2. Limpia-contaminada

Apertura de cavidades aérea, digestiva o genitourinaria. Sin vertido importante de contenido. Apendicetomía, colecistectomía.

5 - 15%

Si (salvo excepciones)

3. Contaminada

Incisión sobre tejidos inflamados, sin pus. Apertura de tubo digestivo con vertido importante del contenido. Heridas accidentales recientes. Grave transgresión de la técnica aséptica.

16 - 25%

Si (en todos los casos)

4. Sucia

Heridas accidentales con tejido desvitalizados, cuerpos extraños, contaminación fecal, etc. Perforaciones viscerales, incisión sobre tejidos inflamados con pus.

25 - 40%

7.11. INSTRUCCIONES SOBRE LA PREPARACIÓN PRE-OPERATORIA DE LA PIEL

PREPARANDO LA PIEL ANTES DE LA CIRUGÍA:

Preparando la piel antes de una cirugía puede reducir notablemente el riesgo de infección en la incisión.

LA NOCHE ANTERIOR Y LA MAÑANA DE LA CIRUGÍA:

La piel debe ser preparada la noche antes de la cirugía (aprox. a las 7 p.m.), en su casa. La piel debe ser preparada nuevamente en su casa, la mañana de la cirugía.

- En la ducha, mójese la piel, aplique la Solución de Gluconato de Clorhexidina libremente haciendo espuma por todo el cuerpo desde el cuello hacia abajo.
- Una vez que el cuerpo entero haya sido limpiado, frote profusamente por lo menos por 2 minutos adicionales el sitio de la incisión. Limpie cada área con loción de ida y vuelta para asegurarse una limpieza adecuada.
- Enjuáguese bien.
- Una vez que se seque, póngase ropa limpia, de andar o de dormir.
- Después de haber usado la solución antiséptica, es normal que la piel se sienta por un rato pegajosa

****ALERTA****

- No use la solución si usted es alérgico al gluconato de clorhexidina o a cualquier otro de los ingredientes de la preparación. Si así fuere, dúchese de la misma forma, con jabón antibacterial.
- No deje que éste producto entre en contacto con sus ojos, sus oídos, su boca, partes genitales, o con heridas abiertas.
- No se aplique ningún tipo de jabón, loción, polvo, desodorante, perfume, humectante o maquillaje después de haberse preparado.
- El gluconato de clorhexidina es absorbido por toallitas de aseo de algodón y puede causar decoloración.

POR FAVOR RECUERDE

- No se afeite ninguna parte de su cuerpo desde el cuello hacia abajo, así como las piernas, las axilas, áreas genitales.
- Use ropa para dormir limpia y duerma en sábanas recién lavadas.
- Para ir al hospital, use ropa recién lavada.

8. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

La implementación del protocolo de preparación preoperatoria en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. Logrará actualizar conocimientos y criterios para el personal de enfermería, lo cual coadyuvara en una atención de calidad y calidez al paciente quirúrgico.

8.1. VARIABLES DE ESTUDIO

Toda variable, en este tipo de investigación debe ser medida, para lo cual el investigador debe identificar indicadores e instrumentos para este fin.

Las variables de la presente investigación son las siguientes:

8.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Implementación de un protocolo de preparación preoperatoria para los pacientes pediátricos sometidos a intervenciones quirúrgicas para el personal de enfermería del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría.

8.3. VARIABLE INDEPENDIENTE

Preparación preoperatoria de los pacientes pediátricos sometidos a intervenciones quirúrgicas.

Cumplimiento de parte del personal de enfermería.

9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLES	DEFINICION	TIPO DE MEDICION	FORMA DE OBTENCION DEL DATO
Identificar los conocimientos - habilidades y destrezas y actitudes del personal de enfermería en relación a la preparación preoperatoria de pacientes quirúrgicos en el Hospital del Niño, durante el segundo trimestre de la gestión 2016.	1.- Cuantos años trabaja en el hospital	Tiempo de permanencia del personal de enfermería en el hospital	a) Tres años b) Cinco años c) Siete años d) Diez años o más	Cuestionario
	2.- Usted tiene conocimiento sobre la preparación preoperatoria de los pacientes quirúrgicos	Es el procedimiento que se realiza a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente	SI NO	Cuestionario
	3.- Quien realiza la preparación preoperatoria	Compuesto químico utilizado externamente en la piel para eliminar flora bacteriana transitoria y/o residente según sea su efecto residual o alrededor de heridas para limitar la colonización que pudiera causar infección.	a) Lic. en enfermería b) Aux. de enfermería c) Est. de enfermería d) Los padres e) Todos f) Ninguno	Cuestionario

	<p>4.- Que solución antiséptica considera ideal para la preparación preoperatoria</p>	<p>El baño pre quirúrgico tiene como finalidad preparar la piel para remover las bacterias y, de esta manera, disminuir la probabilidad de infección de la herida quirúrgica</p>	<p>a) Sol. Jabonosa con Iodopovidona 10% b) Sol. Jabonosa con gluconato de clorhexidina 2% c) Jabón antimicrobiano triclosan 2% d) Solo a y b e) Solo b y c</p>	<p>Cuestionario</p>
	<p>5.- En que consiste el baño pre quirúrgico</p>	<p>Esta cirugía trata problemas en el cerebro y estructuras circundantes a través de una abertura, se debe realizar un procedimiento quirúrgico llamado (craneotomía) en el cráneo.</p>	<p>a) Baño general con clorhexidina al 4% o Iodo povidona jabonosa 10% b) Baño general con champú o jaboncillo c) Baño parcial con agua y jaboncillo d) Todos Ninguno</p>	<p>Cuestionario</p>
	<p>6.- En una cirugía de cráneo la preparación quirúrgica en sala se realiza.</p>	<p>Se refiere a la acción de eliminar el vello del cuerpo, sobre todo del rostro o de la cabeza.</p>	<p>a) Rasurado total b) Rasurado parcial c) Corte de cabello d) Todos e) Ninguno</p>	<p>Cuestionario</p>

	<p>7.- Un rasurado ideal de cráneo se realiza:</p>	<p>El rasurado prequirúrgico debe realizarse preferentemente en el instante previo a la práctica de la cirugía, además de que se aconseja el uso de la maquinilla eléctrica frente a las tradicionales cuchillas de afeitarse para eliminar el vello de la zona a operar</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Día antes de la cirugía b) 1 a 2 hora antes de la cirugía c) 30 minutos antes de la cirugía d) Todos e) Ninguno 	<p>Cuestionario</p>
	<p>8.- Generalmente en cirugías de restitución de tránsito intestinal en sala la preparación prequirúrgica se realiza:</p>	<p>son las maniobras que se realizan para inyectar líquidos en las bocas ostomias a través del intestino</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Enemas evacuante por boca ostomica distal b) Enemas evacuante por boca ostomica proximal c) Enemas evacuantes por ambas bocas ostomias d) Todos e) Ninguno 	<p>Cuestionario</p>

	9.- Como se debe o cual la forma correcta de la administración del enema evacuante	Es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.	<ul style="list-style-type: none"> a) Por gravedad b) a una altura del irrigador de 90 cm. c) En posición de sims izquierda d) De pie e) Ninguno f) Todos 	Cuestionario
	10.- En cirugías cardiacas la preparación pre quirúrgica se realiza	La cirugía cardiovascular es una especialidad médica de clase quirúrgica que, mediante el uso de la mano y el instrumento, pretende resolver o mejorar aquellas patologías cardíacas que no son tratables con fármacos ni con intervenciones menores como el cateterismo.	<ul style="list-style-type: none"> a) 1 baño general b) 2 baños generales c) 3 baños generales d) No es necesario 	Cuestionario
	11.- En cirugías de hernias inguinales, umbilicales y criptorquidias, la preparación pre quirúrgica se realiza	La cirugía es una especialidad cuya misión es curar las enfermedades, malformaciones, según corresponda, con las intervenciones quirúrgicas.	<ul style="list-style-type: none"> a) Baño total b) Baño parcial c) No es necesario 	Cuestionario

	<p>12.- En cirugías de traumatología en pacientes con osteomielitis y artritis séptica la preparación pre quirúrgica se realiza:</p>	<p>La Cirugía Traumatológica y Ortopédica se ocupa del estudio, desarrollo, conservación y restablecimiento de la forma y de la función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas, por medios médicos, quirúrgicos y físicos.</p>	<p>a) Baño en ducha b) Baño en tina c) Baño de esponja d) Todos e) Ninguno</p>	<p>Cuestionario</p>
	<p>13.- Considera usted que la calidad de atención de enfermería afecta por la falta de normas y protocolos de enfermería</p>	<p>La calidad de atención es el conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle.</p>	<p>SI NO</p>	<p>Cuestionario</p>
	<p>14.- Conoce los riesgos que ocasionaría la incorrecta preparación preoperatoria al paciente</p>	<p>Los riesgos son futuros eventos inciertos, los cuales pueden influir el cumplimiento de los objetivos.</p>	<p>SI NO</p>	<p>Cuestionario</p>

	<p>15.- El tiempo que debe permanecer un paciente en ayuno antes de ser sometido a una intervención quirúrgica es:</p>	<p>La operación se debe realizar en ayunas, por tanto, no se puede comer ni beber, ni siquiera agua, aproximadamente , seis horas antes de la intervención, dependiendo de la edad.</p>	<p>Edad RN a 6 meses</p> <p>Líquidos claros 2horas</p> <p>Leche y solidos 4 horas</p> <p>6 meses a 3 años</p> <p>Líquidos claros 3 horas</p> <p>Leche y solidos 6 horas</p> <p>➤ de 3 años</p> <p>Líquidos claros 3 horas</p> <p>Leche y solidos 8 horas</p>	<p>Cuestionario</p>
--	--	---	---	---------------------

10. DISEÑO METODOLOGICO:

Realizar el proceso de encuestas para responder a los objetivos de la investigación.

10.1. TIPO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación es descriptivo, transversal y analítico, porque permite investigar, analizar y evaluar el problema.

10.2. UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA

10.2.1. UNIVERSO

El universo del presente estudio consta de 15 profesionales en enfermería que trabajan en las diferentes salas y en diferentes turnos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría. Para el presente estudio se consideró el 100% del universo.

10.2.2. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

Hospital del Niño. Dr. Ovidio Aliaga Uría. Ciudad de La Paz Bolivia.

10.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL.

En plano práctico de contrastación de la hipótesis planteada con la realidad. La investigación se realiza dejando la implementación de protocolos de preparación preoperatoria para los pacientes pediátricos en los servicios quirúrgicos para la gestión 2017.

10.2.4. DELIMITACIÓN ESPACIAL

El presente trabajo se efectuó en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, dependiente del Servicio Departamental de Salud, de la Gobernación de la ciudad de La Paz ubicado en la zona de Miraflores, calle Mayor Zubieta N° 100.

11. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente trabajo se realizara a través de la coordinación y con permiso del director del HOSPITAL DEL NIÑO DR OVIDIO ALIAGA, Dr. Alfredo Mendoza y con la Jefe del Departamento de Enfermería juntamente con las supervisoras de turnos y responsables de los diferentes servicios.

En la investigación se dispone de diferentes tipos de instrumentos para medir las variables de interés y en algunos casos llegan a combinarse varias técnicas de

recolección de datos. Como el recurso para registrar datos sobre las variables de la investigación.

Se realiza mediante cuestionario basada en preguntas de selección múltiple, preguntas abiertas y cerradas.

El cuestionario para el trabajo de investigación se hizo validar con la Jefe del Departamento de Enfermería y Jefe de Enseñanza e Investigación

12. RESULTADOS

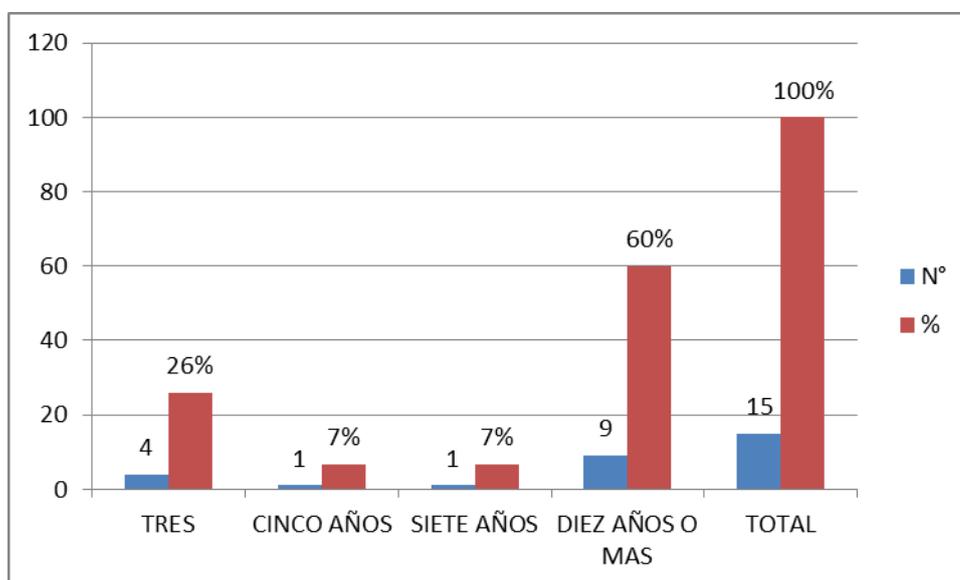
CUADRO N° 1

AÑOS DE TRABAJO EN EL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVDIO ALIAGA URÍA GESTION 2016

AÑOS DE TRABAJO	N°	%
TRES	4	26
CINCO AÑOS	1	7
SIETE AÑOS	1	7
DIEZ AÑOS O MAS	9	60
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 1



Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Podemos observar que el 60 % del personal de enfermería trabaja diez años o mas en el Hospital del Niño que corresponde a 9 personas y el 26 % del personal de enfermería tiene tres años de trabajo que equivale 4 personas, seguido por un 7 % tiene siete años de trabajo que equivale a 1 personas y por ultimo el 7 % trabaja cinco años que equivale a 1 persona.

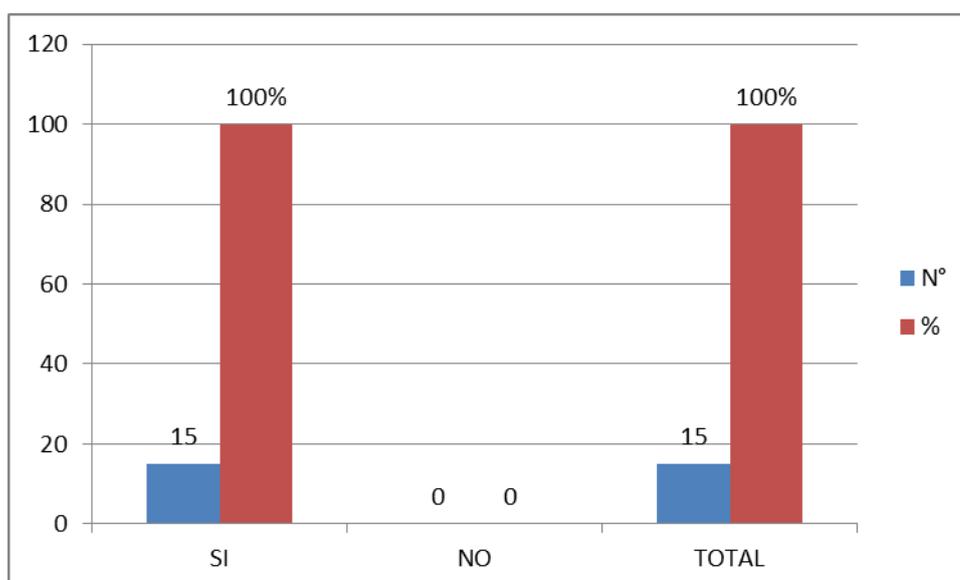
CUADRO N° 2

USTED TIENE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS GESTION 2016

TIENE CONOCIMIENTOS	N°	%
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 2



Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016

Análisis.- Nos demuestra que el 100% del personal de enfermería tiene conocimiento sobre la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico que equivale a 15 personas.

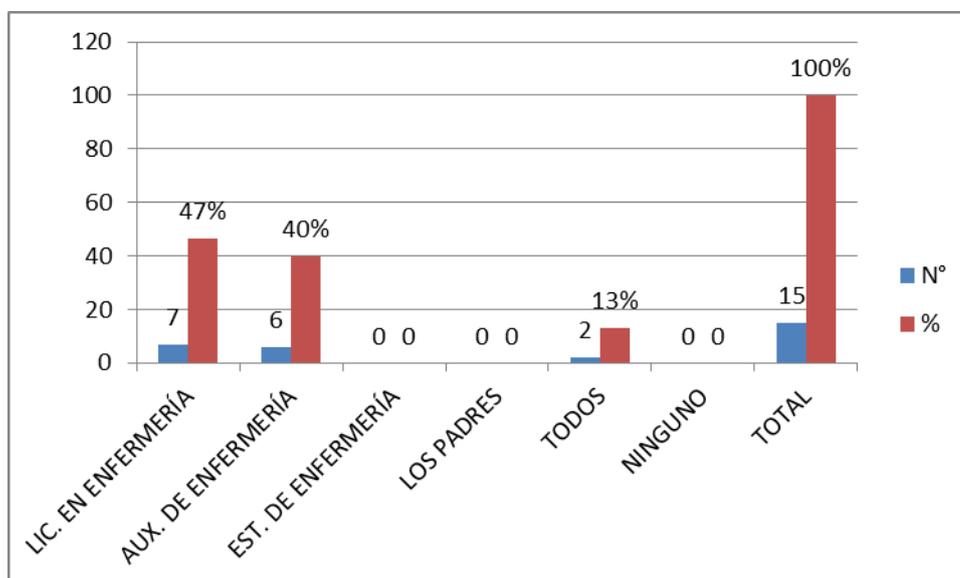
CUADRO N° 3

QUIEN REALIZA LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA GESTION 2016

QUIEN REALIZA	N°	%
LIC. EN ENFERMERÍA	7	47
AUX. DE ENFERMERÍA	6	40
EST. DE ENFERMERÍA	0	0
LOS PADRES	0	0
TODOS	2	13
NINGUNO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 3



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que la preparación preoperatoria lo realiza el personal profesional con un 47%, lo cual corresponde a 7 personas y el 40% nos indica referente al personal auxiliar de enfermería en un número de 6 personas por último el 13% nos indica que el trabajo es en equipo que corresponde a 2 personas.

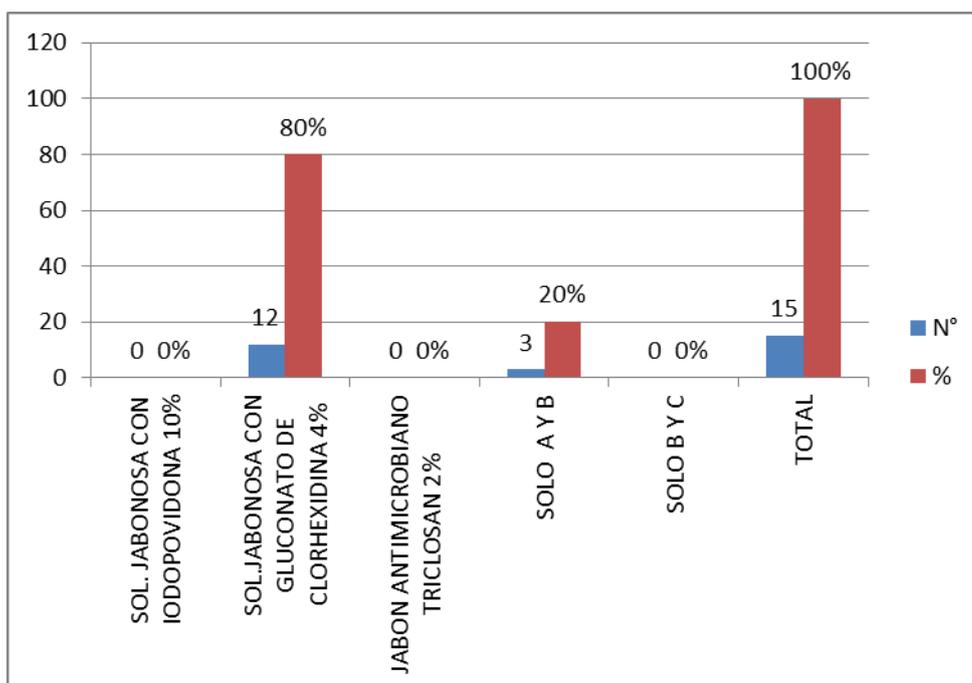
CUADRO N° 4

QUE SOLUCIÓN ANTISEPTICA CONSIDERA IDEAL PARA LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA GESTION 2016

SOLUCIÓN ANTISEPTICA IDEAL	N°	%
SOL. JABONOSA CON IODOPOVIDONA 10%	0	0
SOL. JABONOSA CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4%	12	80
JABON ANTIMICROBIANO TRICLOSAN 2%	0	0
SOLO A Y B	3	20
SOLO B Y C	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 4



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que el 80% utiliza solución Jabonosa con gluconato de clorhexidina al 4% lo cual corresponde a 12 personas; seguido por un 20% que se inclina a la sol. Jabonosa de Iodopovidona al 10% o sol. Jabonosa de gluconato de clorhexidina al 4% equivale a 3 personas.

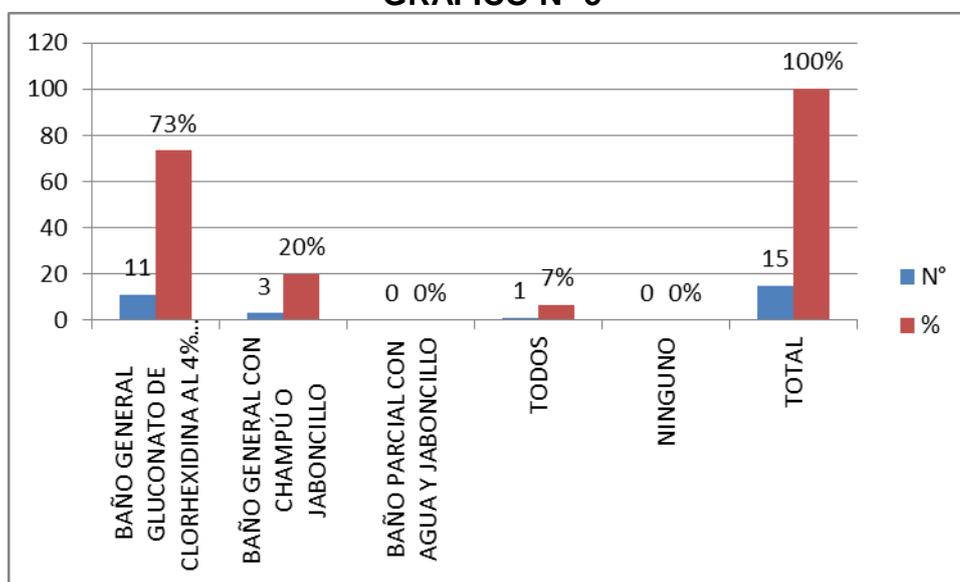
CUADRO N° 5

EN QUE CONSISTE EL BAÑO PREQUIRURGICO GESTION 2016

BAÑO PREQUIRURGICO	N°	%
BAÑO GENERAL CON CLORHEXIDINA AL 4 % O IODOPOVIDONA JABONOSA 10%	11	73
BAÑO GENERAL CON CHAMPÚ O JABONCILLO	3	20
BAÑO PARCIAL CON AGUA Y JABONCILLO	0	0
TODOS	1	7
NINGUNO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016

GRAFICO N° 5



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que el baño general debe realizarse con gluconato de clorhexidina al 4% y Iodopovidona jabonosa 10% en un porcentaje de 73% que equivale a 11 personas encuestadas; el 20% indica que el baño general debe realizarse con champú y jaboncillo que equivale a 3 personas y el 7% de personas encuestadas manifiestan que el baño general puede realizarse con clorhexidina al 4%, Iodopovidona jabonosa 10%, champú y jaboncillo que equivale a 1 persona.

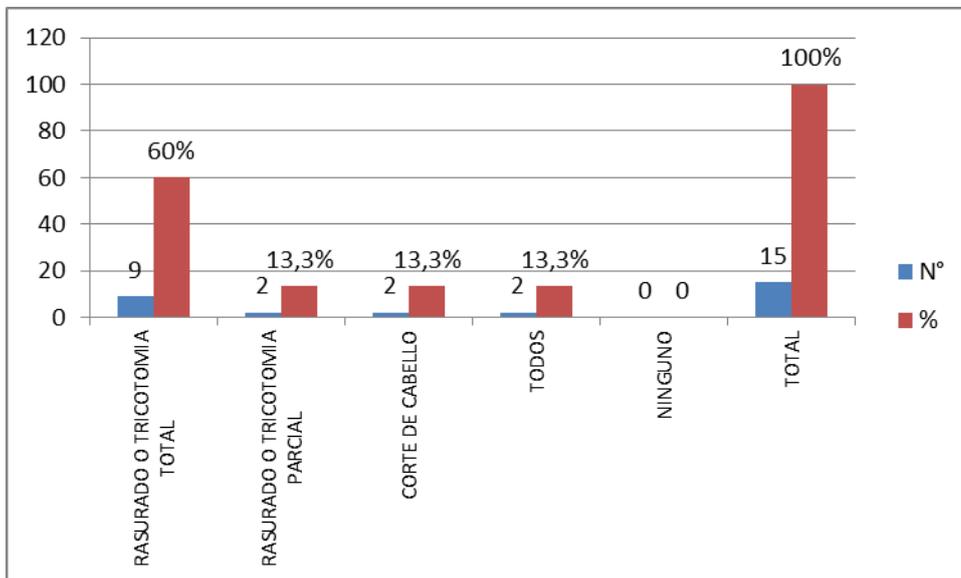
CUADRO N° 6

EN UNA CIRUGIA DE CRANEO LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA EN LA SALA SE REALIZA GESTION 2016

PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE CIRUGIA DE CRANEO	N°	%
RASURADO O TRICOTOMIA TOTAL	9	60
RASURADO O TRICOTOMIA PARCIAL	2	13,3
CORTE DE CABELLO	2	13,3
TODOS	2	13,3
NINGUNO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 6



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.-Nos demuestra que la preparación preoperatoria en una cirugía de cráneo el 60% indica que debe realizarse un rasurado o tricotomía total que equivale a 9 personas; el 13,3% indican que debe realizarse un rasurado o tricotomía parcial lo cual corresponde a 2 personas; el 13,3% manifiesta debe realizarse el corte de cabello que son 2 personas y por último el 13,3% se inclina que cualquiera de las preparaciones preoperatorias mencionadas es factible que equivale a 2 personas.

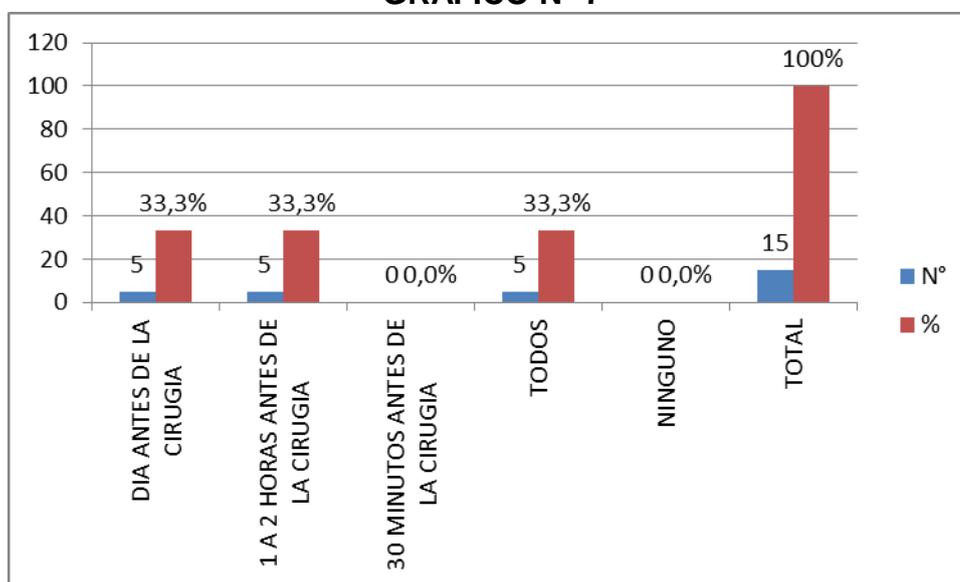
CUADRO N° 7

UN RASURADO IDEAL DE CRANEO SE REALIZA GESTION 2016

RASURADO IDEAL DE CRANEO	N°	%
DIA ANTES DE LA CIRUGIA	5	33,3
1 A 2 HORAS ANTES DE LA CIRUGIA	5	33,3
30 MINUTOS ANTES DE LA CIRUGIA	0	0
TODOS	5	33,3
NINGUNO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 7



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que el 33,3% manifiesta que el rasurado del cráneo se realiza día antes de la cirugía que equivale a 5 personas; el 33,3% indica que el rasurado se realiza 1 a 2 horas antes de la cirugía, equivale a 5 personas y el 33,3% manifiesta que puede rasurarse día antes de la cirugía, 1 a 2 horas antes de la cirugía o 30 minutos antes de la cirugía equivalente a 5 personas.

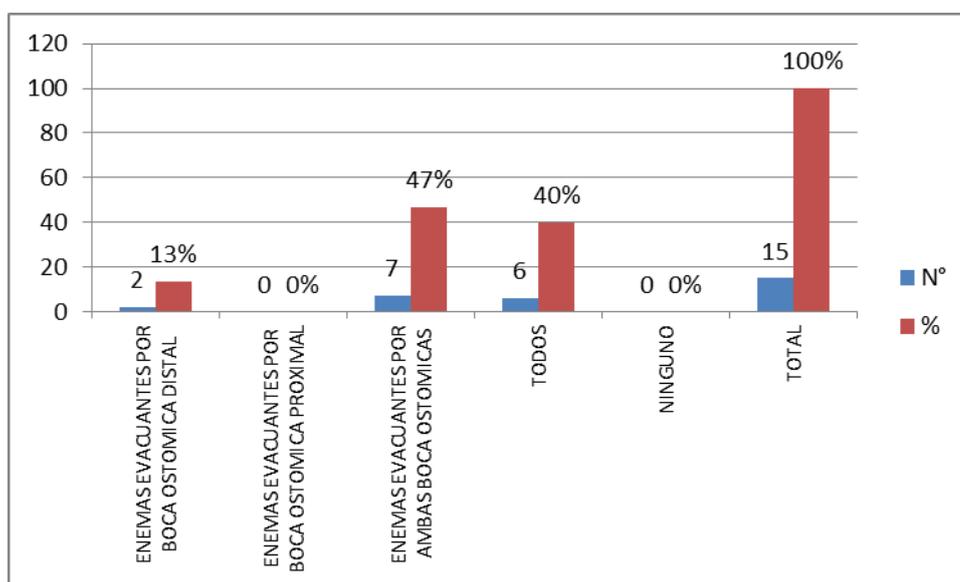
CUADRO N° 8

GENERALMENTE EN CIRUGIAS DE RESTITUCIÓN DE TRANSITO INTESTINAL EN SALA LA PREPARACIÓN PREQUIRURGICA SE REALIZA GESTION 2016

PREPARACIÓN DE PREQUIRURGICA EN RESTTUCIÓN DE TRANSITO INTESTINAL	N°	%
ENEMAS EVACUANTES POR BOCA OSTOMICA DISTAL	2	13
ENEMAS EVACUANTES POR BOCA OSTOMICA PROXIMAL	0	0
ENEMAS EVACUANTES POR AMBAS BOCA OSTOMICAS	7	47
TODOS	6	40
NINGUNO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 8



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que la preparación preoperatoria en cirugías de restitución de tránsito intestinal el 47% indican los enemas evacuantes deben administrarse por ambas bocas ostomias que equivale a 7 personas; el 40% refieren que deben administrarse por todas las bocas ostomias corresponde a 6 personas y el 13% manifiesta que debe administrarse los enemas evacuantes por la boca ostomica distal corresponde a 2 personas.

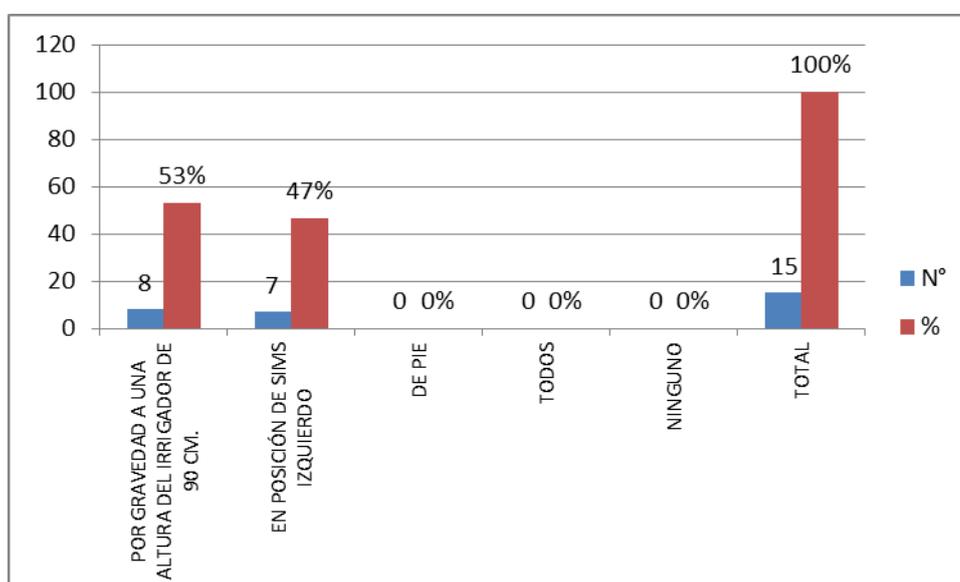
CUADRO N° 9

COMO SE DEBE O CUAL LA FORMA CORRECTA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ENEMA EVACUANTE GESTION 2016

FORMA CORRECTA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ENEMA EVACUANTE	N°	%
POR GRAVEDAD A UNA ALTURA DEL IRRIGADOR DE 90 CM.	8	53
EN POSICIÓN DE SIMS IZQUIERDO	7	47
DE PIE	0	0
TODOS	0	0
NINGUNO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia Marisol Quispe Troche, Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 9



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que el 53% indica que la forma correcta para la administración del enema evacuante es por gravedad a una altura del irrigador a 50 cm., que equivale a 8 personas y el 47% manifiesta que la forma correcta para la administración del enema evacuante es en posición de sims izquierdo que equivale a 7 personas.

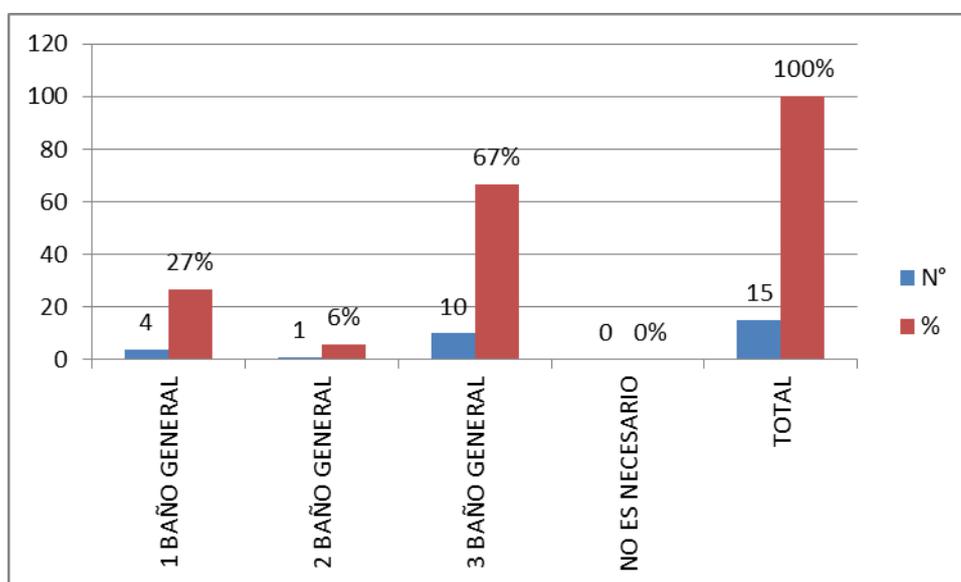
CUADRO N° 10

EN CIRUGIAS CARDIACAS LA PREPARACIÓN PREQUIRURGICA SE REALIZA GESTION 2016

PREPARACIÓN PREQUIRURGICA EN CIRUGIAS CARDIACAS	N°	%
1 BAÑO GENERAL	4	27
2 BAÑO GENERAL	1	6
3 BAÑO GENERAL	10	67
NO ES NECESARIO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 10



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que la preparación prequirúrgica en cirugías cardíacas en cuanto a los baños prequirúrgicos el 67% indica que debe realizarse 3 baños generales que equivale a 10 personas; el 27% manifiesta que debe realizarse 1 baño general que corresponde a 4 personas y el 6% refiere que debe realizarse 2 baños generales que equivale 1 persona.

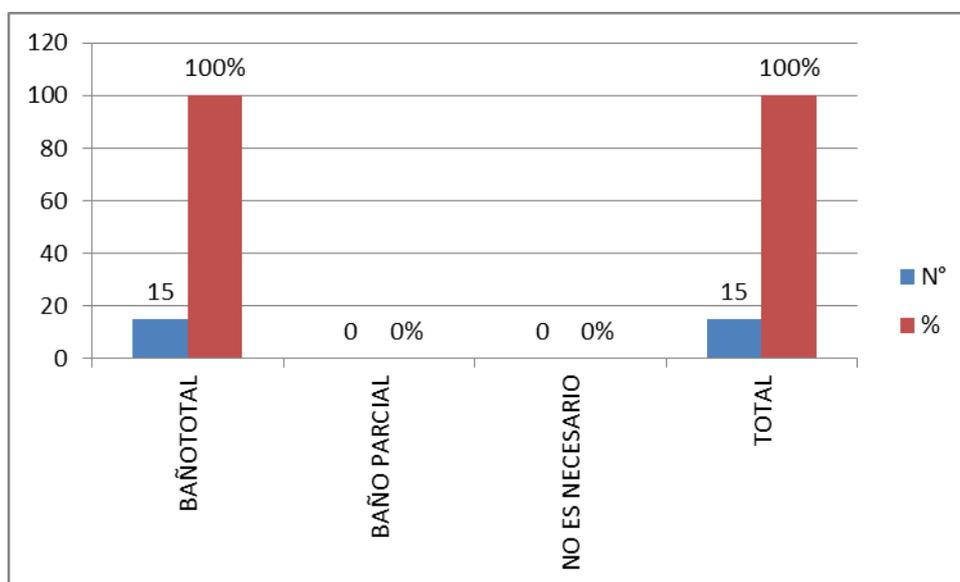
CUADRO N° 11

EN CIRUGIAS DE HERNIAS INGUINALES, UMBILICALES Y CRIPTORQUIDEAS, LA PREPARACIÓN PREQUIRURGICA SE REALIZA GESTION 2016

PREPARACIÓN PREQUIRURGICA EN HERNIAS INGUINALES, UMBILICALES Y CRIPTORQUIDEAS	N°	%
BAÑOTOTAL	15	100
BAÑO PARCIAL	0	0
NO ES NECESARIO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 11



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que el 100% de las personas encuestadas manifiesta que la preparación prequirurgica en cirugías de hernias inguinales, umbilicales y criptorquideas debe realizarse un baño total que equivale a 15 personas.

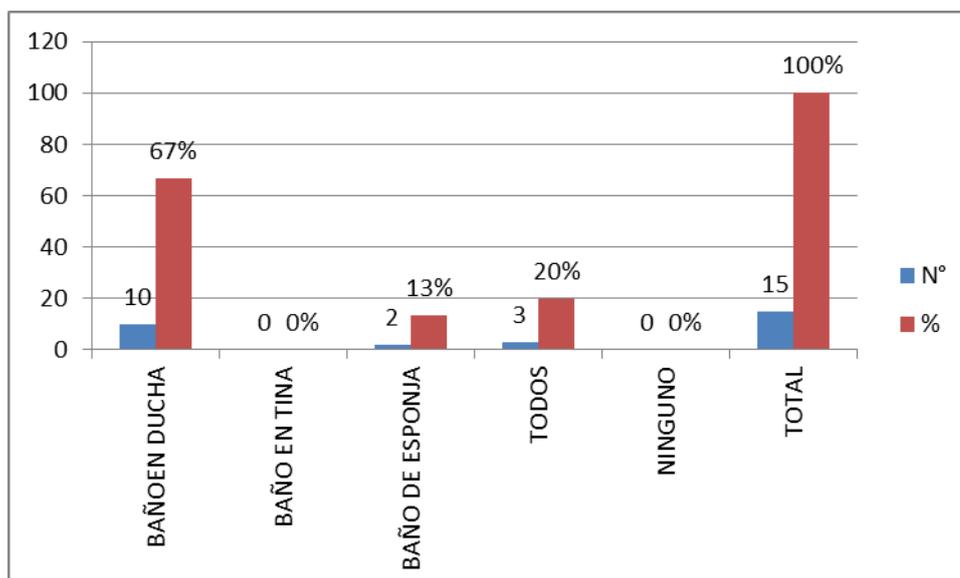
CUADRO N° 12

EN CIRUGIAS DE TRAUMATOLOGIA EN PACIENTES CON OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA LA PREPARACIÓN PREQUIRURGICA SE REALIZA 2016

PREPARACIÓN PREQUIRURGICA EN CIRUGIAS DE TRAUMATOLOGIA EN OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SEPTICA	N°	%
BAÑO EN DUCHA	10	67
BAÑO EN TINA	0	0
BAÑO DE ESPONJA	2	13
TODOS	3	20
NINGUNO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 12



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que un 67% indica que la preparación prequirurgica en cirugías traumatológicas en pacientes con osteomielitis y artritis séptica se debe realizar baño en ducha que equivale a 10 personas; el 20% manifiesta que puede ser baño en ducha, baño en tina y baño de esponja que equivale a 3 personas y el 13% refiere que debe realizarse el baño de esponja que equivale a 2 personas.

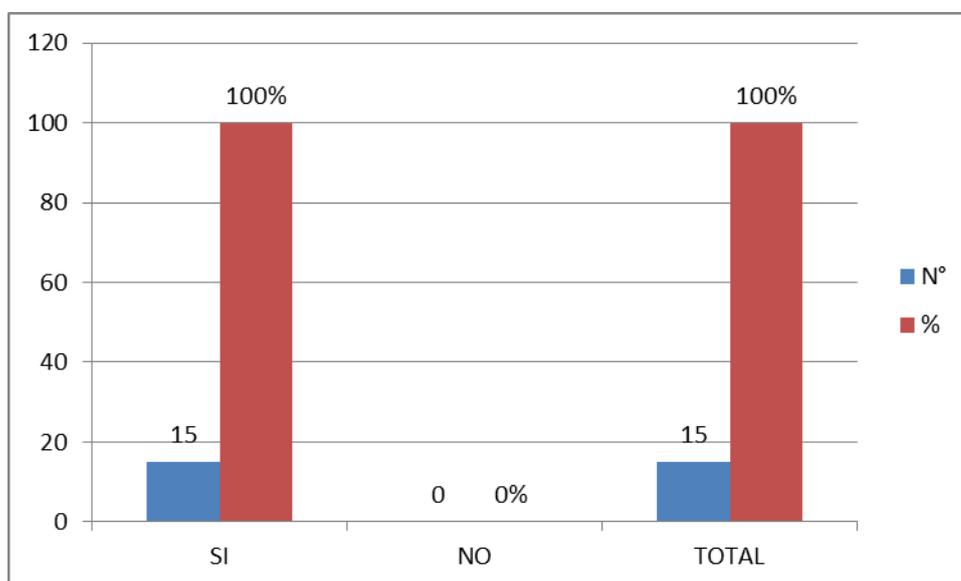
CUADRO N° 13

CONSIDERA USTED QUE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AFECTA POR LA FALTA DE NORMAS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERIA 2016

AFECTA LA FALTA DE NORMAS Y PROTOCOLOS	N°	%
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 13



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que el 100% de las personas encuestadas indica que si afecta la calidad de atención de enfermería por la falta de normas y protocolos de enfermería que equivale a 15 personas.

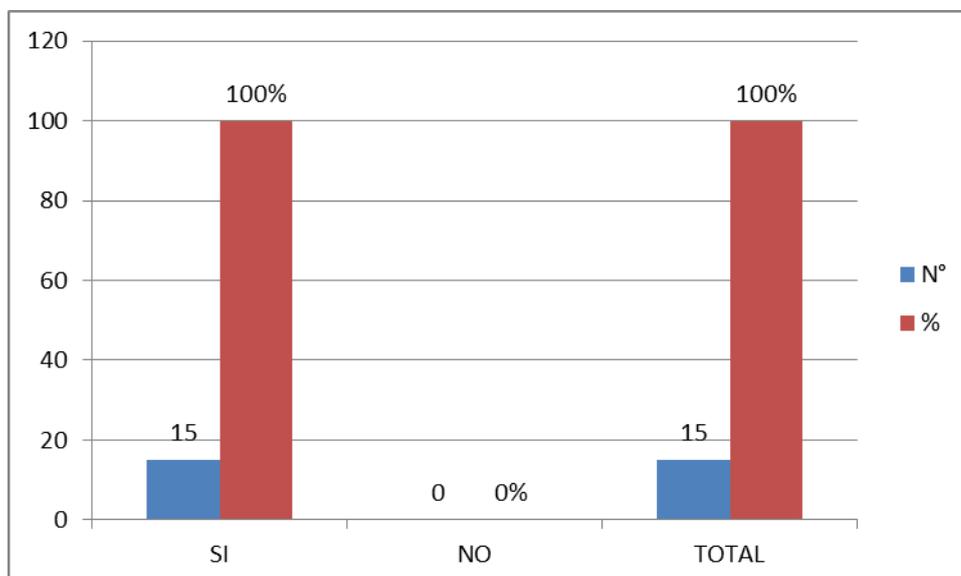
CUADRO N° 14

CONOCE LOS RIESGOS QUE OCASIONARIA LA INCORRECTA PREPARACIÓN PREOPERATORIA AL PACIENTE 2016

RIESGOS QUE OCASIONARIA LA INCORRECTA PREPARACIÓN	N°	%
SI	15	100
NO	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 14



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Nos demuestra que el 100% de las personas encuestadas si conoce los riesgos que ocasionaría la incorrecta preparación preoperatoria al paciente quirúrgico que corresponde a 15 personas.

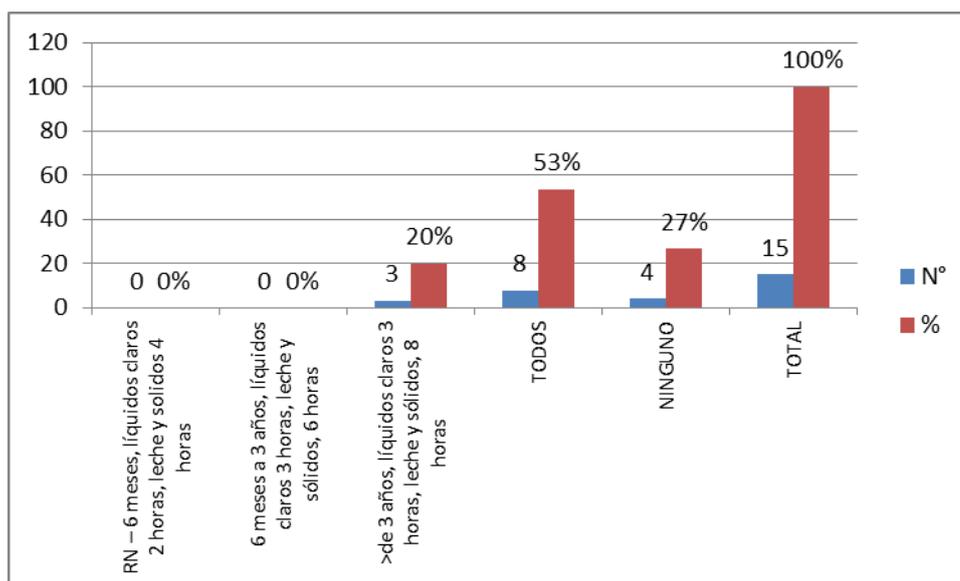
CUADRO N° 15

EL TIEMPO QUE DEBE PERMANECER UN PACIENTE EN AYUNO ANTES DE SER SOMETIDO A UNA INTERVENCIÓN QUIRURGICA 2016

AYUNO	N°	%
RN – 6 meses, líquidos claros 2 horas, leche y sólidos 4 horas	0	0
6 meses a 3 años, líquidos claros 3 horas, leche y sólidos, 6 horas	0	0
>de 3 años, líquidos claros 3 horas, leche y sólidos, 8 horas	3	20
TODOS	8	53
NINGUNO	4	27
TOTAL	15	100

Fuente: Elaboración propia M. Q. T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

GRAFICO N° 15



Fuente: Elaboración propia M.Q.T., Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría, gestión 2016.

Análisis.- Observamos el 53% manifiesta que las horas de ayuno son de acuerdo a la edad que corresponde a 8 personas; el 27% desconoce las horas de ayuno que equivale a 4 personas y el 20% manifiesta que las horas de ayuno para los >de 3 años los líquidos claros son de 3 horas, leche y sólidos 8 horas esto indican 3 personas encuestadas.

13. DISCUSIÓN Y SINTESIS

Esta investigación tiene como propósito identificar los factores que influyen en el incumplimiento de la preparación preoperatoria, donde se identificó que el personal profesional de enfermería de los diferentes servicios incumplen con la preparación preoperatoria debido a la sobrecarga de trabajo, incumplimiento de la norma, falta de personal en muchos casos.

1. Los años de trabajo en una institución Hospitalaria específicamente en las salas el personal de enfermería realiza trabajos de investigación para mejorar su servicio. Pero en este caso no sucede las perspectivas en innovar el puesto donde trabaja así lo demuestra la encuesta en un 60% equivale a 9 personas, manifiestan que su permanencia en el hospital es de 10 años o más, el 26% que equivale a 4 personas trabajan 3 años, el 7% que equivale a 1 persona trabaja 5 años y el otro 7% representa a 1 persona que manifiesta que su permanencia en el hospital es de tres años. Las personas que tienen más permanencia en el hospital no cuentan con ningún tipo de incentivos para mejorar la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos.
2. El 100% del personal de Enfermería que representa a 15 personas manifiestan que tiene conocimiento sobre la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico, pero se observa al admitir los pacientes quirúrgicos en quirófanos con déficit de preparación prequirúrgica.
3. Dentro de las actividades del personal profesional de enfermería una de las actividades es prestar la atención garantizada al paciente quirúrgico, la encuesta demuestra que el 47 % que representa a 7 personas, seguido consecuentemente con el personal auxiliar en enfermería con un 40% son 6 personas y un 13% nos indica que el trabajo es en equipo al contrario la atención al paciente debería ser en equipo para demostrar un procedimiento eficaz que coadyuve al paciente quirúrgico.
4. Las soluciones antisépticas jabonosas ideales en la preparación preoperatoria es con solución de gluconato de clorhexidina jabonosa al 4% analizando las encuestas coinciden con las normas del uso en un 80

% que equivale a 12 personas, seguido como opcional la solución iodopovidona jabonosa al 10% en un 20% equivalente a 3 personas.

5. El baño prequirurgico consiste en el baño general del paciente con gluconato de clorhexidina jabonosa al 4% o Iodopovidona jabonosa al 10% la encuesta aplicada al personal de enfermería se inclina en un 73% a la solución mencionada seguido por un 20 % que indican que el baño general debe ser con champú y jaboncillo finalmente el 7% manifiesta que puede realizarse con gluconato de clorhexidina jabonosa al 4%, Iodopovidona jabonosa 10%, champú y jaboncillo.

Todas las personas conocen la efectividad de los antisépticos pero no utilizan el antiséptico ideal.

6. Según las bibliografías consultadas la preparación preoperatoria en una cirugía de cráneo la tricotomía o rasurado debe ser solo de la región operatoria una a dos horas antes a la intervención quirúrgica, pero se observa que los pacientes quirúrgicos son rasurados en su totalidad y con micro laceraciones la cual pone en riesgo de infección del sitio quirúrgico, las personas encuestadas manifiestan en un 60% que equivale a 9 personas la tricotomía debe ser total, seguido por un 13,3% que representa a 2 personas si conocen la correcta preparación, por último el 13,3% se inclina a cualquiera de las preparaciones.
7. El rasurado y la tricotomía prequirúrgico debe realizarse preferentemente 1 a 2 horas previas a la cirugía, además de que se aconseja el uso de la maquinilla eléctrica frente a las tradicionales cuchillas de afeitar para eliminar el vello de la zona a operar en las cirugías de cráneo, un 33,3% manifiestan que debe realizarse día antes de la cirugía que equivale a 5 personas lo cual pone en riesgo al paciente por las micro escoriaciones producidas como puerta de ingreso de microorganismos que pueden ocasionar infección del sitio quirúrgico y un 33,3% se inclinan que el rasurado y la tricotomía debe ser 1 a 2 horas antes de la cirugía la cual sería la correcta que son 5 personas, por último el 33,3% manifiesta que debe ser 30 minutos antes corresponde a 5 personas.

8. El procedimiento de la preparación preoperatoria en las cirugías de restitución de tránsito intestinal es muy importante para realizar la intervención quirúrgica, el 87% manifiestan que la administración de los enemas evacuantes son por ambas bocas ostómicas equivalente a 13 personas y el 13% indica que debe ser administrada por la boca ostómica distal equivalente a 2 personas.
9. La forma correcta para realizar el procedimiento de la administración del enema evacuante es muy importante tomar en cuenta ciertos parámetros, el 53% manifiesta se debe administrar por gravedad a una altura del irrigador a 50 cm que equivale a 8 personas y el 47% de las personas encuestadas que debe administrarse en posición de Sims izquierdo la cual corresponde a 7 personas. Y estos parámetros son correctos.
10. El baño prequirúrgico para las cirugías cardíacas en los pacientes tiene como finalidad preparar la piel para remover las bacterias y, de esta manera, disminuir la probabilidad de infección de la herida quirúrgica, el 67% de las personas encuestadas manifiestan que deben realizarse 3 baños corresponde a 10 personas, el 27% refiere que es suficiente 1 solo baño que equivale a 4 personas y por último el 6% indica que debe realizarse 2 baños que sería 1 persona, la mayoría de las personas encuestadas están en lo correcto que lo ideal son 3 baños prequirúrgicos.
11. En las cirugías como las hernias inguinales, umbilicales y criptorquidias los baños prequirúrgicos también son muy importantes como en cualquier cirugía para disminuir la colonización cutánea, las personas encuestadas el 100% manifiesta que solo es necesario un solo baño que equivale a 15 personas.
12. Se ha demostrado que una ducha preoperatoria con antisépticos conteniendo clorhexidina o Iodopovidona suprime la colonización cutánea durante varias horas y la actividad supresora aumenta con otra ducha inmediata o duchas repetidas en varios días. En las cirugías traumatológicas en pacientes con osteomielitis y artritis séptica el 67% equivalente a 10 personas encuestadas manifiesta el baño que se debe realizar es en ducha, el 20% que son 3 personas indican que el baño

puede ser en ducha, tina o baño de esponja y por último el 13% se inclina que el baño debe ser de esponja que equivale a 2 personas.

13. La calidad de atención del personal de enfermería es muy beneficiosos para los pacientes el 100% de las personas encuestadas que son 15 personas están muy de acuerdo que por la falta de normas y protocolos de enfermería puede afectar la calidad de atención.
14. El personal que realiza la preparación preoperatoria del paciente prequirurgico debe ser muy consciente para la realizar el procedimiento ya que una preparación inadecuada perjudicaría de gran manera al paciente en las encuestas realizadas el 100% que son 15 personas si tienen conocimiento que la incorrecta preparación sería un riesgo para el paciente.
15. Una de las indicaciones que debe cumplir el paciente son las horas de ayuno para que se lleve la cirugía, el 53% es decir 8 personas manifiestas que las horas de ayuna es de acuerdo a la edad del paciente y el 27% desconoce las horas de ayuno que equivale a 4 personas, y por último el 20% tiene conocimiento sobre las horas de ayuno adecuadas para la edad de los pacientes que corresponde a 3 personas.

14. CONCLUSIONES

1. Los conocimientos que mostraron el personal de enfermería, son aceptable para ciertas actividades y en otras demuestra poca actualización acerca de temas como el rasurado o tricotomía del vello en el sitio quirúrgico, uso de soluciones jabonosas con antisépticos, tiempo adecuado que debe durar el ayuno y aplicación de enemas. El déficit de conocimientos en cuanto a cuidados preoperatorios puede poner en riesgo de accidentes o infecciones, además de aumentar las complicaciones en cualquiera de los casos a los pacientes que se atienden en el servicio.
2. Normar los protocolos de procedimientos de la preparación preoperatoria en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría para el personal de enfermería son lineamientos de consulta a seguir para mejorar la calidad de atención de los pacientes quirúrgicos.
3. Se logra unificar todos los criterios del personal de enfermería en las funciones de la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico mediante la socialización.
4. Los protocolos de procedimientos sirve a todo el personal nuevo que ingresa al Hospital del Niño.
5. Se aporta con las actividades de enfermería para una buena preparación preoperatoria.
6. Con los pasos enmarcados en la teoría se realiza un trabajo eficiente.
7. La clasificación de acuerdo a las especialidades es muy importante para coadyuvar con la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico en las salas de internación.
8. El factor más importante para prevenir la infección del sitio quirúrgico es la actitud que asuma cada individuo a merced de un proceso educativo frente al riesgo de infección.
9. Las horas de ayuno son imprescindibles para la intervención quirúrgica. El objetivo fundamental de esta medida es el de disminuir en lo posible el

peligro de regurgitación y aspiración del contenido gástrico durante la inducción de la anestesia.

15. RECOMENDACIONES

1. El personal de enfermería que trabaja en el Hospital del Niño debe cumplir con las actividades de enfermería, en cuanto a la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.
2. La responsabilidad de la preparación preoperatoria es compartida por el equipo de salud el cirujano la licenciada en enfermería de las salas de internación y la enfermera vigilante, quienes deben acordar sobre la preparación preoperatoria.
3. Capacitación continua con contenidos actualizados acerca de la preparación intestinal, preparación de la piel.
4. No utilizar soluciones jabonosas sin antiséptico, jaboncillo, y champú ya que es totalmente ineficaz para la preparación preoperatoria.
5. El personal de enfermería deberá utilizar soluciones jabonosas con antiséptico que coadyuvan en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.
6. Los tres baños prequirúrgicos son muy importantes para el paciente quirúrgico.
7. Todo paciente quirúrgico que ingrese al hospital del niño debe estar bien preparado higiénicamente debe ser verificado antes de ser trasladado a la unidad quirúrgica, para brindar seguridad en el acto quirúrgico.
8. Si el paciente quirúrgico está mal preparado es un riesgo para adquirir infecciones del sitio quirúrgico.
9. El baño pre quirúrgico debe ser repetida tres veces por arrastre en ducha con soluciones jabonosas con antiséptico.
10. La preparación para cirugías de cráneo la tricotomía debe realizarse el sitio de la incisión una a dos horas antes de la intervención quirúrgica.
11. En cirugías de restitución de tránsito intestinal los enemas evacuantes se debe administrar por ambas bocas ostómicas.
12. Implementación de protocolos de actuación.

16. BIBLIOGRAFIA

1. A. A de Enfermeros. Infección del Sitio Quirúrgico – Sociedad Argentina de terapia Intensiva. www.sati.org.ar/files.../2008. Año de consulta: 2016. Mes de consulta: agosto. Día de consulta: 12. Disponible en: www.sati.org.ar/files/.../2008-Recomendaciones-Infeccion-del-Sitio-Quirurgico.pdf.
2. OMS Recomienda 29 formas de detener las Infecciones Quirúrgicas 2016. Año de consulta: 2016. Mes de consulta: agosto. Día de consulta: 13. Disponible en: <http://www.who.int/net/mediacentre/news/releases/2016/recomendation-surgical.../es/>
3. Sociedad Boliviana de Pediatría Estudio de las infecciones nosocomiales en el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" 2004. Mes de consulta: 2016. Mes de consulta: agosto. Día de consulta 14. Disponible en: http://www2.bago.com.bo/sbp/revista_ped/Vol42_2/html/inf_nosocomial.html
4. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile (2015) Infecciones intrahospitalarias. Recuperado de [http://Web.minsal.cl/infecciones intrahospitalarias](http://Web.minsal.cl/infecciones-intrahospitalarias).
5. Joanna Kotcher Fuller, BA, BSN, RN, RGN, MPH. Instrumentación quirúrgica, 5ª EDICIÓN, PANAMERICANA, BUENOS AIRES – BOGOTÁ – CARACAS – MADRID – MÉXICO – PORTO ALEGRE, PANAMERICANA S.A.C.F., 2012
6. M. Amparo García García, Verónica Hernández, Raúl Montero Arroyo, Raquel Ranz Gonzáles, Enfermería de Quirófano Volumen I y II, DAE (Grupo Paradigma), Difusión Avances de Enfermería (DAE, S. L.), C/ Apolonio Morales, 13 – local F. 28036 Madrid – España, DAE (Grupo Paradigma), 2012.
7. Mónica Graciela Broto, Stella Maris Delor, Instrumentación Quirúrgica – Técnicas por Especialidades Volumen I, Volumen II – 1ª Parte y 2ª

- Parte, 1ª Edición, Buenos Aires: Médica Panamericana, v, 2,992 p.: il. ;25 x 18 cm. Panamericana, 2009.
8. M. R. Fernández González, Enfermería Quirúrgica en Obstetricia Manual práctico, XV,219 p. :il. ; 17 cm. Quintanapalla, 8, 4ª planta – 28050 Madrid, Panamericana, 2014.
 9. Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES, Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería, 2ª Edición Dr. Juan Carlos Solíz Burgoa, Lic. Marlen Yucra Cama de Rivamontan, La Paz Bolivia, La Nación Bolivia, 2015.
 10. Hernández Sampiere Roberto y otros. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Cuarta Edición. Mexico, D.F., Editores S.A.2006.
 10. Teresa Pérez Días: Cuidados de Enfermería en el Preoperatorio. Web: es.slideshare.net; 2013. Año de Consulta: 2016. Mes de consulta: Agosto. Día de Consulta: 13. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/TeresaPerzDisla/cuidados-de-enfermera-en-el-preoperat>
 11. Acuña P; Ingrid del Pilar. Grado de ansiedad preoperatoria en pacientes que van a ser intervenidos en el Hospital Nacional. web: ahrq.gov; 2009. Año de consulta: 17. Mes de consulta: agosto. Día de Consulta: 13 Disponible en:
[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2569/1/Acu%C3%B1a Polo Ingrid del Pilar 2009.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2569/1/Acu%C3%B1a%20Ingrid%20del%20Pilar%202009.pdf).
 12. Salazar AM. Cirugía: Un Contexto Diferente De Cuidado. Web: enfermeria.unal.edu.co. 2011. Año de Consulta: 2017. Mes de Consulta: agosto. Día de consulta: 13. Disponible en:
http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_6.pdf
 13. Pedro Bernal Herrera, Flora López González, María del Carmen Jerez Moreno, María del Carmen Peinado. Plan de cuidados estandarizado para pacientes quirúrgicos Web: scielo.isciii.es.2009. Año de consulta 2017. Mes de Consulta: Agosto. Día de consulta 13. Disponible:

<http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v12n2/carta2.pdf>.

14. Comisión asesora en Planes de Cuidados. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya Málaga. Web: carloshaya.net. 2005. Año de consulta 2017. Mes de Consulta: Agosto. Día de consulta 13. Disponible en: <http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/Cuidados/Manualplanescuidados.pdf>

**IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS
DE PREPARACION PREOPERATORIA
DEL PACIENTE QUIRURGICO PARA
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO
ALIAGA URÍA”
GESTIÓN 2016**

17. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

En los diferentes servicios del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” no se cuenta con protocolos de procedimientos de la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.

Es el cuidado integral y de preparación al que es sometido un paciente y que es previa a una cirugía.

Abarca desde la visita inicial del paciente hasta su ingreso a la sala de operaciones, se dice que comienza en el momento en que se plantea la posibilidad de recurrir a la terapéutica quirúrgica como medio para mejorar la salud del paciente.

La adecuada realización de estos procesos permitirá elevar el nivel de calidad de atención que presta el Personal de enfermería del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”.

El personal de enfermería de los diferentes Servicios donde se internan los pacientes quirúrgicos debe realizar una atención oportuna y una adecuada preparación preoperatoria que requiera y de acuerdo a la especialidad e intervención quirúrgica.

El personal de enfermería tiene conocimiento referente a la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico pero no son puestos en práctica por falta de coordinación con el equipo de salud y por mucha demanda de pacientes.

Por tales circunstancias es evidente la falta de protocolos de la preparación preoperatoria para los pacientes quirúrgicos y la falta de motivación, comunicación e integración del personal que trabaja en este proceso.

17.1. FASE II: PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

17.1.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Estandarizar la correcta preparación preoperatoria en los pacientes del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. Mediante la elaboración de un protocolo que direcciona al accionar del personal de Enfermería a fin de evitar futuras complicaciones posteriores,

17.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Socializar el protocolo de preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.
2. Coordinar con las autoridades del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. Para su ejecución de la propuesta de protocolos de preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.
3. Poner en ejecución los protocolos de preparación preoperatoria del paciente quirúrgico por el personal de enfermería.

17.1.3. METODOLOGIA DE LA INTERVENCIÓN

Se propone realizar a través de dos criterios:

a) Criterio de diagnóstico situacional:

El diagnóstico situacional se efectúa en la gestión 2016, con problemas de realizar correctamente la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico de los diferentes servicios utilizando una Guía de Observación mediante la cual se obtuvo una justificación para la protocolización de la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico que aplica el personal de enfermería.

Por la rotación constante del personal, no tiene capacitación referente al procedimiento. Poco interés demostrado del personal que trabaja en los diferentes servicios.

Se propone elaborar documentos escritos como ser protocolos de procedimientos de preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.

PRIMERA ACTIVIDAD

Se planifico:

Se realizó una entrevista con el Director Dr. Alfredo Mendoza del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, con la Jefe del Departamento de Enfermería, en la cual se dio a conocer la implementación del protocolo de preparación preoperatoria del paciente quirúrgico a la vez se solicitó el permiso para la aplicación del cuestionario al personal de enfermería.

SEGUNDA ACTIVIDAD

Antes de aplicar las encuestas se realizó una prueba preliminar, con el propósito de validar el instrumento de aplicación. Lo cual evito tener repetición de datos.

TERCERO EVALUACIÓN

Se evalúa las actividades de enfermería en el servicio de quirófanos al recepcionar los pacientes quirúrgicos a través de una guía de observación.

ENCUESTADORES

El equipo encuestador estuvo únicamente conformado por la interventora.

b) Criterio de la propuesta

PRIMERA ACTIVIDAD

Se realizó una entrevista con el Director Dr. Alfredo Mendoza del Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, con la Jefe del Departamento de Enfermería, solicitándole autorización para realizar la implementación de la propuesta del protocolo de preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.

SEGUNDA ACTIVIDAD

Se coordina con el Jefe de Enseñanza e investigación, Jefe de Departamento de Enfermería para dejar el documento en beneficio para el personal de enfermería.

TERCERA ACTIVIDAD

Socialización del protocolo a todo el personal de Enfermería a través de una capacitación de actualización.

18. PROTOCOLO

DEFINICIÓN

En el ámbito médico, el término de protocolo se designa a muchas actividades y actuaciones diferentes. Se utilizara en una excepción muy genérica querer referir a diversos tipos de procedimientos que pueden estar normatizados facilitando las actuaciones de todo el personal de salud disminuyendo la variabilidad de resultados y los márgenes de error.

Los protocolos deben adoptarse por consenso entre todo el personal de enfermería, además deben ser fácilmente comprensibles y aplicables, deben ser revisadas periódicamente para corregir errores e introducir mejoras.

Actualmente los protocolos se vienen promoviendo desde la perspectiva de una política de salud, asumida por grandes organizaciones.

PRINCIPIOS CIENTIFICOS

Son verificados con la bibliografía y la razón de ser físico, químico de la ciencia que se innova.

OBJETIVOS

- ✓ Garantizar la calidad de atención y de los servicios ligados a la satisfacción del cliente.
- ✓ Garantizar la eficiencia y eficacia de los recursos asignados para trabajar en forma productiva y profesional.
- ✓ Reducir los costos en atención en salud.

RECOMENDACIONES

Mejorar la calidad de atención en los pacientes hospitalizados, unificando criterios del personal de salud, en el manejo de la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico.

PROTOCOLO N° 1

PREPARACION PRE-OPERATORIA

La preparación pre-operatoria comprende los siguientes aspectos:

1. Aspectos administrativos
2. Exámenes pre-operatorios
3. Preparación pre-operatoria inmediata
4. La valoración de enfermería
5. La educación pre-operatoria

Dentro de los aspectos administrativos debemos considerar los siguientes:

1. **Ingreso médico:** En este se detalla el diagnóstico, el tipo de cirugía, la preparación y los medicamentos o indicaciones pre-operatorias.
2. **Consentimiento informado:** Es un permiso escrito para realizar cualquier operación, procedimientos o diagnósticos complejos. El consentimiento informado debe contener.
 - a) La naturaleza del procedimiento que va a ejecutarse.
 - b) Las opciones disponibles.
 - c) Los riesgos asociados a cada opción.

La responsabilidad de obtener el consentimiento informado es del médico. "Solicitud de la unidad quirúrgico".

PREPARACIÓN PRE-OPERATORIA

Dieta:

A excepción de las cirugías intestinales, los pacientes deben ser sometidos a una dieta baja en residuos o líquidos, se permite una dieta corriente el día anterior.

Cuando se programa una operación por la mañana no se permite nada vía oral después de la media noche.

El ayuno debe ser de 6 – 8 horas antes de la operación. La presencia de líquidos y alimentos en el estómago aumenta la posibilidad de que el paciente aspire el contenido gástrico en caso que vomite mientras se encuentre anestesiado.

Preparación del intestino:

La prescripción de enemas durante la fase pre-operatoria se hace solo en el caso de cirugía del tracto gastrointestinal o de las áreas pélvicas. La noche anterior de la operación se aplica un enema de limpieza, procedimiento que puede repetirse si no es eficaz. Con esto se pretende:

- a) Evitar la defecación involuntaria durante la anestesia
- b) Evitar heridas del colon
- c) Tener una mejor visualización del área quirúrgica
- d) Evitar, la presencia post-operación de estreñimiento o impactación fecal

Preparación de la piel:

El objetivo es liberar la zona operatoria de todos los posibles. En muchos casos basta con la utilización de una ducha con jabón antiséptico. No debe utilizarse jabón, alcohol o soluciones a base de alcohol.

También es necesario retirar todo el vello del área quirúrgica, ya que diversos pueden albergarse en ella, el método usual consiste en cortar el vello justo antes de la cirugía. Se prefiere que la piel en el sitio operatorio y alrededor no se rasure por el miedo a lesionar la piel por el rasurado, por lo tanto se utiliza maquinas desvelladoras que se deslizan en el mismo sentido del crecimiento del vello. Los cirujanos ordenan la preparación de la piel.

EXAMENES PRE-OPERATORIOS

Según sea la cirugía que se practica, los exámenes pre-operatorios varían pero podemos destacar algunos exámenes de rutina que son:

Exámenes de sangre: Hemograma, la creatinemia, los electrolitos, las pruebas de coagulación (recuento de plaquetas, TPA) glicemia.

Exámenes de orina: Sedimento de orina creatinuria.

Exámenes radiológicos: Radiografía de tórax ante de lo posterior y lateral y otras radiografías específicas, e imaginologías específicas de acuerdo al tipo de cirugías, por ejemplos: tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, etc. En la actualidad se cuenta con imágenes radiológicas digitales que mejoran la calidad y la resolución de la imagen.

Otros exámenes específicos: Gases arteriales, espirometrías, etc.

VALORACION DE ENFERMERÍA PRE-OPERATORIA

Es necesario recabar información durante el período pre-operatorio, antecedentes del paciente que sean susceptibles de utilizar en nuestra atención tanto en el intra como post-operatorio.

Datos subjetivos:

Conocimientos y experiencias previas, comprensión de la cirugía propuesta.

Preparación para la cirugía desde el aspecto psicológico

Evolución del estado fisiológico: medicamentos que puede interferir con la anestesia, alergias.

Dificultades de audición, visión y comunicación

Evaluación nutricional

Parámetros de eliminación (problemas de estreñimiento, problemas de la micción)

Usos de elementos protésicos

Datos objetivos:

Patrones de lenguaje, por ejemplo: palabras repetitivas

Evasión de los temas relacionados con la cirugía (ansiedad)

Grado de interacción con los demás

Comportamiento

Estatura y peso

Signos vitales

Examen segmentario destacando lo más alterado

Toda esta valoración se evacua en la hoja de ingreso de enfermería, la cual para una ayuda clínica habitualmente presenta un formato preestablecido.

INGRESO DE ENFERMERÍA

En esta hoja deben consignar los siguientes datos:

Fecha: Corresponde a la fecha de ingreso a nuestro servicio hospitalario

Hora: Corresponde al horario en el cual se ingresa y se hace una valoración superficial del estado en que llega el paciente

N° de historia clínica: O cualquier otro dato que permita una mejor identificación del paciente

1. Identificación del paciente:

Nombre, edad, fecha de nacimiento, domicilio, número telefónico, familiar de contacto, motivo de ingreso, en este se señala el diagnóstico médico por el cual es hospitalizado.

2. Prótesis:

Usos de prótesis de extremidades y en aquellos pacientes con enfermedades cardiovasculares.

3. Alergias:

A medicamentos, alimentos, materiales específicos, por ejemplo: látex o cintas adhesivas, etc.

4. Drogas o medicamentos de uso habitual:

En ellos se debe describir el tipo de fármaco que toma, la cantidad o dosis y el horario.

5. Otros:

Se detallan aquí otros aspectos personales que sean de importancia para evoluciones posteriores.

6. Antecedentes quirúrgicos:

Se detallan si han sido sometidos a una cirugía anterior, señalando la causa, la fecha y complicaciones que pudo haber presentado en dicho evento.

Debe considerar también las hospitalizaciones relacionados con accidentes.

7. Anamnesis actual:

Corresponde a una descripción de los eventos que han generado su hospitalización, considerando los síntomas y signos presentados, tratamientos recibidos y resultados obtenidos.

8. Examen físico:

Estado general: Corresponde a una observación subjetiva del estado en el cual se presenta el paciente.

Comportamiento: Destacan estados de ansiedad, angustia, temores, inquietud, etc.

Conciencia: Se destaca los niveles de conciencia ya sea estos a través del Glasgow.

9. Evaluación pupilar:

Estado de la piel: Se evalúa el estado higiénico, la temperatura (tibia, fría, caliente, pálida, rosado), cianosis (central, distal, peribucal), tanto en la piel como en la mucosa. Se evalúa el grado de turgencia, lesiones, erupciones o heridas

Capilar: Puede estar conservado disminuido o ausente

Signos vitales: Consignar no solo los valores, sino las características en especial el pulso.

EXAMEN FISICO SEGMENTARIO

Es una evaluación céfalo caudal del paciente.

Cabeza: Se registran anormalidades del cráneo, lesiones, higiene de cabello, etc.

Boca: Estado de dentadura, hidratación de la mucosa

Cuello: Posible lesiones cervicales, ingurgitación yugular (cardiopatía)

Tórax: ruidos respiratorios, presencia y características, expansión torácico, presencia de disnea o dolor de inspiración

Extremidades: Evaluar la simetría, la fuerza y la movilidad

Genitales: Higiene, presencia de sonda, etc.

Otros datos que consignar: La diuresis, deposiciones, estado nutritivo, vías venosas, heridas, operaciones, etc.

Toda sonda y drenaje debe medirse y señalar sus características

EDUCACION PRE-OPERATORIA

Ejercicios de respiraciones:

Algunas personas tienen el alto riesgo de desarrollar complicaciones pulmonares post-operatorias como son las y las neumonías, es necesario que estas personas realicen ejercicio de respiración profunda durante el periodo post-operatorio inicial.

El objetivo de los ejercicios de respiraron es mostrar la forma de mejorar la ventilación pulmonar y la oxigenación después de la cirugía.

Ejercicios respiratorios:

1. Practicar en la misma posición que asumirá el enfermo en su cama después de la operación
2. Con los puños medios cerrados apoyar las manos un poco por delante de las costillas inferiores
3. Expulsar el aire con suavidad en la forma más completa posible, hacia abajo y hacia adentro y en dirección a la línea media
4. Aspirar lentamente a través de la nariz dejando que el tórax se expanda y que el abdomen se levante haciendo presión sobre a mano
5. Contener la espiración mientras se cuenta hasta cinco
6. Expulsar todo el aire
7. Repetir quince veces por dos veces en el día

Control de la tos:

En algunas patologías específicas resulta inconveniente que el paciente tosa ya que esto aumenta la presión causando daños en tejidos debilitados en las cirugías de ojos, oídos, nariz y garganta

Control de la tos:

1. Flexionar moderadamente el tronco a una posición sienta, entrelazar los dedos sobre el sitio de la incisión como una especie de apoyo mientras se tose

Estimulación de la motilidad:

El éxtasis venoso, durante el periodo pre-operatorio puede conducir a tromboflebitis (coágulos en las venas). Las personas con este riesgo son:

1. Aquellas que enfrenaran una motilidad después de la cirugía
2. Aquellas que tienen una disminución de la circulación periférica
3. Aquellas que serán sometidas a cirugía cardiovascular o pélvica

Estos pacientes deben realizar una serie de ejercicios durante la fase post-operatoria para evitar el éxtasis venoso de las piernas

ADMINISTRACION DE MEDIAMENTOS PRE-ANESTÉSICOS

Si el paciente se encuentra en el hospital la noche anterior a la cirugía pueden administrarse algunos fármacos que permiten la sedación previa del paciente asegurando que este tenga un sueño reparador y disminuya su estrés.

Si durante la noche se proporciona algún sedante o medicamento para el dolor debe hacerse a lo menos cuatro horas antes para evitar una sobre medicación.

Algunos medicamentos utilizados como pre anestésicos son los siguientes:

1. Midazolam: Reduce la ansiedad, estimula el sueño y causa amnesia. Puede causar depresión respiratoria especialmente en personas debilitadas.
2. Diazepam (Valium): Reduce la ansiedad, estimula la relajación, produce hipotensión ortotástica.
3. Demerol: Reduce la ansiedad, estimula la relajación, disminuye el dolor
4. Morfina: Reduce la ansiedad, estimula la relajación, disminuye el dolor (igual que el Demerol), ambos medicamentos deprimen la relajación, disminuyen la circulación, disminuye la motricidad gástrica, puede causar náuseas y vómitos.

Es importante considerar que el paciente antes de una cirugía debe recibir una evaluación anestésica responsabilidad de la anestesista o auxiliar de anestesia.

No obstante, es importante tener en consideración los siguientes antecedentes:

1. Problemas relacionados con la anestesia en operaciones anteriores

2. Alergias a medicamentos
3. Enfermedades crónicas (cardíacas, respiratoria, etc.)
4. Sangramiento con facilidad
5. Medicamentos que toma en forma habitual
6. Cualquier otro antecedente que dé la impresión puede causar alguna alteración con la anestesia.

PRE-OPERATORIO INMEDIATO

1. Colocar la ropa o bata de pabellón según las normas del servicio
2. Si tiene el cabello largo hacer trenza, se le quita cualquier sujetador que tenga y se cubre con un gorro desechable
3. Extraer, chicles u otros materiales
4. Retirar joyas, pinturas de uñas.
5. Hacer orina al paciente, si este tiene sonda se vacía la bolsa recolectora y se registra lo extraído
6. Los pacientes que van con medicación pre-anestésica deben llevar camas con barandas

EJERCICIOS POST-OPERATORIOS DE LAS PIERNAS

Bombeo con los tobillos:

Mueva ambos tobillos apuntando con los dedos hacia arriba, luego hacia abajo y por último en círculos.

Repita por o menos diez veces cada hora.

Practique el ejercicio acostado sobre la espalda, o sentado con los pies colgando sobre el borde de la cama.

Ejercicio para los cuádriceps:

Acuéstese sobre la espalda y mantenga rectas las piernas

Tensione los músculos del muslo de forma tal que la parte posterior de las rodillas presione sobre la cama.

Mantenga los músculos mencionados durante cinco segundos.

Exhale lentamente mientras mantiene los músculos tensionados.

Relajase y repita el ejercicio por lo menos cinco veces por hora.

Tensión de glúteos:

Acuéstese sobre la espalda.

Tensione los músculos de las nalgas, como si tratara de restringir un movimiento intestinal.

Mantenga los músculos tensionados durante cinco segundos.

Exhale lentamente mientras mantiene los músculos tensionados.

Relájese y repita el ejercicio por lo menos cinco veces por hora.

Registros:

Deben registrarse:

Ultimo control de signos vitales

Preparación de la piel realizada

Peso y estatura registrados

Medicamentos regulares recibidos. Pre medicación de anestesia de realizada o administrada

Permiso operatorio firmado

No olvidar: Resultados de exámenes, radiografías, ECG y cualquier otro examen útil en la cirugía.

Cuando la cirugía lo requiere el paciente puede llevar una vía venosa permeable, pasando por lo general un suero dextrosa.

Esta vía debe ser instalada en el antebrazo izquierdo y llevará una llave de tres vías.

Traslado al quirófano:

1. El paciente es llevado en su camilla o cama a quirófano. Eventualmente puede usarse una silla de ruedas.

2. Debe cuidarse la privacidad del paciente y con un adecuado aislamiento térmico.

3. Entregar al paciente al personal de quirófano y colaborar con el traslado a la camilla del quirófano.

PROTOCOLO N° 2

PREPARACION DEL PACIENTE QUIRURGICO

DEFINICIÓN

Periodo anterior a la operación quirúrgica en el que hay una preparación médica y una preparación de enfermería. Es el tiempo que transcurre desde el momento en que se realiza el diagnóstico de una patología de tratamiento quirúrgico, la aceptación y la autorización del paciente hasta el momento en que se inicie el acto quirúrgico.

OBJETIVOS

- Brindar información al niño y la familia en relación con el acto quirúrgico.
- Asegurar su llegada al quirófano en condiciones favorables.
- Preparar al paciente psicológicamente para su cirugía.
- Evitar en la medida que sea posible complicaciones post- operatorias.
- Ayudar al paciente a afrontar la agresión o stress de la cirugía.

MATERIAL Y EQUIPO

Expediente clínico además de la documentación general debe incluir:

- Hoja de anestesia.
- Hoja de consentimientos informados.
- Hoja de protocolo operatorio.
- Hoja de autorización firmada.
- Hoja de laboratorio actualizado.
- Adjuntar exámenes complementarios y de gabinete actualizado.
- Bascula con su tallímetro
- Tensiometro
- Fonendoscopio
- Camisolín o ropa limpia.

PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos. (según recomendaciones del Servicio de Epidemiología y Control de Infecciones)
- Preparar la unidad al confirmarse la internación.
- Recibir al paciente, a su madre o padre y/ o tutor.
- Presentarse ante el niño y su madre o padre y/o tutor.
- Orientar al niño y madre o padre y/o tutor respecto de la reglamentación interna de la unidad
- Entablar una relación de empatía, observando la estructura familiar y lograr un acercamiento entre enfermera, paciente, familia.
- Abrir la hoja de enfermería con nombres, apellidos, edad, diagnóstico, número de historia clínica y fecha.
- Realizar valoración general del paciente (cabello, uñas, axilas, ingles, espacio interdigitales, piel en su totalidad.
- Realizar el primer baño prequirúrgico al ingreso del paciente con: clorhexidina al 4%, apósito no estéril utilizando técnica de arrastre aproximadamente de 5 a 10 minutos (o según recomendaciones del Servicio de Epidemiología y Control de infecciones.
- Controlar los signos vitales (T° - FC – FR – T/A).
- Efectuar las mediciones antropométricas correspondientes (talla, peso)
- Verificar, según indicación médica, y de acuerdo con la cirugía a realizar, la preparación específica (enemas, medicaciones previas, líquidos y electrolitos, horas de ayuno).
- Realizar un segundo baño prequirúrgico al paciente la noche del día de internación. Lo recomendable es cambiar la ropa de cama nuevamente, similar al primero.
- Ayuno en general comienza a las 0 (cero) horas del día de la cirugía. Si el paciente es menor de un año se evaluará a que hora comenzará el ayuno según la hora de la cirugía, y si esta se prolonga, se colocará hidratación parenteral, previa indicación médica.
- Efectuar un tercer baño prequirúrgico, previo a su traslado a cirugía, (aproximadamente 1 hora antes), similar al primero. Luego se colocará:
 - ✓ Camisolin o ropa limpia
 - ✓ Pulsera identificatoria.
 - ✓ Gorro en caso de neorocirugía.
- Controlar los signos vitales del paciente que este en condiciones de ser llevado a quirófano.
- Verificar existencia del consentimiento informado debidamente firmados.
- Comprobar que en el traslado al quirófano consten en su historia clínica placas, estudios y hoja de enfermería completa con firma, aclaración, matrícula profesional.

- Trasladar al paciente a quirófano, bajo la supervisión del profesional en Enfermería, el camillero y los padres.

RECOMENDACIONES

- Comunicar al médico tratante si el paciente presenta signos y síntomas de resfrió, lesiones de piel, alergias, alteraciones de los signos vitales y otros.
- En todo momento brindar apoyo psicológico al paciente.
- El paciente debe estar listo 20 minutos antes de ser trasladado a la sala de operaciones.

PROTOCOLO N° 3

BAÑO PREQUIRURGICO

DEFINICION

El baño pre quirúrgico es la ducha preoperatoria con antisépticos conteniendo clorhexidina al 4% o Iodopovidona suprime la colonización cutánea durante varias horas y la actividad supresora aumenta con otra ducha inmediata o duchas repetidas en varios días.

OBJETIVOS

- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Eliminar las células muertas, secreciones, sudor y malos olores.

MATERIAL

- Agua tibia (Temperatura corporal).
- Solución jabonosa de gluconato de clorhexidina al 2 o 4 % o iodo povidona
- Apósitos limpios.
- Tijeras y cepillo de uñas o palillos de madera descartables (para retirar la suciedad que pudiera quedar debajo de las uñas) y quita esmalte.
- Toallas o sabanas limpias (Para practicar un buen secado de la piel).
- peine
- Peine de dientes finos (para casos de pediculosis).

PROCEDIMIENTO:

- El baño comenzará por las zonas limpias: cabeza, cara, cuello, tórax, brazos, ombligo, pliegues interdigitales de manos y pies y finalizará por las zonas más colonizadas: genitales externos y zona anal. El lavado de cabeza se efectuará con la misma solución (jabón antiséptico).
- Se enjabona al paciente con gluconato de clorhexidina al 2 o 4%, y se lo friega suavemente con el aposito haciendo incapie en los pliegues axilares, inguinales, cuello, ombligo y dedos y uña de los pies y manos: se debe tener cuida de no introducir clorhexidina en ojos u oído debido a que puede ocasionar daño en la mucosa ocular y resultar ototoxico.
- El baño debe incluir el examen del cuero cabelludo para detectar presencia de pediculosis y el examen corporal para determinar posibilidad de escabiosis. En cualquiera de estos casos antes de enviar a cirugía, se realiza tratamiento específico.
- Enjuagar bien la piel del paciente para que no queden restos de antiséptico que puedan irritarla. Las uñas de pies y manos se cortaran al ras (cuidando de no producir lesiones) y se cepillaran o limpiaran con palillo de madera

descartable, suavemente, si es que ha quedado suciedad atrapada bajo las mismas. Si el paciente tiene las uñas pintadas, debe retirarse la pintura con quitaesmalte. Deben también retirarse todo tipo de alhajas (anillos, pulseras, collares, etc.).

- El secado con toalla de uso individual
- Durante este periodo se sugiere no usar talco o perfumes. Ya que inactivan la acción antiséptica del jabón.
- Este procedimiento es responsabilidad de la enfermera/o encargado de la preparación pre quirúrgica del paciente. Debe aprovechar la oportunidad que le ofrece la realización del baño, para observar la piel del paciente en busca de lesiones o alteraciones de la piel hallazgos que deberán ser comunicados al médico tratante.
- Resulta de vital importancia, el registro de los baños pre quirúrgicos realizados, los tratamientos concomitantes si están indicados y las observaciones realizadas acerca del estado de la piel del paciente. Estos registros se realizan en la Hoja de Enfermería. Constituyen un documento legal, y en ellos debe constar firma y aclaración del nombre y apellido de la enfermera/o que realizo los procedimientos.

RECOMENDACIONES

- El paciente debe recibir un baño o ducha preoperatoria con soluciones jabonosas antisépticas la noche antes y otro la mañana siguiente antes de ir a cirugía.
- Se ha demostrado que una ducha preoperatoria o baño con gluconato de clorhexidina al 4 % suprime la colonización cutánea, especialmente por germen gram positivos, durante varias horas. Estudios realizados en los Estados Unidos, en pacientes que recibieron un baño prequirúrgico con gluconato de clorhexidina al 4% demostraron una reducción de nueve veces en el conteo bacteriano posterior de la piel de los pacientes, versus 1,3 para la solución jabonosa de iodopovidona y de 1,9 para los jabones conteniendo triclosan. El paciente recibiera el mayor número de baños posible, desde el momento de su ingreso a la institución y hasta la hora previa para la cirugía.

CAMBIAR LA ROPA PERSONAL DEL PACIENTE Y LA ROPA DE CAMA

- La ropa del personal se puede reemplazar por un camisolín limpio perteneciente a la institución.
- Después del baño pre quirúrgico debe reemplazarse la ropa de cama por otra limpia.

PROTOCOLO N° 4

ELIMINACION DEL VELLO QUIRURGICO

DEFINICION

Es preferible, si es posible, realizar la cirugía sin eliminar el vello a eliminarlo con cuchilla.

La maquinilla eléctrica es el mejor método de eliminación del vello para prevención de infecciones de la zona quirúrgica. Siempre que se considere necesario eliminar el vello de la zona de incisión quirúrgica.

Los porcentajes de ISQ se incrementan diez veces más cuando se rasura con hojas de afeitar o elementos cortantes similares. Las micro escoriaciones producidas en la piel al momento de rasurar con hojas cortantes favorecen su colonización con gérmenes propios de la piel del paciente o los provenientes de la flora hospitalaria. Las cremas depilatorias pueden causar irritación de la piel y producir reacciones de hipersensibilidad.

OBJETIVOS

- Estandarizar y unificar la eliminación del vello de la zona quirúrgica.
- Minimizar el riesgo de infección quirúrgica.

PROCEDIMIENTO

- Debe realizarse dos horas antes de la cirugía.
- Se utilizará jabón antiséptico, clorhexidina al 4% o Iodopovidona jabonosa con el que se enjabonara la zona a tratar.
- Se debe realizar un rasurado suave, tratando de no producir heridas en la piel (producto de maniobras bruscas). Una vez terminado este procedimiento, se realizará el último baño, cambiando la ropa de cama del paciente y también su ropa personal.
- El pelo o vello no debe quitarse en forma preoperatoria a menos que debido a su ubicación alrededor del sitio de incisión, pueda interferir con la cirugía.
- Si el rasurado es necesario, el método de elección es mediante el uso de rasuradora eléctrica. Debe evitarse el uso de hojas de afeitar o cremas depiladoras.
- Los porcentajes de ISQ se incrementan diez veces más cuando se rasura con hojas de afeitar o elementos cortantes similares. Las micro escoriaciones producidas en la piel al momento de rasurar con hojas

cortantes favorecen su colonización con gérmenes propios de la piel del paciente o los provenientes de la flora hospitalaria. Las cremas depilatorias pueden causar irritación de la piel y producir reacciones de hipersensibilidad.

- Los estudios comparativos realizados al respecto mostraron un porcentaje de 5,6 % de ISQ en pacientes en los que el pelo o vello había sido rasurado versus 0,6% en los que el pelo o vello no había sido removido o se usó maquina eléctrica.
- El rasurado debe realizarse lo más inmediatamente posible antes de la incisión quirúrgica.
- No debe realizarse la noche anterior a la cirugía, porque ha sido asociado con un aumento significativo del riesgo de ISQ. Los porcentajes de infección se compararon entre pacientes donde el rasurado fue realizado inmediatamente antes de la cirugía, 24 horas antes y más de 24 horas antes. Los porcentajes de ISQ para los pacientes con rasurado inmediato antes de la cirugía fueron menores que para los otros dos grupos de pacientes estudiados (3,1% versus 7,1y 20% respectivamente). El corte de pelo con tijera inmediatamente antes de la operación ha sido también asociado con un riesgo ,más bajo de ISQ, respecto de igual procedimiento pero realizado la noche anterior (1,8% versus 4%).
- Si fuera imprescindible usar hojas de afeitar, debe limitarse la zona de rasurado al sitio donde se realizara la incisión. En este caso particular, se enjabonara la zona a tratar con gluconato de clorhexidina al 4% y se realizara un rasurado suave, tratando de no producir heridas en la piel. El mismo debe realizarse una hora antes de la hora fijada para la cirugía.

La maquinilla eléctrica es el mejor método de eliminación del vello para prevención de infecciones de la zona quirúrgica. Siempre que se considere necesario eliminar el vello de la zona de incisión quirúrgica se realizará:

- En *intervenciones programadas* (parte quirúrgico de la mañana o de la tarde): el día anterior a la intervención o la mañana del día de la intervención quirúrgica, en la habitación del paciente y mediante maquinilla eléctrica
- En *intervenciones de urgencias*: una vez realizado el ingreso, en la habitación del paciente o en quirófano si es de riesgo vital, mediante maquinilla eléctrica.

Lavar y limpiar cuidadosamente la zona de incisión y su alrededor para quitar el grueso de contaminación, antes de llevar a cabo la preparación antiséptica de la Piel.

No hay diferencias en las infecciones de sitio quirúrgico cuando se elimina el vello quirúrgico de los pacientes un día antes de la cirugía o el día de la cirugía.

Rasurar zona quirúrgica siguiendo indicaciones en:

PROTOCOLO N° 5
ADMINISTRACIÓN DE ENEMA EVACUANTE

DEFINICIÓN

Es la introducción de líquido en el recto a través de una sonda con fines de limpieza.

OBJETIVO

- Limpiar el tránsito intestinal para intervenciones quirúrgicas, procedimientos de diagnóstico facilitando la eliminación de heces.
- Aliviar el estreñimiento o eliminar el impacto fecal.

MATERIAL Y EQUIPO

- Bandeja
- Guantes no estériles.
- Trípode
- Sonda rectal. (Sonda rectal número 14 a 16 en niños).
- Lubricante.
- Hule y sabanilla.
- Papel higiénico.
- Chata.
- Equipo de aseo perineal.
- Solución indicada por el médico.
- Equipo de irrigación completo.
- Pinza.

PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Verificar la indicación médica.
- Preparar el material, la solución indicada para el enema y llevar a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente.

- Explicar al paciente y a los padres el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
- Retirar la ropa de cama preservando la intimidad e individualidad del paciente.
- Acomodar al paciente en posición decúbito lateral izquierda (sims).
- Colocar el hule y la sabanilla debajo de los glúteos del paciente.
- Cubrir al paciente con la sábana superior dejando descubierta la región perianal.
- Colocar el irrigador en el trípode al lado derecho de la cama con la solución indicada, a una altura aproximada de 30 cm. del recto o a 45 cm. Por arriba del colchón del paciente.
- Separar los glúteos e introducir la sonda lentamente de 5 a 10 cm. y abrir la pinza.
- Calzarse los guantes.
- Conectar la sonda rectal al irrigador.
- Purgar y pinzar el sistema de irrigación.
- Lubricar la punta de la sonda y proceder a la inserción.
- Despinzar el sistema de irrigación permitiendo el ingreso de la solución lentamente.
- Concluido el ingreso de la solución pinzar y retirar la sonda lentamente.
- Orientar al paciente que debe retener la solución de 10 a 15 minutos antes de evacuar.
- Coloque al paciente en posición decúbito lateral derecho, para favorecer la retención.
- Ayudarle al paciente presionando ambas nalgas entre sí, si tiene dificultades para retener la solución.
- Facilitar al paciente al acceso al baño, si el paciente no puede movilizarse colocar la chata según protocolo.
- Limpiar y secar la zona peri-anal del paciente, en caso necesario realizar el aseo perineal según protocolo.
- Desechar la sonda de acuerdo a normas de manejo de residuos sólidos.
- Recoger el material utilizado.
- Retirarse los guantes.

- Acomodar al paciente en su cama una vez concluido el procedimiento.
- Registrar el procedimiento en hoja de enfermería con fecha, hora, firma y sello.

RECOMENDACIONES

- Purgar todo el sistema de irrigación para evitar la entrada de aire.
- Si en la administración de enema se hace más lenta, realice una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.
- Si el paciente refiere sensación de plenitud o de calambres, pinzar el sistema de irrigación durante 30 segundos o descender ligeramente el irrigador para disminuir la velocidad del flujo.
- Ante cualquier signo de reacción vagal (diaforesis, náuseas, palidez facial, dolor taquicardia, etc.) detenga el procedimiento y comunique a su médico tratante.
- Verificar la temperatura del agua del enema (37 a 40 grados C).
- No lastimar al paciente forzando la entrada de la sonda.

BIBLIOGRAFIA

Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES, Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería, 2ª Edición Dr. Juan Carlos Solíz Burgoa, Lic. Marlen Yucra Cama de Rivamontan, La Paz Bolivia, La Nación Bolivia, 2015

Teresa Pérez Días: Cuidados de Enfermería en el Preoperatorio. Web: es.slideshare.net; 2013. Año de Consulta: 2016. Mes de consulta: Agosto. Día de Consulta: 13. Disponible en:

<http://es.slideshare.net/TeresaPerzDisla/cuidados-de-enfermera-en-el-preoperat>

Salazar AM. Cirugía: Un Contexto Diferente De Cuidado. Web: enfermeria.unal.edu.co. 2011. Año de Consulta: 2017. Mes de Consulta: agosto. Día de consulta: 13. Disponible en:

http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_6.pdf

Comisión asesora en Planes de Cuidados. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya Málaga. Web: carloshaya.net. 2005. Año de consulta 2017. Mes de Consulta: Agosto. Día de consulta 13. Disponible en:

<http://www.carloshaya.net/denfermeria/media/Cuidados/Manualplanes cuidados.pdf>

ANEXO

ANEXO 1

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE QUIRURGICO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA DURANTE LA GESTIÓN 2015.

CUESTIONARIO PARA ENCUESTA

INSTRUCTIVO

Estimada colega: con el objetivo de realizar un protocolo que sirva de guía en la preparación preoperatoria, solicito muy respetuosamente colaborar con el llenado del presente cuestionario con el objeto de identificar aspectos que se presentan en la preparación preoperatoria.

1.- Cuantos años trabaja en el hospital

- a) Tres años
- b) Cinco años
- c) Siete años
- d) Diez años o más

2.- Usted tiene conocimiento sobre la preparación preoperatoria de los pacientes quirúrgicos

SI NO

3.- Quien realiza la preparación preoperatoria

- a) Lic. en enfermería
- b) Aux. de enfermería
- c) Est. de enfermería
- d) Los padres
- e) Todos
- f) Ninguno

4.- Que solución antiséptica considera ideal para la preparación preoperatoria

- a) Sol. Jabonosa con Iodopovidona al 10%
- b) Sol. Jabonosa con gluconato de clorhexidina 4%
- c) Jabón antimicrobiano triclosan 2%
- d) Solo a y b
- e) Solo b y c

5.- En que consiste el baño pre quirúrgico.

- a) Baño general con clorhexidina al 4% o Iodo Iodopovidona al 10% jabonosa
- b) Baño general con champú o jaboncillo
- c) Baño parcial con agua y jaboncillo
- d) Todos
- e) Ninguno

6.- En una cirugía de cráneo la preparación quirúrgica en sala se realiza.

- a) Rasurado o tricotomía total
- b) Rasurado o tricotomía parcial
- c) Corte de cabello
- d) Todos
- e) Ninguno

7.- Un rasurado o tricotomía ideal de cráneo se realiza:

- a) Día antes de la cirugía
- b) 1 a 2 hora antes de la cirugía
- c) 30 minutos antes de la cirugía
- d) Todos
- e) Ninguno

8.- Generalmente en cirugías de restitución de tránsito intestinal en sala la preparación pre quirúrgica se realiza:

- a) Enemas evacuante por boca ostómica distal
- b) Enemas evacuante por boca ostomica proximal
- c) Enemas evacuantes por ambas bocas ostomicas
- d) Todos
- e) Ninguno

9.- Como se debe o cual la forma correcta de la administración del enema evacuante

- a) Por gravedad a una altura del irrigador de 90 cm.
- b) En posición de Sims izquierda
- c) De pie
- d) Ninguno
- e) Todos

10.- En cirugías cardíacas la preparación pre quirúrgica se realiza

- a) 1 baño general
- b) 2 baños generales
- c) 3 baños generales
- d) No es necesario

11.- En cirugías de hernias inguinales, umbilicales y criptorquidias, la preparación pre quirúrgica se realiza

- a) Baño total
- b) Baño parcial
- c) No es necesario

12.- En cirugías de traumatología en pacientes con osteomielitis y artritis séptica la preparación pre quirúrgica se realiza:

- a) Baño en ducha
- b) Baño en tina
- c) Baño de esponja
- d) Todos
- e) Ninguno

13.- Considera usted que la calidad de atención de enfermería afecta por la falta de normas y protocolos de enfermería

SI NO

14.- Conoce los riesgos que ocasionaría la incorrecta preparación preoperatoria al paciente

SI NO

15.- El tiempo que debe permanecer un paciente en ayuno antes de ser sometido a una intervención quirúrgica es:

a)

EDAD	LÍQUIDOS CLAROS	LECHE Y SOLIDOS
RN – 6 meses	2 horas	4 horas

b)

EDAD	LÍQUIDOS CLAROS	LECHE Y SOLIDOS
6 meses a 3 años	3 horas	6 horas

c)

EDAD	LÍQUIDOS CLAROS	LECHE Y SOLIDOS
➤ de años	3 horas	8 horas

- d) Todos
- e) Ninguno

Gracias por su colaboración

ANEXO 2

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE QUIRURGICO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA DURANTE LA GESTIÓN 2016.

GUIA DE OBSERVACIÓN

INTRODUCCION

El presente cuestionario tiene el objetivo de determinar los cuidados preoperatorios de enfermería a pacientes hospitalizados en los servicios quirúrgicos del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría en el tercer trimestre de la gestión 2016, por lo que la y lo invito muy cordialmente a colaborar contestando con sinceridad el mismo, augurándole que es anónimo y confidencial.

Nº	Items	
1	Servicio donde trabaja	
2	Cuantos años trabaja en la institución	
3	Turno en el que trabaja	
4	Sexo	

Nº	Ítems	SI	NO
1	¿Realiza al paciente valoración física?		
2	¿Controla los signos vitales al paciente?		
3	¿Verifica vía periférica con calibre adecuado?		
4	¿Administra pre-medicación médico quirúrgica?		
5	¿Orienta al paciente o familiar sobre la dieta adecuada la noche anterior a la cirugía?		
6	¿Orienta al paciente o al familiar sobre la ayuna prequirúrgica?		
7	¿Pregunta al paciente o al familiar si evacuo posterior al enema?		

8	¿Rasura al paciente previo a la cirugía?		
9	¿Verifica el baño adecuado del paciente previo a la cirugía?		
10	¿ Aplica antiséptico en la zona operatoria previo a la cirugía?		
11	¿Transmite seguridad y confianza al paciente y familia?		
12	¿Enseña al paciente técnicas de relajación?		
13	¿Brinda apoyo emocional al paciente y familia?		
14	¿Se dirige al paciente de manera respetuosa?		
15	¿Es capaz de interpretar la comunicación no verbal del paciente?		
16	¿Escucha al paciente con interés?		
17	¿Le explica al paciente y familiar, en qué consiste la preparación preoperatoria?		
18	¿Le explica al paciente y familiar, en qué consiste el Procedimiento al cual será sometido?		
19	¿Le comunica al familiar sobre la evolución del paciente?		
20	¿Orienta al familiar sobre los cuidados post-operatorios que requiere el paciente?		
21	¿La preparación preoperatoria exclusivamente la realiza su persona?		
22	¿Recibió capacitación sobre la preparación preoperatoria?		
23	¿Existe protocolos de atención de enfermería sobre la preparación preoperatoria en su servicio?		
24	¿Conoce los riesgos y los perjuicios que conducen la incorrecta preparación del paciente quirúrgico?		

Gracias

ANEXO 3

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE QUIRURGICO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA DURANTE LA GESTIÓN 2016.

GUIA PREOPERATORIO

NOMBRE DEL PACIENTE.....

SEXO.....EDAD.....PESO.....TALLA.....

N° HISTORIA CLINICA.....SALA.....CAMA.....

DIAGNOSTICO.....

RESPONSABLE.....FECHA.....

PROCEDIMIENTO DIA ANTES DE LA CIRUGIA		SI	NO
Baño general y del área quirúrgica			
Historia clínica completa incluye historia clínica anterior			
Enema evacuante			
E X A M E N E S	Exámenes complementarios (Eco)		
	EKG		
	Hemograma		
	Coagulograma		
	Función renal		
Orina			
Suspender vía Oral a partir de.....			
Visita pre-anestésica			
Autorizaciones de cirugía, consentimientos informados			
Trae materiales médicos solicitados (vendajes, yesos acrílicos y otros)			
Alergias			
Antecedentes quirúrgicos			

PROCEDIMIENTO DIA DE LA CIRUGIA		SI	NO
Signos Vitales			
Paciente con Brazaletes de Identificación			
Baño General del Paciente			
Preparación Zona Preoperatoria			
Paciente	en Ayuno		
desde.....			
Exámenes Preoperatorios			
Bata, Gorro, Botas			
Visita Pre-anestésica			
Prótesis (frenillos de ortodoncia, lentes, etc.)			
Presencia de joyas			

Uñas Cortas y Limpias		
Diuresis		
Deposiciones		
Acude a Quirófano con Historia Clínica Completa		

OBSERVACIONES.....
.....

ANEXO 4

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE QUIRURGICO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA DURANTE LA GESTIÓN 2016.

PRESUPUESTO:

La propuesta de investigación no eroga ningún gasto económico a la institución en su aplicación, pues constituye una organización técnica y administrativa de los servicios.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE JULIO HASTA OCTUBRE DE LA GESTION 2016

ACTIVIDADES	JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE				
	1	2	3	4	4	1	2	2	3	4	1	1	2	3	4	1	2	3	4	
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	X	X																		
ELECCIÓN DEL TEMA	X	x																		
INICIO DE LA INVESTIGACIÓN	X	x	x	x																
REVISIÓN DE DATOS EXPLORACIÓN Y DIAGNOSTICO		x	x	x	x															
ELABORACIÓN DE MARCO TEORICO				x	x	x	X													
PRESENTACIÓN DEL 1ER BORRADOR A TUTORA							X	x												
ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO									x	x	x	x	x							

ANEXO 5

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE QUIRURGICO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA DURANTE LA GESTIÓN 2016.

MATERIAL DE ESCRITORIO

N° DE ITEM	DESCIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Hojas bond tamaño carta	400 Hojas	25	25
2	Papel resma bond	20 Unidades	1	20
3	Marcador grueso	5 Unidades	5	25
4	Cartulina resma	10 Unidades	3	30
5	Cinta de embalaje	1 unidad	20	20
6	Maskin	1 Unidad	10	10
7	Lápiz negro	2 Unidades	2	4
8	UHU Grande	1 Unidad	15	15
9	Borrador	2 Unidad	3	6
10	Resaltador	4 Unidades	5	20
11	Regla de 30 cm	1 Unidad	3	3
12	Regla de 100 cm	1 Unidad	15	15
13	Flips	3 Unidades	2	6
14	Perforadora	1 Unidad	15	15
15	Engrampadora	1 Unidad	1	15
TOTAL GASTOS			125	229

GASTOS DE IMPRESIÓN

N° DE ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Hojas para evaluación	50 unidades	0,2	17
2	Anillado del texto			
3	Fotocopias			
TOTAL GASTOS				

ANEXO 6

IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE QUIRURGICO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DEL NIÑO DR. OVIDIO ALIAGA URÍA DURANTE LA GESTIÓN 2016.

GASTOS DE TRANSPORTE

N° DE ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Pasajes a la UMSA	10	2	20
2	Pasajes para las coordinaciones del hospital	10	2	20
3	Pasaje para la coordinación con jefe médico	10	2	20
4	Pasajes a domicilio	15	2	30
Total de gastos				90 Bs.

Los recursos del trabajo de investigación son:

- Computadora
- Flash memori