



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO**

TESIS

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE GESTIÓN PARA EL CUIDADO
ENFERMERO A PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE – CHICLAYO, 2014

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER
EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORA

Br. SHEYLA ELIZABETH GONZALES ASTONITAS

ASESORA

Mg. PATRICIA DEL ROCIO CHÁVARRY YSLA

LINEA DE INVESTIGACION

GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CHICLAYO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Es mi deseo sincero brindar ésta dedicatoria a mi amada familia por todo su amor y comprensión en todo reto asumido en mi vida profesional.

Sheyla

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el ser supremo que ha dado la fortaleza para continuar con mi estudios de post grados que permitan seguir creciendo profesionalmente.

A la escuela de la Universidad Cesar Vallejo que ha enriquecido mi conocimiento y juicio crítico, en esta investigación.

A la Mg. Sc. Patricia del Rocio Chávarry Ysla por su apoyo brindado en esta nueva etapa formativa y crucial de mi carrera profesional, y por enseñarme que con esfuerzo denodado se logra el éxito personal y profesional.

A mis compañeros del trabajo que brindaron su tiempo y espacio, para participar de manera voluntaria en este estudio de investigación, para mejorar la gestión de los servicios de salud.

A los miembros del jurado por su continua y acertada orientación en la presente investigación.

La Autora

DECLARACION JURADA

Yo. Sheyla Elizabeth Gonzales Astonitas egresada del programa de Maestría en Gestión de los servicios de salud de la Escuela de Post grado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI:, con la tesis titulada: Propuesta de protocolo de gestión para el cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014

Declaro bajo juramento que:

- 1.- La tesis es de mi autoría.
 - 2.- He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
 - 3.- La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
 - 4.- Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
- De identificarse la falta del fraude (datos falsos), plago (información sin citar autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena), falsificación (presentar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, Febrero del 2017

DNI : 44155493

PRESENTACIÓN

Respetables Señores Miembros del Jurado:

En concordancia y cumplimiento de las normas que estipula el reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se pone a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulada:

Propuesta de protocolo de gestión para el cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014

Esta investigación presenta información acerca de un protocolo para cuidar al paciente operado con los últimos estándares de calidad en la gestión de la salud de la persona intervenida.

Seguro del reconocimiento del aporte de este trabajo se está presto a recoger observaciones y sugerencias que ustedes realicen, las mismas que se tomarán en cuenta en beneficio de los participantes para la mejora del servicio y de la calidad en los servicios de salud.

La Autora

ÍNDICE

v

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Presentación.....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática.....	10
1.2 Trabajos previos.....	12
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	17
1.4 Formulación del problema.....	28
1.5 Justificación del estudio.....	28
1.6 Hipótesis.....	29
1.7 Objetivos.....	29

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación.....	30
2.2 Variables, operacionalización.....	31
2.3 Población y muestra.....	33
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	33
2.5 Métodos de análisis de datos.....	33
2.6 Aspectos éticos.....	33

III. RESULTADOS.....35

IV. DISCUSIÓN.....45

V. CONCLUSIÓN.....47

VI. RECOMENDACIONES.....48

VII. PROPUESTA49

VIII. REFERENCIAS.....49

ANEXOS	52
---------------------	----

INDICE DE TABLAS

VII

	Pag.
Tabla 1: Distribución con respecto a edad de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	30
Tabla 2: Distribución con respecto al sexo de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	31
Tabla 03: Distribución con respecto al grado de instrucción de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	32
Tabla 04: Distribución con respecto al tiempo de hospitalización de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	33
Tabla 05: Distribución con respecto al cuidado integral de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	34
Tabla 06: Distribución con respecto al cuidado oportuno de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	35
Tabla 07: Distribución con respecto al cuidado seguro de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	36
Tabla 08: Distribución con respecto al cuidado continuo de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	37
Tabla 09: Distribución con respecto al cuidado de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014...	38

INDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico 1: Distribución con respecto a edad de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	30
Gráfico 2: Distribución con respecto al sexo de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014...	31
Gráfico 03: Distribución con respecto al grado de instrucción de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	32
Gráfico 04: Distribución con respecto al tiempo de hospitalización de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	33
Gráfico 05: Distribución con respecto al cuidado integral de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	34
Gráfico 06: Distribución con respecto al cuidado oportuno de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	35
Gráfico 07: Distribución con respecto al cuidado seguro de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	36
Gráfico 08: Distribución con respecto al cuidado continuo de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014.....	37
Gráfico 09: Distribución con respecto al cuidado de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014...	38

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo proponer un protocolo de gestión para mejorar el cuidado a los pacientes de cirugía del hospital Regional Lambayeque. Para esto se contó con una población de 171 pacientes atendidos en el servicio a los cuales se les aplicó un cuestionario de 27 ítems el cual tenía validez de juicio de expertos y confiabilidad de 0,97 en el alfa de Cronbach. La investigación no presentó hipótesis por ser un estudio descriptivo con propuesta. Entre los principales resultados se obtuvo que el cuidado global que recibió el paciente en este período de tiempo manifestó ser de categoría malo y a nivel de las dimensiones de cuidado oportuno, seguro, integral y continuo también coincidieron que fue de categoría malo. Se concluye que no fue adecuado el cuidado brindado a los pacientes. Ante este diagnóstico encontrado se ha planteado el protocolo de gestión que se ha diseñado teniendo en cuenta las necesidades de estos pacientes y según el contexto de la realidad problemática observada en el hospital.

Palabras clave: Protocolo de gestión, cuidado, paciente, enfermero

This research aimed to propose a management protocol to improve patient care in surgery Lambayeque Regional Hospital. For this he had a population of 171 patients attending the service to which was applied a questionnaire of 27 items which had validity of expert judgment and reliability of 0.97 in Cronbach's alpha. Research presented no hypotheses to be a descriptive study proposal. Among the main results obtained that the overall care received by the patient in this time period said to be wrong category and level dimensions timely care, insurance, comprehensive and continuous also they agreed that it was wrong category. Given this diagnosis found has been raised management protocol that is designed taking into account the needs of these patients and depending on the context of the problem actually observed in the hospital.

Keywords: Management Protocol, care, patient, nurse

INTRODUCCION

1.1. Realidad Problemática:

A nivel mundial las intervenciones quirúrgicas han significado momentos muy críticos para el personal de salud por ello es necesario plantear estrategias desde la perspectiva de la gestión para mejorar los problemas que puedan desprenderse de estos momentos que son de sumo estrés para todos.

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2013), ha alcanzado estadísticas sobre millones de personas que se incapacitan o fallecen por malas prácticas médicas o una atención negligente

Muchas investigaciones revelan que durante la prestación de un servicio de salud existe un riesgo para los usuarios de ser víctima de un evento adverso entendiéndose este, de acuerdo el Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente como “incidente que produce daño a un paciente. (p. 23)

Según datos proporcionados por la OMS (2014) en ciertos países uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su permanencia en el hospital Esto convierte a la atención en Salud en una actividad insegura en comparación con otras actividades de muy alto riesgo como las plantas nucleares o la aviación.

En el año 2012, se publicó el primer gran estudio sobre la incidencia de sucesos adversos y negligencias denominado, el Estudio Harvard Medical Practice (HMPS), que según Maderuelo, Marcos, Minué, Olivera, Saura y Torijano (2010) califican por su magnitud y la metodología empleada, como el estudio de referencia para el conocimiento del problema, donde participaron más de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de Nueva York a lo largo de 1984. Este estudio estimó una incidencia de EA de 3,7% en las 30.121 historias clínicas de pacientes.

En el año 2011 el instituto de Medicina (OIM) de Estados Unidos publicó un texto titulado “Errar es humano; proponiendo que se debe edificar un

sistema de Salud más Seguro” y afirmó que los pacientes estaban en riesgo constante cuando eran atendidos en hospitales americanos, señalando que de 44.000 a 98.000 mueren cada año por errores en la prestación del servicio, representando la octava causa de muerte en Estados Unidos y superando el número de fallecimientos por accidentes automovilísticos, cáncer de mama y sida. (p.1)

Las investigaciones hechas en los Estados Unidos, Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá, los Países Bajos y Suecia encontraron que 2,9 a 16,6% de los pacientes hospitalizados fueron víctimas de Eventos adversos, el 50% prevenibles. También se observó que la mayoría causó discapacidad leve, pero un 4,9% a un 13,6 % de estos acontecimientos llevo a la muerte del paciente. (Nunes, 2014)

En el Perú según el Estudio Iberoamericano de Eventos adversos en hospitalización (IBEAS, 2007) (citado en el Plan anual de Calidad y Seguridad del Paciente de EsSalud 2011) , estudio donde participaron 5 países del continente americano: Argentina, Colombia, Perú, México y Costa Rica; la prevalencia de eventos adversos fue de 11.6%, encontrándose por encima del promedio del resto de países participantes que fue de 10.5 %, este estudio además concluye que el 68.10% de estos eventos adversos fueron evitables Es Salud. Defensoría del Asegurado: Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. (Es Salud, 2011)

En el servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque se ha observado que no existen procedimientos establecidos para un óptimo cuidado de la persona que acude a ser atendida por parte del personal de enfermería como por ejemplo protocolos que orienten los cuidados de los pacientes que ingresan a este servicio.

Asimismo el personal afirma que solo se llevan rutinarias actividades que no les permite evaluar a través de estándares el cuidado que brindan.

También revisando las historias clínicas se ha podido evidenciar que algunos pacientes hacen complicaciones durante su estancia.

1.2. Trabajos Previos

A Nivel Internacional

Salazar (2012). En su investigación “Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa peri operatoria”, refiere que:

La enfermera en el estudio realizado ha demostrado poner en práctica sus sentimientos, porque desarrolla su sensibilidad con sus pacientes interactuando con ellos no solo en el momento de la administración de la terapia sino que a través del dialogo e incluso del buen humor logra hacer que el paciente alcance tranquilidad, calma y se sienta como si estuviera en su hogar. (p. 30)

Laguado, Yaruro, Hernández y Jurani (2015). “El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos”

Esta investigación concluye que es importante acotar que en las intervenciones quirúrgicas estéticas existe un alto riesgo que el paciente debe asumir, existen casos en los que la persona ha muerto o ha puesto en riesgo su vida y es por ello que el personal de enfermería tiene un compromiso también de educar a estos pacientes para que puedan afrontar con éxito el posoperatorio y también pueda disminuir la angustia del paciente que muchas veces actúan en contra de la recuperación pronta de la persona. (p.35)

Aguilera-Pérez, et al. (2014). “Cuidado de enfermería en paciente post operada de mastectomía: estudio de caso”

Esta investigación tuvo un abordaje cualitativo de estudio de caso y los resultados obtenidos fueron favorables porque la paciente investigada recibió el plan educativo antes de la operación y evolucionó favorablemente saliendo del hospital al tercer día proyectándose cuidados domiciliarios que puedan contribuir a minimizar los riesgos y complicaciones físicas y emocionales del proceso operatorio.

Finalmente el estudio afianza la importancia de incluir en el plan de cuidados de enfermería la educación antes de la intervención para bajar los niveles de ansiedad de estas pacientes que no solo ven amenazadas sus vidas sino que sienten mutilación, tristeza y desestima por la alteración estética de su imagen. (p. 45)

A Nivel Nacional

Verástegui (2014). En su investigación Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012, refiere que:

“Esta investigación tuvo como objetivo comprender el significado que otorgan al cuidado el personal de enfermería de un hospital de Chiclayo El referente teórico fue Jean Watson con su teoría del cuidado humano” (p, 15).

Los resultados concluyen que se pudo acceder a las representaciones y siendo el gran núcleo central el significado del cuidado otorgado por las enfermeras, formado por cuatro dimensiones: “Reconocimiento del ser cuidado como persona humana en la interrelación”, “Reconocimiento de la propia naturaleza humana de la enfermera”, “Auto-reconocimiento de capacidades de la enfermera” y “Definiendo que el cuidado de enfermería no es solo ciencia y arte, es la complementación con

el Self de la enfermera”. Estos significados confirman que en la interrelación enfermera –persona cuidada hay esencias y crecimiento mutuo, lo cual permite a las enfermeras sentirse reconfortadas, realizadas como profesionales. (p.15)

Podesta (2012). En su estudio “Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte”, refiere que:

Esta investigación se basó en plantear un modelo de gestión integral con lineamientos bajo estándares de calidad que permitan optimizar el proceso desde que se indica al paciente la cirugía hasta que se resuelva el proceso dando como resultados que el paciente sea atendido con calidad y que sea preservada su vida desde que ingresa al hospital hasta su alta. (p.25)

A Nivel Local

Urpeque, N. & López, F, (2014). Percepción del paciente del servicio de cirugía sobre su relación interpersonal con la enfermera. Hospital Agustín Arbulú Neyra, Ferreñafe.

La investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso tiene como objetivo: identificar, caracterizar y comprender la percepción del paciente sobre su relación interpersonal con la enfermera. El marco teórico fue fundamentado en Fabro (1982), para percepción desde la psicología filosófica; Cibanal (2003), para comunicación y relación de ayuda; King (1984), fundamentó con su teoría en enfermería. La metodología fue de estudio de caso según Lucke (1986). Los sujetos de investigación fueron 5 enfermeras y 10 pacientes hospitalizados del servicio de cirugía del Hospital Arbulú Neyra, la muestra se obtuvo por saturación. El análisis fue de contenido, obteniendo como resultado las siguientes categorías: Percibiendo elementos clave de una relación terapéutica durante la relación

interpersonal, experimentando buen trato durante su relación interpersonal con la enfermera y percibiendo diferencias en el trato según el carácter de la enfermera. Como consideraciones finales tenemos que los pacientes perciben buen trato basados en la confianza, la empatía y la esperanza de acuerdo a sus demandas de cuidado, elementos que permitieron sentirse en familia sobre todo por el cariño brindado por las enfermeras, aunque también ven diferencias en el trato según el carácter de ellas y frente a determinadas situaciones exigen buen trato ya que de por medio hay un pago para su atención. Se respetaron en la investigación los principios científicos fundamentados en Morse (2003) y los criterios éticos de investigación en Sgreccia (2001).

Cosavalente, Y. (2014). La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013.

La seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Partiendo de este planteamiento actualmente existe el incremento de eventos adversos, por lo cual fue importante investigar ¿Cómo es la seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de Cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013? lo cual permitió al profesional de enfermería proporcionar un cuidado más seguro y minimizar los daños. Tuvo por objetivo: describir y analizar la seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada en el servicio de cirugía - Hospital Essalud Naylamp. Es una investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso; los sujetos de estudio fueron 7 enfermeras, considerando en la triangulación de datos 4 pacientes hospitalizados. Se utilizó entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado. En el análisis de contenido emergieron las siguientes categorías: Actividades que garantizan la seguridad en el cuidado del paciente, Identificación de los eventos adversos para garantizar la seguridad en el cuidado, Notificando eventos adversos en la seguridad en el cuidado del paciente. Durante el proceso de

investigación se respetaron los Principios Bioéticos de Elio Sgreccia y los Criterios de Rigor Científico. Finalmente se concluyó la seguridad en el cuidado del paciente es desarrollado con sustento científico en la práctica, considerando la identificación y notificación de eventos adversos como primer paso para mejorar la seguridad en el cuidado.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Teoría de enfermería de los cuidados de Kristen Swanson

Kristen Swanson (1991), planteó la “Teoría de los Cuidados”, la autora sostiene que los cuidados que se brindan deben estar enmarcados en la educación y propone procesos como el conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias

La teoría afirma el derecho de que los cuidados son el quehacer principal de enfermería, pero no es necesariamente su esencia (Potter, 2001).

Teoría de los Cuidados y Gestión del Cuidado en Enfermería

En muchas ocasiones, “en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado como un quehacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte” (Medina, 199).

En Chile, autoras determinaron que aún en las escuelas de enfermería de ciertas universidades se mantiene el modelo biomédico en experiencias hospitalarias, por lo que se hace menor el rol del ejercicio autónomo de enfermería como gestor del cuidado (Sanhueza, 2005).

En virtud de su contexto histórico, la enfermería tiene su cuerpo de conocimientos relativamente nuevo y en plena construcción, el cual ha desarrollado a través de las investigaciones. Cada trabajo producido avala la construcción y consolidación de su corpus teórico (Erdmann, 2005) añadiendo nuevas modalidades de cuidar, aportando mejoras para la calidad de la atención, enseñanza e investigación con el consecuente mejoramiento de la profesión y avanzar en la construcción del conocimiento en enfermería.

La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal. La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería (León, 2006).

Muchas teoristas han fundamentado el quehacer de enfermería en el cuidado, como Dorotea Orem y su teoría de déficit de Autocuidado (Taylor, 1999), Jean Watson y su teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado Transpersonal (Patton, 1999), Madeleine Leininger y su teoría Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad (Welch, 1999) y Kristen Swanson que nos propone la Teoría de los Cuidados.

El profesional de enfermería en Chile debe organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados de enfermería, con la finalidad de brindar atención segura, oportuna, continua e intercultural de acuerdo a las políticas y normas del ministerio de salud chileno.

Debe participar en los lineamientos estratégicos relacionados con la dotación de recursos humanos, materiales, físicos y financieros del cuidado de enfermería, incluyendo la administración presupuestaria asignada y la implementación de nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el control de la gestión.

Debe promover los principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional, tanto en su rol independiente como parte de un equipo multidisciplinario, en donde se promueva la comunicación eficaz entre las diferentes dependencias institucionales. La enfermera/o debe promover un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo de su dependencia, para ello debe proponer programas de evaluación y mejoramiento continuo del cuidado de enfermería. Se espera también que exista una integración docente asistencial para así incentivar la investigación en el ámbito de la gestión del cuidado. Smith y Durán de Villalobos in Campos (Campos, 2008), postulan que “el foco central del saber y hacer de la enfermería, es el cuidado, no existe otra profesión que esté tan comprometida con el proceso de cuidar, las acciones de cuidado, y con una relación interpersonal de cuidado”.

El cuidado es su concepto nuclear, define e identifica la disciplina, da cuenta del compromiso social de la profesión y acota el área de responsabilidad. Es por ello la importancia de una formación sistemática, rigurosa y especializada en los ámbitos del saber, hacer y ser que asegure a la población un cuidado de la más alta calidad (Campos, 2008) en donde los nuevos profesionales enfermeras/os, que asuman la responsabilidad del cuidado como bien profesional que enriquezca a la disciplina, es por ello la importancia de quienes son los encargados de enseñar este proceso de cuidar.

En Chile son las Universidades, públicas y privadas quienes otorgan la preparación de los futuros profesionales de enfermería (Milos, 2009), en su actividad formadora y de investigación, incorpora contenidos éticos propios para cada profesión, de forma que el futuro profesional, además de lograr ser un experto en su materia, se encuentra en condiciones de actuar con base a criterios éticos.

La formación universitaria no se reduce a incrementar el conocimiento especializado sino que incorpora aprendizajes que permitan el desarrollo ético de la persona, tanto en su dimensión individual como social.

Las enfermeras al prestar cuidados no deben perder la vista del individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico sino que saber escuchar con atención, esto constituye la fase inicial del dialogo y permite la comunicación con la persona (Rocha, 2009), es más la enfermera/o debe ser capaz de respetar los derechos de los pacientes durante su cuidado, incluye la confidencialidad, derecho a la información, compañía, ayuda espiritual y participar del sistema de salud chileno(Miranda, 2007) . Swanson en Wojnar (Wojnar, 2007) plantea que “independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente).

Por lo tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al cliente”. Ceballos, (Davies, 2002) postula que se debe trabajar en la formación de futuras/os enfermeras/os, para que éstos comprendan la importancia de los cuidados humanizados para el paciente, esta imagen debe caracterizarse por intervenciones que demuestren calidad científica y humanización del cuidado.

Los docentes deben ser modelos de formación para sus alumnos, por lo que primeramente son ellos los que deben cultivar estas competencias (Davies, 2002) El cuidado, si bien es concebido como una actividad práctica, necesita de la actividad intelectual y de una masa crítica de investigadores e ideólogos que orienten las acciones, situación que debe fundamentarse en la investigación (Rivas,2005) .Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional

al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud (Zarate, 2005)

1.4. Formulación del problema

¿Cómo la propuesta de protocolo de gestión podría contribuir al cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014?

1.5. Justificación del estudio

La investigación fue importante porque permitió conocer cuál es el cuidado que recibe la persona que acude al servicio de cirugía en todas sus dimensiones y en base a estos hallazgos se planteó un protocolo de gestión basado en teorías y modelos de enfermería que permitan al ser aplicados optimizar la calidad del cuidado en estos pacientes.

Asimismo este estudio se justifica para que al plantear la problemática y encontrar los hallazgos se pudo dar a conocer a las autoridades del servicio la percepción deficiente que se tiene sobre el cuidado por parte de los pacientes.

Esta investigación aportó a la disciplina de la gestión de los recursos humanos porque se construyó un instrumento para evaluar el cuidado de enfermería en estos servicios y también se construyó un protocolo de gestión que será de mucha utilidad en el servicio de cirugía del hospital.

Los beneficiados con esta investigación fueron los pacientes, enfermeros y todo el servicio de cirugía para hacer de calidad el cuidado que se les brinde.

1.6. Hipótesis

Para la investigación no se ha planteado hipótesis por ser un estudio descriptivo con propuesta, los cuales el planteamiento de la misma es opcional.

1.7. Objetivos

Objetivo general:

Proponer un protocolo de gestión para el cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014.

Objetivos Específicos:

Identificar el nivel de cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014

Identificar el cuidado enfermero, en su dimensión integral, oportuna, segura y continua a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014

Diseñar el protocolo de gestión para el cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014.

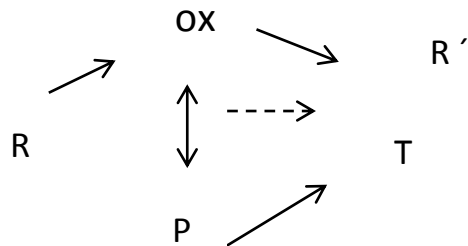
II. METODO

2.1 Tipo de investigación

El tipo de Investigación según su carácter fue descriptiva porque tiene como objetivo central la descripción de los fenómenos. Se sitúa en un primer nivel del conocimiento científico.

2.2. Diseño de investigación

La investigación tuvo un diseño descriptivo con propuesta como se observa a continuación:



R= Realidad Observada

OX= Análisis de la realidad

R'=Realidad que se observaría a posterior

P=Protocolo de Gestión

T= Teoría

2.2 Variables, operacionalización

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
<p>PROTOCOLO ENFERMERO</p>	<p>Gestión Clínica</p> <p>Gestión Administrativa</p> <p>Gestión Financiera</p> <p>Capacitación y Desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora Planes de cuidados Estandarizados para el centro quirúrgico. • Vela por la calidad en la ejecución de los procedimientos • Sistematiza los estándares de proceso de enfermería. • Valora el impacto del cuidado enfermero • Valora los estándares de resultados de satisfacción del usuario. • Realiza Auditoría de Registros Clínicos de Enfermería. • Contabiliza los recursos asignados al área. • Participa con el centro de capacitación e investigación en la actualización. • Desarrolla los roles teniendo en cuenta experiencia, necesidad de servicio y aspectos familiares • Coordina modelos de acreditación para enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación ▪ Análisis de Contenido

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	TÉCNICAS Y /O INSTRUMENTOS
CUIDADO	Cuidado Integral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Físico. ▪ Social. ▪ Espiritual. ▪ Comunicación. ▪ Respeto. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OBSERVACIÓN ▪ ANÁLISIS DE CONTENIDO ▪ ENCUESTA
	Cuidado Oportuno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información oportuna acerca de aspectos relacionados con su salud ▪ Identificación precoz de problemas y/o necesidades. ▪ Atención inmediata al llamado de auxilio. ▪ Tener presente el tiempo y el propósito. 	
	Cuidado Seguro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protección física e individualidad del paciente. ▪ Explicación sobre procedimientos y tratamientos recibidos. ▪ Cumplimiento del horario establecido para el tratamiento. ▪ Tiempo y horario de atención recibido. 	
	Cuidado Continuo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación sobre la repercusión de la enfermedad en sus actividades diarias 	

2.3 Población y muestra

La población fueron los usuarios externos que se atienden en el hospital en estudio que ascienden a 175 por mes. Se tomó la totalidad de la población para el cálculo.

La muestra fue censal es decir se decidió trabajar con la totalidad de la población llamándose a esto muestra censal.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y

Confiabilidad

Para este estudio se aplicó la técnica de la encuesta con su instrumento llamado cuestionario de 27 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0,975; indicando que el instrumento es altamente confiable

2.5 Métodos de análisis de datos

Los métodos a utilizarse en esta investigación fue el software SPSS 22, que aplico estadística inferencial y los resultados fueron presentados en tablas y figuras.

2.6 Aspectos éticos

En el proceso de la investigación se aplicó la Bioética Personalista de Grecia en sus 3 principios de guía para la acción de esta investigación

El primer principio hace referencia a la vida, respeto y dignidad del ser humano; en la investigación se ha considerará en todo momento a los trabajadores como portadores de una alta dignidad, los cuales tienen derechos que deben ser respetados, por ejemplo: guardando el anonimato de la encuesta al realizar para lo cual se aplicarán

seudónimos, la confidencialidad y respeto a su autonomía; así mismo se tuvo en cuenta a los usuarios externos.

Además la investigadora procuro buscar la verdad, profundizando en la entrevista, pero con el consentimiento autónomo y consciente, de cada uno de ellos.

El segundo principio es el de la liberación y compromiso, el cual se aplicará en los usuarios, cuando acepten participar en la investigación, para ello se contará con la firma de ellos en el consentimiento informado. Así mismo la investigadora desarrollo la investigación tal como se había planteado, contando con el lugar, fecha y hora planificada. Además no se revelo su identidad en ninguna publicación, fotos, exposiciones habladas o escritas, siempre respetando su individualidad e imagen de los participantes, tal como se detalló en la hoja de consentimiento.

Finalmente tenemos el principio de socialización por lo que el informe será publicado en congresos internacionales, eventos de investigación de pre-postgrado con el fin de brindar información a toda la sociedad.

A través de este principio la investigadora se comprometió a publicar los resultados obtenidos para que sirvan de reflexión y debate para la academia científica.

2.7. Criterios de rigor científico

Durante toda la investigación se seguirá algunos criterios de rigor científico, debido a que todas las investigaciones cuantitativas deben garantizar su calidad a través del rigor metodológico utilizado.

En este sentido se planteó el uso de credibilidad, auditabilidad y la transferibilidad.

Credibilidad: “Se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en

este estudio, recolecta información que produce hallazgos sobre las variables de estudio que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado”

Auditabilidad o confirmabilidad: “Se refiere como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.”

Transferibilidad o aplicabilidad: “Es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación que se está realizando. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.

Este principio se aplicó gracias a que, los resultados de la presente investigación proporcionarán información importante para ser tomada como punto referencia en investigaciones posteriores que posean una temática parecida.

Objetividad: Para asegurar la objetividad del estudio se verificará la validez y confiabilidad del instrumento que se utilizará. Para ello se procedió a juicio de expertos que permiten asegurar su validez.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CAPÍTULO IV:

4.1. Resultados

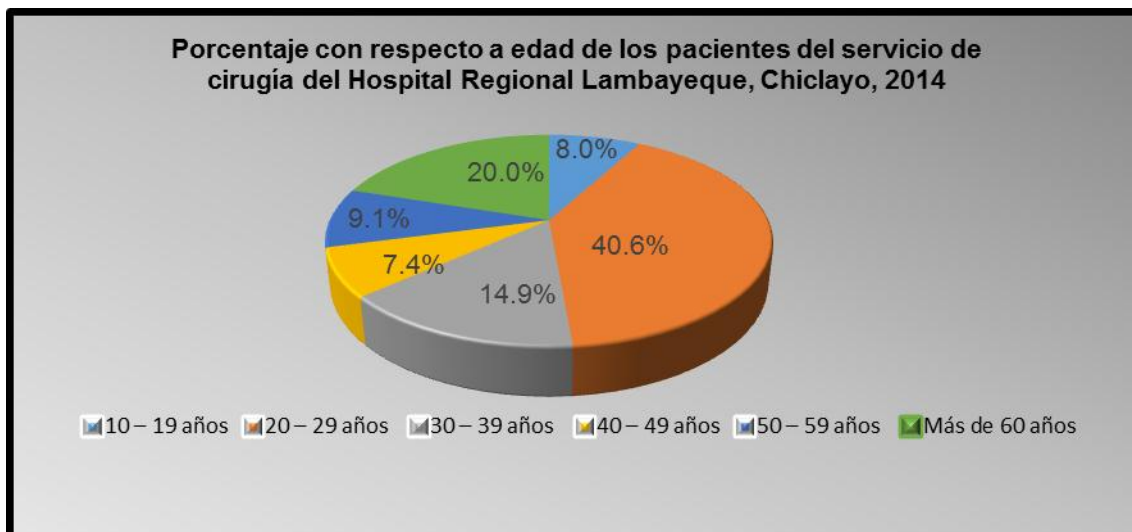
Tabla 01

Distribución con respecto a edad de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Pacientes	
edad	10 – 19 años	Recuento	14
		% dentro de GRUPO	8,0%
	20 – 29 años	Recuento	71
		% dentro de GRUPO	40,6%
	30 – 39 años	Recuento	26
		% dentro de GRUPO	14,9%
	40 – 49 años	Recuento	13
		% dentro de GRUPO	7,4%
	50 – 59 años	Recuento	16
		% dentro de GRUPO	9,1%
	Más de 60 años	Recuento	35
		% dentro de GRUPO	20,0%
Total		Recuento	175
		% dentro de GRUPO	100,0%

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 01



En la tabla y/o grafico 01. Se observa los resultados según la edad de los pacientes donde el 40,6% que corresponde a 71 pacientes tiene de 20 a 29 años, siendo este el mayor porcentaje; seguido por el 20% que corresponde a

35 pacientes que tienen más de 60 años, además el 7,4% que corresponde a 13 pacientes tienen de 40 a 49 años, siendo este el menor porcentaje.

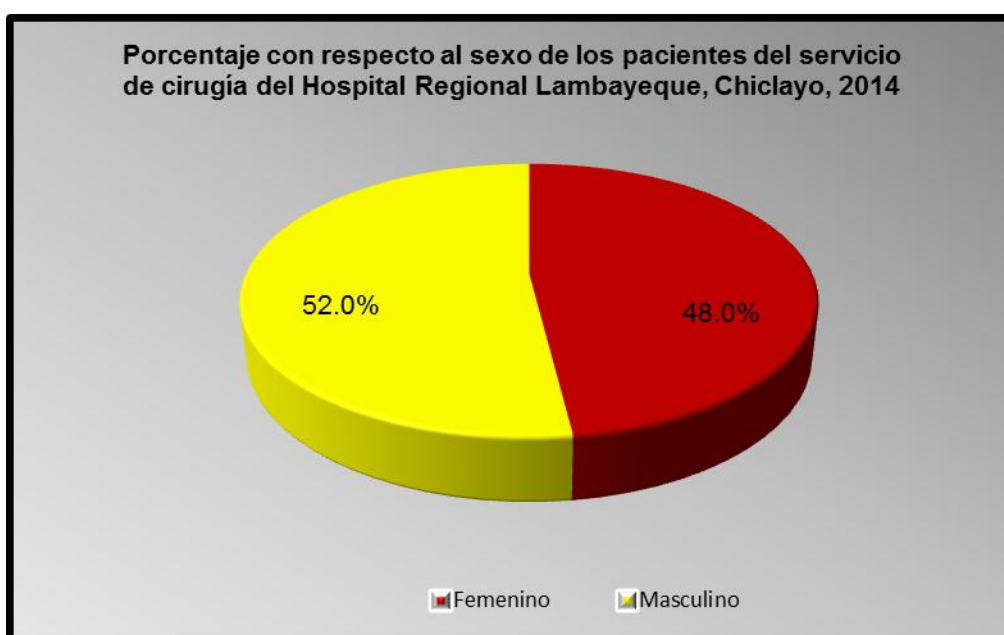
Tabla 02

Distribución con respecto al sexo de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Paciente	
Sexo	Femenino	Recuento	84
		% dentro de GRUPO	48,0%
	Masculino	Recuento	91
		% dentro de GRUPO	52,0%
Total	Recuento		175
	% dentro de GRUPO		100,0%

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 02



En la tabla y/o grafico 02. Se observa los resultados con respecto a los pacientes donde el 48% que corresponde a 84 pacientes son mujeres y el 52% que corresponde a 91 pacientes son varones.

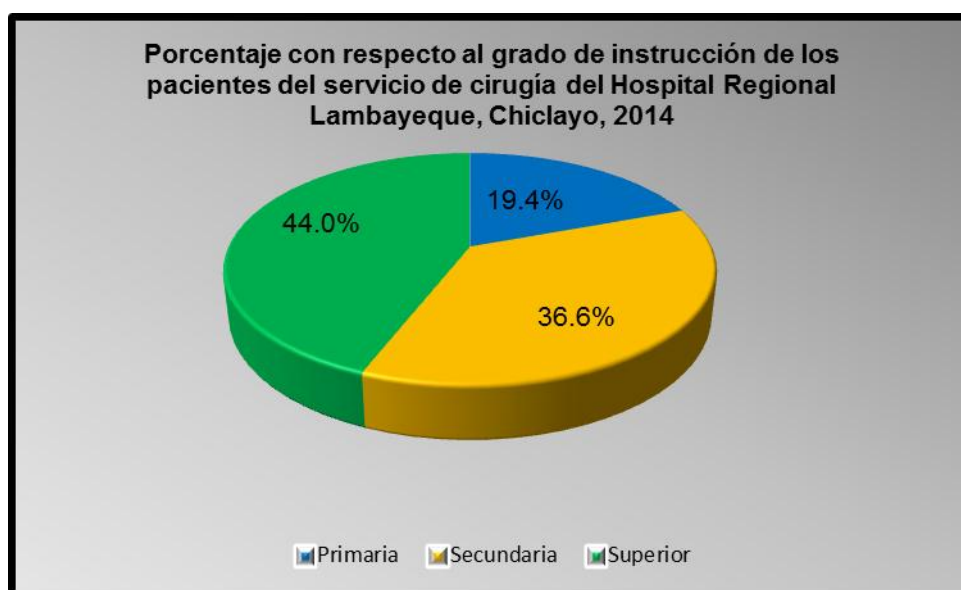
Tabla 03

Distribución con respecto al grado de instrucción de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Pacientes	
Nivel de instrucción	Primaria	Recuento	34
		% dentro de GRUPO	19,4%
	Secundaria	Recuento	64
		% dentro de GRUPO	36,6%
	Superior	Recuento	77
		% dentro de GRUPO	44,0%
Total		Recuento	175
		% dentro de GRUPO	100,0%

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 03



En la tabla y/o grafico 03. Se observa los resultados con respecto al grado de instrucción como sigue el 19,4% que corresponde a 34 pacientes tienen estudios primarios, 36,6% que corresponde a 64 pacientes tienen estudios secundarios y 44% que corresponde a 77 pacientes tienen estudios superiores.

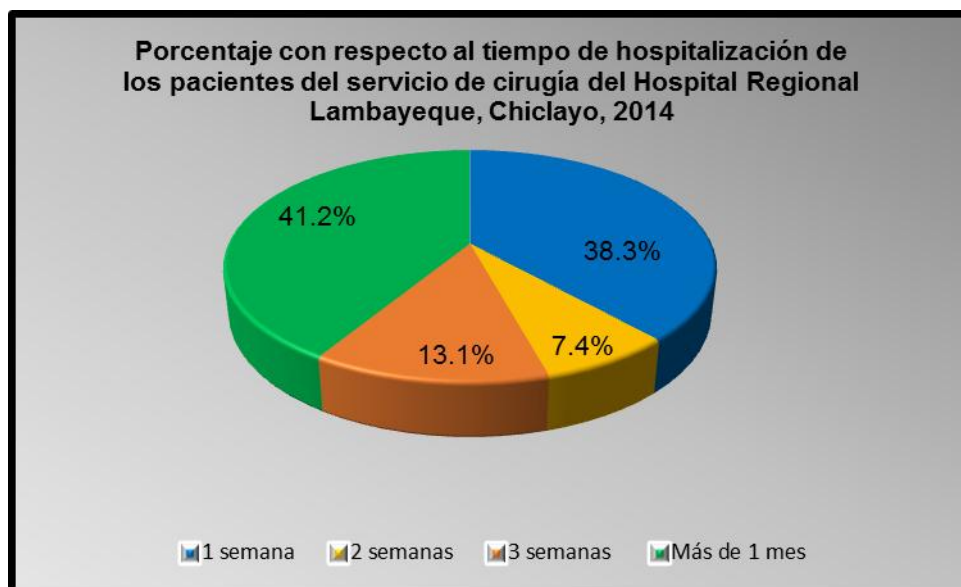
Tabla 04

Distribución con respecto al tiempo de hospitalización de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Pacientes	
Tiempo de Hospitalización	1 semana	Recuento	67
		% dentro de GRUPO	38,3%
	2 semanas	Recuento	13
		% dentro de GRUPO	7,4%
3 semanas	Recuento	23	
	% dentro de GRUPO	13,1%	
Más de 1 mes	Recuento	72	
	% dentro de GRUPO	41,1%	
Total	Recuento	175	
	% dentro de GRUPO	100,0%	

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 04



En la tabla y/o grafico 04. Se observa los resultados con respecto al tiempo de hospitalización como sigue el 38,3% que corresponde a 67 pacientes estarán 1 semana, 7,4% que corresponde s 13 pacientes estarán 2 semanas; 13,1% que corresponde a 23 pacientes estarán 3 semanas y 41,1% que corresponde a 72 pacientes estarán más de 1 mes.

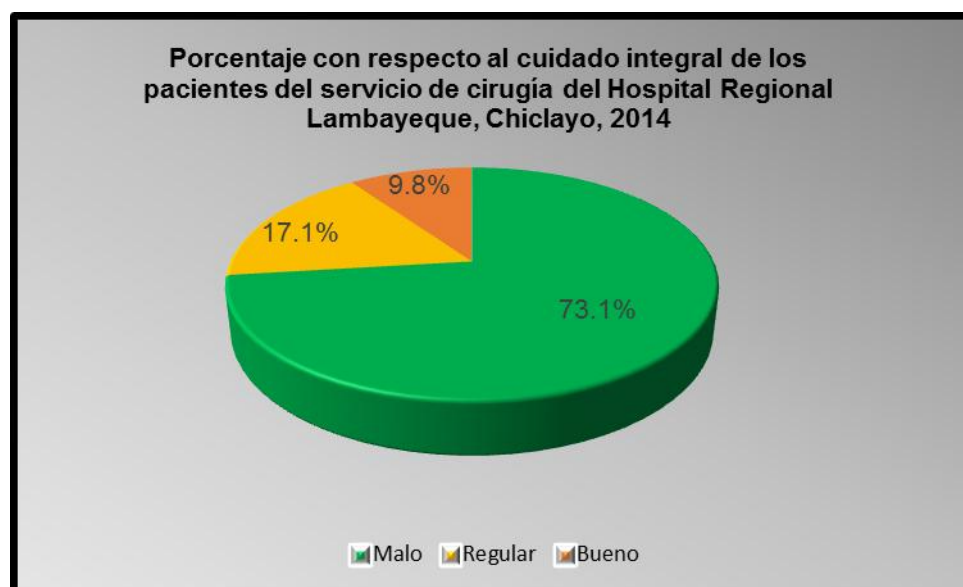
Tabla 05

Distribución con respecto al cuidado integral de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Pacientes	
CI	Malo	Recuento	128
		% dentro de GRUPO	73,1%
	Regular	Recuento	30
		% dentro de GRUPO	17,1%
	Bueno	Recuento	17
		% dentro de GRUPO	9,7%
Total		Recuento	175
		% dentro de GRUPO	100,0%

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 05



En la tabla y/o gráfico 05. Se observa el nivel de cuidado integral que los pacientes del servicio de cirugía recibieron, el 73,1% que corresponde a 128 pacientes indicaron que fue malo; 17,1% que corresponde a 30 pacientes indicaron que es regular y 9,7% que corresponde a 17 pacientes indicaron que es bueno.

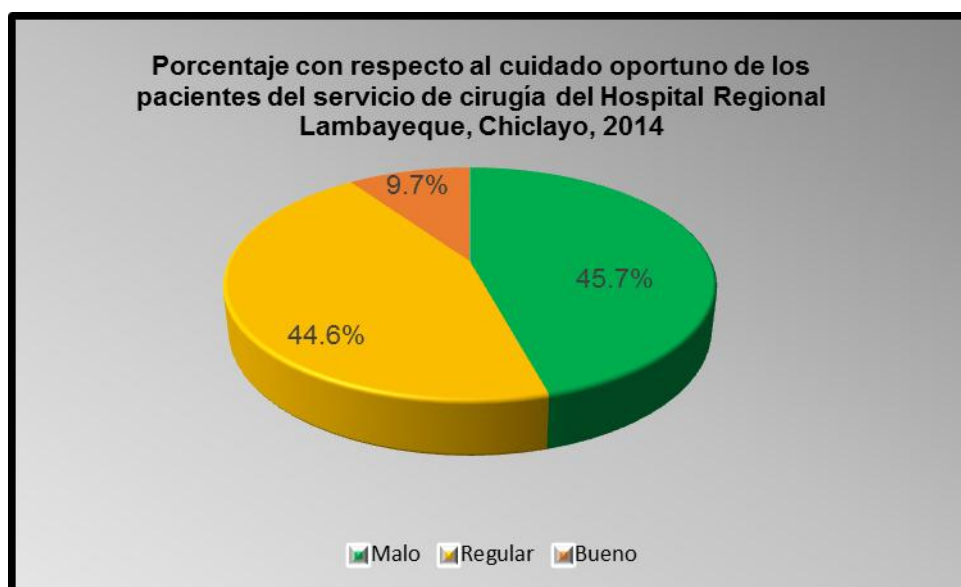
Tabla 06

Distribución con respecto al cuidado oportuno de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

			Pacientes
CO	Malo	Recuento	80
		% dentro de GRUPO	45,7%
	Regular	Recuento	78
		% dentro de GRUPO	44,6%
	Bueno	Recuento	17
		% dentro de GRUPO	9,7%
Total	Recuento		175
	% dentro de GRUPO		100,0%

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 06



En la tabla y/o gráfico 06. Se observa el nivel de cuidado oportuno que los pacientes del servicio de cirugía recibieron, el 45,7% que corresponde a 80 pacientes indicaron que es malo; 44,6% que corresponde a 78 pacientes indicaron que es regular y 9,7% que corresponde a 17 pacientes indicaron que es bueno.

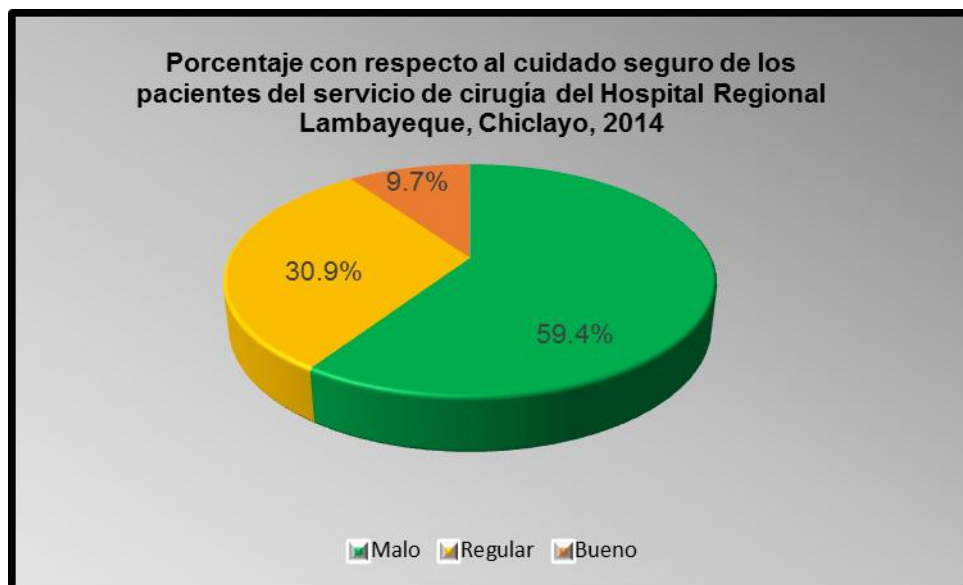
Tabla 07

Distribución con respecto al cuidado seguro de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Pacientes	
CS	Malo	Recuento	104
		% dentro de GRUPO	59,4%
	Regular	Recuento	54
		% dentro de GRUPO	30,9%
	Bueno	Recuento	17
		% dentro de GRUPO	9,7%
Total	Recuento	175	
	% dentro de GRUPO	100,0%	

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 07



En la tabla y/o gráfico 07. Se observa el nivel de cuidado seguro que los pacientes del servicio de cirugía recibieron, el 59,4% que corresponde a 104 pacientes indicaron que fue malo; 30,9% que corresponde a 54 pacientes indicaron que fue regular y 9,7% que corresponde a 17 pacientes indicaron que fue bueno.

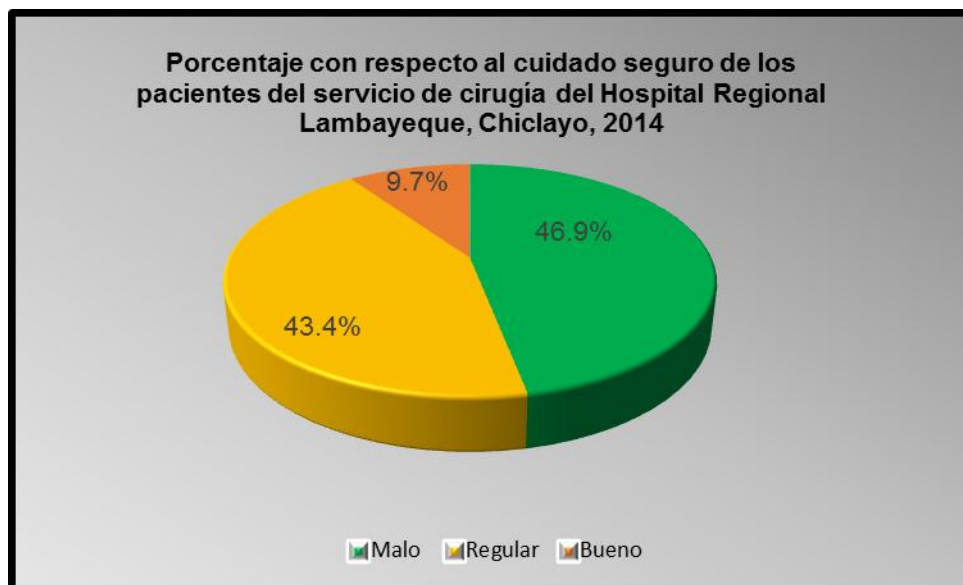
Tabla 08

Distribución con respecto al cuidado continuo de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Pacientes	
CC	Malo	Recuento	82
		% dentro de GRUPO	46,9%
	Regular	Recuento	76
		% dentro de GRUPO	43,4%
	Bueno	Recuento	17
		% dentro de GRUPO	9,7%
Total	Recuento	175	
	% dentro de GRUPO	100,0%	

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Gráfico 08



En la tabla y/o gráfico 08. Se observa el nivel de cuidado continuo que los pacientes del servicio de cirugía recibieron, el 46,9% que corresponde a 82 pacientes indicaron que fue malo; 43,4% que corresponde a 76 pacientes indicaron que fue regular y 9,7% que corresponde a 17 pacientes indicaron que fue bueno.

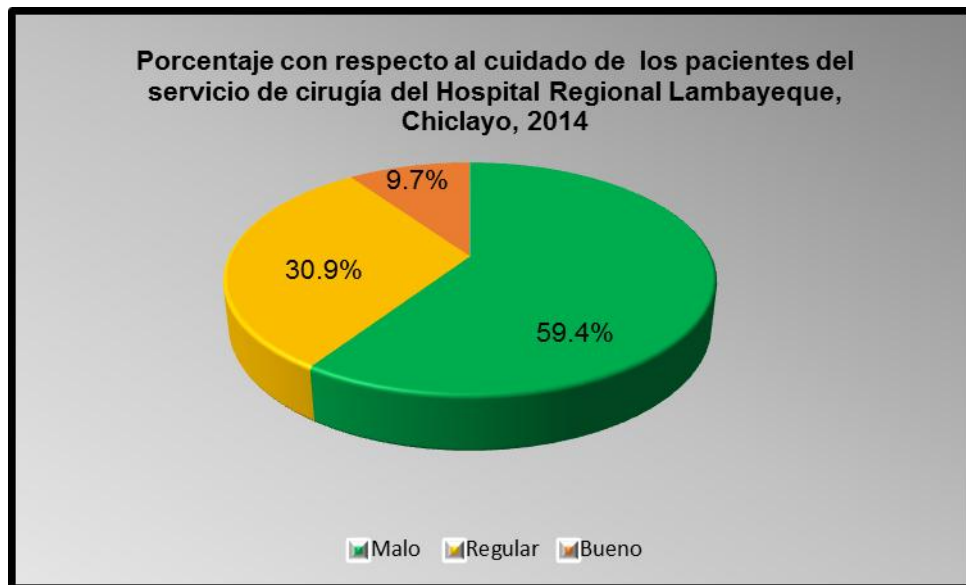
Tabla 09

Distribución con respecto al cuidado de los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2014

		Pacientes	
Cuidado	Malo	Recuento	104
		% dentro de GRUPO	59,4%
	Regular	Recuento	54
		% dentro de GRUPO	30,9%
	Bueno	Recuento	17
		% dentro de GRUPO	9,7%
Total	Recuento	175	
	% dentro de GRUPO	100,0%	

Fuente: Aplicación de encuesta a los pacientes del Hospital Regional de Lambayeque, 2014

Grafico 09



En la tabla y/o gráfico 09. Se observa el nivel de cuidado que los pacientes del servicio de cirugía recibieron, el 59,4% que corresponde a 104 pacientes indicaron que es malo; 30,9% que corresponde a 54 pacientes indicaron que es regular y 9,7% que corresponde a 17 pacientes indicaron que es bueno.

4.2. Discusión de resultados

En el servicio de cirugía los pacientes deben de recibir un cuidado personalizado por parte del personal de enfermería con el objetivo que sean atendidas sus necesidades vitales que deberán ser monitorizadas en el periodo inmediato de manera más diligente que en el período mediano, aquí se presentan los resultados hallados en este estudio

Se observa que a nivel de cuidado que los pacientes del servicio de cirugía recibieron, el 59,4% que corresponde a 104 pacientes indicaron que es malo; 30,9% que corresponde a 54 pacientes indicaron que es regular y 9,7% que corresponde a 17 pacientes indicaron que es bueno. Estos resultados se pueden corroborar con **Podesta (2012)**. En su estudio Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte en Lima, quien concluye que existen problemas en el cuidado a estos pacientes desde la lista de espera para la cirugía hasta el final del proceso y así mismo propone un plan de gestión que pueda mejorar esta problemática y optimizar el servicio que se brinda al paciente.

Ambas realidades estudian arrojan similar problema sobre el cuidado que recibe el paciente quirúrgico, esto lo puede llevar a presentar complicaciones en los períodos pre, intra o posoperatorio o que puedan darte eventos adversos por parte del personal que pueda costar la vida de la persona que necesita nuestro cuidado profesional de calidad.

Según las dimensiones del cuidado se hallaron que en el nivel de cuidado integral que los pacientes del servicio de cirugía recibieron, el 73,1% que corresponde a 128 pacientes indicaron que fue malo; 17,1% que corresponde a 30 pacientes indicaron que es regular y 9,7% que corresponde a 17 pacientes indicaron que es bueno. Como se observa en los hallazgos en esta dimensión los pacientes afirmaron que el cuidado que reciben no es integral, esto es preocupante debido a que uno de los pilares del enfermero es la integralidad de su quehacer respondiendo a la visión holística del ser humano bio-psico-social y afectividad, como manifiesta **(Milos, 2010, p. 6)** cuando la gestión del cuidado es lo fundamental del quehacer enfermero

En el nivel de cuidado oportuno el 45,7% que corresponde a 80 pacientes indicaron que es malo igualmente en el nivel de cuidado seguro, el 59,4% que corresponde a 104 pacientes indicaron que fue malo y finalmente en el nivel de cuidado continuo el 46,9% que corresponde a 82 pacientes indicaron que fue malo también lo que expone la totalidad de la problemática y que en esta investigación se ha tomado como diagnóstico para plantear una propuesta de gestión que conduzca a ser más eficiente los cuidados que se brinda.

CONCLUSIONES

En relación a los objetivos planteados se concluye:

El nivel de cuidado global que recibe el paciente quirúrgico en el servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, durante el año 2014 es malo según el instrumento aplicado después de haber recibido el servicio.

Según las dimensiones del cuidado planteados en esta investigación que son integral, oportuno, seguro y continuo la mayoría de los encuestados coincidieron que tenían deficiencias y lo calificaron de un cuidado malo.

Se ha planteado como aporte de esta investigación el protocolo de gestión para el cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque, según las necesidades de los pacientes de este servicio y en relación al diagnóstico obtenido.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del servicio de cirugía del hospital Regional de Lambayeque institucionalizar el protocolo de gestión para optimizar el cuidado al paciente y prevenir eventos adversos en el futuro.

Al área de capacitación del hospital Regional de Lambayeque diseñar capacitaciones al personal de enfermería de cirugía para humanizar el cuidado que deben recibir estos pacientes que se encuentran en riesgo sus vidas al enfrentar periodos de alto estrés quirúrgico.

A la Escuela de Posgrado, continuar promoviendo la maestría en gestión de los servicios de la salud para especializar la gestión tanto en entidades de Minsa, ESSALUD y Sanidad Policial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aehlert, B. (1994) Quick Review Study Guide. Second Edition, Mosby.1994: 479.

Abaúnza, M, Castellanos, Y. García L, Gómez J. (2008). ¿Cuál es la productividad de Enfermería? Revista Avances en Enfermería; 26(2):91–97.

Acosta, Z. (2007). Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y Gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima.

Alonso, R. Blanco, Ma. Ganoso, P. (2005). Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de Enfermería. Revista Calidad Asistencial. España. 2005; 20(5): 246-50.

Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina. López (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Rev Aquichan.

Bernal, C.A. (2006) Metodología de la Investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. (2da Edición). México: Pearson Educación. Consultado en: http://books.google.com.pe/books?id=h4X_eFai59oC&printsec=frontcover&dq=metodolog%C3%ADa+de+la+investigacion&hl=es-419&sa=X&ei=sFBTUaCmMfSz4APgs4CQAQ&ved=0CEcQ6AEwBA#v=onepage&q=metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigacion&f=false

Borré, Y. (2013). Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla (Tesis de Maestría). Recuperada de <http://www.bdigital.unal.edu.co/10553/1/539597.2013.pdf>

Organización para la excelencia de la Salud. (2012). La Calidad de Atención en Salud. (2da Edición). España. Consultado en <http://www.cgh.org.co/temas/calidadensalud.php>

Cabarcas, C. (2012). Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. (Tesis de Maestría). Recuperada de Repositorio de datos digital de la Universidad Nacional de Colombia en <http://www.bdigital.unal.edu.co/7092/>

Cantú H. (2010). Desarrollo de una cultura de calidad. McGraw Hill. México; pp. 166.

Del Aguila. J. (2012). Gestión Clínica- Conceptos Fundamentales, Consultado el 9 de setiembre del 2014 de: <file:///E:/Users/chavarryp/Downloads/ISAR%20-%20JDA%20-%20Gestion%20Clinica%20conceptos%20fundamentales.pdf>

Durán de Villalobos M. Teoría de Enfermería ¿un camino de herradura? Aquichán, 2007;7(2):161-73.

Dueñas O. (2006). Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud. Colombia. Consultado en: <http://www.Gerenciasalud.com/art.260.htm>

Hernández, R. (2010). Metodología de la Investigación Científica. México. Ed. McGraw Hill.

Huiza, G. (2009). Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de cuidado en salud del Hospital La Base Naval del Callao, 2009. Tesis de Maestría

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. (2002). El pensamiento enfermero. ed. Barcelona, España.

Marriner A, Raile M.(2007). Modelos y teorías en enfermería. Sexta ed. Madrid. España.

Milos. P. (2010). La Gestión Del Cuidado En La Legislación Chilena: Interpretación Y Alcance. Consultado en http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_03.pdf

Ministerio de Salud (2010). Gestión de la Calidad.

Ortega, R. (1994). La Calidad del Cuidado. (2da Edición). España. Ed. McGraw Hill.

Wojnar D. Kristen Swanson: Teoría de los Cuidados. In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería. Sexta ed. Madrid. España: 2007. p. 766-77.

Potter, P. Perry A. (2001) Fundamentos de Enfermería. 5 ed. Madrid. España

Pedraza, A. (2011). Modelo de gestión de redes y Micro redes de salud. 2da ed. Perú.

Salazar Maya, Ángela María. (2012). Interacciones en el cuidado de enfermería al paciente en la etapa perioperatoria. Revista Cubana de Enfermería, 28(4), 495-508. Recuperado en 03 de junio de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400006&lng=es&tlng=es.

Vargas, M. (2007). Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica; 15(1):28-30.

Velásquez, A. y Rey, N. (2007). Metodología de la investigación científica. Ed. San Marcos, Lima, Perú.

Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La siguiente información tiene por objetivo ayudarle a decidir en la participación de un estudio. Se pide su participación en la investigación titulada:

Propuesta de protocolo de gestión para el cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014

Esta participación es estrictamente voluntaria y el nombre del participante, no se mencionará en los hallazgos de la investigación, la persona se identificará solo por un seudónimo. La investigación es importante porque nos permitirá aportar a la ciencia con el estudio de clima organizacional para así intervenir adecuadamente. Los datos serán tratados y custodiados con respeto a la intimidad de cada trabajador y a la vigente normativa de protección de datos desde los principios éticos en la investigación, donde OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que se realice la encuesta, caso contrario puede retirarse de forma voluntaria del proyecto sin que esto le perjudique.

Entonces:

Yo... identificado (a) con DNI N°.....de Profesión..., con un tiempo de.....

DECLARO:

Haber sido informado (a) de forma clara y precisa de los fines y objetivos que busca la presenta investigación así como en qué consiste mi participación.

Firma

Chiclayo,... 2016

CUESTIONARIO

A. INTRODUCCIÓN:

Buenos días señor (a):

Se está realizando una investigación cuyo objetivo es diagnosticar el cuidado que recibe Ud. de parte del personal profesional de enfermería. Su opinión es importante, por lo tanto le solicito que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas serán de carácter anónimo.

B. INSTRUCTIVO:

Le pido que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. Marque con un aspa (X) la respuesta que Usted considera conveniente. Por favor, lea cuidadosamente las preguntas, ya que tiene QUE ELEGIR una sola opción POR PREGUNTA.

a) BUENO: 3

b) REGULAR: 2

c) MALO: 1

C. DATOS GENERALES:

- Sede :
- Servicio :
- Edad :
- Sexo :
- Grado de instrucción :
- Diagnóstico Médico :
- Tiempo de hospitalización :

D. CONTENIDO:

CUIDADO INTEGRAL:

1. ¿El trato que le brindó, el personal de enfermería es?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

2. ¿La amabilidad que le brindó, el personal de enfermería, fue?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

3. ¿El interés que mostró el personal de enfermería por incorporar a su familia en su cuidado, fue?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

4. ¿El personal de enfermería lo llamó por su nombre, le pareció a Ud.?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

1. ¿El tono de voz que utilizó, el personal de enfermería, a Ud. le pareció?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo

6. ¿La confianza que le brindó, el personal de enfermería, a Ud. Le pareció?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

7. ¿La comunicación no verbal (un abrazo o una palmada en la espalda) que le brindó, el personal de enfermería, le pareció a Ud.?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

CUIDADO OPORTUNO:

8. ¿Con la información que le brindó el personal de enfermería acerca de su estado de salud, a usted le pareció?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

9. ¿Con respecto a la identificación de sus problemas de salud prioritarios, a Ud. le parece?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

10. ¿Con la atención inmediata del personal de enfermería al llamado de auxilio, a Ud. le parece?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

11. ¿Con el interés que mostró el personal de enfermería, para escuchar sus problemas de salud, a Ud. le parece?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

12. ¿Con la disponibilidad de tiempo que le brindó el personal de enfermería para educarlo acerca de su enfermedad, a Ud. le parece?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

13. ¿Con la oportunidad que le dio el personal de enfermería, para expresar sus sentimientos, a Ud. le pareció?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

14. ¿Con respecto a la preocupación que mostró el personal de enfermería por su estado de salud, a Ud. le pareció?
 - a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

CUIDADO SEGURO:

15. ¿Con la seguridad física que le brindó el personal de enfermería, a Ud. le pareció?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
16. ¿Con la privacidad que le brindó el personal de enfermería, a Ud. le pareció?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
17. ¿Con la educación que le brindó el personal de enfermería, respecto a su tratamiento y recuperación, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
18. ¿Con la respuesta que le brindó el personal de enfermería respecto a sus dudas y temores de su enfermedad, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
19. ¿Respecto a la administración de su tratamiento, el personal de enfermería le explicó en forma clara sobre los beneficios del medicamento en su organismo, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

CUIDADO CONTÍNUO:

20. ¿Respecto al cumplimiento del horario de su tratamiento que le brindó el personal de enfermería, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
21. ¿Con la educación que le brindó el personal de enfermería, respecto a cómo afectará su enfermedad para realizar sus actividades diarias, a usted le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

22. ¿Con la explicación sobre los cuidados en casa que le brindó el personal de enfermería, para el momento de su alta, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
23. ¿Con respecto al interés que mostró el personal de enfermería para satisfacer sus necesidades de alimentación, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
24. ¿Con respecto al interés que mostró el personal de enfermería para satisfacer sus necesidades de higiene, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
25. ¿Con respecto al interés que mostró el personal de enfermería para satisfacer sus necesidades de movilización, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
26. ¿Con respecto al interés que mostró el personal de enfermería para satisfacer sus necesidades de eliminación, a Ud. le parece?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.
27. ¿Con el respeto que mostró el personal de enfermería por sus creencias religiosas, está Ud.?
- a. Bueno
 - b. Regular
 - c. Malo.

FICHA TÉCNICA

1. **Título** :
Propuesta de protocolo de gestión para el cuidado enfermero a pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2014.
2. **Autores** :
Lic. Enf. Sheyla Elizabeth Gonzales Astonitas
3. **Procedencia** :
Departamento de Lambayeque
4. **Administración** :
Individual
5. **Duración** :
40 minutos
6. **Aplicación** :
Pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo
7. **Significación** :
Manejo de Información de Contenido
8. **Administración y Calificación:**
Se administró utilizando los siguientes materiales:
 - Hoja de Respuesta
 - Lápiz o lapicero
9. **Consigna**
El presente test que forma parte del trabajo de investigación, consta de 27 preguntas; conteste lo más honestamente posible todos y cada de los ítems o preguntas marcando el valor que crea conveniente.
10. **Baremación** : Autores

Tabla

1

Esca la de calificación	Nivel de Cuidado
1	Malo
2	Regular
3	Bueno

GENERACIÓN DE BAREMOS PARA OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Tabla 2

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
<i>Válidos</i>	175	100,0
Casos <i>Excluidos^a</i>	0	,0
<i>Total</i>	175	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.975	27

Se diseñó un cuestionario de 27 preguntas, se analizó la validez de contenido mediante la valoración de expertos; se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna por el método del alfa de Cronbach.

Mediante la varianza de los ítems

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Donde:

α = Alfa de Cronbach

K = Número de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza total

Teniendo como resultado para este instrumento 0,975; indicando que es altamente confiable.

**PROPUESTA DE PROTOCOLO DE GESTIÓN PARA EL
CUIDADO ENFERMERO A PACIENTES DEL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
– CHICLAYO, 2014**

I. Introducción

La gestión del cuidado es fundamental para el control de la calidad de la atención y la productividad de la enfermería, por tal motivo, es necesario tener claro que la gestión se refiere al conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta u propósito, en cuyo resultado influye la utilización de los recursos.

Cuidar es un arte, que se aprende y se perfecciona en la práctica del día a día en la búsqueda de la evidencia.

Por lo anterior, en enfermería los cuidados son el cuerpo, el objetivo y el fin de la profesión, pero para que esto sea asumido de una forma adecuada y dirigida oportunamente, se requiere de la gestión para planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos propuestos.

Igualmente, se deben direccionar las actividades a partir del saber y del proceso de atención de enfermería para ofrecer un cuidado humanizado, específico e individualizado.

Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje de enfermería y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud.

La gestión debe dar cuenta del impacto y resultados del cuidado en los individuos, debe monitorear permanentemente la percepción de estos elementos fundamentales para garantizar la calidad humana, científica y técnica.

Desde la gestión del cuidado se debe trascender a otros escenarios que requieran la presencia legitimada del profesional de enfermería.

La Gestión del Cuidado tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del paciente, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad.

Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación.

De esta forma la gestión del Cuidado se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos para obtener como producto final la salud.

I. Organización de la Gestión del Cuidado en el servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque.

Desde que el servicio de cirugía fue creado, los servicios de enfermería se han organizado en torno a las Unidades clínicas con una base común, pero orientadas a las diversas especialidades existentes. A partir de esta investigación se empieza a perfilar la idea de implementar el Modelo de Gestión del Cuidado, así es que surge así una organización diferente, holística y transversal, basada en modelos de atención de enfermería, con énfasis en la gestión de los cuidados de acuerdo a las necesidades de nuestros usuarios, cuya visión y misión dan cuenta del desarrollo paralelo a otras disciplinas aplicadas a la salud.

II. Misión

Brindar servicios de enfermería integrales con altos estándares de calidad, basados en el Modelo de Gestión del Cuidado a los usuarios que acceden al servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque. Trabajando en conjunto con el usuario y su entorno en pro del cuidado de su salud.

III. Visión

Enfermería, líder en la implementación de la Gestión del Cuidado en el servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque.

IV. Objetivo General

Sistematizar el quehacer de enfermería formando una gran unidad de gestión de cuidados en el servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque a través de su desarrollo permita entregar servicios de enfermería acordes a nuestra misión.

V. Ámbitos de aplicación

Como se ha planteado anteriormente, la Gestión de los Cuidados de Enfermería, implica como lo dice su nombre, administrar recursos y entregar acciones que satisfagan las necesidades de cuidados de salud de nuestros usuarios. Estas acciones comprenden diversos ámbitos de gestión que universalmente se han definido bajo los conceptos de:

GESTIÓN	ACTIVIDADES
Gestión Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Plantea Normas y Prácticas Recomendadas de la Asociación de Enfermeras Tituladas Perioperatorias (AORN). • Elabora Planes de cuidados Estandarizados para el centro quirúrgico. • Vela por la calidad en la ejecución de los procedimientos • Elabora Modelos de Consejería individual y familiar con énfasis en el autocuidado.
Gestión Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematiza los estándares de proceso de enfermería. • Valora el impacto del cuidado enfermero • Valora los estándares de resultados de satisfacción del usuario. • Aplicación de protocolos y guías clínicas de atención en el cuidado en el Centro Quirúrgico. • Crea Modelos de Gestión del recurso humano, físico y material.
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza Auditoría de Registros Clínicos de Enfermería. • Contabiliza los recursos asignados al área. • Participa con el centro de capacitación e investigación en la actualización. • Desarrolla los roles teniendo en cuenta

Capacitación y Desarrollo	<p>experiencia, necesidad de servicio y aspectos familiares</p> <ul style="list-style-type: none">• Coordina modelos de acreditación para enfermería perioperatoria.• Establece Modelos de Evaluación del desempeño laboral a enfermeras y técnicos del Centro Quirúrgico.
---------------------------	---

GESTIÓN CLÍNICA

Normas y Prácticas Recomendadas de la Asociación de Enfermeras Tituladas Perioperatorias (AORN).

1. Implementando las Prácticas Recomendadas por la AORN para la Higiene de Manos

Hace más de 150 años, los médicos Ignaz Semmelweis y Oliver Wendell Holmes concluyeron, en trabajos realizados de forma independiente, que las manos del personal relacionado con la salud podrían ser los vehículos para la transmisión de infecciones a los pacientes que atienden cotidianamente. Ambos médicos demostraron que el uso de diferentes sustancias químicas con propiedades antisépticas reduce de forma sustancial el riesgo de transmisión de las infecciones; sin embargo, han pasado muchas décadas desde estos descubrimientos para adoptar y comprender la importancia que tiene el proceso de lavado de las manos como una herramienta útil y efectiva para el control de las infecciones nosocomiales.

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud, también conocidas como nosocomiales, se presentan durante el tratamiento médico o quirúrgico en las instituciones de salud. Este tipo de infecciones pueden ocurrir en prácticamente cualquier área dentro de los hospitales y están asociadas a una gran cantidad de causas (dispositivos médicos como ventiladores o catéteres centrales, uso excesivo de antibióticos, transmisión entre los pacientes y el personal de la salud). Los cuatro tipos de enfermedades más frecuentes en todo el mundo incluyen: infecciones del tracto urinario, infecciones del sitio quirúrgico, infecciones asociadas a catéteres centrales y las neumonías. Desde el punto de vista estadístico, se calcula que cada año se pueden presentar hasta 1.7 millones de

infecciones nosocomiales, y un total de 99,000 fallecimientos (sólo en los Estados Unidos de América).

La prevención de este tipo de infecciones debe ser una prioridad para todo el personal de atención a la salud, sin importar el área de trabajo en que se desenvuelvan. La falta de una higiene de manos adecuada se considera como la causa más importante para la incidencia y prevalencia de las infecciones nosocomiales y para la transmisión y aparición de epidemias asociadas a organismos multi-resistentes a los antibióticos; hay diversos estudios clínicos que establecen que menos de un 50% del personal de salud realiza las prácticas óptimas de lavado e higiene de las manos.

Como un resultado directo de la presencia de estas infecciones, se calcula que los costos anuales pueden incrementarse de \$28 a \$33 billones de dólares, lo que ha generado que los seguros de gastos médicos en los Estados Unidos no cubran o no reembolsen a las instituciones de salud los gastos generados por las infecciones nosocomiales.

Durante el año 2009, la AORN (Asociación de enfermeras peri-operatorias de los Estados Unidos de América) publicó dentro de sus estándares y procedimientos recomendados, un apartado actualizado en referencia a la aplicación de los estándares y prácticas recomendadas para realizar la higiene de las manos en los escenarios quirúrgicos, con el objetivo de establecer una guía que fuera aplicable por el personal relacionado con la salud que realiza procedimientos quirúrgicos y otros eventos invasivos con los pacientes atendidos. En esta nueva edición, se incluyen nuevos conceptos y necesidades que deben cubrirse en lo referente a la higiene de manos, incluyendo:

- Temperatura del agua para el lavado de manos entre 40.6°C y 48.9°C
- Dispensadores de agua y jabón automáticos y libres de activación manual
- Dispensadores para toallas de papel desechable diseñados de tal

manera que no permitan una re-contaminación de las manos del personal de salud al tomar las toallas -Colocación y uso de productos antisépticos formulados a base de alcohol dentro de las áreas donde se realizan procedimientos quirúrgicos o invasivos diversos

Un buen proceso de higiene de manos en el personal de salud se soporta en el principio universal de las ciencias relacionadas con la medicina: “Primero, no dañar”. Como se ha mencionado, el lavado e higiene de manos constituye la piedra angular para prevenir la transmisión de organismos patógenos. Para que la implementación de los diferentes principios y recomendaciones realmente sea efectiva, se requiere de un enfoque basado en un programa tal que incluya aspectos relacionados con el desarrollo de políticas y procedimientos que regulen y controlen los procesos y productos utilizados, así como la vigilancia estrecha en el cumplimiento de este tipo de programa. Es responsabilidad del personal de enfermería de las áreas quirúrgicas el asegurar un cuidado seguro y limpio para todos los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos o invasivos.

El reforzamiento de las actividades de capacitación hacia el personal del cuidado de la salud, enfocado en la higiene y antisepsia de las manos, así como en el uso adecuado de los productos químicos para cumplir estos aspectos, es crucial para el cumplimiento y desarrollo de los programas institucionales para la higiene de manos.

Las recomendaciones establecidas por la AORN incluyen los siguientes puntos principales:

I. Todo el personal de la salud debe seguir las prácticas y protocolos establecidos para realizar la higiene de manos, además de mantener las condiciones de la piel y las uñas de manera saludable, además de lo concerniente al uso de artículos de joyería en las áreas de quirúrgicas. Igualmente, el personal debe apegarse a las siguientes prácticas y recomendaciones:

- a. Mantener las uñas cortas, que no excedan unos 5 mm.
- b. No utilizar uñas artificiales
- c. No utilizar joyería en las manos o en las muñecas
- d. Utilizar una loción para manos que sea compatible con los productos antisépticos y los guantes utilizados en las áreas quirúrgicas.
- e. Un comité multidisciplinario debe encargarse de evaluar y determinar los productos químicos que serán utilizados en las áreas quirúrgicas

II. Debe existir un protocolo estandarizado para realizar el lavado de manos del personal. Este protocolo debe incluir la descripción de los productos y la cantidad apropiada de los mismos, así como la técnica y tiempo mínimo recomendados para realizar este procedimiento en las áreas quirúrgicas. El personal de salud debe realizar el lavado de manos al ingresar o al salir de su turno laboral, y después de estar en contacto con un paciente, o al colocarse y quitarse guantes durante su jornada de trabajo, e igualmente antes y después de comer o de ir al baño, o en cualquier situación en la que exista la posibilidad de entrar en contacto con sangre, fluidos corporales u otros materiales potencialmente infecciosos.

III. Se debe realizar un lavado de manos exhaustivo antes de colocarse guantes estériles e iniciar un procedimiento quirúrgico o invasivo. Para realizar este procedimiento, se recomienda utilizar un producto químico con propiedades antisépticas, o el uso de un producto formulado con alcohol, que esté aprobado por la FDA y por la institución de salud. La antisepsia de la piel solo puede lograrse si se expone la totalidad de su superficie a la fricción mecánica y a la acción del agente antiséptico.

IV. La selección de los productos químicos con propiedades antisépticas debe realizarse por un equipo multidisciplinario que analice la efectividad comprobada, así como los requisitos y modos de aplicación y uso, además de la aceptación por parte del personal de la institución de salud. Los parámetros de selección de estos agentes deben incluir aspectos de tolerancia y cuidado de la piel durante el uso diario de estos productos químicos. Además de estas recomendaciones, los

estándares publicados incluyen tres recomendaciones adicionales, relacionadas con los aspectos de educación y validación de las competencias y habilidades del personal de salud, al desarrollo y elaboración de políticas y procedimientos, y a los programas de supervisión en el manejo de asuntos de calidad. Idealmente, todas las instituciones de salud deben desarrollar e implementan un programa para realizar la higiene y lavado de las manos del personal de salud, el cual debe incluirse en los presupuestos de las instituciones de salud, como uno de los indicadores más importantes para evaluar la calidad en la atención y, especialmente, la seguridad de los pacientes cuando son sometidos a procedimientos quirúrgicos e invasivos realizados diariamente en las instituciones de salud. Dentro de la oferta de productos que Laboratorios PISA ofrece a sus clientes, contamos con FRYHAND®, que es un jabón utilizado en la desinfección las manos y la piel del personal médico de las áreas quirúrgicas, y que igualmente puede utilizarse en todas las actividades profesionales que requieran antiseptia de las manos. Este producto contiene igualmente sustancias de acción dermoprotectora, proporcionando una sensación de suavidad sobre la piel. El principio activo de este producto es Triclosán, que es un producto químico con actividad antimicrobiana, que es comúnmente utilizado en las instituciones de salud. Este ingrediente activo está reconocido por los Lineamientos de la CDC para la Higiene de manos como uno de los productos recomendados para realizar este procedimiento en las instituciones de salud.

2. Preparación Pre Operatoria

A. Preparación Pre-Operatoria de la Piel

Esto no constituye una norma y sólo es una recomendación para la práctica, preparada por la Sociedad de Enfermeras de Pabellones Quirúrgicos y Esterilización.

B. Recomendación para la Práctica

De esta recomendación se excluyen las infecciones de la piel o infecciones a distancia que necesariamente lleva a la suspensión de las intervenciones quirúrgicas programadas.

La preparación de la piel se realiza con el objeto de prevenir las infecciones producidas por la flora normal que se encuentra colonizando nuestra piel. Esta preparación se realiza removiendo la suciedad, la grasa, y microorganismos transitorios que se encuentran en la piel y controlando mediante soluciones antisépticas los microorganismos residentes (población bacteriana que se encuentra en los folículos pilosos y que no son removidos con el lavado habitual). La preparación adecuada de la piel permite reducir la incidencia de infecciones de la herida operatoria asociadas a procedimientos invasivos, mejorando como consecuencia, la calidad de la atención de los pacientes.

C. 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 estada pre-operatoria del paciente dentro del Centro Asistencial. 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 Centro Asistencial 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 al pabellón. Debe ser realizada por personal capacitado.
3. Lavado de la zona operatoria se realizará en el pabellón antes de la aplicación del antiséptico. El lavado de la zona operatoria es de responsabilidad de Pabellón.

1. El lavado de la zona operatoria debe realizarse de acuerdo al antiséptico que se usará en la pincelación de la piel. Povidona espumante ó jabón de clorhexidina. No deben mezclarse los antisépticos.

D. Evaluación de la zona quirúrgica:

La zona operatoria debe ser evaluada en el Pabellón antes de realizar la preparación de la piel.

1. La presencia de nevus, 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 Infecciones Intrahospitalarias (IIH), inmediatamente antes de trasladar al paciente a

Pabellón.

1. 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.

2. Si fuera necesario remover el vello se debe efectuar a través de uno de éstos

E. 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 pabellón. Para este

procedimiento se usa una recortadora de vello eléctrica o 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 de la piel.

Un agente depilatorio debe ser aplicado antes que el paciente ingrese a pabellón 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 microtraumatismos 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.

F. 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 éstas soluciones para un solo uso.

2. Estas deben ser seleccionadas de acuerdo a las Normas de IIH 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 (p. 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.

G. 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.

IV- Factores importantes a considerar para la seguridad del paciente:

Se pueden producir quemaduras químicas si se permite que los antisépticos se "empocen" 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 paños de campo, 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. □

V- Técnicas de preparación de la Zona operatoria en Pabellón:

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, tómulas o esponjas.

1. La preparación de la piel, debe iniciarse en el sitio de la incisión (área más limpia) hacia la periferia, con movimientos centrífugos. 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).

2. 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.

VI- 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 IHH.
- 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.

VII.- Normas y Procedimientos

Las Normas y Procedimientos en la preparación de los pacientes deben estar escritas, ser revisadas anualmente y estar disponibles en el lugar de trabajo para consulta y guía.

- Las Normas y Procedimientos, determinan Autoridad y Responsabilidad.
- Deben servir como guías operacionales y deben incluirse en la educación y orientación del personal, ayudando al desarrollo del conocimiento, habilidad y aptitudes que influyen en el cuidado del paciente, favoreciendo la experiencia y calidad de la atención.