

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO  
INTRAOPERATORIO ÁREA GINECO OBSTETRICIA - CENTRO  
QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN 2015-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CENTRO  
QUIRURGICO**

**MARTA RUBI CASTRO PALHUA**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Marta Rubi Castro Palhua'.

**Callao, 2018  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON  | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMÁN | SECRETARIO |
| ➤ LIC. ROSA ESTHER SANDOVAL TRUJILLO  | VOCAL      |

**ASESORA: MG. CLARA PATRICIA ALMONTE ANDRADE**

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 011

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 13/03/2018

Resolución Decanato N° 739-2018-D/FCS de fecha 05 de marzo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	9
1.3 Justificación	9
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	12
2.1 Antecedentes	12
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	23
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	25
3.1 Recolección de Datos	25
3.2 Experiencia Profesional	25
3.3 Procesos Realizados del Informe	26
<b>IV. RESULTADOS</b>	33
<b>V. CONCLUSIONES</b>	51
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	52
<b>VII. REFERENCIALES</b>	53
<b>ANEXOS</b>	56



## INTRODUCCIÓN

El Centro Quirúrgico es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones.

Las salas de operaciones son ambientes donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos. Dependiendo del tipo de cirugía a realizarse, varía el equipamiento, así mismo varía el personal multidisciplinario. La gestión para el funcionamiento de este servicio necesita de un conjunto de conocimientos, funciones y esfuerzo de todo el personal que labora en esta área, demanda de dotación financiera, de una planta física adecuada y funcional, de equipamiento, insumos, procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos; además de talento humano calificado actualizado y eficiente, sin olvidar los procesos de atención, protocolos y controles administrativos para garantizar la calidad del servicio. (1)

El paciente ginecológico – obstétrico requiere cuidados especializados de enfermería, en el pre – intra y post operatorio; de la labor de los profesionales de salud depende su restablecimiento; ya que su permanencia junto al paciente y su adecuado tratamiento les hacen imprescindibles. Motivo por el cual el presente informe tiene el objetivo : describir mi experiencia profesional de la intervención de enfermería en el periodo intraoperatorio en el área gineco - obstétrica en Centro Quirúrgico de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, ".en el que se muestra el contexto en el cual se desarrolla las funciones de la enfermera un 70% la función asistencial, 20% administrativo, y el otro 10% investigación y docencia.

El papel que cumple el profesional de enfermería es arduo, se convive con algunos obstáculos para alcanzar el bienestar del paciente, como la atención por parte del personal especializado para dicha área, el tiempo que se toman para la obtención de algunos equipos médicos e insumos, para brindar la buena atención y bienestar durante la permanencia del paciente gineco - obstétrico.

Consta de los siguientes capítulos:

CAPITULO I: Planteamiento del problema, donde se describe la situación problemática, objetivo y justificación del trabajo.

CAPITULO II: Marco teórico, con los antecedentes, marco conceptual y definición de términos.

CAPITULO III: Experiencia profesional, donde se describe la recolección de datos, experiencia profesional y los procesos realizados en el tema del informe.

CAPITULO IV: Resultados.

CAPITULO V: Conclusiones.

CAPITULO VI: Recomendaciones.

Capitulo VII: Referenciales y finalmente los anexos, que muestran evidencia de los cuidados de enfermería en el Servicio de Centro Quirurgico de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la Situación Problemática

Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo. (1)

A nivel mundial, ocurrieron 536,000 muertes maternas. De todos estos casos, la mayoría pertenecía a los países en desarrollo, estas muertes pudieron evitarse en su mayor proporción. Cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos. La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países. (2)

La mortalidad materna y perinatal es más elevada en los países en vías de desarrollo, lo cual es expresión de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población mundial y sobretodo a las mujeres y recién nacidos; por lo tanto la mortalidad materna, no es sólo un problema de salud pública, sino también de derechos.

La mortalidad materna es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean, los niveles de mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Es necesario también

Directa (37%) y el Hospital Alberto Sabogal (33%) con 01 caso de Muerte materna indirecta.

A pesar de que a inicios de este siglo se han realizado adecuaciones normativas, se han operado cambios en el modelo de atención de la salud y se han implementado programas para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referida a la barrera económica, ambas mortalidades casi no se han modificado, lo cual resulta preocupante y nos plantea el reto de reevaluar y definir nuestros enfoques, estrategias e intervenciones.(4)

En relación a las intervenciones quirúrgicas por cesáreas, la tasa de mortalidad operatoria en las intervenciones ginecológicas es inferior al 1% es de suma importancia dicha estadística. Un estudio retrospectivo indica que de 1,45 millones de pacientes se halló una mortalidad del 0,2% en los primeros 30 días de ingreso. La tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0,2 y el 26%. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica están relacionadas con el daño visceral (vejiga, recto, uréteres) y de los grandes vasos pélvicos, son más frecuentes cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o a endometriosis. El factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. Por ello, es tan importante la observación sistemática y cuidadosa del intraoperatorio, particularmente: pulso, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, temperatura, diuresis, hemograma, entre otras.(5)

Las complicaciones intraoperatorias en la cirugía gineco - obstétricos se han reconocido factores que incrementan el riesgo quirúrgico dentro de las cuales se mencionan las condiciones generales de los pacientes, la coincidencia de enfermedades crónicas debilitantes, la vía de acceso quirúrgico, el tiempo operatorio y una adecuada

supervisión y/o ejecución del procedimiento quirúrgico: En cualquier caso y sea el origen de la complicación, puede significar además del riesgo para la paciente, una erogación económica para el hospital, traducida en días de estancia hospitalaria y/o reintervenciones quirúrgicas, en la cirugía ginecológico - obstétrico como en cualquier acto quirúrgico pueden ocurrir complicaciones: infección de heridas; dentro de las complicaciones postoperatorias, el período más crítico son las primeras 72 horas durante las cuales se debe evaluar la respuesta fisiológica de la paciente de cirugía pelviana, dentro de las complicaciones que pueden ocurrir de índole cardiovascular (sangrado, fenómeno trombo embólico), respiratorios (atelectasias, neumonías) renales y digestivas (íleon adinámico), histerectomía obstétrica, laceración cérvico-uterina, lesión vascular, lesión vesical, lesión intestinal, lesión uretral y mortalidad materna, fetal y neonatal. El cuidado del paciente es parte del proceso de recuperar la salud, los buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o a afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la vulnerable situación de aquel que se confía a los cuidados del profesional (5).

El Centro Quirúrgico de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión se encuentra ubicado en un lugar estratégico, limitada con el puerto marítimo, el aeropuerto y distritos colindantes del Callao. La población atendida procede en más del 90% de la Provincia del Callao, por lo que es importante tomar en cuenta las características descritas sobre la situación de salud de sus distritos, cuya población asciende a 914,689 habitantes, parte de su población se encuentra con escasos recursos, por ende cuando ingresan a una atención por emergencia, las condiciones de salud son escasas e incluso en muchos casos los pacientes se encuentran en malas condiciones de

higiene, con riesgos potenciales de infecciones, hemorragias, shock e incluso mortalidad.

Así mismo, en el servicio de sala de operaciones de emergencia se realizan cirugías de alta, mediana y baja complejidad en todas las especialidades por constituir un centro de referencia nacional, principalmente intervenciones quirúrgicas gineco – obstétricas entre ellas: cesáreas, quistectomías, salpingectomía, ooforectomía unilateral o bilateral, legrados, histerectomías subtotal, total y radical; que comprenden de un tiempo crítico, siendo de gran importancia la intervención de enfermería especializada en el periodo trans operatorio como miembro del equipo quirúrgico.

El centro quirúrgico tiene muchas falencias entre ellas la más significativa; la dotación de recursos materiales por parte de la farmacia del SIS, equipos biomédicos con muchas limitaciones entre ellos: el equipo de electrobisturi, cialíticas, máquinas de anestesia, falencias en recursos humanos y relaciones interpersonales , dificultades en la comunicación ,coordinación entre el equipo quirúrgico, y los diversos servicios con los que se coordina como la central de esterilización ya que el procesamiento de instrumental e insumos no esta al cien por ciento a cargo del referido servicio sino mas bien el centro quirúrgico de emergencia se hacia cargo de la mayor parte del procesamiento; inconvenientes con el servicio de recuperación post anestésica para la admisión de los pacientes por estancias post operatorias . prolongadas por complicaciones entre otras.

La seguridad de los pacientes quirúrgicos esta garantizada por la aplicación del formato de Cirugia Segura (Check List); que los profesionales del equipo interdisciplinario, una reflexión continua sobre su desempeño, una constante evaluación de sus actos, de tal manera que se reconozcan falencias, inexactitudes y equivocaciones

como parte de un plan de análisis, prevención y adecuado manejo si se presentase la ocasión de los eventos adversos. (6)

Al respecto en el centro quirúrgico de emergencia se realiza la lista de chequeo en todas las intervenciones quirúrgicas siendo la enfermera la que dirige este acto, sin embargo aun se encuentran dificultades porque no todos los miembros del equipo quirúrgico tienen la cultura de la seguridad ; en el que se viene trabajando para retroalimentar constantemente a todo el equipo quirúrgico.

Según grupos de edades al momento de la muerte materna, en el año 2015, el grupo de edad de 30-34 años presento mayor incidencia de casos (03 caso MM). Actualmente las tres Muertes Maternas notificadas, las edades estaban en el grupo de 25- 29 años, 30 a 34 años y de 35 años.

Según Distrito de procedencia de los casos de muerte materna, en el año 2015, el 46 % procedía del distrito de Ventanilla, el 18% del distrito de Callao, el 9% de Distrito de Bellavista, el 9% Distrito de San Martín de Porres, el 9% Distrito de Comas y 9% de Provincia de Villarica. Hasta la S.E. 18-2016, de las 03 Muertes Maternas, 01 de ellas procede del Distrito de Callao, 01 Distrito de Ventanilla y 01 no corresponde a la jurisdicción de la Región Callao, la occisa residía en el Distrito de San Martín de Porres. -39 años.

## **1.2. Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en el periodo intraoperatorio area gineco-obstetricia Centro Quirúrgico de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015 -2016.

## **1.3. Justificación**

Considerando que la seguridad del paciente es un elemento fundamental en la prestación de servicios de salud, en el mes de junio del 2008, la Alianza Mundial por la seguridad del paciente, lanzó



su segundo reto de seguridad: la campaña "Cirugía segura salva vidas", cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país. Tras el lanzamiento de la campaña por la OMS, se procedió a desarrollarla en los diferentes países y a implementar la aplicación de la lista de chequeo en todos los procedimientos quirúrgicos. En las instituciones de salud de nuestro país ya se aplica dicha lista de seguridad, pero todavía no se emplea correctamente el contenido de esta lista, entre otras falencias. Por ello es necesario que la evaluación de los programas dirigidos a la detección de fallos en la seguridad de los servicios sanitarios también se basa en la opinión del paciente como principal 'usuario' de dichos programas. Los pacientes pueden aportar información sobre la agilidad del sistema en el momento de la detección de un fallo en la seguridad, así como aspectos relacionados con el grado de información recibida, la percepción en cuanto al grado de responsabilidad de cada uno de los agentes sanitarios implicados en la gestión de la incidencia, el trato recibido por el personal, la transparencia de la información recibida, y en definitiva la percepción global de la seguridad de los servicios sanitarios.

Por otra parte brindar la información en relación a las falencias existentes en el Servicio de Centro Quirúrgico de Emergencia es vital puesto que el Ministerio de Salud y la Dirección de Salud del Callao, en relación a la dotación de insumos a sus diversos nosocomios tendrán el conocimiento de la gran problemática que existe en nuestro hospital considerada con la mayor atención a la población Chalaca.

Además el presente informe es importante porque permitirá que los enfermeros especialistas en cuidados quirúrgicos mejoren sus cuidados e intervenciones de enfermería basados en evidencia científica, mejorando la calidad de vida de la paciente gineco - obstétrica. Siendo los principales beneficiarios los pacientes del



servicio de Sala de Operaciones de Emergencia, con cuidados de calidad obtendrán una recuperación en su salud afianzado y fortaleciendo falencias en los recursos humanos y relaciones interpersonales.

El resultado de este estudio brinda un aporte a las instituciones de salud, para tomar medidas potencializadoras o correctivas, para que se pueda implementar programas de capacitación, guías y protocolos sobre los cuidados de enfermería en pacientes gineco - obstétricos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**MORENO ALEMAN, Javier. (2013).** En su investigación titulada: Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos Jurídicos Positivos de la implementación del la lista de Verificación Segura - España. Se realizó una investigación en un Hospital de España, con un estudio de corte transversal, concluye que es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, logrando el compromiso y la convicción de todos los profesionales implicados en la utilidad de la herramienta. De otro modo, la exigencia por parte de la administración a través de una norma jurídica del deber de complementar el checklist, sin un compromiso firme de los profesionales sanitarios, podría afectar negativamente a la responsabilidad de la administración y de los propios profesionales, pues la ausencia de la Lista de Verificación Segura, podría llegar a generar responsabilidad para la institución y/o los profesionales. (7)

**E.RECARI, L.C. OROZ, J.A. LARA. (2009).** En su artículo denominado: Complicaciones de la cirugía ginecológica en el Hospital de Pamplona, España. Sostienen que la incidencia de infecciones secundarias a catéteres endovenosos puede ser hasta del 30%. Su prevención incluye su colocación estéril, bajo indicación estricta, reemplazo cada tres días y retirada precoz. El tratamiento es sintomático. Cuando existe evidencia de infección sistémica es útil el uso de antibióticos con actividad antiestafilococo, a su vez presentan complicaciones tromboembólicas, se calcula que hasta el 20% de las muertes postoperatorias son debidas a embolismo pulmonar; y una trombosis venosa, Este proceso constituye la causa subyacente de la mayoría de casos de tromboembolismo pulmonar. En cirugía

ginecológica las venas que con mayor frecuencia lo presentan son las de las piernas y las de la pelvis. El diagnóstico es en ocasiones complicado: menos de la mitad de las pacientes con dicho proceso presentan síntomas, y sólo el 40% de las pacientes con sospecha clínica ven confirmado su diagnóstico por ecografía Doppler.(8)

**LYELL DJ (2011).** En su artículo refiere: “El riesgo de hemorragia (sangrado excesivo) después de una cesárea es generalmente bajo, pero sí parece aumentar con el número de cesáreas anteriores. Entre el 1-2 % de todas las mujeres que tienen partos por cesárea requieren una transfusión debido a una hemorragia en la sangre. Los datos sobre el sangrado excesivo después de una cesárea son limitados por varias definiciones que se utilizan para determinar en que consiste una pérdida excesiva de sangre. En algunos estudios, la pérdida de sangre de 1000 ml se considera excesiva, en otros estudios, la transfusión de sangre es suficiente para definir una hemorragia”. (9).

**MOZO VALDIVIESO EG. (2014).** En su artículo: “ Morbilidad Diferencial en las cesáreas anteriores”. Sostiene que el riesgo de infección postoperatoria uterina (endometritis) varía en función de varios factores, tales como si el trabajo de parto había comenzado o si la bolsa amniótica se había roto antes de la realización de la cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia del 13% en México, 14 % en Canadá y 20 % en Estados Unidos en cesáreas en general y del 16.9 % en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición. En algunos casos, la endometritis puede ser muy severa, ocasionando septicemias fatales. De todas las infecciones perioperatorias, por su frecuencia, las afecciones de la herida quirúrgica es la complicación más importante que se produce tras una cesárea iterativa.(14)

**TAMAYO GJG. (2008).** En su investigación: "Comparación de la cesárea tradicional con la cesárea Misgav-Ladach", para evaluar el tiempo quirúrgico, estancia y costos hospitalarios, se realizó un estudio en 48 pacientes del Hospital General de Morelia, Michoacán, México con embarazo a término, sin complicaciones e indicación para parto por cesárea; a 24 se les hizo cesárea tradicional y a 24 la técnica Misgav-Ladach. Se registró el tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, material de sutura utilizado, dolor posoperatorio y evolución detallada a las 48 horas y a la semana del posoperatorio; obteniendo como resultados que la cesárea por la técnica de Misgav-Ladach disminuyó el tiempo operatorio, sangrado transoperatorio y material de sutura. El dolor posoperatorio fue menos intenso y no se apreciaron complicaciones febriles o de íleo intestinal a corto plazo. Se concluye que la técnica de Misgav es un procedimiento útil, principalmente cuando se pretende acelerar la extracción del feto. El seguimiento a corto plazo mostró mayores ventajas que con la cesárea tradicional, pero aún se esperan resultados en un tiempo más prolongado para descartar adherencias intrabdominales.(11)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Cuidado de Enfermería**

El cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a una persona. Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un personal de enfermería debe dedicar al paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del paciente, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir al paciente, supone todas aquellas acciones y tareas que un profesional de enfermería despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención mediante un proceso de enfermería con base científica.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería.(12).

### **2.2.2. Intervención de Enfermería.**

Se define como una intervención enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- Intervención de Enfermería Directa, es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o familia a través de acciones de enfermería efectuadas con el mismo, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.
- Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes. (13)

### **2.2.3. Cesárea**

Es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos a través de la vía abdominal incidiendo en el útero. También se puede definir como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. Se puede distinguir dos tipos de cesárea. (14)

\*Cesárea electiva: Cesárea programada durante la atención prenatal.

\*Cesárea de emergencia: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de

aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones. Es importante tener presente que la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento gineco-obstétrico una de las cirugías más realizadas en el mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal tales como las distocias, hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la preeclampsia, entre otras patologías gineco-obstétricas.

La cesárea es la cirugía mayor más frecuente que se realiza en los Estados Unidos. En este país, la tasa de cesáreas aumentó de alrededor del 5% en 1970 al 24% aproximadamente en 2001. Desde junio de 1997 hasta mayo de 1999, en un área urbana de la India, la tasa total de cesáreas en consultorios de los sectores público, privado y de caridad fueron del 20%, 38% y 47% respectivamente América Latina cuenta con los índices más altos de partos por cesárea. El índice de cesáreas (IC) fluctúa entre 20 y 25% en hospitales públicos y es mayor al 50% en las Instituciones Médicas privadas. La Organización Mundial de Salud (OMS) señala que el índice de cesáreas a nivel poblacional no debe ser superior al 15%, concluyó estadísticamente que no existen beneficios adicionales para la salud por encima de este porcentaje pero esto va aumentando en los últimos años según el centro hospitalario, factores como la reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestas añosas), el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico-legal, factores socioeconómicos y culturales como la preferencia social y el tipo de aseguramiento. Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, documento redactado por el Ministerio de Salud en el año 2007, la frecuencia de

cesáreas en el Perú es de 15 %. Por último hay que tener presente que apesar de la alta frecuencia con la que se practica, la cesárea no es un procedimiento inocuo. Se calcula que su morbilidad es 20 veces superior si se la compara con las cifras propias del parto vaginal. Por lo tanto, resulta de gran importancia la indicación adecuada de tal procedimiento, que podría causar complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.(20)

#### **2.2.4. Complicaciones Intraoperatoria en pacientes Gineco-Obstétricos**

Se producen complicaciones relevantes en el 1-2% de los casos.

- ***Complicaciones infecciosas:***

Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteremia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico). Factores como la cesárea emergente, duración del parto, rotura de membranas, estado socioeconómico, número de exploraciones vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, perdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación.

- ***Endometritis:***

Es la complicación infecciosa más frecuente de la cesárea. Su incidencia sin la administración de antibióticos es de 20-40%. El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido estas cifras en un 5%. Es

una infección polimicrobiana causada generalmente por bacterias presentes en el tracto genital inferior, las manifestaciones clínicas suelen aparecer a las 24-48 horas de la intervención.

- ***Tromboflebitis pélvica séptica:***

La incidencia de tromboflebitis pélvica séptica es en algunas series 10 veces más alta después de una cesárea. Es más frecuente en pacientes con anemia, rotura prematura de membranas, presencia de meconio y prolapso de cordón, siendo menos común en las cesáreas electivas. Para su prevención se aconseja una correcta preparación quirúrgica de la piel y una técnica quirúrgica cuidadosa.

- Infecciones del tracto urinario:

Son una complicación relativamente frecuente con incidencia variable entre el 2 y 16% y se relacionan fundamentalmente con la duración del sondaje vesical.

- ***Enfermedad tromboembólica:***

Poco frecuente durante el embarazo, la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el mundo desarrollado, el riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Además el parto por cesárea particularmente si es emergente, incrementa el riesgo de embolia pulmonar letal más de 10 veces en relación con el parto vaginal. Sin embargo, el riesgo de trombosis puede atenuarse con la administración profiláctica de heparina, sobre todo en pacientes de riesgo por historia familiar, personal o predisposición genética. Es necesario mencionar que no está justificada la administración sistémica profiláctica de heparina por el incremento de morbilidad que ello condiciona, sin embargo en los casos antes mencionados, su utilización es más que razonable, por no decir imperativa.(21)



### **2.2.5. Heridas Quirúrgicas**

Los criterios de Infección del Sitio Quirúrgico (antes denominada Infección de la herida quirúrgica) han variado ampliamente a lo largo del tiempo. Según la definición clásica de Ljungquist se consideraba una herida quirúrgica infectada aquella que desarrollaba una colección de pus. En 1964, el National Research Council, Ad Hoc Committee on Trauma, estableció definiciones para ayudar a predecir la probabilidad de infección de las heridas con base en el grado de contaminación bacteriana transoperatoria, y las definiciones son las siguientes:

#### **A) Limpia:**

Herida planeada, cerrada de manera primaria y sin que se haya identificado inflamación aguda, sin entrada en las cavidades quirúrgicas o con estas colonizadas a menudo (vias gastrointestinales, bucofaringeas, genitourinarias, biliares o traqueobronquiales), sin rompimiento de la técnica estéril.

#### **B) Limpias Contaminadas:**

En la cual en forma electiva se ha realizado la apertura de cualquiera de los tractos anatómicos genitourinario, respiratorio y gastrointestinal. Es una abertura limpia y controlada de los tractos anatómicos anteriores colonizados normalmente, con rotura mínima de la técnica estéril, reoperación a través de una incisión limpia en plazo de siete días.

#### **C) Contaminadas:**

Aquella en donde hay manifestaciones de inflamación aguda (eritema, calor local, dolor a la palpación) pero sin evidencia de secreción purulenta. Se encuentra una rotura importante de la técnica estéril, traumatismo penetrante de menos de cuatro hora de evolución, heridas abiertas crónicas para injerto. El uso de antibióticos profilácticos debe ser determinado por el lugar de las operaciones, la flora bacteriana ya conocida.

#### **D) Sucias:**

Son en las que se encuentra material purulento durante la operación o cuando una víscera hueca muy contaminada se perfora accidentalmente, traumatismo penetrante de más de cuatro horas de duración, en este caso debe establecerse un curso terapéutico.(22)

#### **2.2.6. Atención al Recien Nacido**

La función del Personal de Enfermería en los Servicios de Neonatología está fundamentada en la identificación, el seguimiento y control de los cuidados de salud de los neonatos. Esta definición viene definida por el concepto de cuidados y definimos estos como "todas aquellas intervenciones de salud y promoción de esta, específicas de los niños recién nacidos". Estas intervenciones deben de ser normalizadas y estructuradas adecuadamente, actualmente la NIC (Nursing Intervencions Classification). La atención de enfermería, se refiere a la asistencia hacia otro individuo. De modo más específico, la enfermería son los cuidados del enfermo y al trabajo relacionado con la prevención y de la salud pública, esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería, por lo general a los servicios prestados al equipo de salud.

La valoración de enfermería del recién nacido incluye observación, inspección, auscultación, palpación y percusión; no se lleva a cabo una sola exploración, sino en una serie de exámenes. La valoración completa del neonato incluye la revisión de todos los sistemas del organismo. La enfermera debe utilizar las barreras de precaución necesarias para evitar exponer su piel y membranas mucosas a sangre y líquidos corporales.

La asepsia es la ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad. Este concepto incluye: La preparación del equipo, la

instrumentación y el campo de operaciones mediante los mecanismos de esterilización y desinfección, además, la antisepsia es empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos de la piel viva, las membranas mucosas o tejidos abiertos a un nivel en el cual no generen infecciones.(23)

### **2.2.7. Seguridad del paciente quirúrgico**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias

Las complicaciones generalmente se presentan en pacientes con problemas crónico-degenerativos, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad o las arritmias en el corazón, debido a que la dosis de anestésicos necesaria para la operación puede producir cambios en el metabolismo cardiaco, es decir, pérdida de conciencia, coma y paros respiratorios. Después de una cirugía, los pacientes están expuestos a contingencias inmediatas como sangrado masivo, arritmia o la perforación de una arteria. Estas eventualidades se presentan independientemente de la capacidad técnica del médico, debido a que los humanos tenemos un comportamiento desigual y reaccionamos de forma diferente a las intervenciones hospitalarias y más si se padece una enfermedad degenerativa.

Por ello la aplicación adecuada del checklist o listado de verificación quirúrgica constituye una herramienta de seguridad del paciente conocida, validada, efectiva y eficiente, con cuya implantación se pueda mejorar la seguridad del acto quirúrgico tanto para los pacientes como para los profesionales.

### **2.2.8. Lista de Verificación Segura**

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad asistencial y motivo de preocupación universal.

La aparición de eventos adversos (incidentes evitables) derivados de la atención sanitaria, ligados a una elevada morbi-mortalidad en los sistemas sanitarios desarrollados. Diversos organismos a nivel internacional, han emprendido múltiples iniciativas orientadas al desarrollo de estrategias, acciones y medidas legislativas, abordando cuestiones relacionadas con intervenciones para reducir en el proceso peroperatorio, la morbi-mortalidad asociada a los procedimientos quirúrgicos.

Actualmente y según publica la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organización privada sin ánimo de lucro de EE.UU cuya misión es mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados a los pacientes, afirma que las soluciones más constructivas y el éxito se debe a la implicación de los pacientes en su seguridad, el trabajo en equipo y la comunicación de los profesionales, así como la instauración de estrategias en materia de seguridad. Se trata de acciones dirigidas a mejorar la seguridad quirúrgica que permitan reducir los incidentes y eventos adversos evitables en la práctica clínica.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye la estrategia número 8 del Plan de Calidad situando la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos claves de la mejora de la calidad.(24)

### **2.2.9. Teoría de Virginia Henderson, Dorotea Orem y Kathryn Bernand**

Los modelos y teorías de la enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería general.

**Florence Nightingale**, se centró en el entorno, todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte.

**Dorothea Orem**, lo define el cuidado como una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas. Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

**Kathryn Bernard**, un interés central de la obra de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padre-hijo como un sistema interactivo. Barnard sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptativa. Para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud. (25)

### **2.3. Definición de términos**

**PACIENTE GINECO – OBSTÉTRICO:** Es aquella que conducida a sala de operaciones es intervenida de cualquier patología inherente al aparato reproductor.

*SEGURIDAD DEL PACIENTE:* Es la reducción del riesgo de daños relacionados con la atención a un paciente, Se define desde que ingresa a sala de operaciones hasta su traslado al servicio de Recuperación.

*CENTRO QUIRÚRGICO:* Son ambientes clasificados en área rígida, semirígida y rígida, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones, efectuando procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad.

*EQUIPO QUIRÚRGICO:* Constituido por los profesionales que interviene en la cirugía (el cirujano, anestesiólogo, enfermeras) y enfermeras de neonatología, médico pediatra y técnicos en enfermería.

*EMERGENCIA:* Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida

*ANESTESIA REGIONAL:* La anestesia regional es un conjunto de variadas técnicas anestésicas que tienen en común, el producir un área de insensibilidad. Es decir, falta de capacidad para sentir en una parte del cuerpo.

*PERIODO INTRA OPERATORIO:* Se inicia en el momento en que el paciente ingresa al quirófano, inicia la cirugía y culmina cuando finaliza la cirugía.

*CUIDADO INTRAOPERATORIO:* Son intervenciones que se llevaran a cabo cuando el paciente se encuentre en sala de operaciones cuya finalidad es la seguridad del mismo.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de Datos**

En el presente informe, la recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas, la cual permite ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de los cuidados de enfermería quirúrgicos del Servicio de Sala de Operaciones de Emergencia. El estudio es de corte transversal y retrospectivo.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

- Manual de Normas Procedimientos y Protocolos del Centro Quirúrgico.
- Manual de Normas de Bioseguridad
- Programación de cirugías.
- Registro de ingresos y egresos.
- Registro de cirugías suspendidas
- Registro de material en zona esteril
- Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Formato de insumos.
- Formato Transoperatorio
- Fotografías.

#### **3.2. Experiencia Profesional**

En 1993 inicio el Serums, una etapa de mi vida, la cual cumplí el rol de enfermera Comunitaria en el Puesto de Salud de Ticapampa , Distrito de Recuay – Provincia de Huaraz, parte de dicho periodo cumplí también la labor de enfermera asistencial en el Hospital de Nivel III del Seguro Social en Huaraz, durante doce meses, desarrollando un rol importante y desarrollando los diferentes programas preventivo promocionales y brindando una atención directa

a cada uno de los pacientes. Culminado el Serums, se inicia un gran ciclo profesional ininterrumpido, hoy se cumple 18 años en mi labor como profesional de enfermería.

En el año 1994 ingresé a trabajar en el Centro de Salud de Masin, en la provincia de Huari – Departamento de Ancash por un periodo de 3 meses, posteriormente regresé a Lima y laboré en un Programa de Focalización en el Puesto de Salud de Tambo Inga, perteneciente al Distrito de Pachacamác en un intervalo de nueve meses aproximadamente.

Posteriormente, se presentó la oportunidad de participar en un concurso abierto para nombramiento en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, tuve la oportunidad de iniciar mis labores en mencionado hospital desde el 1996, iniciando mis labores en el Servicio de Medicina Pediátrica, por un año. En el año 1997 inicia mis labores en el Servicio de Puerperio por un periodo de cuatro años. motivada por los nuevos conocimientos y mi poca experiencia durante mi formación en centro quirúrgico realizando un curso de Instrumentación Quirúrgica lo que motivo mi transferencia en el año 2000, al centro quirúrgico de Emergencia, hasta la actualidad, asumiendo la labor de enfermera asistencial, la cual su atención es enfocada a todos los pacientes de la provincia constitucional del callao y a nivel nacional, las veinticuatro horas del día los 365 días del año sin interrupción.

### **3.3. Procesos Realizados en el tema del informe**

El servicio de Sala de Operaciones Emergencia, donde me desempeño desde el año 2000 hasta la actualidad, es un servicio que cuenta con 3 salas, su equipamiento respectivo, se atiende un promedio de 7 a 12 pacientes por cada turno de las cuales más del 50 %, son pacientes gineco – obstétricos. Brindando los cuidados de



enfermería en el pre operatorio inmediato, trans operatorio y el post operatorio inmediato. Desarrollando un papel transcendental en Enfermera I y Enfermera II. El equipo multidisciplinario la conforma: 01 enfermera jefa del servicio, 15 enfermeras y 10 técnicos en enfermería.

Se brinda cuidados a pacientes quirúrgicos adultos y neo - pediátricos que requieren de una intervención quirúrgica de diferentes especialidades; en la especialidad de cirugía general realizamos apendicectomías, colecistectomías, laparotomías exploratorias por eventración, obstrucción intestinal, peritonitis, trauma abdominal por proyectil de arma de fuego y/o arma blanca, en la especialidad de traumatología, reducción cruenta, incruenta y osteosíntesis en fracturas, amputaciones, cura quirúrgica, entre otras; en la especialidad de neurocirugía, aneurisma cerebral, evacuación de hematoma intracerebral, derivación ventrículo peritoneal, entre otras; en cirugía pediátrica, apendicetomías, laparotomía exploratoria por peritonitis, obstrucción intestinal, hernia inguinal o umbilical, cirugía de cabeza y cuello, más frecuente las traqueotomías, exceresis de tumor y no menos importante en la especialidad de ginecología: se realizan cesáreas programadas y de emergencia, laparotomías exploratoria por embazo ectópico, quiste de pedículo torcido, salpingectomías, ooforectomía bilateral, Aspiración Manual Endouterina, Legrado, Histerectomías, entre otras.

Además, cuenta con jefatura de enfermería, staff de enfermería, staff de médicos cirujanos, staff de médicos anestesiólogos, sala de trabajo, almacén y ropería.

Cabe señalar que cuando ingrese al servicio se utilizaban cuadernos de registro para anotar el cuidado brindado al paciente lo que demandaba mucho tiempo y no permitía hacer seguimiento del cuidado intraoperatorio, ni constaba en ningún lugar el trabajo realizado por la enfermera de sala de operaciones, asimismo como se

maneja gran cantidad de instrumental y equipos no se realizaba el seguimiento con ningún registro, en el transcurrir de los años a través de la nueva jefatura se ha implementado hoja de registro intraoperatorio de enfermería según la teoría de enfermería de Virginia Henderson, aprobada por la dirección la que se anexa a la historia clínica del paciente y es usada en todos los centros quirúrgicos del hospital.

La enfermera dentro del centro quirúrgico cumple diferentes funciones entre ellas tenemos:

#### ***FUNCIONES ADMINISTRATIVAS:***

- ❖ Recibo y entrego el reporte verbal y escrito.
- ❖ Realizo trámites administrativos en ausencia de la Enfermera Jefe.
- ❖ Verifico y reviso que el paciente entre al quirófano con historia clínica completa, exámenes pre quirúrgico, consentimiento informado firmado, consentimiento informado para transfusiones sanguíneas, imágenes diagnósticas.
- ❖ Controlo el material quirúrgico existente.
- ❖ Abastecimiento oportuno de materiales e insumos a centro quirúrgico.
- ❖ Mantengo actualizados y ordenados los registros de enfermería.
- ❖ Realizo la estadística en el cuaderno de registros del servicio las intervenciones quirúrgicas que se susciten en el turno.
- ❖ Superviso al personal de limpieza que labora en Centro Quirúrgico al personal Profesional y No Profesional en cumplimiento de medidas de Bioseguridad.

## **FUNCIONES ASISTENCIALES ENFERMERA CIRCULANTE**

- ❖ Planeo, determino, organizo y compruebo los recursos materiales y las condiciones del ambiente quirúrgico antes, durante y después del acto operatorio.
- ❖ Coordino acciones con el grupo quirúrgico y otros, antes y después del acto operatorio para lograr la atención integral del paciente.
- ❖ Evalúo al paciente para evaluar su constitución física y preveer el instrumental adecuado para la intervención.
- ❖ Informarse si el paciente es portador de enfermedades infectocontagiosas y para tomar medidas adecuadas de bioseguridad.
- ❖ Recepción del paciente a ser intervenido y verifica su identidad según procedimientos establecidos. (ver anexo 1).
- ❖ Aseguro el buen funcionamiento del equipo de electro bisturí.
- ❖ Reviso y verifico los equipos biomédicos, insumos y material del quirófano.
- ❖ Coordino con el anesthesiólogo para el pase del paciente programado.
- ❖ Proporciono el instrumental adecuado a la enfermera I, según tiempos operativos.
- ❖ Posicionamiento al paciente en la posición quirúrgica necesaria, brindándole la máxima seguridad y evitando complicaciones.
- ❖ Aplicación de la lista de chequeo de acuerdo a las normas establecidas para la seguridad del paciente con el equipo quirúrgico(ver anexo 7)
- ❖ Colocación de la placa de retorno al paciente.
- ❖ Ilumina el campo operatorio con las lámparas cialíticas y las moviliza según sea la necesidad.
- ❖ Realizo la limpieza de la zona operatoria.(ver anexo 4)

- ❖ Recibo los extremos no estériles de las cánulas de aspiración, electro bisturí para conectarlos a las unidades respectivas.
- ❖ Coordino acciones con el equipo quirúrgico antes y durante el acto operatorio, proporcionando en forma oportuna insumos o instrumental requerido.
- ❖ Evalúo permanentemente el estado de salud del paciente.
- ❖ Colaboro con el anestesiólogo en procedimientos especiales imprevistos.
- ❖ Participo conjuntamente con la enfermera I en el conteo de gasa e instrumental antes, durante y al finalizar la cirugía según técnica establecida e informa al cirujano y anestesiólogo.
- ❖ Recibo la muestra para estudio anatómico- patológico de la enfermera I, la fija con formol al 10 % la rótula y la almacena para su posterior envío.
- ❖ Coordino el apoyo intra operatorio según sea requerido: radiología y laboratorio.
- ❖ Coordino con el anestesiólogo la solicitud y administración de sangre o hemoderivados.
- ❖ Participo en la elaboración del balance hídrico, teniendo en cuenta la cantidad de soluciones administradas al paciente, la diuresis, la cantidad de sangre perdida durante la cirugía.
- ❖ Superviso al personal técnico de enfermería y de limpieza en las labores de preparación del quirófano.
- ❖ Colaboro con la capacitación del personal nuevo en instrumentación, alumnos de enfermería e internos de medicina.
- ❖ Mantengo y hace respetar las normas de bioseguridad en el quirófano.
- ❖ Al finalizar el turno realizo el reporte de enfermería: del acto quirúrgico, funcionamiento de equipos y programaciones quirúrgicas pendientes.

- ❖ Responsable de la atención post mortum conjuntamente con el técnico de enfermería.
- ❖ Responsable conjuntamente con el medico anesthesiologo de trasladar al paciente post operado que es transferido a URPA.

#### **FUNCIONES ASISTENCIALES ENFERMERA INSTRUMENTISTA**

- ❖ Realizo el lavado de manos quirúrgico previo a la cirugía.
- ❖ Vestir con el mandil estéril y calzarse los guantes según técnica establecida.
- ❖ Verifico la esterilización del instrumental, ropa y equipos mediante el indicador interno.
- ❖ Inicio la preparación de las mesas quirúrgicas, instrumental y equipos para la cirugía programada.
- ❖ Respeto el orden jerárquico: cirujano, primer ayudante, segundo ayudante, interno. Para la vestimenta quirúrgica.
- ❖ Responsable del mantenimiento del orden del campo quirúrgico.
- ❖ Prevengo la contaminación del campo quirúrgico mediante el estricto ejercicio de una técnica aséptica.
- ❖ Realizo la función de instrumentadora quirúrgica en la cirugía de inicio a fin.(ver anexo 6).
- ❖ Realizo el conteo de gasas e instrumental antes, durante y al finalizar la cirugía según técnica establecida.

#### **FUNCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

- ❖ Participación en las reuniones de servicio, ya sea informativa o de capacitación.
- ❖ Realizo inducción y supervisión a los profesionales de enfermería de pre y pos grado.
- ❖ Sesiones educativas de acuerdo al cronograma del servicio.

- ❖ Implementación de herramientas para informatizar el registro de enfermería intraoperatorio en programa ACES.
- ❖ Implementación de registro informatizado del registro de cirugías realizadas para elaborar indicadores propios de enfermería en coordinación con la jefatura.

#### IV. RESULTADOS

TABLA N°1:

#### NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR ESPECIALIDADES - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – 2015

Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2015													Total	%
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic			
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA	97	91	102	95	114	119	110	97	101	149	99	94	1267	38%	
OTRAS ESPECIALIDADES	161	138	162	160	181	159	155	166	224	189	159	168	2023	62%	
TOTAL	258	229	264	255	295	278	265	263	325	338	258	262	3290	100%	

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015

En la tabla se observa que el número de intervenciones quirúrgicas en Ginecología – Obstétrica en el 2015, es de 1267 cirugías con un 38% y las intervenciones de otras especialidades son un total de 2023 cirugías con un 62%.

**GRÁFICO N°1:**

**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR ESPECIALIDADES - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – 2015**



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015



**TABLA N°2:**

**NÚMERO DE PACIENTES OPERADOS EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN- 2016**

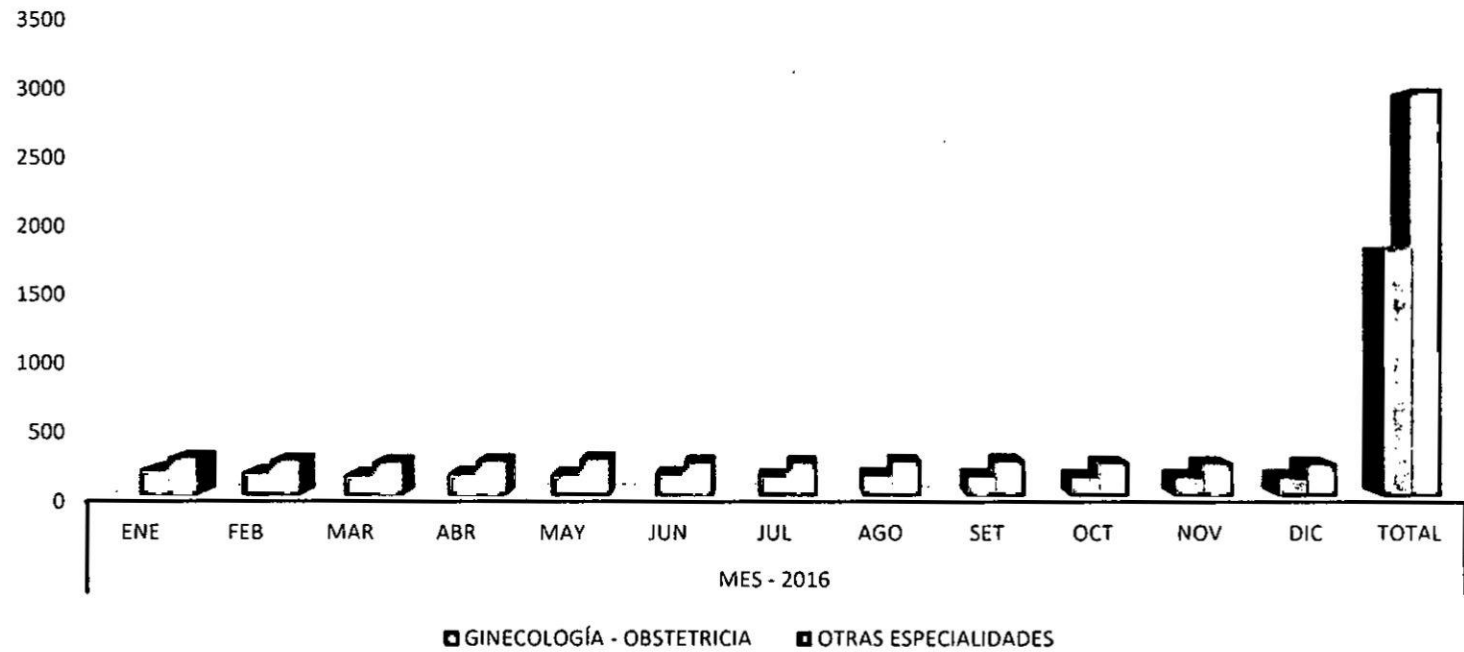
Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2016													Total	%
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic			
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA	91	91	96	95	115	94	96	102	107	102	97	98	1182	39%	
OTRAS ESPECIALIDADES	187	168	148	159	155	159	147	154	149	143	143	139	1845	61%	
<b>TOTAL</b>	<b>278</b>	<b>259</b>	<b>244</b>	<b>254</b>	<b>270</b>	<b>245</b>	<b>243</b>	<b>256</b>	<b>256</b>	<b>245</b>	<b>240</b>	<b>237</b>	<b>3027</b>	<b>100%</b>	

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2016

En la tabla se observa que el número de intervenciones quirúrgicas en Ginecología – Obstétrica en el 2016, es de 1182 cirugías con un 39% y las intervenciones de otras especialidades son un total de 1845 cirugías con un 61%.

**GRÁFICO N°2:**

**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR ESPECIALIDADES - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – 2016**



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2016

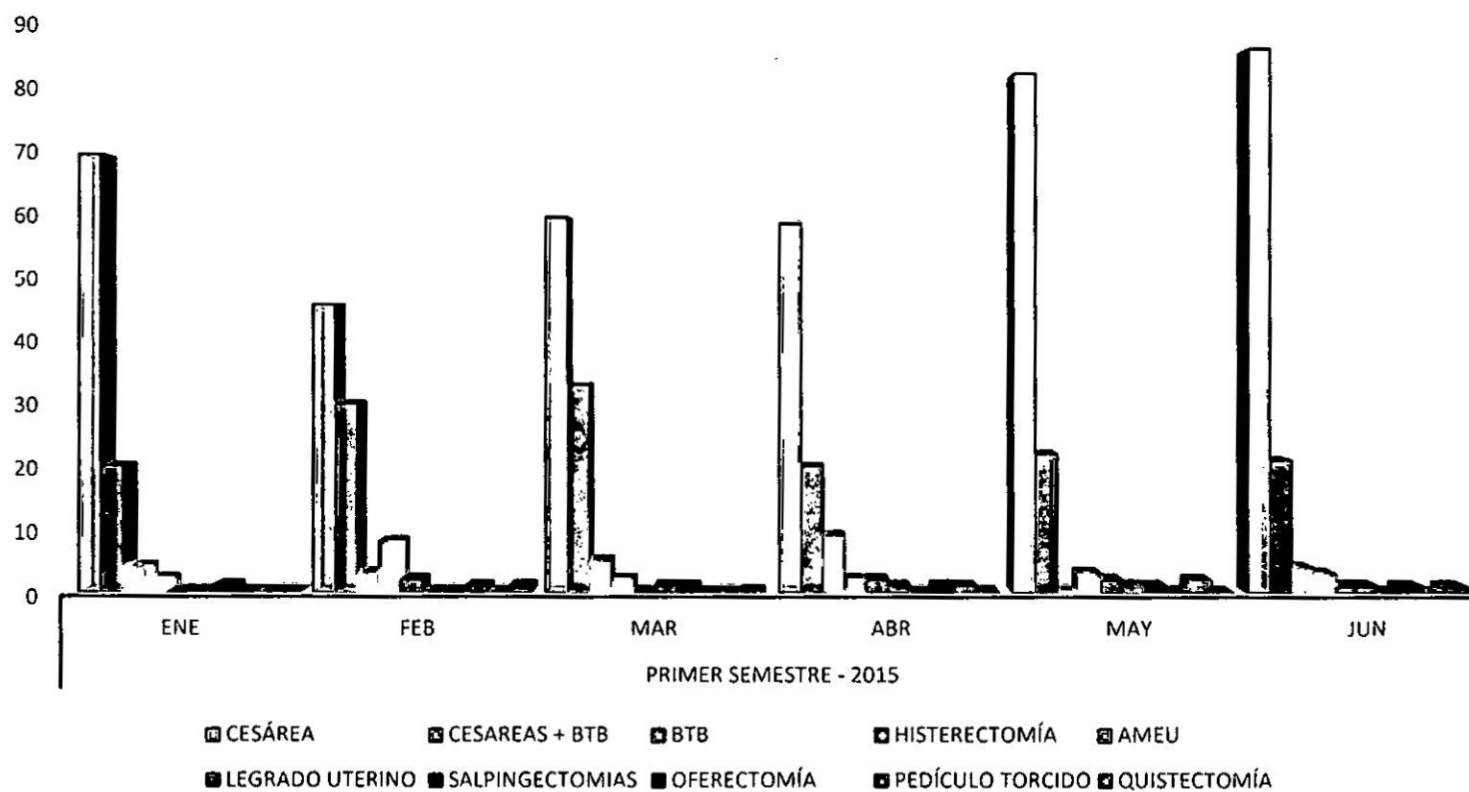
**TABLA N° 3:**  
**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, PRIMER SEMESTRE DEL 2015.**

Número de cirugía Gineco - Obstétrica	PRIMER SEMESTRE - 2015												TOTAL	%
	Ene	%	Feb	%	Mar	%	Abr	%	May	%	Jun	%		
CESÁREA	70	73%	46	51%	60	59%	59	63%	83	73%	87	74%	405	65%
CESAREAS + BTB	20	20%	30	33%	33	33%	20	21%	22	20%	21	17%	146	23%
BTB	4	4%	3	3%	5	5%	9	9%	0	0	4	3%	25	4%
HISTERECTOMÍA	2	2%	8	9%	2	1%	2	2%	3	3%	3	2%	20	2%
AMEU	0	0	2	2%	0	0	2	2%	2	1%	1	1%	7	1%
LEGRADO UTERINO	0	0	0	0	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	4	1%
SALPINGECTOMIAS	1	1%	0	0	1	1%	0	0	1	1%	0	0	3	1%
OFERECTOMÍA	0	0	1	1%	0	0	1	1%	0	0	1	1%	3	1%
PEDÍCULO TORCIDO	0	0	0	0	0	0	1	1%	2	1%	0	0	3	1%
QUISTECTOMÍA	0	0	1	1%	0	0	0	0	0	0	1	1%	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>	<b>618</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015

En la tabla se observa que la cirugía que se realiza con más frecuencia son las cesáreas con un 65%, seguida de las cesáreas + BTB con un 23% en el primer semestre del año 2015.

**GRÁFICO N° 3:  
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, PRIMER SEMESTRE DEL 2015.**



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2015

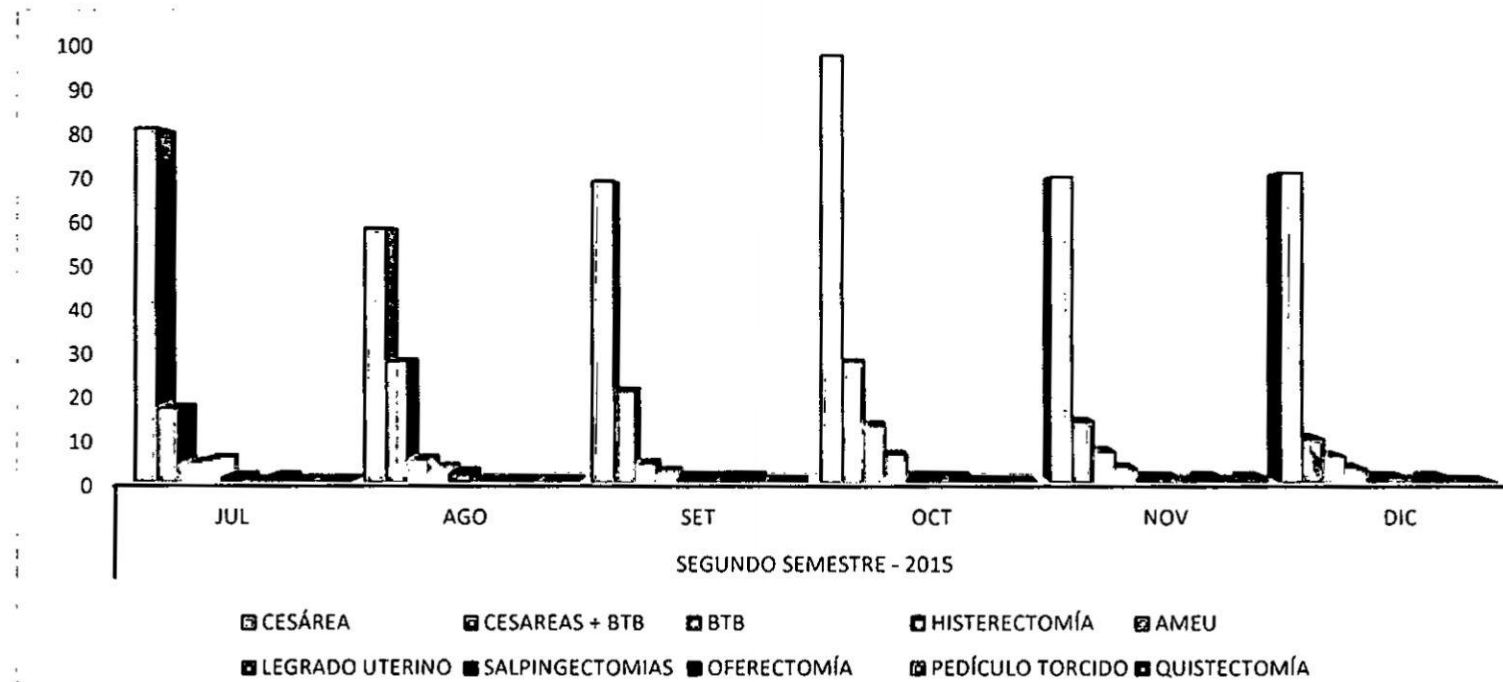
**TABLA N° 4:**  
**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2015.**

Número de cirugía Gineco - Obstétrica	SEGUNDO SEMESTRE - 2015												TOTAL	%
	Jul	%	Ago	%	Set	%	Oct	%	Nov	%	Dic	%		
CESÁREA	82	75%	59	61%	70	70%	99	67%	71	72%	72	74%	453	69%
CESAREAS + BTB	17	16%	28	29%	21	21%	28	18%	14	14%	10	12%	118	18%
BTB	4	3%	5	5%	4	4%	13	8%	7	7%	6	7%	39	6%
HISTERECTOMÍA	5	4%	3	3%	2	1%	6	4%	3	3%	3	4%	22	2%
AMEU	1	1%	2	2%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	7	1%
LEGRADO UTERINO	0	0	0	0	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	4	1%
SALPINGECTOMIAS	1	1%	0	0	1	1%	1	1%	0	0	0	0	3	1%
OFERECTOMÍA	0	0	0	0	1	1%	0	0	1	1%	1	1%	3	1%
PEDÍCULO TORCIDO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QUISTECTOMÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1%	0	0	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>650</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015

En la tabla se observa que la cirugía que se realiza con más frecuencia son las cesáreas con un 69%, seguida de las cesáreas + BTB con un 18% en el segundo semestre del año 2015.

**GRÁFICO N° 4:**  
**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2015.**



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2015

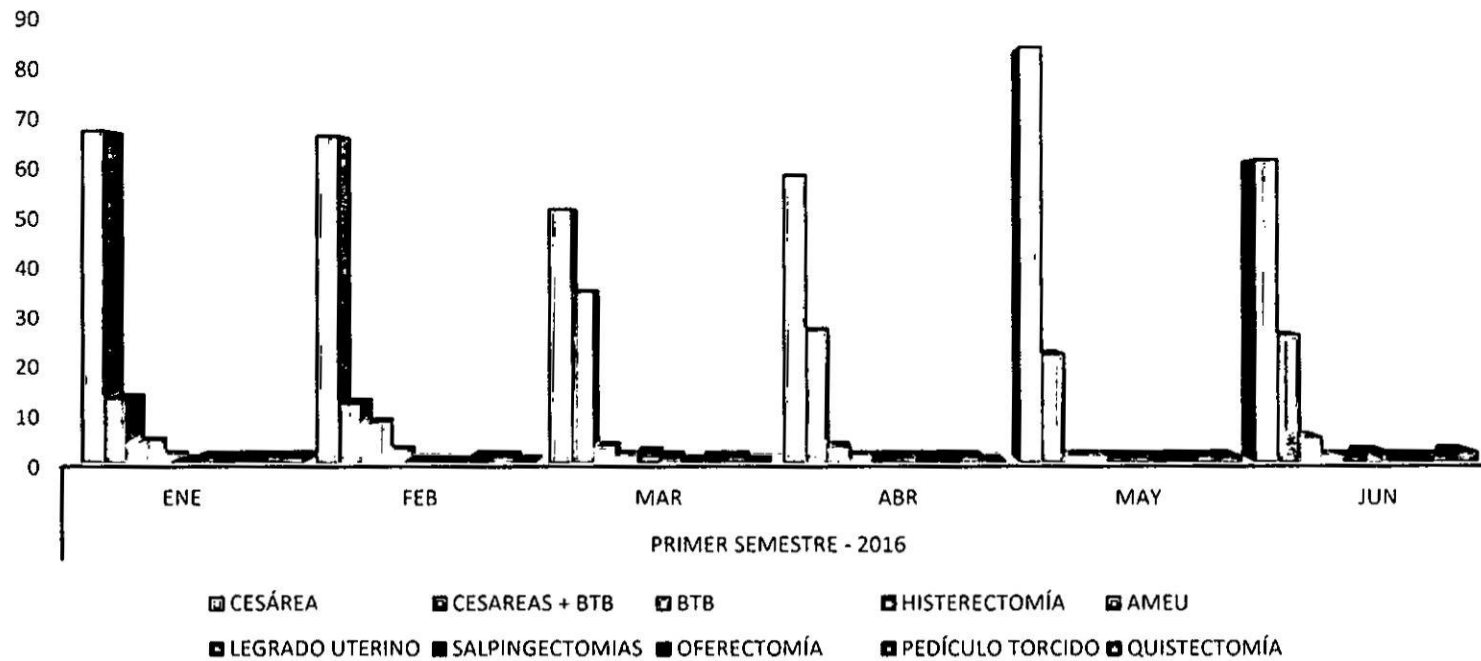
**TABLA N° 5:**  
**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, PRIMER SEMESTRE DEL 2016.**

Número de cirugía Gineco - Obstétrica	PRIMER SEMESTRE - 2016												TOTAL	%
	Ene	%	Feb	%	Mar	%	Abr	%	May	%	Jun	%		
CESÁREA	68	77%	67	75%	52	55%	59	63%	85	75%	62	63%	393	67%
CESAREAS + BTB	13	13%	12	13%	35	36%	27	28%	22	17%	26	23%	135	22%
BTB	4	4%	8	8%	3	3%	3	3%	1	1%	5	5%	24	4%
HISTERECTOMÍA	1	1%	2	2%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	7	1%
AMEU	0	0	0	0	2	2%	1	1%	1	1%	1	1%	5	1%
LEGRADO UTERINO	1	1%	0	0	1	1%	1	1%	1	1%	2	2%	6	1%
SALPINGECTOMIAS	1	1%	0	0	0	0	1	1%	1	1%	1	1%	4	1%
OFERECTOMÍA	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	6	1%
PEDÍCULO TORCIDO	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	6	1%
QUISTECTOMÍA	1	1%	0	0	0	0	0	0	1	1%	2	2%	4	1%
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>	<b>95</b>	<b>100%</b>	<b>115</b>	<b>100%</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>590</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2016

En la tabla se observa que la cirugía que se realiza con más frecuencia son las cesáreas con un 67%, seguida de las cesáreas + BTB con un 22% en el primer semestre del año 2016.

**GRÁFICO N° 5:  
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, PRIMER SEMESTRE DEL 2016.**



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2016



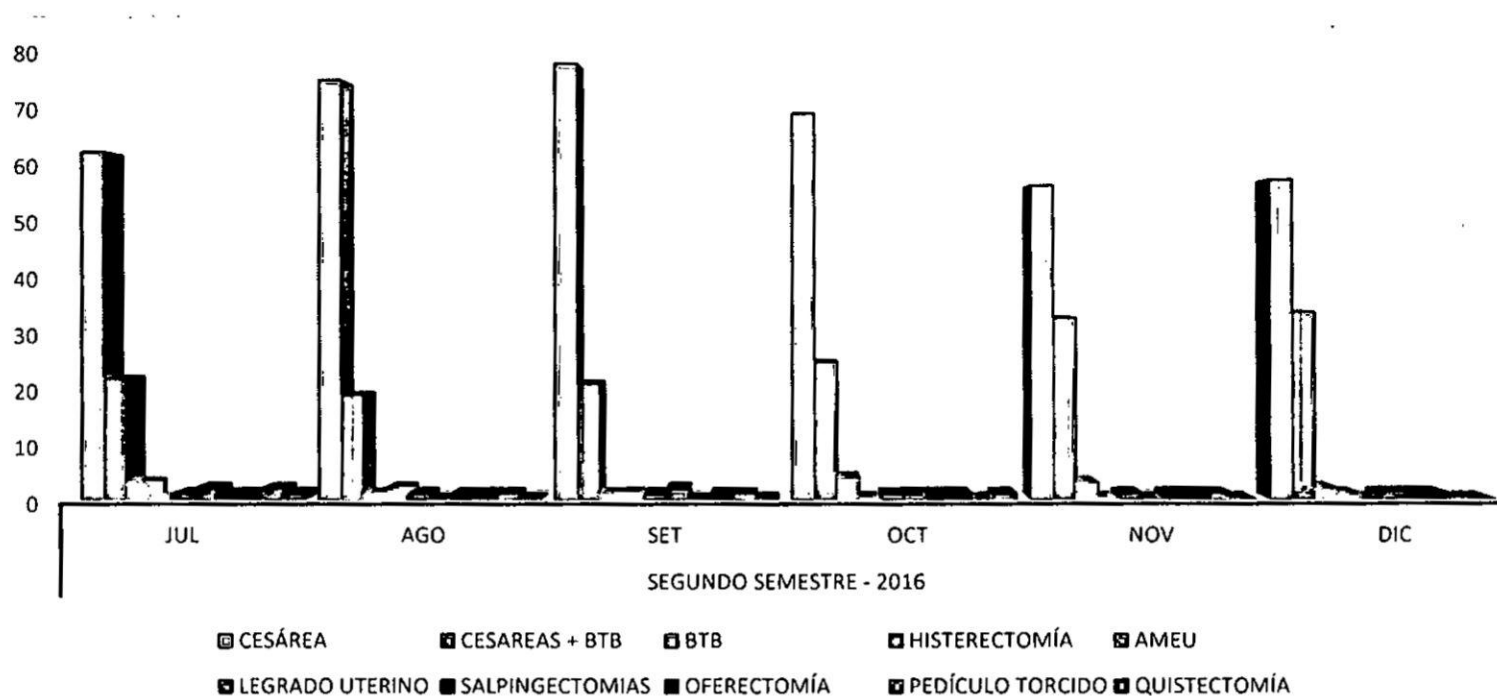
**TABLA N° 6:**  
**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016.**

Número de cirugía Gineco - Obstétrica	SEGUNDO SEMESTRE - 2016												TOTAL	%
	Jul	%	Ago	%	Set	%	Oct	%	Nov	%	Dic	%		
CESÁREA	63	66%	76	76%	79	74%	70	68%	57	58%	58	59%	403	67%
CESAREAS + BTB	22	23%	19	19%	21	20%	25	24%	33	35%	34	35%	154	24%
BTB	3	3%	1	1%	1	1%	4	3%	3	3%	2	2%	14	2%
HISTERECTOMÍA	0	0	2	2%	1	1%	0	0	0	0	1	1%	4	1%
AMEU	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	0	0	5	1%
LEGRADO UTERINO	2	2%	0	0	2	1%	1	1%	0	0	1	1%	6	1%
SALPINGECTOMIAS	1	1%	1	1%	0	0	1	1%	1	1%	1	1%	5	1%
OFERECTOMIA	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	6	1%
PEDÍCULO TORCIDO	2	2%	1	1%	1	1%	0	0	1	1%	0	0	5	1%
QUISTECTOMÍA	1	1%	0	0	0	0	1	1%	0	0	0	0	2	1%
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>100%</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>	<b>102</b>	<b>100%</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>593</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2016

En la tabla se observa que la cirugía que se realiza con más frecuencia son las cesáreas con un 67%, seguida de las cesáreas + BTB con un 24% en el segundo semestre del año 2016.

**GRÁFICO N° 6:  
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GINECO OBSTÉTRICAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, SEGUNDO SEMESTRE DEL 2016.**



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2016

**TABLA N° 7**  
**MOTIVOS DE RETRASO DE CIRUGÍAS EN PACIENTES**  
**QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DE DE**  
**EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – 2015**

<b>AÑO</b>	<b>MOTIVOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>2015</b>	<b>Falta de insumos quirúrgicos</b>	<b>34</b>	<b>32%</b>
	<b>Falta de equipos biomédicos</b>	<b>25</b>	<b>23%</b>
	<b>Falta de camas en recuperación</b>	<b>24</b>	<b>22%</b>
	<b>Incidentes en el preoperatorio</b>	<b>13</b>	<b>12%</b>
	<b>Cirugía anterior prolongada</b>	<b>12</b>	<b>11%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>108</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión – 2015.

En la tabla se observa que en el año 2015 el principal motivo de suspensión de cirugía a pacientes quirúrgicos en el Servicio de Sala de Operaciones de Emergencia fue la falta de insumos con un 31%, seguida de la falta de equipos biomédicos con un 23%.

**TABLA N° 8**  
**MOTIVOS DE RETRASO DE CIRUGÍAS EN PACIENTES**  
**QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DE DE**  
**EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – 2016**

<b>AÑO</b>	<b>MOTIVOS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>2016</b>	<b>Falta de insumos quirúrgicos</b>	<b>42</b>	<b>24%</b>
	<b>Falta de equipos biomédicos</b>	<b>40</b>	<b>23%</b>
	<b>Falta de camas en recuperación</b>	<b>37</b>	<b>22%</b>
	<b>Incidentes en el preoperatorio</b>	<b>28</b>	<b>16%</b>
	<b>Cirugía anterior prolongada</b>	<b>26</b>	<b>15%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>173</b>	<b>100%</b>

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2016.

En la tabla se observa que en el año 2016 el principal motivo de retraso de cirugía a pacientes quirúrgicos en el Servicio de Sala de Operaciones de Emergencia fue la falta de insumos quirúrgicos con un 24% , la falta de equipos biomédicos con un 23%.

**TABLA N°9****LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN – 2015**

Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2015													Total	%
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic			
CIRUGÍAS REALIZADAS	258	229	264	255	295	278	265	263	325	338	258	262	3290	100%	
LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA	258	229	264	255	295	278	265	263	325	338	258	262	3290	100%	

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015

En la tabla se observa que el número de cirugías realizadas es de 3290 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que la realización de la lista de verificación segura es de 3290 con un 100% en el año 2015.

**TABLA N°10**

**LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN – 2016**

Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2016													Total	%
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic			
CIRUGÍAS REALIZADAS	278	259	244	254	270	245	243	256	256	245	240	237	3027	100%	
LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA	278	259	244	254	270	245	243	256	256	245	240	237	3027	100%	

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2016

En la tabla se observa que el número de cirugías realizadas es de 3027 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que la realización de la lista de verificación segura es de 3027 con un 100% en el año 2016.

**TABLA N°11**

**NUMERO DE CIRUGIAS INSTRUMENTADAS - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL  
DANIEL ALCIDES CARRIÓN – 2015**

Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2015													
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total	%
CIRUGÍAS INSTRUMENTADAS	58	39	64	55	95	75	55	63	75	78	68	72	797	33%
TOTAL DE CIRUGÍAS	258	229	264	255	295	278	265	263	325	338	258	262	3290	100%

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015

En la tabla se observa que el número de cirugías realizadas es de 3290 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que la cirugías instrumentadas es de 797 intervenciones con un 33% en el año 2015.

**TABLA N°9**

**LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO DE EMERGENCIA HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN – 2016**

Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2016													
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total	%
CIRUGÍAS INSTRUMENTADAS	68	59	64	54	60	75	93	86	86	75	90	87	984	36%
TOTAL DE CIRUGÍAS	278	259	244	254	270	245	243	256	256	245	240	237	3027	100%

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2016

En la tabla se observa que el número de cirugías realizadas es de 3027 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que las cirugías instrumentadas es de 984 intervenciones con un 36%



## V. CONCLUSIONES

Al realizar el informe se concluye lo siguiente:

- a) La mayoría de las cirugías atendidas en centro quirúrgico de emergencia son las de la especialidad de ginecoobstetrica en relación a las otras especialidades, tanto en el año 2015 como 2016.
- b) Los motivos de retraso de cirugías en pacientes quirúrgicos del servicio de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión son considerables e importantes de analizar debido a la falta materiales biomédicos y la falta de equipos biomédicos.
- c) Existe un numero insuficiente de profesionales especialistas que garanticen la instrumentación de todas las cirugías, que deben ser instrumentadas y circuladas por profesionales de enfermería.
- d) Se evidencia en la gran mayoría de cirugías son cesáreas.
- e) La enfermera cumple con las funciones asistencial, administrativa y de docencia e investigación.
- f) La enfermera circulante es la coordinadora en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura dando cumplimiento a la implementación hecha por el ministerio de salud.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Implementar medidas que aseguren el abastecimiento de materiales biomédicos para la atención de los pacientes que son ingresados como prioridad I
- b) Implementar con equipos biomédicos el centro quirúrgico de emergencia para atender sin contratiempos a pacientes que acuden a este servicio.
- c) Gestionar con las personas competentes para Implementar la dotación de recursos humanos y materiales como factor prioritario, para el mejorar la calidad del cuidado del paciente quirúrgico.
- d) Contar con materiales biomédicos para la atención de la madre gestante y el RN.
- e) La enfermera es un miembro importante dentro del equipo quirúrgico su participación asegura una atención humana y de calidad de los pacientes
- f) Continuar aplicando el listado de verificación de cirugía con la participación del todo el equipo quirúrgico, para evitar eventos adversos.

## VII. REFERENCIALES

1. Concha Melendrez Rommy. Garantizando y mejorando la atención de un parto humano y seguro. Monografias. 2010;12:26.
2. organo de la OMS. OMS - Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 17 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
3. DIRESA. Plan Operativo del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico. Perú; [citado 17 de marzo de 2017]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/09Operativo/poi/POA%202005%20DAC.pdf>
4. Recari E OL, Lara J.A. Complicaciones de la Cirugía Ginecológica. Navarra. 2009;32(1):2-3.
5. Aguirre, H. Evaluación y Garantía de la calidad de la atención médica. 33.<sup>a</sup> ed. Mexico: Salud Pública; 1991.
6. Moreno, Javier. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. Rev Cesco de Derecho de Consumo. 2013;(N°8).
7. Saenz Cantero Viviana. Morbilidad de la operación Cesárea. [Internet]. [Asia Occidental]: Univesidad de Kuwait; 2004 [citado 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/234/1/TUAMEQ03-2015.pdf>

8. McMahon MJ. Luther ER. Bowes WA. Olshan AF. Complicaciones en pacientes sometidas a cesáreas, Washington. 1996;2:335.
9. Moreno Alemán Javier. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos Jurídicos positivos de la implementación del check list o Lista de Verificación Segura. Uclm. 2013;8.
10. Ortiz Heidy Yanira. Factores contribuyentes y determinantes de infección de herida operatoria. [Hospital Nacional de Puerto Barrios Kjell Eugenio Laugerud García]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2005.
11. Recari. E, Lara. J.A, Oroz L.C. Complicaciones de la cirugía ginecológica del Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Scielo. 2009;32(Supl. 1):14.
12. Lyell D.J. Adherencias y complicaciones perioperatorias por cesárea. Obstet Gynecol. 2011;6:70.
13. Mozo Valdivieso Eva Gloria. Morbilidad Diferencial en las Cesareas anteriores. Madrid. 2014;1:70.
14. Tamayo GJG. Comparación entre cesárea Misgav - Ladach y cesárea tradicional. [Hospital Nacional de México]: Univesidad Nacional de México; 2008.
15. José Villanueva Fernando. Factores de riesgo asociados a endometritis e infección de herida operatoria post cesárea en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2002. [Hospital Nacional Bartolomé Herrera]: Univesidad Nacional Mayor de San Marcos; 25.
16. Castillo Cols Teresa. Costo de Infecciones asociadas a Cesáreas. [Hospital Nacional Sergio Bernales.]; 1999.

# **ANEXOS**

Anexo 1

RECEPCIÓN DEL PACIENTE



Fuente: Propia

Anexo 2

PARTICIPACIÓN EN LA INDUCCIÓN DE ANESTESIA



Fuente: Propia

Anexo 3

PREPARACIÓN DE LA ZONA OPERATORIA



Fuente: Propia



Anexo 4

LAVADO DE LA ZONA OPERATORIA



Fuente: Propia

Anexo 5

PREPARACIÓN DEL CAMPO ESTÉRIL



Anexo 6

PARTICIPACIÓN DE LA CIRUGÍA EN EL CAMPO OPERATORIO



Fuente: Propia

## Anexo 7

### REALIZANDO LA LISTA DE VERIFICACIÓN



Fuente: Propia