

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS 2013 - 2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

LICENCIADA: MARTHA BERAÚN HUAPAYA

**Callao, 2016
PERÚ**



HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ MG. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | PRESIDENTE |
| ➤ MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| ➤ MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ | VOCAL |

ASESORA: MG. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMAN

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 010

Fecha de Aprobación de tesis: 29 de Noviembre del 2016

Resolución Decanato N° 1565-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | 02 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 03 |
| 1.1. Descripción de la situación problemática | 03 |
| 1.2. Objetivos | 05 |
| 1.3. Justificación | 05 |
| II. MARCO TEÓRICO | 06 |
| 2.1. Antecedentes | 06 |
| 2.2. Marco Conceptual | 11 |
| 2.3. Definiciones de términos | 28 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 29 |
| 3.1. Recolección de datos | 29 |
| 3.2. Experiencia Profesional | 29 |
| 3.3. Procesos realizados en el Tema del informe | 36 |
| IV. RESULTADOS | 41 |
| V. CONCLUSIONES | 55 |
| VI. RECOMENDACIONES | 56 |
| VII. REFERENCIALES | 57 |
| ANEXOS | 63 |

INTRODUCCIÓN

La septoplastia es la cirugía con mayor frecuencia para la corrección de la desviación septal, constituye una necesidad para el profesional de enfermería en el área quirúrgica, que está en contacto directo y continuo al paciente sometido a esta intervención, brindar un cuidado oportuno seguro y especializado, garantizando así su recuperación óptima ante esta experiencia quirúrgica. Incrementando habilidades y destrezas en la comunicación con el paciente sobre todo el saber identificar sus temores, miedos y cuándo un paciente presenta algún tipo de complicaciones.

De ahí que, este Informe de Experiencia Profesional en el área de Cirugía de Otorrinolaringología Hospital III Suarez Angamos 2013-2015, tiene como objetivo Describir la experiencia profesional y contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado de enfermería en la especialidad de otorrinolaringología, para ello, se realiza un informe de tipo descriptivo y transversal, estructurado en siete capítulos; el primer capítulo Referido al problema, contiene el Planteamiento del problema, el Objetivos del informe y justificación del mismo. En el segundo Capítulo se desarrolla el Marco Teórico que incluye los Antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las cuales sustentan y explican los cuidados en el actuar de enfermería y la Definición de términos que permite aclarar mejor el problema. En el tercer capítulo se desarrolla la Presentación del caso o Situación Profesional Relevante el cual incluye la Fase de recolección de datos y la Fase de tratamiento. El cuarto capítulo presenta los Resultados del informe e interpretación de los mismos obtenidos de la información lograda. EL quinto capítulo contendrá las conclusiones del informe. El sexto capítulo las Recomendaciones derivadas de los resultados. Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas que sirvieron de apoyo para la realización de este informe y los anexos inherentes a la misma.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Este informe refleja mi experiencia en centro quirúrgico en la especialidad de otorrinolaringología describiendo la problemática del servicio con referencia a la especialidad quirúrgica.

A nivel internacional, en el Hospital "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca, se realizan aproximadamente 700 cirugías en el área de Otorrinolaringología por año, de las cuales 230 cirugías (33%) corresponden a septoplastia y en un estudio con 90 pacientes, el sexo masculino se encuentra mayormente afectado con un 67.3%. Un 77.5% de los pacientes con obstrucción nasal pertenecen al grupo de adultos jóvenes, edades entre 20 y 44 ¹.

A nivel nacional en un estudio realizado en 32 pacientes postoperados de septoplastia en el Hospital Alberto Sabogal, el 84.4% son del sexo masculino, las características de los cometes en el 90.6 por ciento fue hipertrófico y los problemas nasales antes de la cirugía en el 100% fue la obstrucción nasal ².

A nivel local, en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital III Suárez Angamos la frecuencia de las cirugías de otorrino es variable al cabo de años se ha manejado de cirugías menores a las de mediana complejidad. Según datos de la Unidad de Estadística del Hospital III Suárez Angamos reporta que se operaron 315 cirugías en el área de Otorrinolaringología en el año 2013, de las cuales 227 cirugías (63.34%) corresponden a septoplastia, 278 en el año 2014, de las cuales 199 (71.58%) corresponden a septoplastias, 341 pacientes en el 2015 de los cuales 216 (63.34%) corresponden a septoplastias.

El servicio de Centro Quirúrgico del Hospital III Suárez Angamos se encuentra ubicado en el 7º piso del hospital; cuenta con un ambiente para la preparación del paciente quirúrgico, con 4

quirófanos, en donde se realizan operaciones en diferentes especialidades, como son: Cirugía, Ginecología, Urología, Oftalmología, Traumatología y Otorrinolaringología, y una unidad de recuperación post anestesia (URPA). Cuenta con 28 Lic. En enfermería, de las cuales 17 tienen la especialidad en centro quirúrgico, 8 están llevando la especialidad y 3 asistenciales con experiencia en los procedimientos de las intervenciones quirúrgicas por especialidades, que rotan entre una especialidad y otra constantemente, y por el área de recuperación, no hay enfermera permanente por especialidad.

El cuidar es la esencia de la enfermería, por lo cual se realiza con una serie de acciones destinadas a proteger al ser humano o grupos de personas con afecciones físicas, psíquicas reales o potenciales con la finalidad de mejorar o aliviar sus molestias y dolencias generadas por el proceso de la enfermedad³. Así también un evento quirúrgico implica que la persona no se pueda cuidar por sí sola, se incrementa su estrés y temor adicionando el dolor de la cirugía.

La otorrinolaringología es una disciplina de la medicina que se ocupa de las enfermedades de las vías respiratorias y digestivos superiores, tres órganos de los sentidos (el gusto, el oído y el olfato), el sistema vestibular central que se ocupa del equilibrio y el aparato de la fonación (las cuerdas Vocales)⁴.

De esta manera, la diversidad de patologías que aborda esta disciplina justifica el nombre tan largo que tiene, el cual se forma por la unión de cuatro vocablos: oto significa oído, rino quiere decir nariz, laringo se refiere a la laringe y, por último, logía significa ciencia o conocimiento⁴.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional y contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado de enfermería en la especialidad de otorrinolaringología Hospital III Suárez Angamos.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Considerando que toda cirugía implica un riesgo para el paciente y que todo paciente intervenido se enfrenta a muchos temores que originan la ansiedad frente a la cirugía.

La atención que recibe el paciente ha de ser, multidisciplinaria y de soporte a sus necesidades individuales. Para asegurar unos cuidados de calidad desde una perspectiva holística, prestando atención a todos los aspectos del individuo, es decir, tanto físico, como psicológicos y sociales ⁵.

A través de este informe, me permitirá dar a conocer y expresar la importancia de nuestro actuar como profesionales de la salud dentro del área del servicio de centro quirurgo, brindando de esta manera cuidados especializados en forma oportuna, segura y cada vez más humanizados a los pacientes intervenidos por la especialidad de otorrinolaringología, siendo beneficiados los pacientes de Es salud, con una buena experiencia por su paso por esta dependencia hospitalaria.

Difundir este informe de experiencia laboral, para que se conozca en el servicio de centro quirúrgico y permita mejorar cada vez más la calidad de atención del cuidado en el paciente quirúrgico de otorrinolaringología potenciando habilidades en le enfermera

II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

QUINTERO Ahilud. En el artículo de enfermería "CUIDADO HUMANIZADO COMO ESENCIA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA" Venezuela 2015 concluye, que el ser humano enfermo o sano, necesita ser amado, escuchado, comprendido, ser protegido para encontrar una explicación a la situación por la que está pasando. Además, está en el derecho de recibir una atención integral y de calidad. Por lo tanto, el cuidado humano es esencial en la Profesión de Enfermería, bajo criterios de conocimientos, ética, moral y humanismo por parte de cada Enfermero (a) para la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida. Unas de las mejores herramientas del cuidador es la capacidad de dar amor y entender al que sufre, de comprometerse e internalizar su dolor como nuestro, buscando resolver el problema más allá de la terapéutica médica. Por ello al brindar cuidados humanizados, exige al Profesional de Enfermería la vocación por su profesión, es decir llevar la práctica de Enfermería con amor, con nobleza, con compromiso tanto con el paciente como con el servicio, el deseo de ejercer con espíritu positivo, sin admitir la mediocridad. De esta manera una atención humanizada efectiva contribuye en gran medida a la curación del paciente, sobre todo en aéreas como son; cuidados intensivos, coronarios, trauma-shock, donde el paciente depende total o parcialmente de los cuidados del Profesional de Enfermería. Por otra parte, debemos velar por las nuevas generaciones, para que desarrollen o conserven la esencia del cuidado humano, donde permanezcan los valores éticos-morales promuevan una conducta asertiva, que generen cambios significativos en la praxis. Ya para finalizar el profesional de enfermería debe brindar cuidados humanizados de excelencia, para

honrar al ser humano, conservar fomentar la salud del individuo enfermo o sano, crecer como profesionales, ser autónomos en nuestro trabajo, crecer como persona y sentirse cada vez más satisfecho con nuestra labor. De esta manera explicar porque el cuidado humanizado deja de ser una ciencia médica para convertirse en una ciencia social⁶.

MELLADO LÓPEZ, Dolores en el estudio ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO España 2013, tuvo como objetivos: 1). Diferenciar los miembros que conforman el equipo quirúrgico, su subdivisión a su vez en miembros del equipo estéril y no estéril, así como las funciones que realizan, 2). Conocer cómo se organiza y coordina el trabajo de enfermería de quirófano en todo el periodo perioperatorio, 3). Explorar la importancia de los cuidados humanizados en el contexto quirúrgico. **Metodología:** Descriptivo Revisión bibliografía en bases de datos de Ciencias de la Salud (CUIDEN, ELSEVIER, SCIELO, NURE, CINHAL, MEDLINE), en diferentes manuales de enfermería de quirófano, en documentos oficiales del Ministerio de Sanidad y en páginas webs dedicadas al quirófano. Se ha descartado bibliografía superior a seis años, haciendo alguna excepción por falta de información y bibliografía más reciente. Concluyo que en el bloque quirúrgico es fundamental el trabajo en equipo. La organización y la coordinación son básicas para la consecución de los objetivos propuestos. Enfermería realiza actividades autónomas y de colaboración, además de poseer elevados conocimientos, actitudes y habilidades para prestar unos cuidados de calidad. Teniendo presente el factor humano y el eje principal de nuestros cuidados, la persona⁷.

LAGUADO Jaimes. En la revista Enfermería Global: "EL CUIDADO DE ENFERMERÍA ANTE LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS ESTÉTICOS" COLOMBIA 2015, cuyo objetivo de la investigación fue fundamentar las intervenciones de enfermería para el manejo de los síntomas desagradables en el posoperatorio de cirugías estéticas, de igual forma determinar las causas para realizarse los procedimientos.

Método: Revisión bibliográfica y documental en bases de datos SciELO, Scopus, Science Direct; se utilizan palabras claves como: cirugía, estética, educativo, ansiedad, dolor, cirugía plástica, cuidados, proceso quirúrgico, posoperatorio preoperatorio, educación, guía de atención, síntomas desagradables, enfermería.

Conclusiones: La cirugía estética es un campo emergente y poco abordado por parte de los profesionales de enfermería; entre las causas los estereotipos, el uso y la percepción que se tiene del cuerpo nunca se ha mantenido al margen de la propia condición corporal. La educación preoperatoria herramienta de enfermería para ayudar al afrontamiento del proceso en el posoperatorio; así como el apoyo social y familiar en esta persona es determinante, aumenta el afrontamiento y disminuye niveles de ansiedad y de igual forma brindar un proceso educativo a la familia ⁸.

ARTEAGA Gipsy, en el estudio "CUIDADOS PREOPERATORIOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE" MUNICIPIO NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO", Venezuela 2013. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo Determinar los cuidados preoperatorios de enfermería a pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía, Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" Municipio Naguanagua, Estado Carabobo; I semestre 2013.

Metodológicamente, el estudio se realizó bajo un diseño no experimental, tipo de campo, descriptiva. Las conclusiones a las que se llega con este estudio es que el personal de enfermería que labora en el servicio de cirugía del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" presenta debilidades en el cumplimiento de los cuidados que debe brindar al paciente en etapa preoperatoria, referido a la preparación física, preparación psicológica, comunicación terapéutica, y orientación que brinda al paciente y familiar referido al proceso quirúrgico, por lo que el departamento de enfermería debe conocer sobre estos resultados y tomar medidas correctivas⁹.

ZÚÑIGA ÑAUPARI, Marlene En el estudio "OPINIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO INMEDIATO SOBRE LA INTERACCIÓN ENFERMERA - PACIENTE EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS" PERÚ 2010. Tuvo como objetivo; determinar la opinión del paciente post operado inmediato sobre la interacción enfermera-paciente en la unidad de recuperación central del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Material y Método: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. Concluyo: Que la mayoría de los pacientes (72%) tiene una opinión medianamente favorable sobre la interacción enfermera paciente referido a que la enfermera no utiliza un lenguaje claro para explicarle algún procedimiento post quirúrgico y no le explica los efectos y reacciones que pueden producir el tratamiento que recibe; sobre la dimensión técnica la mayoría tiene un porcentaje considerable (52%) tienen una opinión medianamente favorable a desfavorable referido a que el paciente manifiesta que la enfermera no utiliza un lenguaje claro para explicarle algún procedimiento post quirúrgico, no tiene

paciencia para atenderlo, que la atención que brinda la enfermera sea inmediata, se preocupe por evitar los ruidos que imposibiliten su descanso y en la dimensión interpersonal la mayoría (70%) tiene una opinión medianamente favorable que está dado por que la enfermera no saluda cuando ingresa al ambiente, no se dirige con amabilidad y respeto, no le explica por qué tiene que mantenerse callado después de la intervención quirúrgica; lo cual repercute en la relación enfermera paciente¹⁰.

FERNÁNDEZ Juanita / PUELL Danitsa. En el estudio “APLICABILIDAD DE LA VALORACIÓN DE LA PERSONA HOSPITALIZADA SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO 2014”, cuyo objetivo, de la investigación fue describir, analizar y comprender la forma en que la enfermera aplica la valoración en el cuidado de la persona hospitalizada. La presente investigación se desarrolló a través de un enfoque de tipo cualitativo. Concluyendo, que la aplicabilidad registrada resulta de diferencias entre lo ideal y real en cuanto a la valoración de enfermería. Durante la formación académica se inculcan los pasos exhaustivos para su aplicación, sin embargo en la práctica diaria surgen nuevas percepciones, perspectivas y enfoques, realizándola de manera más rápida, reflejando la priorización de la parte física de la persona o centrándose en las de mayor dependencia y prioridad; por la existencia de factores que dificultan una valoración ideal: disponibilidad de un ambiente que garantice el respeto de la intimidad, el tiempo, gran demanda de pacientes y cumplir múltiples funciones a la vez¹¹.

HINOSTROZA ROBLES, Nelly Marleni En el estudio "EL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA UN ENFOQUE HUMANÍSTICO" Cerro de Pasco 2014. Objetivos: Identificar, analizar e interpretar las investigaciones relacionadas al cuidado de enfermería desde un enfoque humanístico en los servicios hospitalarios en Latinoamérica y socializar el marco teórico filosófico de J. Phaterson, J. Watson y E. Wiedenbach. Método: Descriptivo-comparativo de investigaciones cualitativas y cuantitativas de Cuidado Humanístico en Enfermería. Las investigaciones realizadas en Latinoamérica, demuestran que hay factores sociales y profesionales que influyen en el cuidado humanizado, los sistemas complejos de salud en las instituciones públicas, la escasez de recursos humanos y materiales y la influencia del paradigma tecno científico limitan el ejercicio de la ciencia y arte de enfermería, de un encuentro genuino con el paciente para explorar sus vivencias durante la enfermedad y cuidarlo ¹².

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Cuidado de Enfermería.

El cuidado es el objeto del conocimiento enfermero y lo que determina la aportación enfermera específica a la salud de las personas y los grupos. La enfermería se caracteriza por el estudio y el tratamiento particular que hace de los cuidados humanos.

Desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de la enfermedad, desde la perspectiva del ejercicio provisional, el cuidado constituye una función propia de la profesión. Los cuidados son un conjunto de actos conscientes, inconscientes y afectivos que tienen como finalidad más primaria la supervivencia y mantenimientos de la especie.

La profesión enfermera es socialmente necesaria porque la comunidad y las personas tienen necesidades de cuidados y la sociedad se ha estructurado para que cuando la persona no puede cuidarse haya un grupo preparado que ofrezca esos cuidados. Las razones de ser de la enfermería son los cuidados humanos y que estos son fundamentales para la salud de las personas y los grupos ¹³.

❖ **Naturaleza del cuidado de enfermería**

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud- enfermedad.

La salud es una vida con bienestar continuo y la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar. En este proceso vital humano, se incluyen las dimensiones de las realidades bio-natural, sociales, psicológica, estética y de trascendencia e implica la complementariedad entre los saberes. El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado. En esta interrelación humano - humano, la ética en general y la ética discursiva en particular afrontan solidaria y universalmente el desarrollo científico - técnico, sin caer en una visión cientificista para asegurar que la visión humanista predomine en la intersubjetividad humana con los pacientes, las familias y otros grupos sociales. Dichas relaciones se hacen evidentes en el razonamiento ético y en la actuación de la enfermera con respeto a la diversidad, la libertad, la pluralidad, la igualdad y la fraternidad, para contribuir al fortalecimiento de la propia conciencia ¹⁴.

2.2.2 Teorías del cuidado de enfermería

Cada autor agrupa los modelos de acuerdo a su propio criterio. Suele basarse en el rol que la enfermería desempeña a la hora de prestar cuidados. Así, podemos dividirlos en:

- Modelos naturalistas
- Modelos de suplencia o ayuda
- Modelos de interrelación

❖ **Modelos naturalistas:**

Su principal representante es Florence Nightingale. En 1859 trata de definir la naturaleza de los cuidados de enfermería en su libro *Notas sobre enfermería (Notes on nursing)*; “se tiene la tendencia a creer que la medicina curar. Nada es menos cierto, la medicina es la cirugía de las funciones como la verdadera cirugía es la cirugía de los órganos, ni una ni la otra curan, sólo la naturaleza puede curar. Lo que hacen los cuidados de enfermería en los dos casos es poner al enfermo en su obra”. Florence Nightingale ya había comprendido la necesidad de tener un esquema de referencia, un cuadro conceptual. Desde este primer intento de conceptualización, hasta que de nuevo formalmente se hace esta pregunta, transcurre casi un siglo.

❖ **Modelos de suplencia o ayuda**

El rol de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, fomentando ambas el (autocuidado) por parte de la persona. Las dos representantes más importantes de esta tendencia son Virginia Henderson y Dorotea Orem.

❖ **Modelos de interrelación**

En estos modelos el rol de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente. Los modelos más representativos son los de Hildegarde Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine ¹⁵.

❖ **EL ACTO DE CUIDAR Y WATSON**

El acto de cuidar es analizado en muchas teorías y filosofías de enfermería, sin embargo, Watson (1985) profundiza en los aspectos éticos y humanos que implica cuidar de otros, ella plantea que el acto de cuidar va más allá de una técnica, de una rutina, de una norma, es estar ahí con el otro, con el enfermo, con el que sufre.

Para Watson (1985) el cuidado es la razón moral de la enfermera, en su visión filosófica vuelca su mirada hacia las propiedades místicas y ancestrales donde se originan los cuidados y en los aspectos éticos que involucra el cuidar. Desde un punto de vista ético Watson (1985) destaca, el ser responsable de otro ser humano, en situación de tanta vulnerabilidad, como es aquel que sufre una enfermedad. Cual sea su situación de salud, la persona se entrega en nuestras manos, solicitando ayuda a veces tan simple y pequeña como pedir un vaso de agua, pedir la chata, o que estemos ahí, invitándonos a quedarnos con una mirada, es así entonces, que el encuentro con el otro se transforma muchas veces en la vida de la enfermera en un evento particular, significativo y excepcional.

La vulnerabilidad del ser humano enfermo, sufriente y frágil, despierta valores humanos como empatía ternura, dolor, compasión y permite a la enfermera responder con el cuidado como un acto de humanidad.

Para que el cuidado adquiriera un valor humano y ético debe basarse en una relación respetuosa y afectuosa con el otro, respetando sus alteridades, es decir las diferencias.

Watson (2005) va más allá se refiere al cuidado como el rostro de la humanidad, éticamente como lo plantea el filósofo Emmanuel Levinas el rostro en su desnudez apela y compromete nuestra respuesta en que se vuelve y se enfrenta al otro, sosteniéndolo, cuidándolo y sobre todo humanizándolo¹⁶.

- ❖ Eriksen (1988,1995) determina las dimensiones del cuidado de enfermería que influyen en la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería y las características individuales que pueden determinar diferencias en la evaluación del paciente
 - 1.- Arte del cuidado que se enfoca a la cantidad de "cuidado" demostrado por el proveedor del cuidado de la salud. Las características de satisfacción incluyen interés, consideración, amistad, paciencia y sinceridad. Las características negativas son las conductas precipitadas, falta de respeto y causantes de dificultad, dolor, insulto o preocupación innecesaria, por parte del proveedor del cuidado de salud.
 - 2.-Calidad y técnica del cuidado se refiere a la destreza técnica y habilidades de los proveedores en los procedimientos necesarios para el cuidado: habilidad para el cuidado, experiencia, perfección, entrenamiento, poner atención a los detalles, evitar errores hacer buenas indagaciones, y proporcionar claras explicaciones a los

pacientes. Las conductas negativas en este apartado incluyen falta de habilidad en el desarrollo de los procedimientos, inexperiencia, métodos obsoletos, toma de riesgos innecesarios y sobre prescripción.

3.- El ambiente físico es el medio en el cual se proporciona el cuidado. La satisfacción con el ambiente incluye una atmósfera placentera, sillas confortables, atractiva sala de espera, señales e instrucciones claras, buena iluminación, limpieza y pulcritud.

4.-La disponibilidad se enfoca en el servicio y personal. Los aspectos positivos incluyen conseguir una enfermera cuando se necesita y recibir el cuidado.

5.- La continuidad del cuidado está definida en términos de entrega del cuidado por el mismo proveedor. Los aspectos positivos se asocian con el seguimiento de las necesidades del paciente por el personal de enfermería de los diferentes turnos.

6.- La eficacia/resultados del cuidado en la percepción del paciente acerca del cuidado que él esperaba de enfermería. Los aspectos relacionados con la satisfacción incluyen alivio del dolor, participación en el cuidado y educación para el cuidado en el hogar (Eriksen, 1988) ¹⁷.

2.2.3 SEPTOPLASTIA

La septoplastia es una cirugía netamente funcional en la que el tabique nasal queda alineado, de forma que permite el paso correcto del aire facilitando así la respiración nasal¹⁸.

- ❖ Los objetivos de la septoplastia consisten en: Corrección y/o eliminación de las deformidades estructurales del tabique nasal que provocan clínica nasal o general. Realización de correcciones parciales del tabique nasal que permitan la visualización completa

de todas las estructuras nasales, paranasales o rinofaríngeas con fines diagnósticos o terapéuticos.¹⁹

❖ Indicaciones quirúrgicas

Desviación septal que provoque clínica tal como obstrucción nasal, respiración de predominio oral, que predisponga a la apnea del sueño o roncopatía (toda vez que el impacto de la deformidad septal en ambas patologías no se halla plenamente dilucidada). Resulta muy recomendable documentar la permeabilidad nasal con pruebas como la rinomanometría anterior activa y/ o rinometría acústica.

TÉCNICA DE KILLIAN (resección submucosa del septo) Consistía en realizar una incisión por detrás del borde caudal del cartílago cuadrangular, en pleno plano condral. Acto seguido se disecaban ambos mucopericondrios y mucoperiostios, para posteriormente reseca las deformidades septales. es un procedimiento con severas limitaciones funcionales y no exento de secuelas cosméticas.

TÉCNICA DE COTTLE La técnica propuesta por Cottle se plantea básicamente como un procedimiento reconstructivo. La resección submucosa se halla limitada por "el marco de una ventana" en el que sus márgenes no se pueden vulnerar; en la técnica de Cottle se puede trabajar dentro de esta ventana, pero también incidir en sus márgenes.

Presenta las siguientes ventajas:

- Permite el acceso a todo el espacio septal sin sacrificar ningún elemento estructural.
- Permite usar diferentes técnicas de corrección- reconstrucción septal.
- La extracción de porciones desviadas se reconstruyen con injertos autólogos. Minimiza la cicatriz y permite una pared medial estable²⁰

❖ Intervención Quirúrgica

La septoplastia se podrá practicar bajo anestesia general o con anestesia local y sedación o únicamente con anestesia local. El motivo fundamental para la elección de la técnica radicará en la extensión de las lesiones a corregir, en la colaboración del paciente, en la habilidad y destreza del cirujano o en la combinación de todos estos factores, siempre teniendo como horizonte la opción preferida por el paciente¹⁹.

La utilización de la anestesia local, tanto como único recurso anestésico como cuando se combina con técnicas de sedación, permite eliminar el dolor local, facilitar la realización del procedimiento quirúrgico y reducir el sangrado. La hidrotomía subpericóndrica y subperióstica (tanto con anestésico local como con solución salina) facilita el despegamiento de las estructuras superficiales y la creación de los distintos túneles¹⁹. Existe una enorme variedad de material e instrumentos quirúrgicos, adaptados a todas las funciones posibles a realizar en una septoplastia, tanto si se practica como procedimiento único como cuando se combina con otros procedimientos.

La técnica quirúrgica debe adaptarse a las necesidades morfológicas de cada paciente, manteniendo el equilibrio entre eficacia y seguridad, siendo preferible aprovechar la vía de abordaje maxila-premaxila de Cottle para la mayoría de los casos, reservando la resección submucosa del tabique para correcciones de escasa envergadura o muy localizadas¹⁹.

❖ Requisitos:

✓ Instrumental:

- Set de Tabique
- Bisturi N°7.
- Especulo nasal Killian .

- Decolador de Freer
- Pinza acodada de Blakesley (tracción y corte).
- Pinza de aro Luc (tracción).
- Pinza Angulada de Wilde.
- Pinza de disección en Bayoneta.
- Cánula de succión de Frazier
- Porta agujas, tijera Mayo recta, Metzembaun y pinza de Campo.
- Cincel plano
- Tijera acodada de Knight.
- Copa

EQUIPO:

- ✓ Equipo:
 - Frontoluz

- ✓ Material fungible:
 - Anodex o látex
 - Mechass nasales de gasa
 - Gasas de 7.5 x 7.5 cm.
 - Bisturí N° 15
 - Guantes quirúrgicos
 - Esparadrappo antialérgico
 - Xilocaina con epinefrina
 - Jeringa de 1cc
 - Agujas N° 26 y N° 18

- ✓ Suturas:
 - Catgut crómico 3/0 MC 25

- ✓ Ropa:
 - 01 Campo Fenestrado

- 01 Campo Simple 90cm x 90cm
- 01 Media luna

✓ Soluciones:

- Suero fisiológico.
- Agua destilada

❖ Complicaciones

La complicación más importante es la perforación septal. Otras son las sinequias, las costras, epistaxis (sangrado nasal), rinorrea (salida de líquido por las fosas nasales) y la caída de la gasa del taponamiento hacia la garganta; en este caso será necesaria su recolocación. Con cierta frecuencia persisten en el período postoperatorio las quejas de obstrucción unilateral, bilateral o alternante, aunque, si el tratamiento ha sido correcto, suelen estar causadas por la inflamación, por una hipersensibilidad postoperatoria o debidas a la novedad que supone la percepción del ciclo nasal hasta entonces desconocido²¹.

2.2.4 **Fase preoperatorio:** Comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano²².

2.2.5 **Fase trans-operatorio:** Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación²²

2.2.6 **Fsase post-operatoria:** comienza con las transferencia del operado a la sala de recuperación y termina con la valoración seriada en la clínica o en el hogar²²

2.2.7 Cuidados de Enfermería en septoplastia.

- ❖ **Cuidado Preoperatorio:** Durante la fase preoperatoria que se inicia cuando el cirujano comunica al paciente la necesidad de someterlo a una intervención quirúrgica y termina cuando el paciente se transfiere a la unidad quirúrgica, la enfermera realiza la valoración y planteamiento del cuidado de enfermería, identificando las necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales del paciente y los problemas potenciales ⁹.

Existen iniciativas específicas que fomentan que los pacientes se impliquen en su seguridad ante un procedimiento quirúrgico, cuyas principales líneas de acción son: recomendar a los pacientes que sean activos, que manifiesten sus dudas, sus temores y sus preguntas. Y, promover que el paciente involucre a un miembro de su familia o amigo, que conozca su problema de salud, para que le acompañe y le ayude a hacer preguntas, a entender instrucciones y hacer que sus preferencias sean escuchadas ²³.

Es decir, los cuidados preoperatorios se realizan con el objetivo de que la intervención sea lo más exitosa posible con el menor riesgo para el paciente y por consiguiente con una rápida y satisfactoria recuperación, con la debida preparación tanto del paciente como de su familia, para aceptar de la mejor manera el proceso quirúrgico ¹.

Siendo así que el cuidado humanización comienza en el preoperatorio, donde el paciente debe recibir las informaciones necesarias para reducir su ansiedad. Estableciendo una comunicación efectiva conquistar la confianza del paciente y humanizar la atención. La profesional enfermería al interactuar con el paciente atendiendo sus intereses e informándole adecuadamente es la persona que le ofrece seguridad y, sus temores serán disminuidos en la medida que se establezca la relación de confianza con el paciente ²⁴.

El bienestar del paciente debe ser el principal objetivo de los profesionales que atienden al paciente quirúrgico, debido a que, en el período preoperatorio, pueden presentar un alto nivel de estrés y desarrollar sentimientos que pueden afectar negativamente en su estado emocional, haciéndola vulnerables y dependientes. Se observa que a menudo el estado de tensión depende del grado de complejidad de la cirugía y se relaciona con la falta de información con respecto a los procedimientos de la cirugía, la anestesia y la atención a realizar ²⁵.

Es importante comprender las ansiedades y miedos del paciente y responder a ellos apropiadamente y con seguridad, porque toda persona cuando debe someterse a una intervención quirúrgica experimenta una serie de reacciones que enfermería debe conocer para apoyar al paciente de manera adecuada⁹.

La clave para la relación enfermero/a-paciente es la comunicación. Una comunicación verbal efectiva donde existe la escucha activa, utilizando todos los sentidos, no escuchando únicamente con el oído, sino también con la mirada receptiva, con el contacto corporal acogedor, mostrando interés, pero no curiosidad, sin interrupciones y atendiendo al lenguaje no verbal del paciente, porque el hecho de sentirse escuchado le estimula para continuar comunicándose. Pero no solo el lenguaje verbal transmite un mensaje, también lo hace el lenguaje no verbal fijándonos en sus expresiones faciales de miedo, tristeza, unos puños cerrados, unas manos temblorosas, etc. ⁷.

Por ello, es necesario minimizar estas emociones y es el profesional de enfermería el encargado por medio de la interacción enfermera-paciente, sin obviar ninguna práctica de enfermería preoperatoria, por cuanto es necesario que el paciente ingrese al área quirúrgica preparado en sentido físico y emocional para que de esta forma el procedimiento quirúrgico no se vea

influenciado por los factores de ansiedad y angustia del paciente. De esta manera, es indispensable que el personal a cargo del paciente quirúrgico en periodo preoperatorio, a través de la comunidad, sea sensible a sus sentimientos, y entienda lo que para él representa la operación y así atender en forma eficiente sus solicitudes y deseos⁹.

- ❖ **Cuidado Trans-operatorio:** Los cuidados transoperatorio empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; el paciente reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación paciente-enfermera. En este periodo, el profesional de enfermería ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia²³.

En esta etapa el objetivo general de la asistencia de enfermería, está enfocada a facilitar la intervención quirúrgica para que transcurra en forma exitosa, sin incidentes y procurando la seguridad del paciente durante su estancia en el quirófano²⁶.

El proceso preoperatorio inmediato tiene un momento intenso de actividad para las enfermeras coincidente con la fase intraoperatoria. En los minutos/horas que puede durar una intervención quirúrgica (IQ) en función de su complejidad, las enfermeras tienen que desplegar una importante actividad en torno al paciente, a la cirugía o al equipo de profesionales que intervienen. La actividad de las enfermeras y el rol que desempeñan dentro de los quirófanos se puede encuadrar según la función principal que asume durante la cirugía. La enfermera que

se encarga de la preparación y coordinación de todo el acto quirúrgico para que se desarrolle con normalidad se la conoce como enfermera circulante. La que realiza la labor de instrumentación y colaboración directa con la cirugía, manteniendo la asepsia y esterilidad de materiales e instrumentos, así como conservando la integridad y seguridad del campo quirúrgico, se la denomina instrumentista²⁷.

La actividad enfermera, tiene aquí, una parte de trabajo independiente, pero también una parte muy sustancial de trabajo de colaboración con otros profesionales, así como una parte de atención directa al paciente inmediatamente antes, durante o después de que se inicie la cirugía, y un trabajo indirecto importante en todo lo que supone una buena preparación de materiales, medicaciones, instrumental, documentación, etc. ²⁷. Básicamente, el profesional de enfermería quirúrgica aplica, desarrolla y adapta el plan de cuidados al paciente, siguiendo los principios básicos de higiene, asepsia y esterilización, así como los de seguridad inherente al entorno y al proceso quirúrgico Realizará y documentará todas las actividades de cuidados mediante la aplicación sistemática de protocolos y evaluará los resultados⁹.

En la fase intraoperatorio, es donde el profesional enfermero es responsable de la protección y bienestar de la persona, de vigilar los diversos factores que pueden de alguna manera causarle lesión (equipos, posición corporal y riesgos ambientales), de la coordinación del personal en el quirófano y de las actividades de la enfermera instrumentista y circulante.

Siendo el periodo intraoperatorio una fase crítica para el paciente quirúrgico, es importante el actuar oportuno de enfermería enfocados a cubrir sus necesidades y procurar su bienestar

durante el acto quirúrgico, aplicando los cuidados dirigidos o prever y evitar las complicaciones durante este proceso. Por esta razón es necesario que el profesional de enfermería que labora en el área de centro quirúrgico, Este capacitado y tenga conocimiento de las normas de atención de pacientes durante el intraoperatorio, además sepa asumir el reto del cuidado más lidiar con el déficit agregados.

- ❖ **Cuidados post operatorios:** La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser a la sala de recuperación post-anestésica (PAR) o unidad de cuidados post anestésicos (PACU). Su ubicación es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma. En la etapa post-quirúrgica la atención de la enfermera(o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez. Es indispensable que el personal del área de recuperación tenga contacto (comunicación) con el paciente y sus familiares antes de que el paciente ingrese a la sala de operaciones ²⁸.

En esta etapa los cuidados de enfermería tienen como propósito identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post-operatorias.

Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia²⁸.

La valoración sistemática que debe realizar el profesional de enfermería de la unidad de cuidados post-anestésicos constituye una valiosa ayuda, porque así obtiene una mayor visión de las

necesidades del enfermo, recordando que este está totalmente dependiente de la atención directa de dicho profesional; a través de ella , entonces se priorizan las necesidades derivada de los problemas detectados, se formularan estrategias de atención oportuna, dándole continuidad al cuidado asistencial, en el que se coordinan esfuerzos con el resto del equipo de salud, utilizando la herramientas necesarias para abordar cualquier problema que se presente en la unidad en cuanto al restablecimiento de las necesidades fisiológicas del paciente²⁸.

❖ **Cuidados en Casa:**

Los cuidados en casa son esenciales para una buena y satisfactoria recuperación. El profesional de enfermería educará e informará al paciente y familia dará las indicaciones e instrucciones necesarias, para el cuidado en casa.

- El taponamiento nasal bilateral permanecerá unas 48 horas, educar al paciente sobre la respiración por la boca.
- Educar sobre la administración de analgésicos si hubiera dolor y, antibióticos que impidan la colonización por bacterias del taponamiento nasal.
- Educar sobre el reposo relativo. Durante la noche es conveniente que el torso permanezca a unos 35° de la horizontal.
- Educar que el drenaje de secreciones sanguinolentas que ocurren del taponamiento nasal son frecuentes. Esto puede ser así hasta la retirada del taponamiento.
- La aparición de lagrimeo es también frecuente y es consecuencia del taponamiento nasal, que puede ocasionar otros síntomas como dolor frontal o febrícula.
- Tras retirado el taponamiento nasal se debe evitar la permanencia en lugares con excesiva contaminación o polvo en el ambiente.

- Practicar lavados nasales con suero salino es aconsejable.
- Evita la formación de costras en las fosas y ayuda a su limpieza.
- Evitar durante una semana el ejercicio físico.

2.2.8 Seguridad.

❖ Seguridad quirúrgica: normativa de la OMS }

El enfermo que va a ser sometido a una intervención quirúrgica se encuentra en una situación de vulnerabilidad, condicionada por numerosos agentes, que van desde la ubicación del área quirúrgica, su limpieza y la adecuación del material a emplear, hasta la disponibilidad del personal necesario, el cumplimiento de las normas establecidas y la formación de cada uno de los miembros del equipo. El bienestar, la salud y la seguridad del paciente constituyen el objetivo fundamental del equipo quirúrgico. Una actuación inadecuada o incorrecta puede causar daño produciendo lesiones de diferente gravedad. La mayoría de los estudios consideran que las zonas en las que se producen mayor número de efectos adversos en pacientes quirúrgicos, son en primer lugar el quirófano y en segundo las unidades de hospitalización²⁹, siendo las causas principales la mala comunicación la falta de información y la sobrecarga de trabajo.

❖ Valoración e intervenciones enfermeras

Toda valoración e intervención enfermera están encaminadas en términos de **seguridad del paciente**. En este sentido, uno de los retos que marca la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de sus áreas de acción en relación con la seguridad de los pacientes, es su participación. La Declaración de Londres: pacientes por la seguridad clínica (enero 2006), establece una serie de compromisos de colaboración y requerimientos a los

sistemas sanitarios en términos de lealtad, seguridad y transparencia para reducir los errores en la asistencia al paciente quirúrgico²³.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **CENTRO QUIRÚRGICO:** El Centro Quirúrgico es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones³⁰.
- **OTORRINOLARINGOLOGÍA:** Es la ciencia que se encarga de estudiar las enfermedades que tienen que ver con el oído, la nariz y la garganta³¹.
- **CIRUGÍA MAYOR DE ALTA COMPLEJIDAD (A)**
Procedimiento quirúrgico cuya técnica quirúrgica implica el uso de equipamiento sofisticado³².
- **CIRUGÍA MAYOR DE MEDIANA COMPLEJIDAD (B)**
Procedimiento quirúrgico aplicado a patología compleja cuya técnica quirúrgica requiere equipamiento especial y/o específico³².
- **CIRUGÍA MAYOR DE BAJA COMPLEJIDAD(C)**
Procedimiento quirúrgico cuya técnica quirúrgica requiere equipamiento específico³².
- **CIRUGÍA MENOR DE ALTO REQUERIMIENTO (D)**
Procedimiento quirúrgico aplicado a patología de baja complejidad³².
- **CIRUGÍA MENOR DE BAJO REQUERIMIENTO (E)**
Procedimiento quirúrgico aplicado a patología de baja complejidad. Según tipo de anestesia y realidad local puede ser realizado en Sala de procedimientos o tópico³².

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente informe es de tipo descriptivo, retrospectivo. La metodología utilizada en el presente informe es de tipo descriptivo ya que se describir los cuidados de enfermería en los pacientes intervenidos de septoplastia por el área de otorrinolaringología. Es retrospectivo porque se va registrar la información de la experiencia laboral en el área de otorrinolaringología

Los datos para realizar el presente informe de experiencia profesional se obtuvieron inicialmente mediante la solicitud y coordinación con la Unidad de Estadística de Hospital III Suarez Angamos, con el propósito de obtener información para la recolección de datos respecto a la especialidad de otorrinolaringología, del mismo modo se solicitó el Manual de Normas y procedimientos del servicio de centro quirúrgico e información al departamento de enfermería y Coordinadora a cargo del servicio de de centro quirúrgico para la obtención de los datos, a quienes antes se les informo sobre el propósito del informe laboral.

Todo este material permitió la presentación de cuadros y creación de cuadros y gráficas para dicho informe.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia profesional se inicia en diciembre del año 1982 - 1987, en la Clínica Ricardo Palma, inicialmente en el servicio de hospitalización y posteriormente en los servicios de emergencia y pediatría en donde pude realizar labor asistencial y administrativa.

En diciembre de 1984 - 1987 ingreso al Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, entidad en la que pude ampliar mi actividad asistencial en los servicios de emergencia y centro quirúrgico, por el tipo de atención que se brinda en esta institución de salud era imprescindible

actuar oportunamente, tomar decisiones y asumir la administración y dirección del servicio que en aquel tiempo solo contaba con un personal de enfermería y la carga laboral era muy fuerte pero gratificante a la vez por la atención brindada. En septiembre de 1987 ingreso al hospital Rebagliati de EsSalud, donde después de estar un mes de reten paso al servicio de emergencia laborando en las áreas de hospitalización y sale de operaciones.

En 1993 – 1996, paso al Hospital II de Pucallpa EsSalud , en donde me desempeño en la parte administrativa.

En diciembre de 1996, me incorporo al Hospital III Angamos, rotando un mes en el servicio de emergencia y luego paso a sala de operaciones integrando el personal de emergencia, que en ese entonces realizábamos un promedio de 13 guardias al mes.

Este recorrido laboral me permitió apreciar y evaluar las distintas situaciones de las emergencias quirúrgicas, como son las traumáticas o de pacientes poli traumatizados, las emergencias clínicas o patológicas que terminan en una intervención, así como la emergencia intrahospitalaria si la puedo llamar así, que serían los pacientes de las unidades de cuidados intensivos en cada uno de estos las situaciones las percepciones emocionales son distintas en grado de intensidad y de manejo.

Es así que en mi experiencia en el Hospital III Suárez Angamos pude observar los siguientes problemas.

1. La falta de personal de enfermería especializada, profesional indispensable que debe asumir y desarrollar su papel que es de vital importancia y debe tener un conocimiento y dominio de la profesión, de la persona humana en el sentido de ser capaz de comunicar, reflexionar sobre los problemas inherentes dentro de una cirugía que alteran el bienestar del paciente, abordarlos y brindar el cuidado respectivo, ya sea soporte, mantenimiento,

protección, manteniendo o acelerando su recuperación evitan con gran énfasis las complicaciones intraoperatorias.

2. La falta de un médico anesthesiólogo, por no contar con recursos humanos suficientes. Ninguna cirugía es 100% segura, porque siempre hay riesgo por la anestesia y posibles infecciones incluso sangrado. Si bien es cierto que las cirugías de otorrinolaringología que se realizan en el Hospital III Suárez Angamos son en su mayoría cirugías ambulatorias y que no tiene la magnitud de un riesgo inminente, no por eso deja de tener importancia y representar un trauma para el paciente pues ellos experimentan sensaciones casi inmediatas al momento de la cirugía como son de falta de aire, presión a nivel del rostro y en muchas oportunidades de un dolor opresivo por la manipulación durante el acto quirúrgico, que los atemoriza y se sienten desvalidos, además del sangrado.
3. Frente a estos dos problemas de recursos humanos, tenemos como consecuencia la ansiedad manifestado por el paciente. La ansiedad es una reacción compleja de la persona frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos, o en muchos casos percibidos como cargados de peligro. La cirugía es percibida como agente estresor importante, si estas dos situaciones las unimos nos encontramos ante un problema que debemos solucionar y que podemos resolver desde una perspectiva biopsicosocial³³, reconociendo las necesidades del paciente y la atención adecuada, orientada sobre las posibles experiencias de los síntomas en varios contextos y brindar información útil diseñando métodos efectivos que reduzcan los síntomas desagradables⁸.
4. La falta de insumos en distintas oportunidades, en la cirugía, el control y manejo de instrumental, que no era suficientes en cantidad o están incompletos, requieren usarse y prepararlos de

inmediato, todo esto se ven reflejadas en la calidad de cuidados que la enfermera programada pueda brindar al paciente.

Estos pacientes al igual que todos los que ingresan al quirófano requieren de una atención de cuidados adecuados oportunos y satisfactorios por parte del personal de enfermería para poder manejar su estrés, su dolor, la incomodidad de las mechas nasales durante la cirugía y una adecuada orientación con respecto al procedimiento quirúrgico y al actuar de la enfermera.

Se convoca a reuniones para el planeamiento de los problemas en un inicio todos comprometidos, para dar alternativa de solución, como también prepararnos más. Como toda gestión la solución no es inmediata tiene su proceso, pero hay que ser perseverantes.

Con el transcurrir del tiempo, se mejoró notablemente la recepción o preparación del paciente quirúrgico programado a cargo de una licenciada, aliviando la carga laboral para una mejor atención de los cuidados que requiere el paciente.

Los pacientes son atendidos por un médico anestesiólogo para la aplicación de la anestesia local más sedoanalgesia y anestesia general según lo requiera el caso, observándose una mejor respuesta por parte de los pacientes, aunque aún se dan casos en que no se cuenta con este profesional por falta de este recurso humano.

En el 2014, después de innumerables requerimientos hubo una implementación de instrumental, que mejoró notablemente la disponibilidad de este. Aunque hay determinados instrumentos que traen los otorrinos por la calidad de los mismos.

En cuanto la primera parte narrare mi experiencia Profesional y la evolución que se ha dado en la especialidad de otorrinolaringología hasta la actualidad que es la siguiente.

| ANTES | ACTUALMENTE |
|--|---|
| <p>La mayoría de las veces el paciente de otorrino se programaba sin anestesiólogo y el tratamiento de los procedimientos era más traumático porque los pacientes eran intervenidos con anestesia local.</p> | <p>Cuentan con evaluación de anestesiología en la mayoría de los casos, y reciben anestesia general y/o sedo analgesia más anestesia local según sea el caso. En algunas oportunidades no se cuenta con dicho profesional.</p> |
| <p>Anteriormente personal técnico asistía las cirugías de otorrino como amigdalotomías, septo plastias, otomicroscopias.</p> | <p>Actualmente se cuenta con enfermera profesional especializada que asiste la cirugía y/o instrumenta si se requiere. Lo que se va logrando con la preparación y capacitación adecuada del personal de enfermería, así como, el compromiso de llevar la especialidad lo que fue fortaleciendo el actuar del profesional.</p> |

El paciente se presentaba para su cirugía y era recepcionado en centro quirúrgico por la enfermera, el anestesiólogo o personal técnico y era la enfermera de sala de otorrino quien salía a cambiar y administrar la pre-medicación de acuerdo a indicación del cirujano.

Lo recepciona el personal de enfermería, programada en Pre-operatorio, que se ocupa de la evaluación, previa a la cirugía y prepara al paciente: Vestimenta, vía periférica, historia clínica, análisis y Rx; de acuerdo al caso. Tras muchas reuniones y coordinación con jefatura de enfermería y anestesiología se fundamenta la necesidad de un personal de enfermería capacitado para la preparación del paciente quirúrgico que, en el hospital Angamos, el 100% de los programados ingresa en forma ambulatoria. Del mismo modo se planteó el ingreso de los menores de edad en compañía de uno de sus padres lo que dio buenos resultados y se continuó practicando. Pero en muchas oportunidades el personal es reubicado a los quirófanos por falta de instrumentistas.

| | |
|---|--|
| <p>La enfermera después de atender al paciente, se dirigía a sala de operaciones para preparar material, instrumental y el ambiente quirúrgico. Lo que implicaba un desplazamiento constante para tener los materiales adecuados para la cirugía ya que no se contaba con instrumentales suficientes y había que disponer su pronta esterilización o desinfección de alto nivel según fueran las circunstancias. Teniendo como consecuencia la atención despersonalizada en muchas oportunidades hacia el paciente, el cual se encontraba muy nervioso, por la forma apresurada en que entraba y la poca información que recibía.</p> | <p>La enfermera de SOP recepciona al paciente previo reporte de enfermería de pre-operatorio.</p> <p>Para ello ya está preparado el material e insumos necesarios para la cirugía y recepciona al paciente brindándole una atención personalizada informándole en que consiste la anestesia y cirugía al cual va a ser sometido, respondiendo sus dudas, para que se sienta cómodo y protegido.</p> <p>Este procedimiento en algunas oportunidades aún se ve afectado por la falta de un personal de enfermería especializado en preparación de pacientes.</p> |
| <p>La anestesia era local en su mayoría, la monitorización no se aplicaba adecuadamente. No se realizaban ningún tipo de registros.</p> | <p>Se colabora con el anesthesiologo en la monitorización y anestesia del paciente según sea el caso (De ser local, ubica, monitoriza y aplica tratamiento indicado).</p> <p>Se aplican lista de verificación</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>de cirugía segura (ANEXO N°4) y hoja de registro de enfermería (ANEXO N°5), esta última se implementó y validó por la institución gracias al esfuerzo del personal de enfermería. Actualmente se está trabajando para actualizarla de acuerdo a la NANDA.</p> <p>En todo momento se mantiene comunicación con el paciente, brindándole seguridad.</p> |
| <p>El paciente eventualmente recibía analgésicos en el intraoperatorio y era acompañado a recuperación caminando y con mucho dolor.</p> | <p>Los pacientes reciben analgésicos durante el intraoperatorio y todos son trasladados en camilla y reportados al personal de enfermería de la URPA.</p> |

3.3 FASES DE TRATAMIENTO O PROCESOS REALIZADOS

3.3.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA:

❖ RECEPCIÓN Y PREPARACIÓN PRE-OPERATORIA DEL PACIENTE:

1. Se identifica ante el paciente citado.
2. Identifica al paciente citado al centro quirúrgico con su DNI. Informa el turno operatorio que le corresponde, indicándole el lugar donde deberá esperar.

3. Verifica que el paciente que va a ingresar, acuda con un familiar adulto responsable, además del cumplimiento de las indicaciones dadas en el módulo pre quirúrgico.
4. Realiza el cambio de vestuario quirúrgico al paciente proporcionándole, gorro, mandil y botas, entregando las pertenencias del paciente al acompañante, indicándole el lugar de espera.
5. Verifica que la historia clínica este completa: evaluación pre-anestésica, análisis, exámenes e interconsultas solicitadas (todas las evaluaciones deben tener vigencia según protocolo de anestesiología).
6. Si identifica antecedentes de alergia a medicamento notifica al equipo quirúrgico, y resalta con rojo en brazaletes, frasco de solución salina e historia clínica.
7. Realiza la evaluación física del paciente verificando, integridad de la piel, edemas, y retiro de prótesis.
8. Control de funciones vitales y entrevista personal para la recolección de datos iniciales de la hoja de registro de Enfermería en Quirófano.
9. Informa y comunica al paciente el procedimiento que se le realizara en esta fase para que colabore y no se sorprenda.
10. Canaliza la vía endovenosa periférica con solución de Cloruro de Sodio 9%, en el miembro superior izquierdo con un catéter periférico número 18.
11. Anota en la programación la hora de ingreso al servicio y la hora de ingreso a la sala de operaciones, Así como el personal que participa en la intervención quirúrgica.
12. PACIENTE PROGRAMADO DE EMERGENCIA, coordina con la Enfermera de Emergencia el traslado del paciente al centro quirúrgico y recibe el reporte de Enfermería.

13. PACIENTE PROGRAMADO DE OTORRINO, coordina con el Médico para la pre- Medicación del paciente si lo requiere
14. PACIENTE HIPERTENSO, interroga al paciente para verificar si ha tomado su medicación habitual. Comunica al Anestesiólogo programado si su presión arterial está elevada. Cumple con las indicaciones del Anestesiólogo.
15. Verifica la suspensión de la administración de ASPIRINA de 7-10 días antes del acto quirúrgico.
16. Comunicar a los familiares en el momento que su paciente pasa a Recuperación e indicar si el paciente se va de alta en unas horas o se Hospitaliza.

❖ **INTRAOPERATORIO.**

1. Verifica el equipamiento del quirófano, con material e instrumental quirúrgico y biomédico, verificando su funcionamiento.
2. Se identifica e identifica al paciente con el equipo quirúrgico y se inicia el llenado de la hoja de Verificación de cirugía segura.
3. Se ubica al paciente en la mesa quirúrgica y se Apoya en la monitorización y colocación de la anestesia.
4. Se administra pre medicación del paciente con 0.50 mg. de Atropina y 10 mg de diazepam por vía intramuscular según indicación médica.
5. Se coloca al paciente en posición semi fowler 30° y se le mantiene permanentemente informado de los efectos de los medicamentos.
6. Viste y prepara las mesas de mayo con todo el material quirúrgico a utilizar de acuerdo a los tiempos operatorios de la cirugía.

7. Realiza la instalación de la línea de succión, en la parte externa del campo operatorio. Asimismo, instala el frontoluz para dar inicio al acto quirúrgico.
8. Brinda apoyo emocional al paciente durante la cirugía dándole seguridad y tranquilidad en todo momento.
9. Realiza el llenado de la hoja de costo operatorio, Registro de enfermería en quirófano, cuaderno de registro de intervenciones de la sala respectiva y coloca los indicadores internos de esterilidad de los sets de instrumental usados en dicha cirugía, en la hoja de registro de enfermería.
10. Realiza cierre de información en la hoja de enfermería en quirófano y en la hoja de lista de chequeo de cirugía segura.
11. Conteo de instrumental quirúrgico y entrega de material quirúrgico convencional usado al personal encargado de lavado.
12. Traslado del paciente a la sala de recuperación. En silla de ruedas o camilla según tipo de anestesia y condición del paciente.
13. Reporta a la enfermera de recuperación y entrega los formatos de registro de enfermería en quirófano y la hoja de cirugía segura.
14. Prepara, empaca, rotula y envía el instrumental para su esterilización.
15. Se retira todo el material utilizado, Supervisa la limpieza del quirófano y equipa para la siguiente cirugía.

❖ **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Es el cuidado inmediato de enfermería que se brinda a los pacientes post- operados de patologías otorrinolaringología:

timpanoplastia, amigdalectomía, septoplastia, adenoidectomía, uvuloplastia, electrocauterización de varices septales.

- 1- Recepciona e identifica al paciente post operado inmediato, verificando su estado general y de conciencia. Identifica y recepciona al paciente verificando las medidas de seguridad y protección de acuerdo al tipo de anestesia.
- 2- Coloca al paciente en posición anatómica de acuerdo al tipo de cirugía.
- 3- Monitoreo adecuado de las funciones vitales: Presión arterial, frecuencia cardiaca, patrón respiratorio, temperatura. Cada 10-15 minutos o en la primera hora y/o de acuerdo a la necesidad del paciente,
- 4- Evalúa signos de alarma: sangrado y sus características, edema, dificultad respiratoria, dolor.
- 5- Apertura la hoja de Enfermería y registra al paciente en cuaderno respectivo
- 6- Administra líquidos, analgésico y/o medicamentos de acuerdo a prescripción medica
- 7- Valora constantemente el estado hemodinámico del paciente en busca de complicaciones post-anestésicas y post-quirúrgicas inmediatas de acuerdo a ello comunica al médico.
- 8- Registra en la Historia Clínica los procedimientos realizados y los cambios ocurridos en la evolución y tratamiento del paciente.
- 9- En pacientes con indicación de alta brinda educación e indicaciones, cita medicamentos y la importancia de los cuidados mediatos a pacientes y familiar.

IV. RESULTADOS

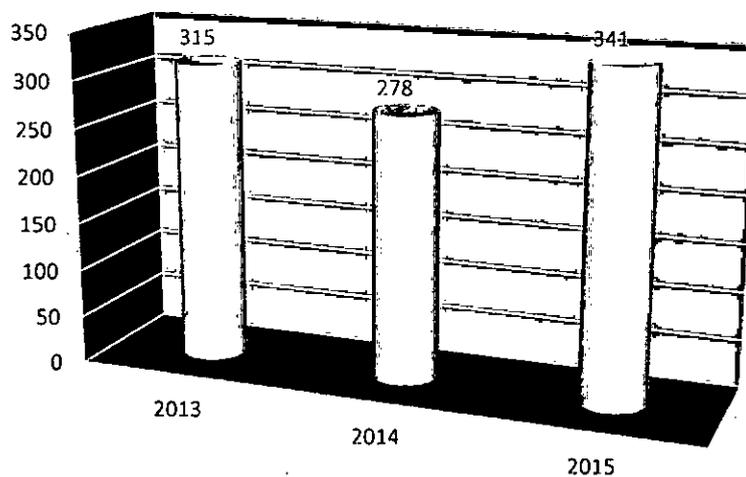
CUADRO N° 4.1
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS EN EL ÁREA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS
ESSALUD AÑO 2013- 2015

| AÑO | INTERVENCIONES | |
|------|----------------|------|
| | N° | % |
| 2013 | 315 | 100% |
| 2014 | 278 | 100% |
| 2015 | 341 | 100% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En el presente cuadro se observa, que el mayor número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el área de otorrinolaringología fueron 341 en año 2015 y el menor número de intervenciones 278 fueron en el año 2014.

GRAFICO N°4.1
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS EN EL ÁREA
DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL SUAREZ
ANGAMOS III ESSALUD AÑO 2013- 2015



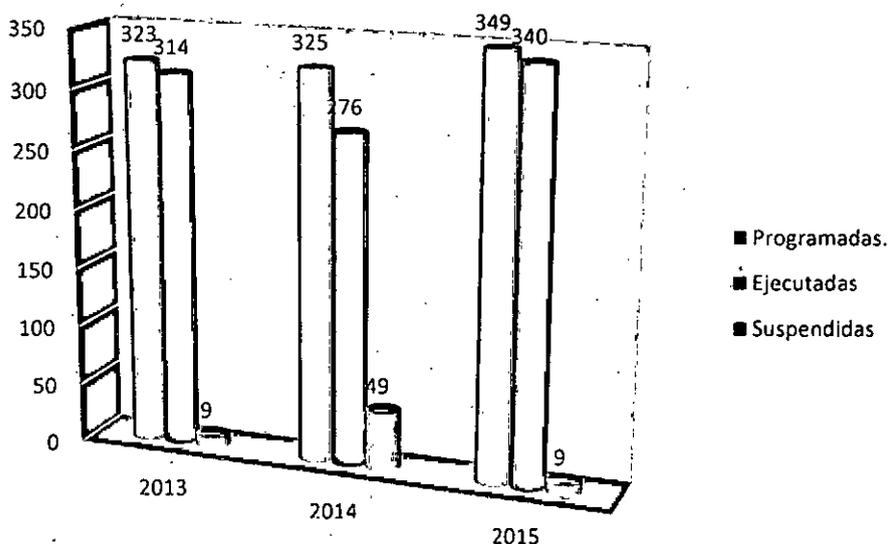
CUADRO N° 4.2
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS
EJECUTADAS Y SUSPENDIDAS EN EL ÁREA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS
ESSALUD AÑO 2013 - 2015

| Int. Quirúrgica | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|---------------------|------|------------|------|------------|------|------------|
| | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE |
| Programadas. | 323 | 100.00% | 325 | 100.00% | 349 | 100.00% |
| Ejecutadas | 314 | 97.52% | 276 | 85.53% | 340 | 97.42% |
| Suspendidas | 9 | 2.78% | 49 | 15.07% | 9 | 2.57% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

Se puede observar que, de las intervenciones quirúrgicas programadas, en el área de otorrinolaringología el mayor número de suspensiones corresponden al año 2014.

GRAFICO N°4.2
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EJECUTADAS Y
SUSPENDIDAS EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015



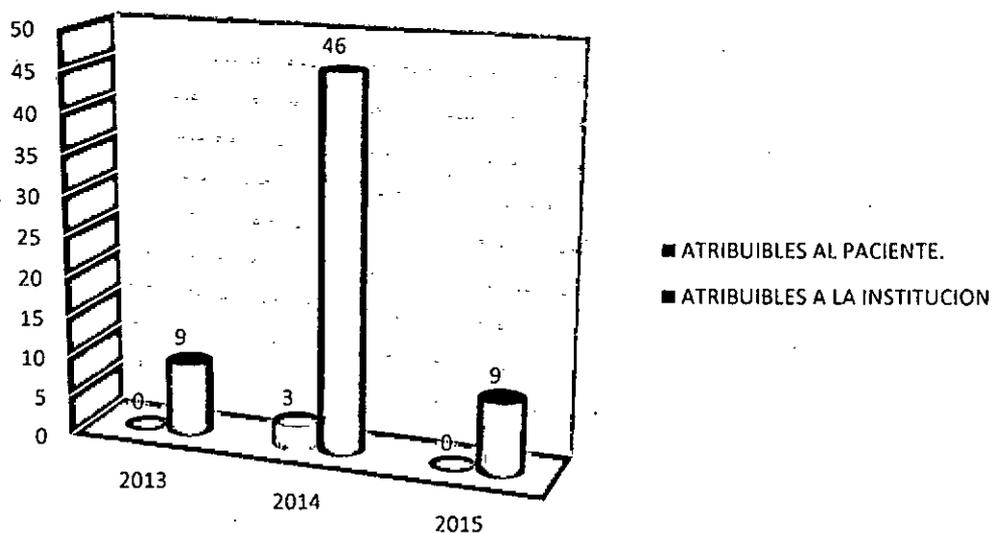
CUADRO N° 4.3
MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN EL
ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015

| MOTIVO DE SUSPENSIÓN | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| ATRIBUIBLES AL PACIENTE. | 0 | 0% | 3 | 6% | 0 | 0% |
| ATRIBUIBLES A LA INSTITUCIÓN. | 9 | 100% | 46 | 94% | 9 | 100% |
| TOTAL | 9 | 100% | 49 | 100% | 9 | 100% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagfati

En este cuadro se observa que el principal motivo de suspensión de la cirugía programada en el área de otorrinolaringología, es atribuible a la institución en relación con el motivo atribuible al paciente en el 2014.

GRAFICO N°4.3
MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN EL
ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015



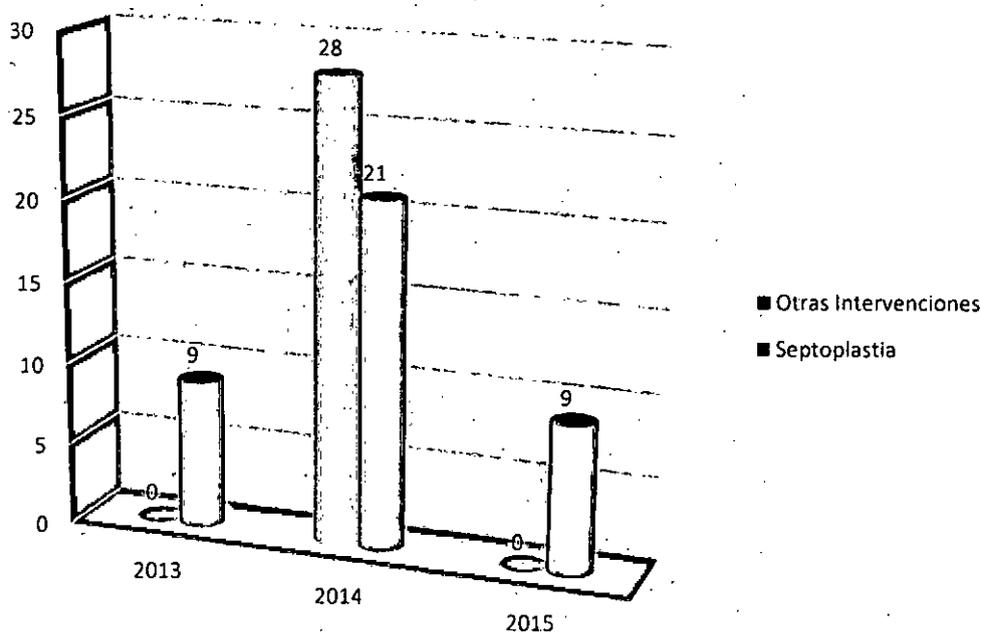
CUADRO N° 4.4
INTERVENCIONES DE SEPTOPLASTIA SUSPENDIDAS EN EL
ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015

| SUSPENSIONES | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|-----------------------|------|------------|------|------------|------|------------|
| | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE |
| TOTAL | 9 | 100.00% | 49 | 100.00% | 9 | 100.00% |
| Otras Cirugías | 0 | 0.00% | 28 | 57.14% | 0 | 0.00% |
| Septo plastia | 9 | 100.00% | 21 | 42.85% | 9 | 100.00% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se puede observar que en el año 2014 se presenta el mayor número de intervenciones suspendidas de septoplastia, con un 42.85%

GRAFICO N°4.4
INTERVENCIONES DE SEPTOPLASTIA SUSPENDIDAS EN EL
ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015



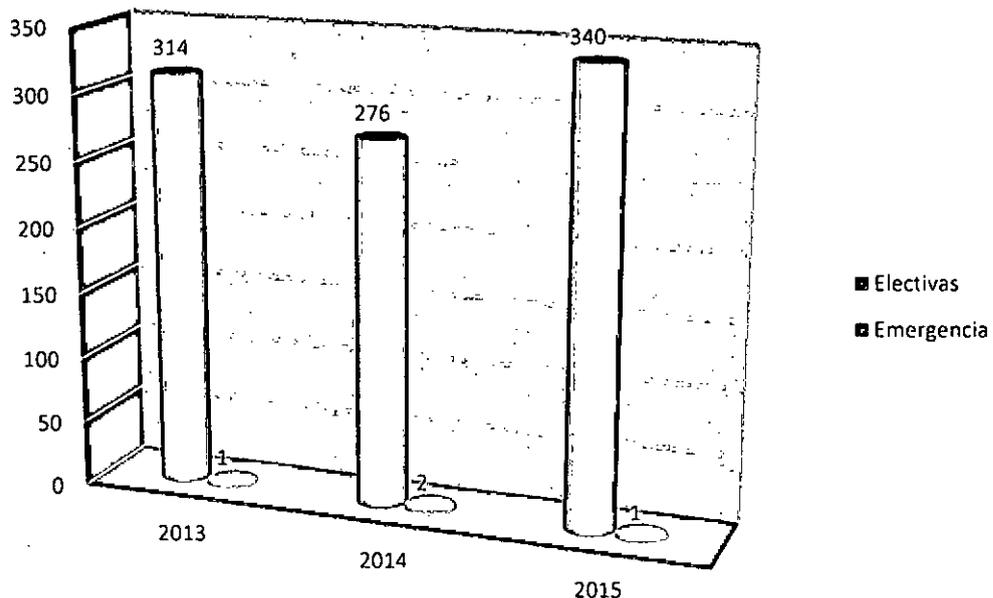
CUADRO N° 4.5
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS Y DE
EMERGENCIA EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD
AÑO 2013 - 2015

| INTERVENCIONES | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|-------------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|
| | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE |
| <i>Electivas</i> | 314 | 99.68% | 276 | 99.28% | 340 | 99.71% |
| <i>Emergencia</i> | 1 | 0.32% | 2 | 0.72% | 1 | 0.29% |
| TOTAL | 315 | 100.00% | 278 | 100.00% | 341 | 100.00% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se observar que del total de intervenciones quirúrgicas realizadas en el área de otorrinolaringología la de emergencia representa el 0.72% en el año 2014.

GRAFICO N°4.5
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS Y DE EMERGENCIA
EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III
SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015



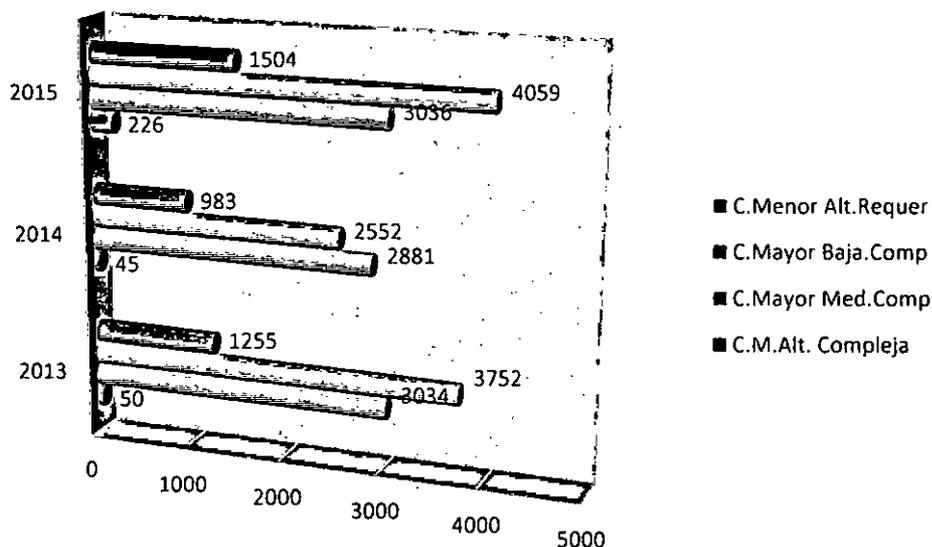
CUADRO N° 4.6
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD EN
EL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD
AÑO 2013 - 2015

| Int. Qx. Por Complejidad | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|-------------------------------|------|------------|------|------------|------|------------|
| | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE |
| TOTAL | 8091 | 100.00% | 6461 | 100.00% | 8825 | 100.00% |
| <i>C.M.Alt. Compleja (A)</i> | 50 | 0.62% | 45 | 0.70% | 226 | 2.56% |
| <i>C.Mayor Med.Comp (B)</i> | 3034 | 37.50% | 2881 | 44.59% | 3036 | 34.40% |
| <i>C.Mayor Baja.Comp (C)</i> | 3752 | 46.37% | 2552 | 39.50% | 4059 | 45.99% |
| <i>C.Menor Alt.Requer (D)</i> | 1255 | 15.51% | 983 | 15.21% | 1504 | 17.04% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

Se observar que, de las intervenciones realizadas en centro quirúrgico, en primer lugar, se encuentra la Cirugía Mayor de Baja Complejidad (C) en los años 2013 y 2015, en comparación con la Cirugía Mayor de Mediana Complejidad (B) durante el 2014.

CUADRO N°4.6
 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD EN
 EL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 -
 2015



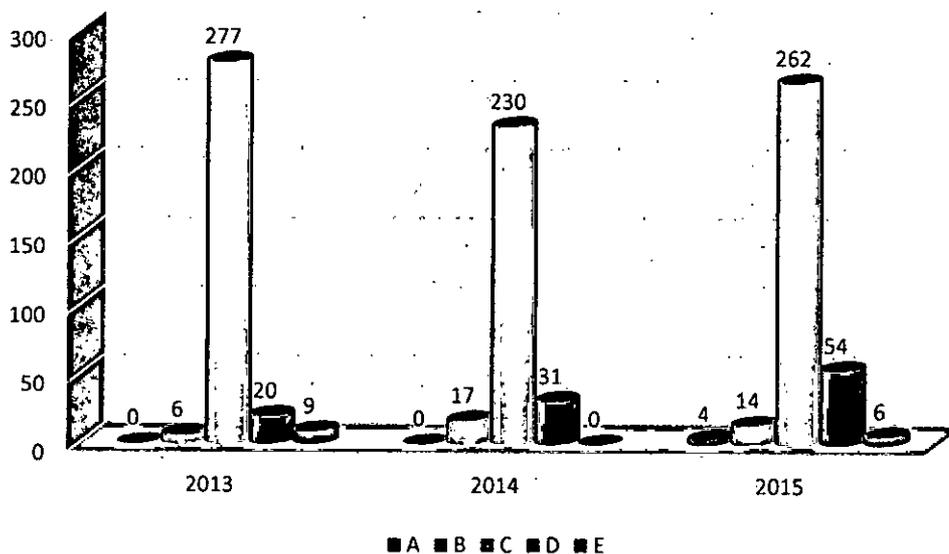
CUADRO N° 4.7
CIRUGÍA POR NIVEL DE COMPLEJIDAD SEGÚN PROGRAMACIÓN EN
EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 – 2015

| Int. Qx. Por Complejidad | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|--------------------------|------|------------|------|------------|------|------------|
| | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE |
| A | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 4 | 1.18% |
| B | 6 | 1.92% | 17 | 6.12% | 14 | 4.12% |
| C | 277 | 88.78% | 230 | 82.73% | 262 | 77.06% |
| D | 20 | 6.41% | 31 | 11.15% | 54 | 15.88% |
| E | 9 | 2.88% | 0 | 0.00% | 6 | 1.76% |
| TOTAL | 312 | 100.00% | 278 | 100.00% | 340 | 100.00% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati ENEXON°8, 9,10,11 Y 12.

En este cuadro se puede observar que del 100% de las cirugías programadas en el área de otorrinolaringología, las de mayor demanda corresponden al nivel de complejidad C, con un 77.06% y las de nivel A tan solo representa el 1.18 %

GRAFICO N°4.7
CIRUGIA POR NIVEL DE COMPLEJIDAD SEGÚN
PROGRAMACION EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015



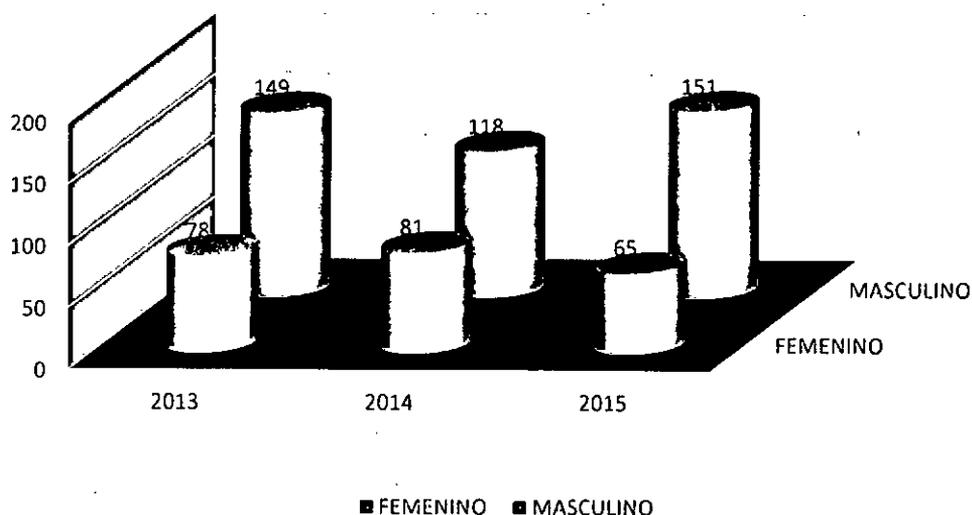
CUADRO N° 4.8
PACIENTES INTERVENIDOS DE SEPTOPLASTIA SEGÚN SEXO EN EL
ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 – 2015

| PACIENTES | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|-----------|------|------------|------|------------|------|------------|
| | N° | Porcentaje | N° | Porcentaje | N° | Porcentaje |
| FEMENINO | 78 | 34.36% | 81 | 40.70% | 65 | 30.09% |
| MASCULINO | 149 | 65.64% | 118 | 59.30% | 151 | 69.91% |
| TOTAL | 227 | 100.00% | 199 | 100.00% | 216 | 100.00% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

Se observa que de las intervenciones realizadas en el área de otorrinolaringología predominan los pacientes del sexo masculino llegando a un 69.91% y las pacientes del sexo femenino a un 30.09% durante el año 2015.

GRAFICO N°4.8
PACIENTES INTERVENIDOS DE SEPTOPLASTIA SEGÚN SEXO
EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III
SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015



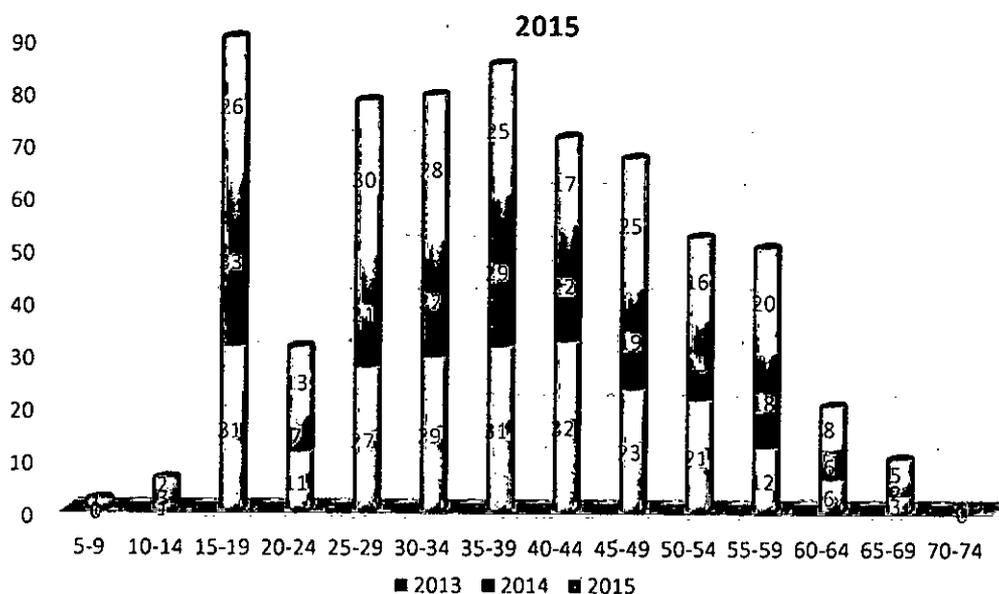
CUADRO N° 4.9
NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE SEPTOPLASTIA EN EL
ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA SEGÚN GRUPO ETARIO DEL
HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 - 2015

| GRUPO ETAREO | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|--------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| 5-9 | 0 | 0.00% | 1 | 0.50% | 1 | 0.46% |
| 10-14 | 1 | 0.44% | 3 | 1.51% | 2 | 0.93% |
| 15-19 | 31 | 13.66% | 33 | 16.58% | 26 | 12.04% |
| 20-24 | 11 | 4.85% | 7 | 3.52% | 13 | 6.02% |
| 25-29 | 27 | 11.89% | 21 | 10.55% | 30 | 13.89% |
| 30-34 | 29 | 12.78% | 22 | 11.06% | 28 | 12.96% |
| 35-39 | 31 | 13.66% | 29 | 14.57% | 25 | 11.57% |
| 40-44 | 32 | 14.10% | 22 | 11.06% | 17 | 7.87% |
| 45-49 | 23 | 10.13% | 19 | 9.55% | 25 | 11.57% |
| 50-54 | 21 | 9.25% | 15 | 7.54% | 16 | 7.41% |
| 55-59 | 12 | 5.29% | 18 | 9.05% | 20 | 9.26% |
| 60-64 | 6 | 2.64% | 6 | 3.02% | 8 | 3.70% |
| 65-69 | 3 | 1.32% | 2 | 1.01% | 5 | 2.31% |
| 70-74 | 0 | 0.00% | 1 | 0.50% | 0 | 0.00% |
| TOTAL | 227 | 100.00% | 199 | 100.00% | 216 | 100.00% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Robagliai

En este cuadro se observa que el grupo etario predominante en el 2013 es el de 40-44 (14.10%), en el 2014 el de 15-19 (16.58%) y en el 2015 el de 25-29 (13.89%) respectivamente.

GRAFICO N°4.9
NÚMERO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE SEPTOPLASTIA EN
EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA SEGÚN GRUPO ETARIO
DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2013 -



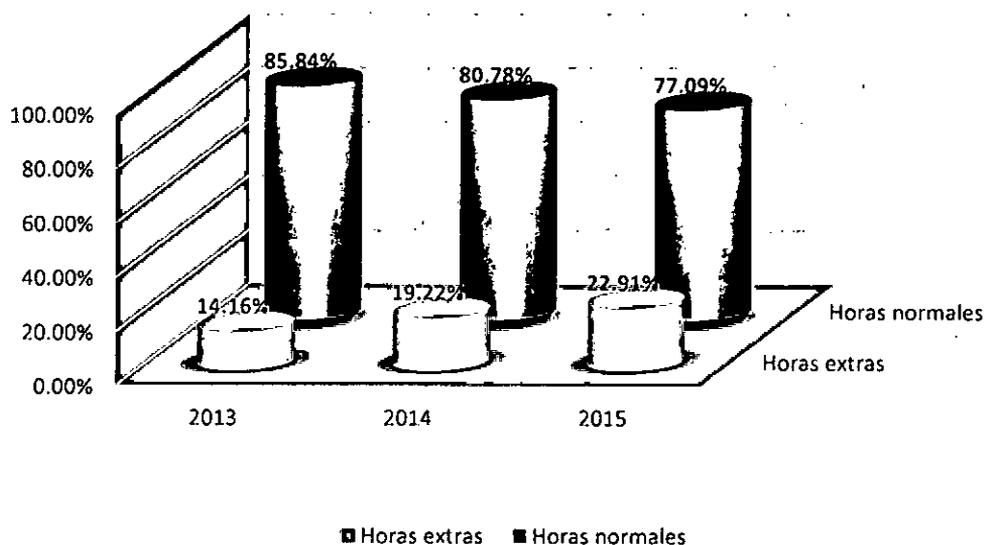
CUADRO N° 4.10
HORAS ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN HORAS
NORMALES Y HORAS EXTRAS DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS
ESSALUD
AÑO 2013 - 2015

| C. QUIRÚRGICO | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|----------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|
| | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE | N° | PORCENTAJE |
| Horas extras | 8550 | 14.16% | 11742 | 19.22% | 15168 | 22.91% |
| Horas normales | 51828 | 85.84% | 49344 | 80.78% | 51030 | 77.09% |
| TOTAL | 60378 | 100.00% | 61086 | 100.00% | 66198 | 100.00% |

FUENTE: Departamento de Enfermería Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se observa, que las horas extras estimadas para enfermería en centro quirúrgico, han ido en aumento de un 14.16% a un 22.91% durante el periodo 2013 - 2015 , respecto a la disminución de horas normales que van del 85.84% a un 77.09% en este mismo periodo, esto debido a las horas disponibles en centro quirúrgico y a la falta de recurso de profesionales de enfermería, generando jornadas laborales de 12 horas con mucha frecuencia, y a pesar de estas se dan situaciones en las que no es posible contar con más recurso humano pues los horarios están saturados.

GRAFICO N°4.10
HORAS ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN HORAS
NORMALES Y HORAS EXTRAS DEL HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD
AÑO 2013 - 2015



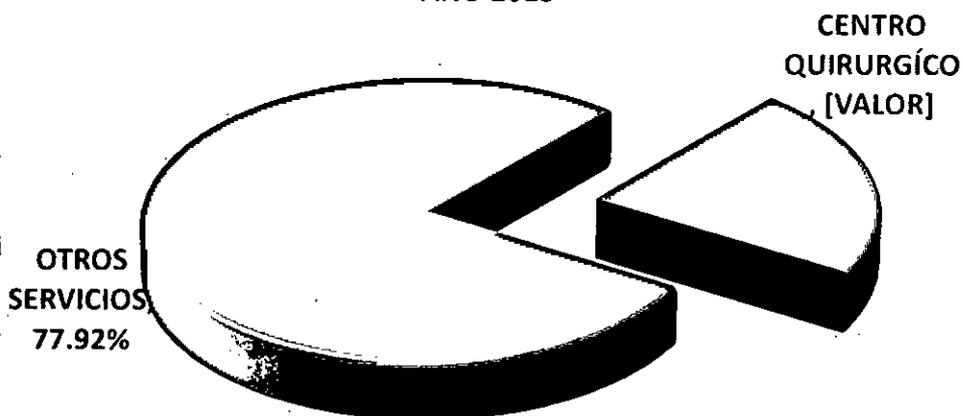
CUADRO N° 4.11
PROGRAMACIÓN DE HORAS NORMALES EN ENFERMERÍA CENTRO
QUIRÚRGICO Y OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD
AÑO 2015

| NORMAL | TOTAL | |
|-----------------|---------------|----------------|
| | N° | % |
| C. QUIRÚRGICO | 51030 | 22.08% |
| OTROS SERVICIOS | 180062 | 77.92% |
| TOTAL | 231092 | 100.00% |

FUENTE: Departamento de Enfermería Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se observa que del 100% de horas programadas para los servicios de enfermería el 22.08% corresponde al servicio de centro quirúrgico, no siendo estas suficientes para cubrir la demanda de horas disponibles de centro quirúrgico.

GRAFICO N°4.11
PROGRAMACIÓN DE HORAS NORMALES EN
ENFERMERÍA CENTRO QUIRÚRGICO Y OTROS SERVICIOS
DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ES SALUD
AÑO 2015



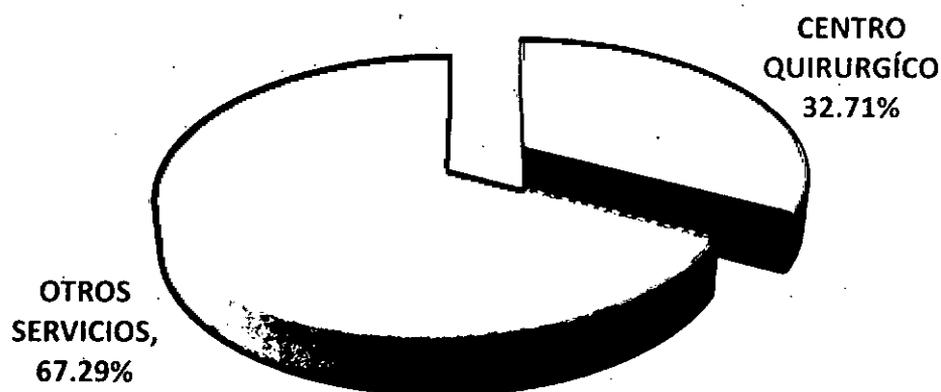
CUADRO N° 4.12
HORAS EXTRAS DE ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y OTROS
SERVICIOS DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD
AÑO 2015

| EXTRAS | TOTAL | |
|-----------------|--------------|----------------|
| | N° | % |
| C. QUIRÚRGICO | 15168 | 32.71% |
| OTROS SERVICIOS | 31209 | 67.29% |
| TOTAL | 46377 | 100.00% |

FUENTE: Departamento de Enfermería Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se observa que del 100% de horas extras empleadas en los servicios de enfermería el 32.71% corresponde al servicio de centro quirúrgico, horas necesarias por la falta de recursos humanos de enfermería en quirófano.

GRAFICO N°4.12
HORAS EXTRAS DE ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO Y OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL III
SUAREZ ANGAMOS ES SALUD AÑO 2015

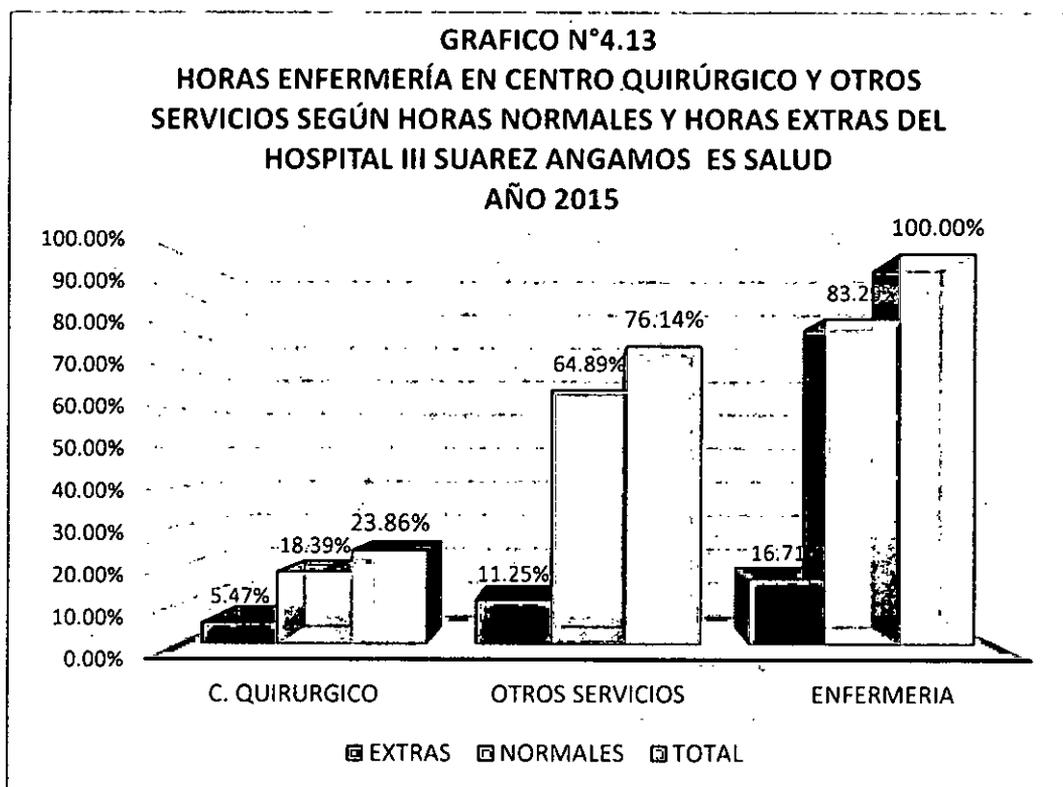


CUADRO N° 4.13
HORAS ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO Y OTROS SERVICIOS
SEGÚN HORAS NORMALES Y HORAS EXTRAS DEL HOSPITAL III
SUAREZ ANGAMOS ESSALUD
AÑO 2015

| HORAS | NORMALES | | EXTRAS | | TOTAL | |
|-----------------|----------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| C. QUIRÚRGICO | 51030 | 18.39% | 15168 | 5.47% | 66198 | 23.86% |
| OTROS SERVICIOS | 180062 | 64.89% | 31209 | 11.25% | 211271 | 76.14% |
| ENFERMERÍA | 231092 | 83.29% | 46377 | 16.71% | 277469 | 100.00% |

FUENTE: Departamento de Enfermería Hospital III Suárez Angamos Rcd Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se observa que del 100% de horas de enfermería, centro quirúrgico emplea el 23.86% del total de horas incluidas las horas extras y normales, debido a la falta de recursos humanos y la demanda del servicio.



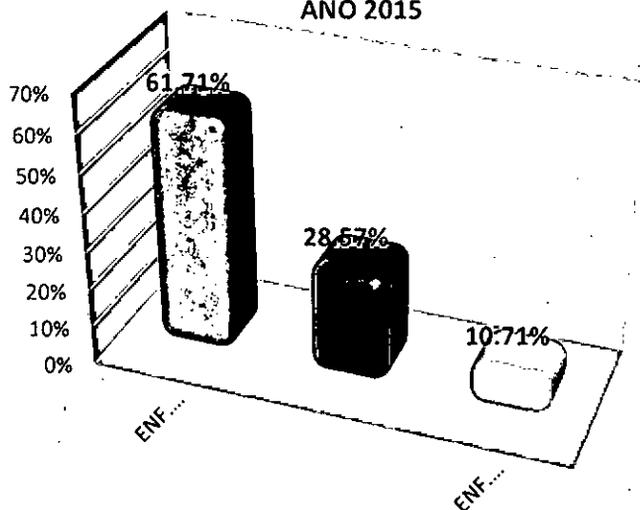
CUADRO N° 4.14
TOTAL DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO CENTRO QUIRÚRGICO
SEGÚN ESPECIALIDAD EN EL
HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ES SALUD
AÑO 2015

| Lic. ENFERMERAS | N° | % |
|------------------------|----|--------|
| TOTAL, DE ENFERMERAS | 28 | 100% |
| ENF. ESPECIALISTA | 17 | 61.71% |
| ENF. ESTUDIOS EN CURSO | 8 | 28.57% |
| ENF. ASISTENCIALES | 3 | 10.71% |

FUENTE: Departamento de Enfermería Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

Se observa que un porcentaje elevado de profesionales de enfermería no tienen especialidad en centro quirúrgico.

CUADRO N°4.14
TOTAL DE ENFERMERAS EN EL SERVICIO CENTRO
QUIRÚRGICO SEGÚN ESPECIALIDAD EN EL
HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ES SALUD
AÑO 2015



■ ENF. ESPECIALISTA ■ ENF. ESTUDIOS EN CURSO ■ ENF. ASISTENCIALES

V. CONCLUSIONES

- a) En el área de otorrinolaringología, representa el 5.57% del total de intervenciones, con una población etaria predominante entre 25 y 39 años, siendo por nivel de complejidad tipo C las intervenciones de mayor demanda, predominando la población masculina, siendo la sedación más anestesia local y la anestesia local las más empleadas, con un motivo de suspensiones quirúrgicas atribuibles a la institución.

- b) Los recursos humanos de enfermería especializado en quirófano, representan el 61%, la demanda de horas laborales en centro quirúrgico origina el trabajo de horas extras. Los registros de cirugía segura y de enfermería en quirófano, se cumplen, pero no se cuenta con la conservación de estos pues se van con las historias clínicas, lo que no permite una evaluación adecuada de los mismos que permitan medir su correcta aplicación.

- c) Déficit de recurso humano, origina una dificultad en la demanda de atenciones a pacientes quirúrgicos en ESSALUD, observándose una sobrecarga de horas de trabajo al personal, con exceso de horas extras, para mantener las actividades programadas, lo que influye en una atención adecuada y personalizada al paciente.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Implementar dotación de personal de enfermería especializado y poder brindar los cuidados de enfermería en forma oportuna y personalizados permitiendo que el paciente quirúrgico se sienta protegido y asistido con calidez humana en todo momento.
- b) Crear una base de datos informatizado de los registros de enfermería, que permitan realizar estudios futuros, así como la evaluación y análisis de estos para las mejoras de la atención de los cuidados de enfermería, lo que permitirá fundamentar y reforzar la permanencia de un personal en preparación de pacientes logrando una óptima atención humanizada por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes quirúrgicos de EsSalud.
- c) Motivar al personal de enfermería para la implementación de un modelo de cuidado humanizado. que beneficien y favorezca a la atención del paciente en forma permanente, permitiendo de esta manera contar con personal más identificado con el cuidado humanizado de los pacientes en EsSalud.

VII.REFERENCIALES

1. Calderón Alemán, Deniss Paúl; Jaramillo Oyervide, Julio Alfredo; Crespo Quezada Juan Felipe. Calidad de vida antes y después de septoplastia en pacientes con obstrucción nasal, hospital José Carrasco Arteaga, cuenca Ecuador. [Internet] 2014 [citado 29 de junio 2015] Pag.1/7;2/7;3/7. Disponible en: [file:///D:/Disco%20D/Descargas/ID%201521%20\(4\).pdf](file:///D:/Disco%20D/Descargas/ID%201521%20(4).pdf)
2. Chau Pérez, Manuel Fernando. Resultados post operatorios en septoplastia sin taponamiento nasal en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren en el periodo agosto 2012 - abril 2013. Biblioteca responsável: PE13.1 [Internet]. Lima; s.n; 2013. 32 p. tab. [citado 29 de junio 2016]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-713945>
3. Roosevelth Ángeles Ponte Contribución de los cuidados de enfermería a la satisfacción en los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca [Internet] 2006 [citado 05 mayo 2016] Pag.7/146 Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21745/1/2006_7.pdf
4. Definición de Otorrinolaringología» Concepto en Definición ABC [Internet]. [citado 28 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/salud/otorrinolaringologia.php>
5. María Cristina Martín-Crespo Blanco "Efecto de la intervención enfermera durante el intraoperatorio en el grado de ansiedad del paciente Quirúrgico en el Hospital Comarcal Virgen de Altagracia de Manzanares" (Ciudad Real) 10/12/2006 España Nure Investigación, nº 30, Septiembre-Octubre 07[Internet]. [citado 28 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/358>

6. **Quintero-Maldonado-Guevara** Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería **Rev. Elct. Portalesmedicos [Internet]** 3 Feb 2015 [citado 28 mayo 2016] Pag. 5/5 Disponible en: www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-enfermeria/
7. M^a Dolores Mellado López Organización y coordinación del trabajo de enfermería de quirófano 2012/13 España [Internet]. [citado 01 mayo 2016]. Disponible en:
<http://repositorio.ual.es:8080/jspui/handle/10835/2453#.V3vEltLhBdg>
8. Elveny Laguado Jaimes, Karol, El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos Colombia –Revista electrónica trimestral de enfermería N° 40 Octubre [Internet]. 2015 [citado 27 de abril 2016] Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/212781/181671>
9. Gipsy Arteaga realizo, Cuidados preoperatorios de enfermería a pacientes hospitalizados servicio de cirugía, hospital universitario de Pol Angel Larraiden Municipio Naguanagua, Estado Carabobo; I semestre [internet]. 2013 [citado 24 05 2015]. Disponible en:
<http://www.repositoriosacademicos.uchile.cl/index.php/record/view/816775>
10. MARLE ZÚÑIGA ÑAUPARI Opinión del Paciente Postoperado Inmediato sobre la Interacción Enfermera Paciente en la Dimensión Interpersonal en la Unidad de Recuperación del INEN 2010.
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4585/3/Zuniga_Naupari_Marlene_2010.pdf
11. Juanita Haydeé Fernández Rivadeneira/ Danitsa Priscilla Puell Mori Aplicabilidad de la valoración en el cuidado de la persona hospitalizada servicio de cirugía Hospital Regional docente las Mercedes – Chiclayo 2014 [Internet]. [citado 19 Mayo 2015]. Disponible en:

- http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/230/1/TL_FernandezRivadeneiraJuanita_PuellMoriDanitsa.pdf
12. *Hinostroza Robles, Nelly Marleni*. El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico. Rev. Enfermería vanguard.[Internet] 2014 [citado 19 5 May] ; 2(1): 86-97 Disponible en
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9g03_0T_wgvwJ:unica.edu.pe/alavanguardia/index.php/revan/article/download/41/41+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
 13. Enfermería - El Rincón del Vago
http://html.rincondelvago.com/enfermeria_7.html
 14. Guía para el desempeño del profesional de enfermería - ACOFAEN
[Internet] 1998 [citado 19 May. 2016] Pag.6/31;7/31. Disponible en:www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=49
 15. Modelos y teorías de la enfermería - Wikipedia, la enciclopedia libre
[Internet] 2011 [citado 7 de Mar 2016] Disponible en:https://es.wikipedia.org/wiki/Modelos_y_teorías_de_la_enfermería
 16. La Esencia del Cuidado - Congreso Maulino de Discernimiento.
[Internet]. 2010 [citado 5 Abr 2016]. Disponible en:
<https://sites.google.com/site/congresomaulino/ponencias/esencia-cuidado>
 17. ÁVILA ALPIREZ, Hermelinda; RIZO BAEZA, María Mercedes; FLORES PEÑA, Yolanda. "Satisfacción del cuidado enfermero en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Matamoros, Tamaulipas, México". Rev. Cultura de los cuidados-2007, Año XI, n. 22 [Internet] Pag.3/7. [citado 04 Fre. 1016]. Disponible en:
rua.ua.es/dspace/handle/10045/6639
 18. Mayte Valle CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA ORL Y MAXILOFACIAL Hospital General Universitario Gregorio Marañón Cirugía Mayor Ambulatoria. [Internet] [citado 28 de mayo de 2016] Pag.12/36 Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

[disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filenam
e%3D28.+Cuiddaos+de+enfermeria+en+ORL+y+Maxiofacial+en+C
MA+.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital
GregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=
1352868089047&ssbinary=true](#)

19. González Pérez, Miguel et all "Recomendaciones para el dialogo y tratamiento en ORL" 2° revisión, 2004, pág. 16,15. Rev Med (online).[citado 01 julio 2016], disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/147/pdf/RECOMENDACIONES_OTORRIN.pdf
20. II. NARIZ Y SENOS PARANASALES CAPÍTULO 48 PATOLOGÍA DEL SEPTUM NASAL. SEPTOPLASTIA I. Viza Puiggrós, A. Pujol Olmo, Dr. Joan Ramón Montserrat i Gili Hospital de la Santa Creu i Sant Pau Libro virtual de formación en ORL[Internet] [citado 07 agosto 2016] Pag. 6/14 Disponible en: <http://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/048%20%20PATOLOG%C3%8DA%20DEL%20SEPTUM%20NASAL.%20SEPTOPLASTIA.pdf>
21. Técnicas quirúrgicas - Septoplastia - Rinoplastia [Internet] [citado 20 agosto 2016] Disponible en:http://www.rinoplastia.eu/610_septoplastia.htm
22. Enfermería médico quirurgica. [Internet]. Pag.1/58 [citado 29 MAYO 2016]. Disponible en: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/descargas/Habilidades/Enf%5B1%5D.%20Med.%20Qui.%20pre-trans-pos-op.pdf>
23. Rebollo García - M^a Dolores Sánchez-Matamoros Martín² Dr. Manuel Luque Oliveros Enfermería sobre el paciente quirúrgico en el periodo intraoperatorio. Rev. Portales Médicos Vol. X; N° 7.[Internet].2015 [citado 22 May 2016] ;326. Disponible en <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-periodo-intraoperatorio/>

24. Heluy De **Castro**, Carolina; Efigenia De Faria, Taís; Felipe Cabanero, Rosa y Castello Cabo, Miguel **Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano**. *Index Enferm* [online]. 2004 [citado 25 de Abr 2016] vol.13, n.44-45, pp.18-20. ISSN 1132-1296. Disponible en scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004
25. Cuidados de enfermería realizados en el paciente cirúrgico em el período pré-operatório - SciELO Rev. esc. enferm. [online] 2009 [citado 20 abr 2016] USP vol.43 no.1 Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002
26. **Cuidados Trans-operatorios - Pisa Farmacéutica** [Internet] [citado 25 mayo 2016] Disponible en: www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_3.htm
27. Bellido Vallejo, José Carlos; Coll del Rey, Eugenio; Quero Vallejo, Juan Carlos; Calero Garcia, María José et al. Actividad e intervención enfermera en el periodo intraoperatorio. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(2) Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0411.php>
28. Cuidados Post-operatorios | El Blog De La Enfermera [Internet] 2012 [citado 10 May 2016] <http://enferlic.blogspot.pe/2012/08/cuidados-post-operatorios.html>
29. Beatriz Castillo Martín Plan de cuidados en Quirófano: Cirugía abdominal laparoscópica Rev. Reduca [Internet] 2013 [citado 10 May 2016] 5 (3): 50-88. Disponible en: www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1578/1600
30. Ministerio de salud Del Perú "Guías Técnicas para Proyectos de Arquitectura y Equipamiento de las Unidades de Centro Quirúrgico

y Cirugía Ambulatoria. Pag.5/32. [Internet]. 2000 [citado 24 abril 2016]. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/ogdn/cd1/pdf/NLS_27/RM065-2001.pdf

31. DEFINICIÓN DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

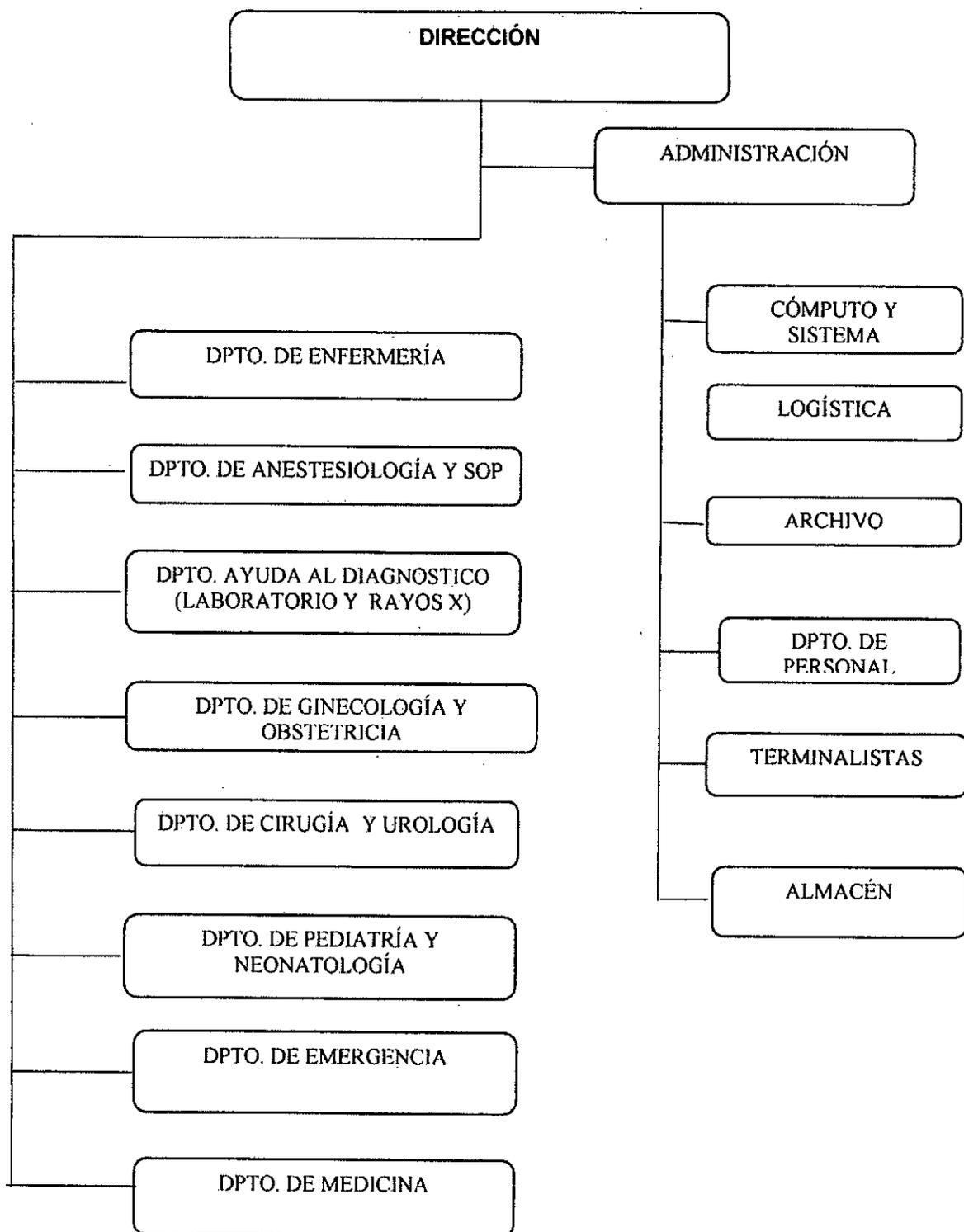
<http://definicion.de/otorrinolaringologia/>

32. Clasificación Y Codificación de los Procedimientos Quirúrgicos y Anestesiológicos por grado de Complejidad-2009 ESSALUD Pag.14.

33. Ansiedad en pacientes sometidos a cirugía programada Revista Med. Elec.Portales Médicos. [Internet]. [citado 26 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ansiedad-pacientes-cirugia-programada/>

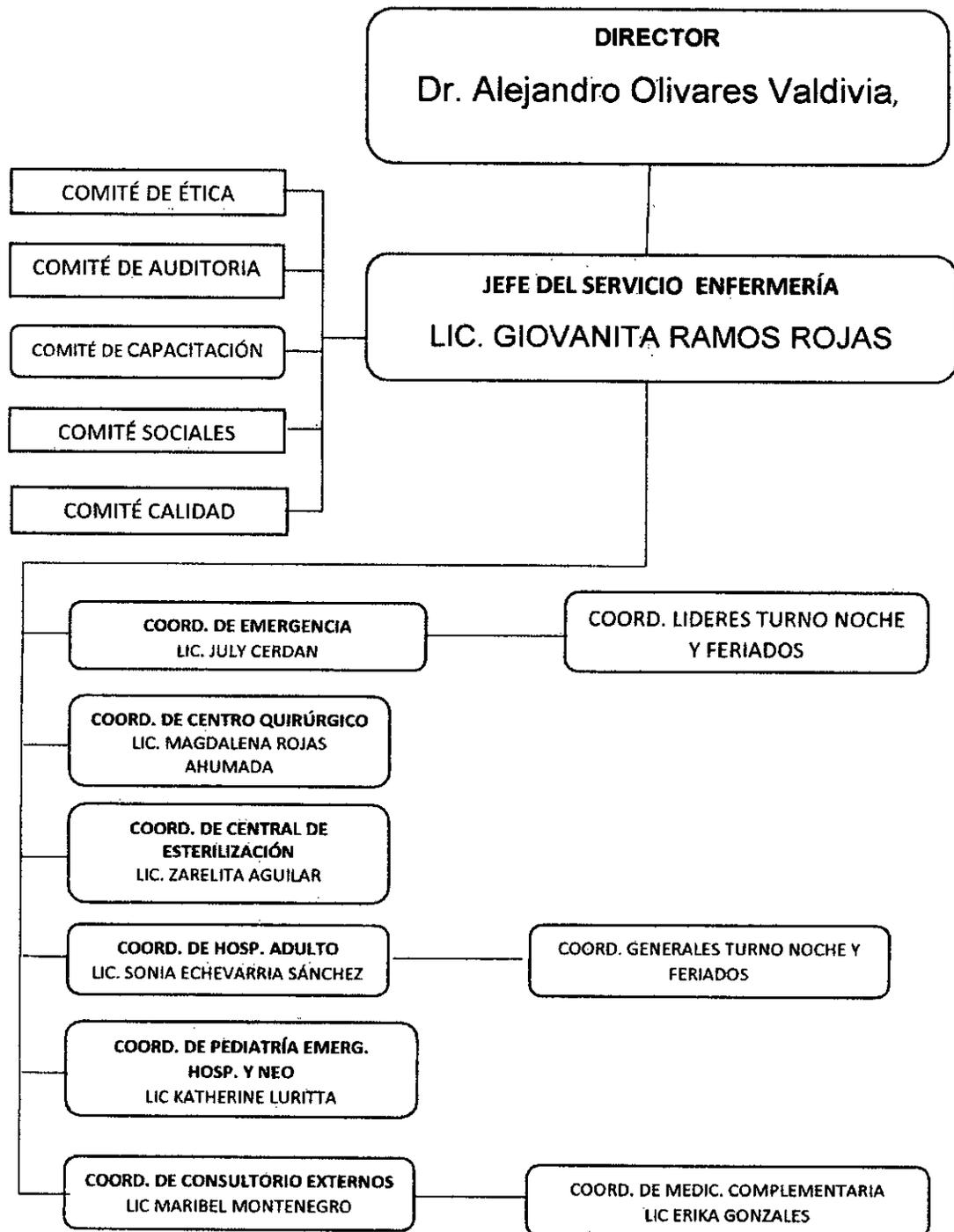
ANEXOS

ANEXO N° 1
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS



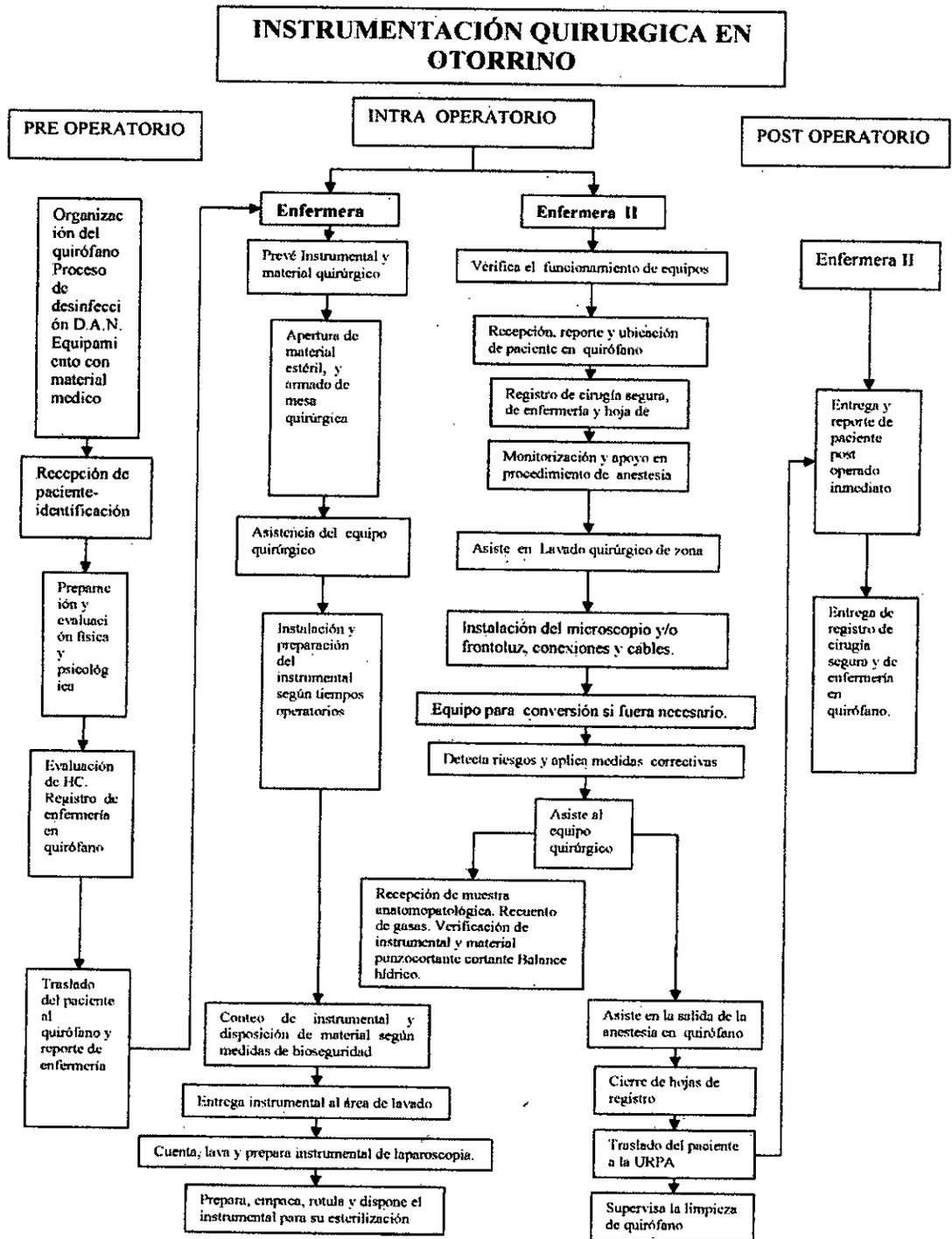
FUENTE: MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS

ANEXO N° 2
ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS



FUENTE: MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS

ANEXO N° 3



FUENTE: DEL MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS

ANEXO N°4

HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO



RED ASISTENCIAL REBAGLIATI

CENTRO ASISTENCIAL

REGISTRO DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

N° de Sala
Fecha:

Hora de Ingreso:
Hora de Salida:

Programada
Emergencia

I. DATOS GENERALES

Nombre y apellidos: Autogenerado:

Edad: Sexo: Peso:

Diagnóstico Quirúrgico:

Hb Hcto GS RH TC TS RQ Depósito de sangre Si NO

VALORACIÓN DE INGRESO SEGUN PATRONES FUNCIONALES

| | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| Patrón de percepción: control de la salud | 1.1. Antecedentes de la enfermedad HTA: D.M. TBC: HEP: HIV | Patrón de actividad y ejercicios | A. Actividad respiratoria 6.1. Patrón respiratorio FR _____ Secreción: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | 1.2. Intervenciones Quirúrgicas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Año Especifique | | 6.2. Apoyo respiratorio: CBN <input type="checkbox"/> Masc. Res. <input type="checkbox"/> Espont. <input type="checkbox"/> |
| Patrón de Val. de Val. | 1.3. Alergias y otras reacciones: Niega <input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Especifique | Patrón de actividad y ejercicios | B. Actividad circulatoria 6.3. Función cardíaca: Pulso _____ Edema _____ Lugar _____ PA _____ |
| | 1.4. Estado de higiene: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> 1.5. Autorizó la cirugía: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | B. Ejercicio y autocuidado 6.4. Depend. <input type="checkbox"/> C/ayuda <input type="checkbox"/> Indepen. <input type="checkbox"/> |
| Patrón de si mismo | 2.1. Restricciones religiosas Exoneración de transfusión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Patrón nutricional metabólico | 6.5. Ayuno: +6 hrs. <input type="checkbox"/> +6 hrs. <input type="checkbox"/> 6.6. Piel: rasurado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Coloración: Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Hidratación: Seca <input type="checkbox"/> Turgente: <input type="checkbox"/> Integridad: Intacta: <input type="checkbox"/> Lesión lugar <input type="checkbox"/> Y tipo _____ |
| Patrón cognitivo perceptivo | 3.1. Estado emocional Tranquilo <input type="checkbox"/> Temeroso <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> | | 6.7. Prótesis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 6.8. Muc. Oral: Lesiones <input type="checkbox"/> Intacta: <input type="checkbox"/> 6.9. Abdm: Depresible <input type="checkbox"/> Distend <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> 6.10 Drenajes: SNG <input type="checkbox"/> Características _____ |
| Patrón de eliminación | 4.1. Despierto <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Inconciente <input type="checkbox"/> 4.2. Orientado: Tiempo <input type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> 4.3. Dolor / molestias Ubicación | Patrón nutricional metabólico | |
| | 5.1. Depositiones: Enema Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 5.2. Orina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SF: N° Características: Clara <input type="checkbox"/> Piuria <input type="checkbox"/> Colúrica <input type="checkbox"/> Hematúrica <input type="checkbox"/> 5.3. Sangrado Vaginal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

MONITOREO HEMODINÁMICO INTRAOPERATORIO

Tipo de Anestesia: General TET N° Regional: Epidural Bloqueo Local Sedoanalgesia

Cáteter Venoso periférico calibre Ubicación CVC LA

| Control de Funciones Vitales | | | | Balance Hídrico Intraoperatorio | | | |
|------------------------------|----|----|----|---------------------------------|---------------|---------|-------------------------------|
| Hora | PA | FC | FR | SO2 | Tipo Solución | Volumen | Diuresis / Drenaje y sangrado |
| Ingreso | | | | | | | |
| Intraop | | | | | | | |
| Salida | | | | | | | |

II. CONDICIONES DE LA SALIDA DEL PACIENTE

Cirugía realizada Ventilación: Entubado apoyo O2 Espontáneo

Transfusión Conteo de gases Antibiótico Hora

Analgésico Hora

Drenaje: SNG SF Dren Kher Hemovack Dren penrose Dren tubular

Irrigación

I. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA / PLAN DE CUIDADOS Y EVALUACIÓN

1. SINDROME DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Inmovilidad () Traumatismo () Procedimiento quirúrgico () Dolor ()

Objetivo: El paciente disminuirá déficit de autocuidado (1) (2) (3)

Proporcionar medio ambiente seguro y cálido () Preparar quirófano para la intervención con equipos biomédicos y accesorios () Evitar caídas () Mantener la higiene de la piel () Proteger la intimidad del paciente () Colaborar en necesidades fisiológicas ()

2. TEMOR A LO DESCONOCIDO

Cirugía () Los resultados () Anestesia () Nuevas personas () Nuevo ambiente

Objetivo: Paciente expresará reducir sensación de temor (1) (2) (3)

Identificación del personal con el paciente () Relación terapéutica enfermera paciente () Orientar sobre el entorno () Favorecer la expresión de sentimientos e interrogantes () Orientación sobre los procedimientos ()

3. ALTO RIESGO DE LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS RELACIONADO

Secreciones () Anestesia general () Inmovilidad () Edad extrema ()

Objetivo: Paciente presentará limpieza eficaz de vías aéreas (1) (2) (3)

Proveer equipo de aspiración () Valorar la frecuencia respiratoria () Valorar las secreciones () Monitoreo de funciones vitales () Control de la saturación () Apoyo en la intubación endotraqueal () Administración de oxígeno ()

4. CP HEMORRAGIA

Objetivo: Prevenir la hemorragia (1) (2) (3)

Verificar depósito de sangre () Valores de Hb() Hcto () TC () TS() Ver si recibe anticoagulantes () Identificar shock hipovolémico () Suturas hemostática () Suero tibio () Agentes hemostáticos () Cuantificar sangrado () Aporte de líquidos () Débito urinario () Monitoreo de PA () FC () EKG ()

5. ALTO RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADA A:

Cirugía () Presencia de vías invasivas () Colocación de prótesis o implantes ()

Objetivo: Prevenir el riesgo de infección (1) (2) (3)

Aplicar medidas de seguridad () Proveer de ropa, instrumental e insumos estériles () Vigilar el área estéril () Aplicar la técnica aséptica en los procedimientos invasivos () Verificar indicadores de paquetes quirúrgicos () Proveer de insumos para el lavado quirúrgico () Antisepsia de piel..... Cambio de guantes para el manejo de implantes () Verificar limpieza y desinfección de quirófano ()

6. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD HÍSTICA

Mucosa oral () Piel, relacionado a la cirugía () Traumatismo mecánico () Inmovilidad ()

Objetivo: Paciente reducirá riesgo de deterioro de la integridad hística (1) (2) (3)

Valorar mucosa oral () Posición anatómica () Proteger zonas de presión () Proteger de quemaduras () Fricciones () placa indiferente

(1) Objetivo alcanzado (2) Objetivo alcanzado parcialmente (3) Objetivo no alcanzado

| Anestesiólogo | Cirujano | Enfermeras | Observaciones: |
|---------------|----------|------------|----------------|
| | | | |

SELLO Y FIRMA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

N° Autogenerado:

Paciente:

Fecha:

/ /

Hora:

| Antes de la inducción de la anestesia | Antes de la incisión | Antes que el paciente salga del quirófano |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Se ha confirmado en el paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Zona a ser operada • Procedimiento a realizar • Consentimiento | <input type="radio"/> Confirme que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función | Enfermera confirma verbalmente con el equipo <input type="radio"/> El nombre del procedimiento registrado |
| <input type="radio"/> Se ha marcado la zona a ser operada <input type="radio"/> No se aplica | <input type="radio"/> Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del paciente • Zona a ser operada • Procedimiento | <input type="radio"/> Que el recuento de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no aplicable) <input type="radio"/> La muestra o espécimen es etiquetado (incluye el nombre del paciente) <input type="radio"/> Si hay problemas para corregir en algún instrumento |
| <input type="radio"/> Se ha completado la revisión de seguridad de la anestesia | Anticipación de eventos críticos <input type="radio"/> Cirujano revisa: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las etapas críticas o inesperadas, duración de la operación, pérdida de sangre? | <input type="radio"/> El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisan los temas claves para la recuperación y manejo posterior de este paciente |
| <input type="radio"/> Oxímetro colocado en el paciente y funcionando | <input type="radio"/> Equipo de anestesia revisa: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Riesgos específicos del paciente? | CIRUJANO: Firma _____ Nombre _____ |
| Se sabe si el paciente tiene: ¿Alergia conocida? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Equipo de enfermería revisa: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido confirmada la esterilización? (incluye los indicadores de resultado) • ¿Riesgos específicos relativos al equipo? | ANESTESIÓLOGO: Firma _____ Nombre _____ |
| ¿Dificultad en la vía respiratoria / riesgo de aspiración? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si y equipamiento / asistencia disponible | <input type="radio"/> ¿Han sido dados antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica | INSTRUMENTISTA: Firma _____ Nombre _____ |
| ¿Riesgo de pérdida de más de 500 ml de sangre (7 ml/Kg en niños)? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si y tiene una vía EV y reemplazo planificado | <input type="radio"/> ¿Están las imágenes radiográficas exhibidas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica | ENF. CIRCULANTE: Firma _____ Nombre _____ |

ANEXO 5
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

ANEXO N° 6
RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE
SALUD N° 52-GCPS-ESSALUD-2009

Carta Circular N° 851
 Lima, 20 OCT 2009

HOSPITAL N.º SIÁREZ - ANGAMOS
DIRECCION
 26 OCT 2009
RECIBIDO

ESSALUD
HOSPITAL NACIONAL
 EDGARDO REBAGLIATI MARTINS - R.A.P.
 21 OCT 2009
TRAMITE DOCUMENTARIO

Essalud
RED ASISTENCIAL REBAGLIATI
 Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
 22 OCT 2009
 GERENCIA DE COORDINACIÓN DE PRESTACIONES
RECIBIDO

Señores

Redes Asistenciales: Rebagliati, Alvarado, Sabogal, Amazonas, Ancash, Apurímac, La Libertad, Loreto, Ucayali, Tarma, Lambayeque, Arequipa, Cusco, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huanuco, Ica, Puno, Junín, Juliaca, Madre de Dios, Moquegua, Moyobamba, Pasco, Tacna, Tarapoto, Tumbes.

Institutos Especializados: INCOR, Centro Nacional de Salud Renal.

Presente.-

Referencia : Resolución N° 52-GCPS-Essalud-2009.

Asunto : Manuales "Clasificación y Codificación de los Procedimientos Quirúrgicos y Anestesiológicos por Grado de Complejidad."



De mi consideración:

Es grato dirigirme a ustedes con la finalidad de saludarlos cordialmente, y a la vez hacerles llegar el documento señalado en la referencia a efecto se disponga mediante las Gerencias a sus cargos su inmediata aplicación, permitiéndose mediante dicha acción optimizar el uso adecuado de los recursos institucionales.

Sin otro particular, les reitero mi especial consideración y estima.

Atentamente,

Dr. ALFREDO BARRERO MOYANO
 Gerente Central de Prestaciones de Salud
 ESSALUD

GERENCIA RED ASISTENCIAL REBAGLIATI

Proceso N° 11124-GAR-09
 22 OCT 2009

Gerencia de Coordinación de Prestaciones y Atención
 de Emergencias y Urgencias
 de Atención Especializada

NIT 192.2005 314

ABM/CCD/RRS/JVC

Lima,

22 SEP 2009

Vista;

La Carta N° ⁶⁶⁶ -GPH-GCPS-ESSALUD-2009, mediante la cual la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias propone la actualización de la Clasificación y Codificación de los Procedimientos Quirúrgicos y Anestesiológicos por Grado de Complejidad;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2008, que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud; con la creación de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud como órgano de línea de la Gerencia General.

Que, mediante el referido Reglamento de Organización y Funciones se establece en el inciso i) del artículo 32° como una de las funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; promover el uso de instrumentos que mejoren la gestión de los servicios tales como la gestión clínica.

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-EsSalud-2007 de fecha 10 enero 2007, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del EsSalud, considerando a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud como órgano de línea de la Gerencia General;

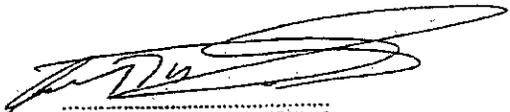
Que, la Gerencia de de Prestaciones Hospitalarias a través de la Sub-Gerencia de Servicios Finales propone la actualización correspondiente, para su aprobación y difusión

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Actualización de la "Clasificación y Codificación de los Procedimientos Quirúrgicos y Anestesiológicos por Grado de Complejidad"
2. **DEJAR SIN EFECTO** la "Clasificación y Codificación de los Procedimientos Quirúrgicos y Anestesiológicos por Grado de Complejidad" aprobada con Resolución de la Gerencia Central de Salud N° 020-GCS-EsSalud-2000.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

22 SEP 2009
Jorge M. Cabello Yacolina
Fidatario Titular
Resolución N° 033 GCPS-EsSalud-2009

ANEXO N° 7

❖ Técnica Quirúrgica en septoplastia.

La secuencia técnica es la siguiente:

- Incisión de hemitransfixión.
- Disección mucopericóndria bilateral (túneles superiores).
- Disección mucoperióstica bilateral (túneles inferiores).
- Resección precisa, del exceso septal.
- Reconstrucción septal y sutura del borde caudad.
- No dejar espacios muertos.
- Sutura transfixante de las flaps mucopericóndricos;
- Sutura de incisión hemitransfixante²¹.

Fuente: Desviación Nasal y su Corrección Quirúrgica Funcional VI
Manual IAPO

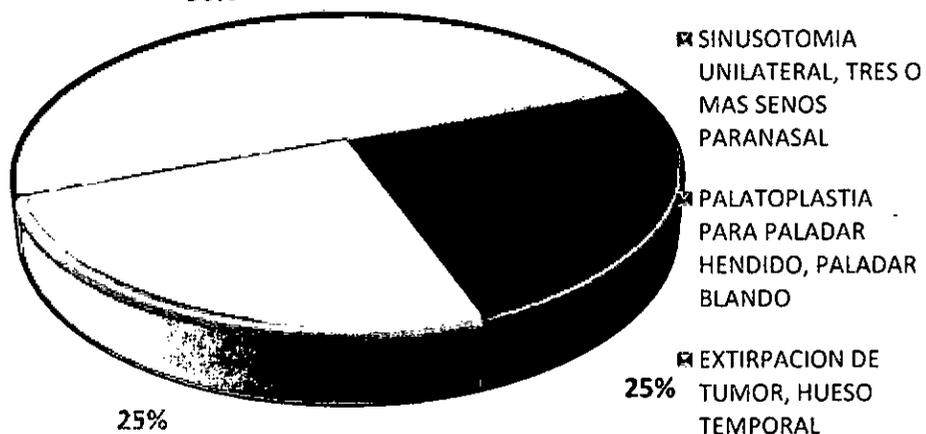
ANEXO N° 8
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO A
EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III
SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015

| COMPLEJIDAD A | TOTAL | |
|---|--------------|-------------|
| | N° | % |
| SINUSOTOMIA UNILATERAL, TRES O MAS SENOS PARANASAL | 2 | 50% |
| PALATOPLASTIA PARA PALADAR HENDIDO, PALADAR BLANDO | 1 | 25% |
| EXTIRPACIÓN DE TUMOR, HUESO TEMPORAL | 1 | 25% |
| TOTAL | 4 | 100% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

Se observa que del 100% de intervenciones quirúrgicas de tipo A en el área de otorrinolaringología la sinusotomía unilateral representa el 50%.

GRAFICO N°8
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN
COMPLEJIDAD TIPO A EN EL ÁREA DE
OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL III SUAREZ
ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015



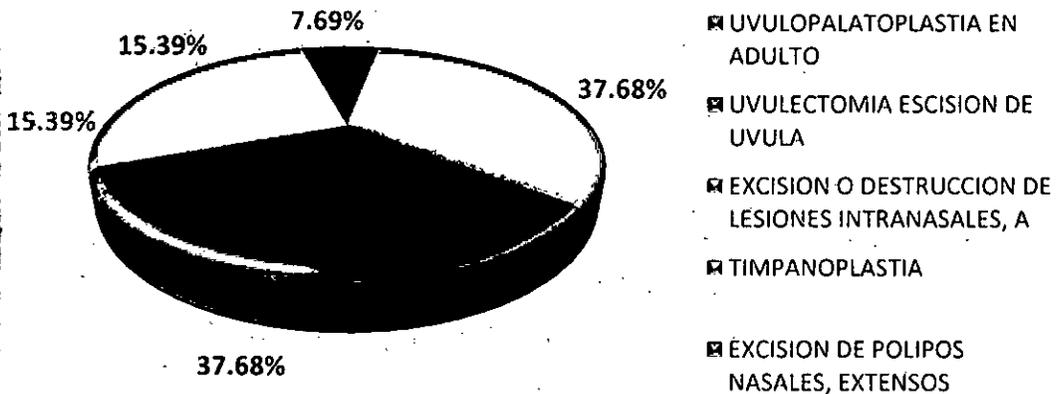
ANEXO N° 9
**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO B
 EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III
 SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015**

| COMPLEJIDAD B | TOTAL | |
|---|-----------|----------------|
| | N° | % |
| <i>UVULOPALATOPLASTIA EN ADULTO</i> | 4 | 37.68% |
| <i>UVULECTOMÍA ESCISIÓN DE ÚVULA</i> | 4 | 37.68% |
| <i>ESCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIONES INTRANASALES, A</i> | 2 | 15.39% |
| <i>TIMPANOPLASTIA</i> | 2 | 15.39% |
| <i>ESCISIÓN DE PÓLIPOS NAsALES, EXTENSOS</i> | 1 | 7.69% |
| TOTAL | 13 | 100.00% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se observa que del 100% de intervenciones quirúrgicas de tipo B en el área de otorrinolaringología la uvulopalatoplastia en adulto y la uvulectomía escisión de úvula representan cada una el 37.68%, seguida de la escisión o destrucción de lesiones intranasales y la timpanoplastia con un 15.39% cada una y por último la escisión de pólipos nasales, externos con un 7.69%.

**GRÁFICO N°9
 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD
 TIPO B EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
 HOSPITAL III SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015**



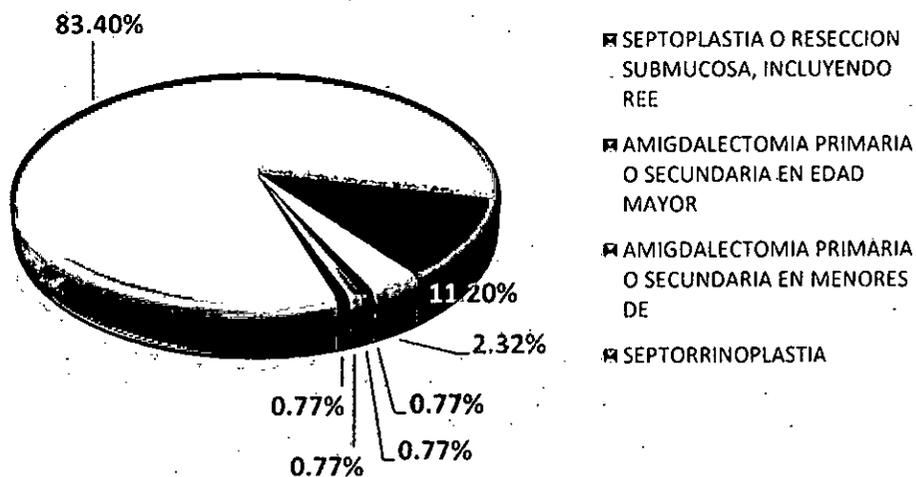
ANEXO N° 10
**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO C
 EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III
 SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015**

| COMPLEJIDAD C | TOTAL | |
|---|------------|----------------|
| | N° | % |
| SEPTOPLASTIA O RESECCIÓN SUBMUCOSA, INCLUYENDO REE | 216 | 83.40% |
| AMIGDALECTOMÍA PRIMARIA O SECUNDARIA EN EDAD MAYOR | 29 | 11.20% |
| AMIGDALECTOMÍA PRIMARIA O SECUNDARIA EN MENORES DE | 6 | 2.32% |
| SEPTORRINOPLASTIA | 2 | 0.77% |
| RINOPLASTIA, INCLUYENDO REPARACIÓN DE SEPTUM MAYOR | 2 | 0.77% |
| CONTROL DE HEMORRAGIA NASAL, POSTERIOR, CON TAPONA | 2 | 0.77% |
| ADENOIDECTOMÍA PRIMARIA EN EDAD MAYOR DE 12 | 2 | 0.77% |
| TOTAL | 259 | 100.00% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este cuadro se observa que del 100% de intervenciones quirúrgicas de tipo C en el área de otorrinolaringología, la septoplastia ocupa el primer lugar con un 83.40% de las intervenciones, la amigdalotomía primaria o secundaria en edad mayor el 29% y la amigdalotomía primaria o secundaria en menores el 2.3%.

GRAFICO N°10
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO C EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA HOSPITAL SUAREZ ANGAMOS III ESSALUD AÑO 2015



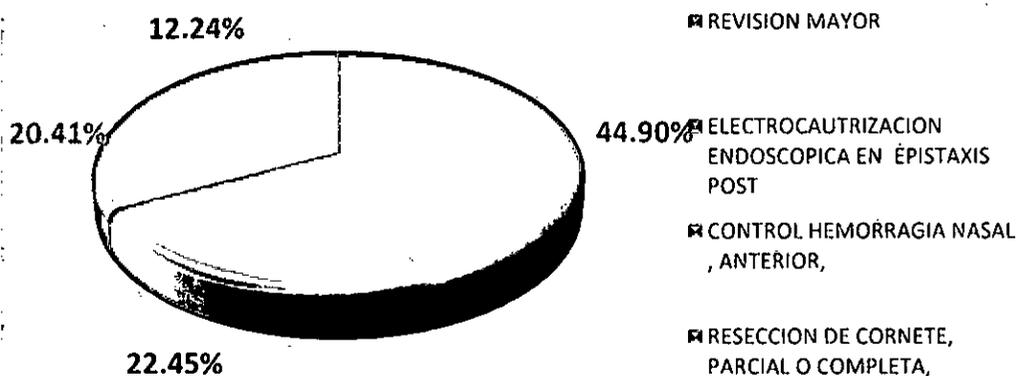
ANEXO N° 11
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO D
EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III
SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015

| COMPLEJIDAD D | 268 TOTAL | |
|--|------------------|---------------|
| | N° | % |
| REVISIÓN MAYOR | 22 | 44.90% |
| ELECTROCAUTRIZACIÓN ENDOSCÓPICA EN EPISTAXIS POST | 11 | 22.45% |
| CONTROL HEMORRAGIA NASAL, ANTERIOR, | 10 | 20.41% |
| RESECCIÓN DE CORNETE, PARCIAL O COMPLETA, | 6 | 12.24% |
| TOTAL | 49 | 100% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagñati

En este cuadro se observa que del 100% de intervenciones quirúrgicas de tipo **D** en el área de otorrinolaringología, la revisión mayor representa el 44.90%, la electrocauterización endoscópica en epistaxis post. el 22.45%, seguido del control de hemorragia nasal anterior con un 20.41%.

GRAFICO N°11
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO
D EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL
SUAREZ ANGAMOS III ESSALUD AÑO 2015



ANEXO N° 12

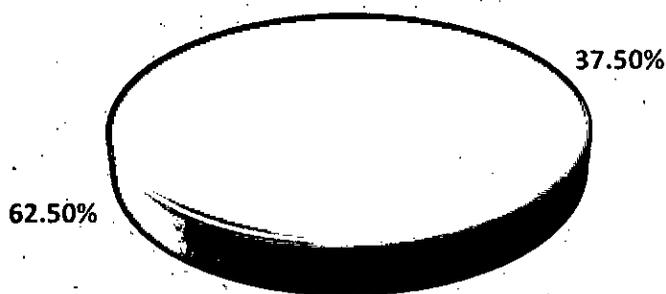
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO E
EN EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL III
SUAREZ ANGAMOS ESSALUD AÑO 2015

| COMPLEJIDAD E | TOTAL | |
|---|----------|-------------|
| | N° | % |
| <i>CONTROL DE HEMORRAGIA NASAL, ANTERIOR SIMPLE</i> | 6 | 37.50% |
| <i>OTROS DIAGNÓSTICOS</i> | 10 | 62.50% |
| TOTAL | 6 | 100% |

FUENTE: Unidad de Estadística Hospital III Suárez Angamos Red Desconcentrada Rebagliati

En este Cuadro se observa que del 100% de intervenciones quirúrgicas de tipo E en el área de otorrinolaringología, el control de hemorragia nasal, anterior simple representa el 37.50% y otros diagnósticos el 62.50%

GRAFICO N°11
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SEGÚN COMPLEJIDAD TIPO E EN
EL ÁREA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL SUAREZ
ANGAMOS III ESSALUD AÑO 2015



■ CONTROL DE HEMORRAGIA NASAL, ANTERIOR SIMPLE ■ OTROS DIAGNOSTICOS