

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS
A CIRUGÍA AMBULATORIA DEL CENTRO QUIRÚRGICO EN
EL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA**

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

SUSANA SOFIA TOVAR ANDRADE

CALLAO - 2016
PERÚ

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	03
1.2 OBJETIVO	05
1.3 JUSTIFICACIÓN	05
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 ANTECEDENTES	06
2.2 MARCO CONCEPTUAL	10
2.2.1 Teorías de Enfermería	10
2.2.2 Intervenciones de Enfermería	12
2.2.3 Cirugía Ambulatoria	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CIRUGÍA AMBULATORIA	
IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIALES	40
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En el presente Informe Profesional titulado “Cuidados de Enfermería en Pacientes sometidos a Cirugía Ambulatoria en el Centro Quirúrgico del Hospital Marino Molina Scippa, tiene vital importancia porque evidencia la intervención de la enfermera que ofrece en forma oportuna, segura y continua que promete al paciente tener seguridad y confianza para ser sometido a una intervención quirúrgica ambulatoria.

La cirugía ambulatoria son intervenciones quirúrgicas que no requiere hospitalización, se puede realizar bajo anestesia general, regional o local, una vez finalizado el procedimiento y la recuperación inicial, el paciente es dado de alta el mismo día para recibir el resto de sus cuidados en su domicilio.

En la unidad quirúrgica, la enfermera debe valorar y anticipar las necesidades del paciente y comenzar al mismo tiempo la planificación del alta y la orientación de los cuidados que debe tener el paciente en su domicilio. El poco tiempo que el paciente y su familia pasan en el hospital es un aspecto importante en el periodo preoperatorio. Es necesario que la enfermera se asegure de que el paciente pase primero a la sala preoperatorio antes de conducirse al quirófano para el procedimiento quirúrgico y que después estará algún tiempo en la unidad de cuidados pos anestésicos antes de ser dado de alta y enviado a casa con su familia más tarde. Es importante que la enfermera informe al paciente y a la familia del cuidado a seguir en el domicilio, para tener así una buena recuperación.

La cirugía ambulatoria es un ámbito del hospital donde el personal profesional y técnico debe tener la habilidad de trabajar en equipo. Los tiempos de acción de enfermería son cronometrados, lo que exige control y serenidad para lograr los objetivos. Es necesario que los administrativos realicen la dotación adecuada del personal de enfermería para disminuir riesgos asociados a la atención. El personal de Enfermería debe seguir los protocolos de atención, y se recomienda no perder de vista la identificación del paciente y tipo de cirugía desde el ingreso hasta su alta para evitar riesgos adversos

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las listas de espera de cirugías quirúrgicas ambulatorias representan un gran problema de los sistemas de salud a nivel mundial (1) y nuestra realidad no escapa a ello. Su existencia responde al hecho que los usuarios perciben estos servicios de salud como de bajo costo, por lo que la demanda se incrementa y sobrepasa la oferta; sin embargo, las listas de espera quirúrgica no deberían ser en sí mismas un problema; sino, más bien, un medio para lograr una gestión eficiente de los recursos (2). Ahora bien, cuando el tiempo de espera para recibir la atención médica requerida sobrepasa los límites establecidos, las listas de espera incrementan los costos del sistema, aumentan el riesgo de complicaciones, prolongan o empeoran la enfermedad y retrasan la recuperación del paciente. Se reporta que las especialidades médicas con las listas de espera más largas en la mayor parte de los países son: cirugía general, otorrinolaringología y oftalmología (3).

En el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, durante el año 2013, existieron 551 pacientes en lista de espera quirúrgica; de los cuales hasta octubre del año 2014 han sido operados el 24,7%; el 40,1% ha sido operado en otra cirugía por una razón diferente; ya no requieren cirugía el 28% y un 6,9% tiene exámenes vencidos (4).

|La mayoría de los estudios en el área de satisfacción de pacientes ambulatorio están fuertemente basadas en experiencias de Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. En México es importante destacar la ausencia de estudios que exploren la satisfacción del paciente en cirugía ambulatoria. Con base en lo anterior, se propuso un estudio descriptivo a fin de conocer la relación de los factores individuales: edad, sexo, estado marital y escolaridad con la satisfacción del paciente quirúrgico ambulatorio en dos instituciones públicas de atención a la salud en la especialidad de oftalmología por ser la especialidad con mayor demanda de atención (5)

En este sentido se destaca el rol de enfermería en la satisfacción del paciente y se precisa que la satisfacción del paciente se fundamenta en las percepciones con factores del cuidado de enfermería relacionados con la educación del paciente (Forbes, 1995). También se ha encontrado relevantes factores sociodemográficos tales como edad, sexo, categoría de empleo, ingreso anual y estado civil, con satisfacción del cuidado de enfermería (6)

En Estados Unidos, con un sistema sanitario primordialmente privado, se produjo una gran eclosión en el desarrollo de este tipo de unidades privadas e independientes de los hospitales a realizar la Cirugía Ambulatoria (Freestanding Day Surgery Units). Por el contrario en Europa, con sistemas sanitarios predominantes públicos tuvo desarrollo mucho más lento y desigual.

En el año 1973 American Medical Association (AMA) recomendó que los hospitales debían ser diseñados, organizados y equipados para realizar en ellos mayor número de procedimientos quirúrgicos, sin tener que hospitalizar a los pacientes. En 1974 se constituyó la Federated Ambulatory Surgery Association (FASA), y en 1984 se creó la Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA). En 1990 se constituyó la British Association of Day Surgery (BADs).

En el año 1981, el médico D.E Detmer publicó un breve artículo en el cual plasmó el estado de la cirugía ambulatoria. Su artículo en The New England Journal of Medicine contaba la historia del paciente ambulatorio, redefinía los términos, recomendaba los tipos de procedimientos, explicaba las rutinas de los cuidados a realizar, la seguridad del paciente, el control de calidad, y finalmente describía el impacto de los costes y eficiencia(7).

El resultado de la unión tecnológica, social y económica de la época favoreció que el número de Centros de Cirugía Ambulatoria pasara de 239 en 1983 a casi 3300 en las dos décadas siguientes.

En el Perú se realizan aproximadamente 15,000 a 20,000 casos de cirugías ambulatorias (colecistectomías), de las cuales en el sector privado sólo se intervienen el 3 al 5% de ellas. El precio de venta promedio de pacientes privados es de S/. 7,500.00 Nuevos Soles con un mínimo de S/. 3,600.00 y un máximo de S/. 16,000.00 Nuevos Soles.

1.2 OBJETIVO

Describir los Cuidados de enfermería en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas ambulatorias en el área de Centro Quirúrgico del Hospital Marino Molina Scippa.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Dado el incremento de pacientes que van a ser sometidos a cirugía ambulatorias en los últimos tiempos, la cirugía representa con frecuencia cierto desconocimiento, miedo y temor ante los resultados de la cirugía y el pronóstico, lo cual le puede conllevar a enfrentar ciertas reacciones emocionales que pueden repercutir negativamente en el proceso de la intervención quirúrgica sea en el intra y post operatorio. Por lo que la enfermera que labora en Centro Quirúrgico debe identificar precozmente los efectos de la cirugía en los pacientes a fin de mejorar la relación de ayuda paciente-familia y la forma de cómo adaptarse a los efectos de la intervención quirúrgica contribuyendo a disminuir los riesgos a complicaciones y mejorar la calidad de vida fomentando el autocuidado.

Se justifica el presente informe de experiencia profesional porque da a conocer los cuidados de Enfermería en las intervenciones ambulatorias dentro del servicio de Centro Quirúrgico y proporcionar información actualizada a las autoridades, jefatura de enfermería y profesional de enfermería sobre el cuidado que brinda el profesional de Enfermería al paciente; a fin de que se formulen estrategias, la elaboración de guías y protocolos orientadas a sensibilizar, reorientar y optimizar la calidad de atención que se brinda al paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales

MIGUEL ÁNGEL BARATAS DE LAS HERAS. (2009), "LA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GRUPO 5. Madrid. Aspectos Organizativos, Económicos y de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica, cuyo objetivo es aumentar la capacidad quirúrgica, sin que el gasto anual global se incremente, y sin que deriven efectos indeseables sobre los pacientes y el resto de los servicios hospitalarios. Desarrollando la Cirugía Ambulatoria con una buena aceptación de los pacientes, que verán afectadas solo durante corto tiempo sus actividades habituales, sufriendo las mínimas molestias posibles. Metodología. Estudio descriptivo la totalidad de intervenciones realizadas, de forma retrospectiva, los años 2002 y 2003, cuya muestra correspondía a 27.108 pacientes y de forma prospectiva el año 2004, cuya muestra era de 14.780 pacientes. Los resultados obtenidos muestran que la ambulatorización de procesos en nuestro medio es una alternativa eficiente a la cirugía convencional. Concluimos que: a) La lista de espera quirúrgica se reduce significativamente. b) Incrementamos el Índice de Sustitución, el número de intervenciones programadas y las sesiones quirúrgicas. c) El principal motivo de suspensión de intervenciones es la incomparecencia del paciente. d) Reducimos el coste unitario medio de las intervenciones ambulatorias un 27%. e) La satisfacción de los pacientes y la reducción de las complicaciones que se obtienen con la modificación de la práctica quirúrgica, nos indican que la calidad de la atención no se ve perjudicada. (8)

ANA M^a LAZA ALONSO (2003). “Guía Cuidados en Cirugía Mayor Ambulatoria”. España. Siendo sus objetivos: 1) Realizar determinados procedimientos quirúrgicos con cualquier tipo de anestesia (general, regional, local, etc.). 2. Reducir las listas de espera quirúrgicas y las estancias hospitalarias innecesarias. 3. Garantizar la asistencia con la misma calidad, eficacia y seguridad que en la cirugía con ingreso. 4. Remitir al paciente a su domicilio el mismo día de la intervención. Se han adaptado a los numerosos procedimientos quirúrgicos, han protocolizado los cuidados para mejorar los resultados, y de forma progresiva han ido asumiendo el peso de las distintas etapas de la Cirugía Ambulatoria; preoperatorio, perioperatorio y postoperatorio (inmediato, intermedio y tardío). Todo ello lo han llevado a cabo ofreciendo al paciente unos cuidados muy humanos y de calidad. Teniendo como resultado la idea de estandarizar esas actividades de los Cuidados de Enfermería, Ana Laza propuso a la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), el proyecto de realizar una guía con esos contenidos. Una vez buscado un patrocinador, el grupo coordinador inició el trabajo que a lo largo de estos dos años ha llevado a cabo, y cuyo excelente resultado tenemos ahora en nuestras manos. A las diversas actividades e intervenciones enfermeras en la CMA se añaden otros temas de gran interés para los profesionales de Enfermería, como la búsqueda de la calidad, la excelencia y la gestión de las unidades de CMA, un directorio de unidades y procedimientos realizados dentro de la CMA, así como la necesidad de autocuidarnos para así poder cuidar a otros.(8)

EGAÑA CRISTINA; LARA BUENO, y OTROS. (1998) Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria T.V.T. Siendo sus objetivos: a) Unificar criterios de actuación. b) Elaborar un plan de cuidados estandarizados. Metodología: Estudio retrospectivo de las T.V.T. realizadas en el Hospital Virgen del Camino del Servicio Navarro de Salud desde noviembre del 1998 hasta julio del 2001. Resultados: Dada la importancia

creciente que por su prevalencia está adquiriendo la incontinencia urinaria en la población femenina (30-50%), hemos decidido presentar esta comunicación que refleja las acciones de enfermería en torno a la T.V.T. como acto intervencionista dirigido a la corrección específica de la incontinencia de esfuerzo por hipermovilidad uretral. es una técnica quirúrgica que utiliza la colocación de una malla de prolene, a modo de cabestrillo, de manera suburetral y por vía vaginal, para conseguir un ligamento pubouretral y fortalecer el suelo pélvico impidiendo la hipermovilidad uretral y la consiguiente pérdida de orina al realizar esfuerzos. (9)

JULIAN DE PEDRO CONAL, (1995) “CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ”. Hemos analizado los tres primeros años de funcionamiento. Hoy en día, los hospitales publicos se ven sometidos a una gran presión asistencial, dado el gran desequilibrio existente entre el número de camas hospitalarias y el número de pacientes por área sanitaria. En un intento de paliar este problema, hemos desarrollado en el hospital de mostoles un programa de cirugía ambulatoria y de alta precoz. El estudio se ha llevado a cabo de una parte en el hospital central (mostoles) y de otra, en los 2 hospitales satélites (sta. Cristina y pabellon n.8). En los 3 años de estudio, se han intervenido un total de 9026 pacientes, de los cuales, 5595 era de cir. Ambulatoria estricta y 3431 de cir. Mayor ambulatoria. Todos ellos son estudiados ambulatoriamente e ingresados el mismo día de la cirugía, o bien la tarde previa si es en los centros satélites. Tras la cirugía, los pacientes son dados de alta en las primeras 24-48 horas. No hubo mortalidad. La morbilidad recogida se sitúa en márgenes publicados por otros autores. La estancia media de los procesos estudiados, demuestra el beneficio de este tipo de programas. Analizando los resultados, pensamos que los programas de cirugía ambulatoria y alta precoz, son un método eficaz y deseable para el tratamiento de cierto tipo

de patologías, permitiendo mantener los mismos o mejores niveles de seguridad en morbilidad que los programas de ingreso hospitalario, reduciendo listas de espera, racionalizando el coste hospitalario, reintegrando pronto al paciente a su medio habitual.

Antecedentes Nacionales

Dr. JOSE LUIS BRIONES. (2010). Hernioplastía inguinal ambulatoria del hospital Victor Lazarte Echegaray – Essalud. Trujillo. El objetivo es comparar la eficiencia de la hernioplastia inguinal en pacientes manejados en forma ambulatoria y hospitalizados. Se realizó un estudio experimental, prospectivo, comparativo con un total de 52 pacientes.

Los resultados indican que se presentan un 94.23% de pacientes hospitalizados con complicaciones de diferencia del 46.15% de pacientes sin complicaciones lo que demuestra la diferencia significativa entre ambos resultados. Llegando a concluir que la estancia hospitalaria reportó cada 19.19 horas para pacientes ambulatorios y 40.09 horas para pacientes hospitalizados. La intensidad del dolor reporta un promedio de 2.57 puntos para pacientes ambulatorios y 2.86 para pacientes hospitalizados. El tiempo de retorno a las actividades de los pacientes ambulatorios realizaron sus actividades en 11.30 días como promedio y los hospitalizados en un 15.67 días. En conclusión, la hernioplastía ambulatoria es más eficiente que la hernioplastía de hospitalización.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA

CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN

Modelo de adaptación

- **Filosofía:** La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.
- **Teoría:** Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.
- **Meta teoría:** Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada *teoría de las teorías*. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una metateoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una metateoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías.

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A.Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice

que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utilizan los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

- **Focales:** son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.
- **Contextuales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.
- **Residuales:** corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno

- **Salud:** Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

- **Cuidado de enfermería:** Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.
 - Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
 - Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
 - Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
 - Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.
5. Seleccionar las intervenciones.
6. Evaluar los resultados.

- **Persona:** Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos,

autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

- **Entorno:** Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reaccionan como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

Relaciones de aplicación de la teoría:

- **Enfermero – paciente:** Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad. La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.
- **Paciente – enfermero:** Paciente que recibe los cuidados enfermeros. Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

- **Familia – enfermero:** Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

Conclusión

El hecho de conocer al paciente en todos los ámbitos hace que su evaluación tenga mejor desenvolvimiento, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor

facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el manejo estricto de conocimientos teóricos. Además permite la relación, el establecimiento de vínculos con el paciente y participación por parte de él, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad.

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación.” Sor Callista Roy.

2.2.2 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Control de los signos vitales
- Mejorar la función respiratoria y facilitar el intercambio de gases
- Control y sujeción adecuada de los accesos venosos y drenajes
- Posición y movilización
- Analgesia
- Anestesia raquídea, epidural o local (empezar a buscar los estímulos)
- Seguridad del paciente

INFORME DE INTERVENCIÓN

- Estado preoperatorio del paciente y hallazgos operatorios pertinentes
- Técnica anestésica utilizada y fármacos administrados en el quirófano (incluidos los anestésicos)
- Técnica quirúrgica efectuada y duración de la misma
- Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía
- Complicaciones o acontecimientos no habituales
- Localización de catéteres, drenajes y/o apósitos

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE

- Estado respiratorio (frecuencia respiratoria, permeabilidad vías, ruidos, si el paciente recupera la capacidad tusígena)
- Estado circulatorio (pulso, PVC, PA, pulsos periféricos, color y temperatura de la piel)
- Estado neurológico (nivel de conciencia, orientación, respuesta de las extremidades)
- Estado general (temperatura, diuresis, fuerza muscular, dolor, apósitos, drenajes, suturas)
- Anestesia raquídea, epidural o regional (capacidad de movimiento del área intervenida)

PROBLEMAS POST ANESTÉSICOS MÁS FRECUENTES

- Apnea, hipo ventilación e hipoxia (se debe medir la coloración de la piel para la detección)
- Hipotensión (alto riesgo de hipovolemia: pérdida de líquido)
- Hipertensión (mecanismo de compensación en un shock hipovolémico) Estaremos pendientes debido a que puede aparecer sobrecarga de líquidos (sueroterapia) o bien puede aparecer una respuesta a una situación avanzada de shock hipovolémico.
- Náuseas y vómitos (posición de seguridad, cabeza lateralizada)
- Dolor

MONITORIZACIÓN DEL PACIENTE

- Constantes vitales (FC, FR, TA)
- Hematocrito y hemoglobina
- Patrón respiratorio
- Estado de la piel
- Estado de conciencia (anestesia general) y sensibilidad y movilización de extremidades (anestesia regional o local)
- Control en la eliminación urinaria

- Balance hídrico y control de entradas y salidas

ALTA Y TRASLADO DEL PACIENTE A LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA (URPA) A SU DOMICILIO

- Advertencias para evitar actividades peligrosas durante al menos 24 horas
- Limitaciones específicas de actividad
- Cuidado de la zona intervenida
- Dieta o limitaciones especiales
- Signos y síntomas de infección o de otras complicaciones que sea preciso vigilar
- Cuándo y cómo comunicarse con el médico/enfermera si surgen preguntas o complicaciones
- Medicaciones y tratamientos postoperatorios
- Visitas de seguimiento

2.2.3 CIRUGÍA AMBULATORIA

La cirugía ambulatoria o de corta estancia son intervenciones quirúrgicas para las cuales es necesario permanecer en el hospital un período de 4 a 6 horas. Estos procedimientos han demostrado ser seguros y efectivos tanto como la cirugía convencional, razón por la cual su uso va en aumento. En Estados Unidos alrededor del 70% de las cirugías son cirugías ambulatorias.

Funciones de Enfermera Instrumentista

1. Conocer de antemano la operación a realizar.
2. Preparar todo el instrumental y material necesario para la operación, verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención.
3. Realizará su lavado quirúrgico, vistiéndose seguidamente, con la ayuda de la enfermera circulante, con ropas estériles y poniéndose los guantes.
4. Vestir las mesas de instrumentación, disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizarán en cada tiempo operatorio.
5. Ayudar a los cirujanos a colocarse los guantes.
6. Ayudar a colocar el campo estéril.
7. Entregar los elementos solicitados por los cirujanos.
8. Tomará muestras intraoperatorias y las pasará a la enfermera circulante.
9. Controlar los elementos utilizados, manteniendo la mesa ordenada y desechando convenientemente el material utilizado.
10. Controlar el uso de gasas y compresas en el campo operatorio, verificando que sean radiopacas, y efectuar su recuento con la enfermera circulante.
11. Colaborar en la desinfección final y colocación de apósitos.
12. Retirá las hojas de bisturí, agujas y demás objetos cortantes y punzantes.
13. Ayudar al paciente en la camilla.
14. Recoger y revisar los instrumentos utilizados así como disponer lo necesario para su lavado, desinfección y esterilización.
15. Colaborará con el resto del equipo en dejar la sala perfectamente preparada.

Enfermera circulante

Dicha enfermera se encarga, entre otras funciones, de:

1. Verificar el plan de operaciones y el tipo de intervenciones.
2. Verificar que el quirófano esté preparado, comprobando también el correcto funcionamiento de los aparatos a utilizar, tales como por ejemplo la mesa quirúrgica.
3. Reunir los elementos necesarios en la intervención.
4. Recibir al paciente, comprobar su identificación y reunir la documentación y estudios requeridos.
5. Ayudar a colocar al paciente en la mesa.}
6. Ayudar al anestesiólogo a anestesiarse y preparar el monitor.
7. Ayudar a vestirse al resto de personal de quirófano.
8. Recoger el material de desecho de la intervención para evitar el acumulo de estos.}
9. Recoger las muestras para el posterior análisis, etiquetándolas y enviándolas al laboratorio.
10. Colocar apósitos externos, fija drenajes...
11. Colaborar en colocar al paciente en la camilla para el traslado a la zona de reanimación
12. Rellenar los datos de la hoja de Enfermería Circulante y preparar el quirófano para posteriores intervenciones.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cirugía Ambulatoria (CA)**

Significa operaciones que se realizan en instituciones que también hacen internación o en unidades independientes; siempre con alta el mismo día, diferenciándose así de la cirugía en el enfermo hospitalizado. Se han acuñado los términos Cirugía de Día,

Cirugía sin Ingreso, Como sinónimos de Cirugía Ambulatoria, pero es Condición necesaria y excluyente, que el paciente no pase la noche en la institución luego del procedimiento quirúrgico.

- **Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)**

A todas las operaciones realizadas con anestesia general, bloqueos anestésicos, local con sedación en los cuales es necesario o recomendable un período de recuperación u observación postoperatoria. Para otros se denomina CMA a la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, regional o sedación que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento.

- **Cirugía Menor Ambulatoria**

Son todas las operaciones que se realizan con anestesia local y no es necesario un período de observación postoperatorio. La CMA comprende aquellos procedimientos quirúrgicos menores con anestesia local y que sin ningún período de recuperación vuelven a su domicilio. La CA es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico. La CA es una forma de oferta asistencial quirúrgica. Se denomina CA cuando el paciente es intervenido quirúrgicamente pero sin pernoctar en el hospital.

- **Centro Quirúrgico.-** Es el conjunto de ambientes o unidad operativa compleja, donde convergen las acciones quirúrgicas programadas y de emergencias de varios Servicios del Hospital. Funciona las 24 horas del día, absorbe un alto porcentaje de personal y un alto presupuesto

- **Sala de Operaciones.**

La planta quirúrgica, destinada tanto a cirugías de pacientes internados como ambulatorios. Es el ambiente donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos en condiciones de máxima seguridad en relación a las contaminaciones. Dependiendo del tipo de cirugía a realizarse, varía el equipamiento, así mismo varía el personal, lo que a su vez se va a traducir en el área de la sala de operaciones.

- **Cuidados de enfermería**

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Cuando una persona se encuentra internada en un hospital (es decir, cuando debe pernoctar en el centro de salud), los cuidados de enfermería incluirán el control del suero, el monitoreo de sus parámetros vitales y el suministro de los medicamentos indicados por el médico, entre otras tareas.

Los enfermeros también pueden, en algunos casos, desplazarse hasta el domicilio del paciente para brindarle ciertos cuidados. Ese es el caso de un enfermero que visita a un anciano para aplicarle una inyección de manera diaria o para tomarle la presión arterial.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se procedió a recolectar los siguientes datos:

1. Recolección de Datos: Se coordinó con el área de estadística el cual brindo la información de los tres últimos años. Además de recolectar datos del cuaderno de ingreso de pacientes.
2. Procesamiento de Datos:
3. Resultados: se realizaron con los datos recolectados de los instrumentos anteriormente señalados.
4. Análisis de resultados: con los datos encontrados

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

El proceso de trabajo del personal de enfermería en el área de quirófanos se centra fundamentalmente en la fase preoperatoria inmediata, tras operatoria y post operatoria inmediata. Para proporcionar atención y calidad en este proceso el personal de enfermería es parte del equipo multidisciplinario que interviene en cada acto quirúrgico. Durante este proceso tiene relación directa con el paciente proveniente de áreas como servicios de hospitalización, y/o emergencia que demandan atención quirúrgica diagnóstica, curativa, reparativa y/o paliativa.

Trabajé como enfermería instrumentista llevando a cabo las tareas relacionadas con las técnicas que requieren esterilización en el quirófano; realizan 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.

Actividades laborales

Función asistencial:

01.- Al empezar el turno se inicia con la valoración del paciente en sus diferentes esferas para así planear las actividades a realizar en base al diagnóstico de enfermería propuesto.

Las intervenciones que se realiza son:

- Control de signos vitales.
- Administración de tratamiento farmacológico.
- Participación en procedimientos especiales:
- Oxigenoterapia, nebulizaciones, inhalaciones. Aspiración de secreciones.
- Hidratación. Curaciones de heridas, curación de UPP, colocación de SNG, sonda oro gástrico, sonda vesical y otros.
- Control de Balance Hídrico, Canalización de vía periférica, apoyo en la colocación de CVC, etc.
- Aplicación de medidas de bioseguridad.

Función Administrativa:

Se realiza las siguientes funciones:

- Supervisión al personal de enfermería y técnicos.
- Elaboración de la estadística de morbilidad del servicio de Medicina
- Verificación del cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- Coordinación con el área de logística para provisión de material médico.
- Coordinación con el área de almacén para provisión de útiles de escritorio.
- Coordinación directa con la coordinación de enfermería.
- Participación mensual en reuniones de la coordinación de enfermería

- Reportes e informes mensuales de producción de enfermería y costos reportando los materiales e insumos utilizado.
- Coordinación con el área de mantenimiento para control y evaluación de los equipos médicos y biomédicos del servicio.
- Coordinación con el área de mantenimiento para el control y mantenimiento de servicios básicos (agua, luz, alcantarillado, etc.)
- Supervisión al personal técnico en el control de ropa hospitalaria.
- Durante el turno asistencial programado se realizan labores administrativas tales como:
 - Elaboración de la Historia Clínica (gráficas de signos vitales, anotaciones de enfermería)
 - Actualización y elaboración del Kárdex de enfermería.
 - Se coordina y Supervisa la ejecución de los exámenes auxiliares, Interconsultas y referencias.

3.3 PROCESOS REALIZADOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA AMBULATORIA

Durante el desarrollo del presente informe de experiencia laboral EN EL CUIDADO DE PACIENTES SOMETIDOS A LA CIRUGIA AMBULATORIA se pudo captar diferentes aspectos desde la recepción del paciente hasta la culminación de la cirugía y traslado al servicio de recuperación para ello detallaremos estos aspectos conforme a mi experiencia de la cual participo:

3.3.1 Periodo Preoperatorio La preparación del paciente es importante con respecto a la preparación psicológica tanto al paciente como a los familiares, asegurarse del ayuno preoperatorio, identificación del paciente, verificación de las constantes vitales, verificación de la vía intravenosa, verificación de vendajes o medias anti embolicas, la observación del paciente de no poseer ningún objeto (joyas, prótesis, objetos de metal, etc.), uñas limpias y sin esmalte, rasurado de zona operatoria si fuera

necesario, ingreso con indumentaria adecuada y preparación de la piel según norma.

Durante mi experiencia en el periodo preoperatorio es la enfermera instrumentista la que recibe al paciente y procede a la revisión de la historia clínica pruebas diagnósticas, firma de consentimiento informado tanto de la cirugía como de la anestesia que se empleará y verificar la identificación del paciente se procede a una breve encuesta con respecto al ayuno preoperatorio, alergias, antecedentes de importancia, medicamentos que pueden consumir, se procede al traslado del paciente a sala de operaciones y durante el trayecto se va conversando con el paciente intentado darle confianza con muestras de seguridad verbal se explica los procedimientos que se harán de forma clara y comunicando que será la enfermera que estará presente durante su cirugía, se verifica que el paciente no tenga ningún material adicional como prótesis, joyas, lentes de contacto u objetos de metal, se verifica el vendaje de miembros inferiores a menos que la cirugía sea de traumatología en la que solo es vendado el miembro inferior que no será intervenido, en este caso se verifica el recorte de uñas, también se verifica que el paciente ingrese con la indumentaria establecida (gorra, bata y botas quirúrgicas), se verifica también que las uñas no contengan esmalte y el rasurado de la zona operatoria si es necesario se procede a la ubicación del paciente en la mesa operatoria y mientras se le va brindando apoyo psicológico se colabora con el anestesiólogo en la inserción de la vía periférica y en la monitorización del paciente pudiendo observar las constantes vitales con las que el paciente está ingresando previo a la cirugía; la debilidad institucional que tenemos es que hospitalización muchas veces no se abastece para el ingreso de un día antes de los pacientes el paciente llega al servicio el mismo día que serán intervenidos y muchas veces vienen mal preparados de casa muchas veces este ha sido causal de suspensiones, sería necesario la implementación de un consultorio de enfermería quirúrgica para reforzar la preparación física y psicológica del pacientes antes de la cirugía.

3.3.2 Periodo Intraoperatorio La enfermera debe observar las constantes vitales con la que el paciente permanece en el quirófano, asegurar su intimidad, ayudar en la intubación u otro tipo de anestesia que vaya a administrar, colocación de sonda si fuera necesario, realización de la asepsia del campo operatorio, minimizar la palanca de la vía aérea artificial utilizando montajes flexibles, evitar la hiperextensión de las articulaciones vigilando los apoyos de miembros superiores e inferiores y colocar correctamente la placa del electrobisturí y el llenado adecuado de la lista de chequeo “check List” o cirugía segura.

Dentro de las actividades que realizamos en el hospital durante la etapa del intraoperatorio se cumple con todos los aspectos que corresponde a la enfermera a excepción de las cirugías ginecológicas y de traumatología ya que son los médicos los que realizan la asepsia del campo operatorio de la paciente, se asegura la intimidad del paciente, se coloca la placa de electrobisturí en zona muscular, el conteo de gasas y agujas se realizan conjuntamente instrumentista 1 e instrumentista 2; se verifica que los brazos estén sobre apoyos para evitar la hiperextensión; la cubierta de la herida operatoria es realizada por la enfermera, cabe resaltar que el material a utilizar es verificado antes de la cirugía, el aporte es que ya no se re esteriliza material de laparoscopia descartable ya que anteriormente se realizaba el proceso hasta para 3-4 intervenciones, se llegó a establecer que el uso del DAN será solo para material externo, mas no materiales que ingresen a cavidad.

3.3.3 Periodo Post Operatorio La enfermera interviene en la recuperación de la anestesia, la observación del estado neurológico y del nivel de conciencia, controlar el ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, eliminar la humedad excesiva de la piel, proporcionar estimulación verbal y táctil, observar el estado, color y temperatura de la piel, colocar oxígeno, brindar confort y abrigo, al término se trasladara al paciente de forma suave y lenta,

cubrir al paciente con frazada o manta caliente y trasladarlo a la unidad de recuperación post anestésica.

En el hospital Marino Molina Scippa el Post operatorio del paciente en el centro quirúrgico la enfermera cubre la herida operatoria con gasas o apósitos, interviene en la recuperación post anestésica, se realiza la limpieza de la piel y se retira todo el exceso de humedad de la piel, permanecemos con el paciente durante la extubacion observando el ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio, se observa el estado de neurológico y el nivel de conciencia, se coloca el oxígeno y así poder mejorar el intercambio gaseoso, terminado todo el proceso se procede a trasladar al paciente de la mesa operatoria a la camilla de transporte lentamente y con apoyo del cirujano y anestesiólogo, se cubre al paciente con una frazada abrigadora y se procede al trasladar al paciente a la unidad de recuperación post anestésica, la debilidad que tenemos en este aspecto es que no contamos con mantas térmicas en muchas oportunidades ha sido necesario cubrir al paciente hasta con 2 frazadas para poder abrigarlo, se hace necesario solicitar la implementación de mantas térmica.

Culminando, se les informa a los familiares de los pacientes que procedimientos deben seguir, darle las recetas médicas recetadas por el doctor y explicarles como realizarlo cuando el paciente retorne a su domicilio.

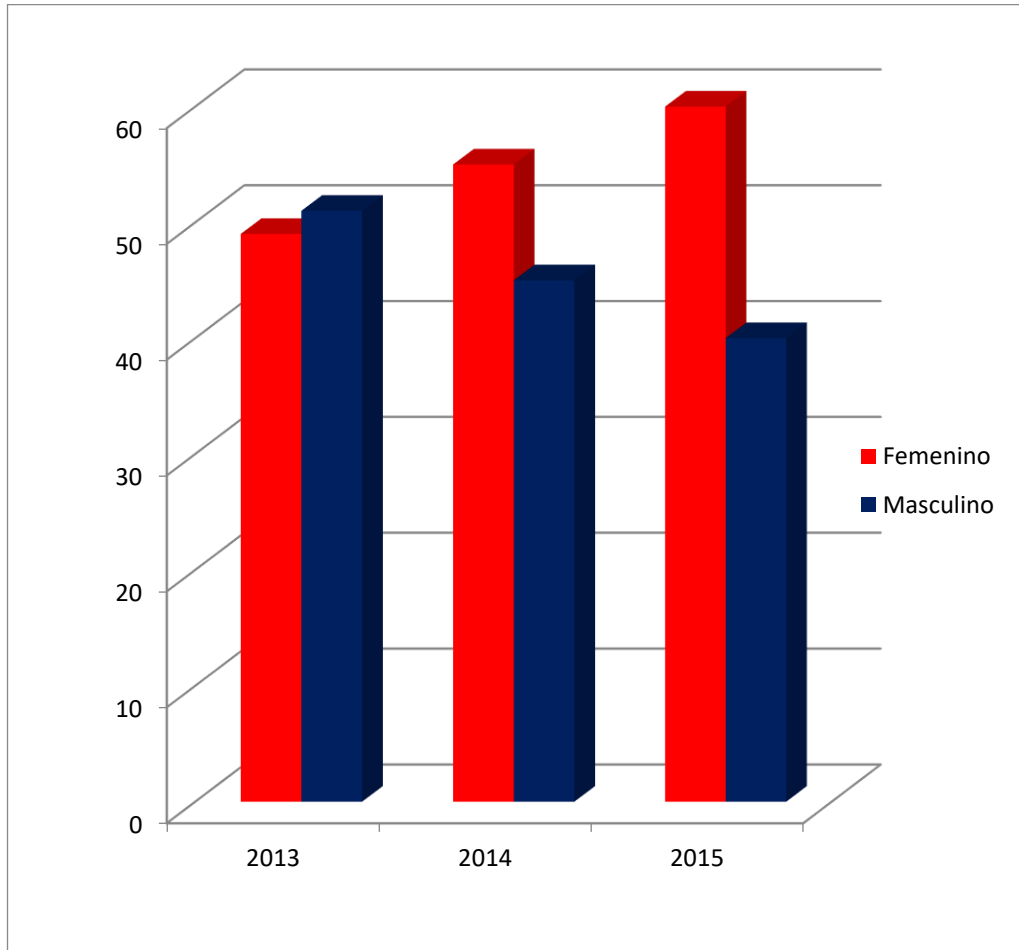
IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1
INGRESOS DE PACIENTES SEGÚN SEXO EN CIRUGÍA AMBULATORIA
DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA – 2013 - 2014 - 2015

Años	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
2013	781	49	811	51
2014	898	55	735	45
2015	984	60	656	40

Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

GRÁFICO N° 4.1
INGRESOS DE PACIENTES SEGÚN SEXOS EN CIRUGÍA AMBULATORIA
DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA – 2013 - 2014 - 2015



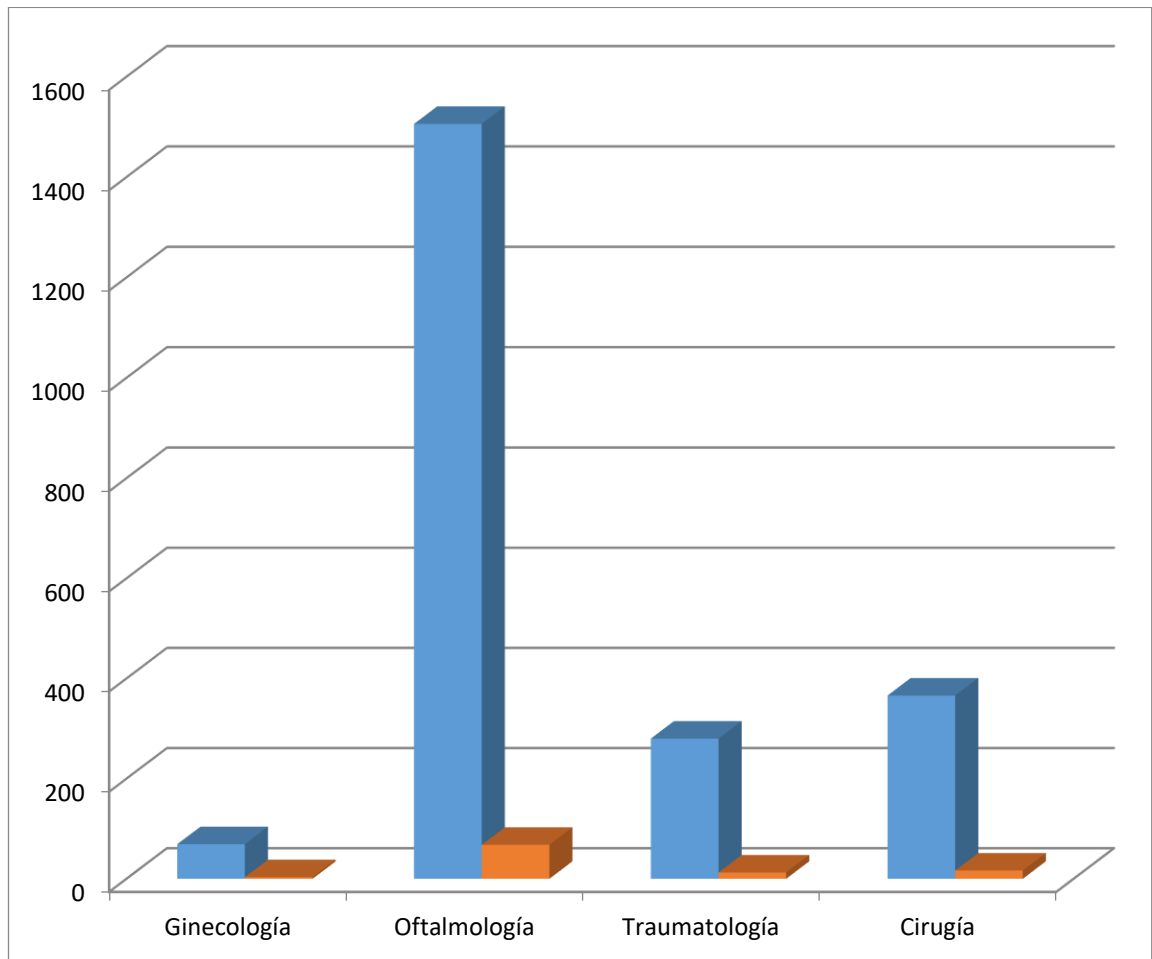
Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

CUADRO 4.2
DISTRIBUCIÓN DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIA REALIZADAS EN
EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA
2013

Servicios	2013	
	N°	%
Ginecología	69	3.11
Oftalmología	1506	67.81
Traumatología	280	12.61
Cirugía	366	16.48
Total	2221	100.00

Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 4.2
DISTRIBUCIÓN DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIA REALIZADAS EN
EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL MARINO
2013



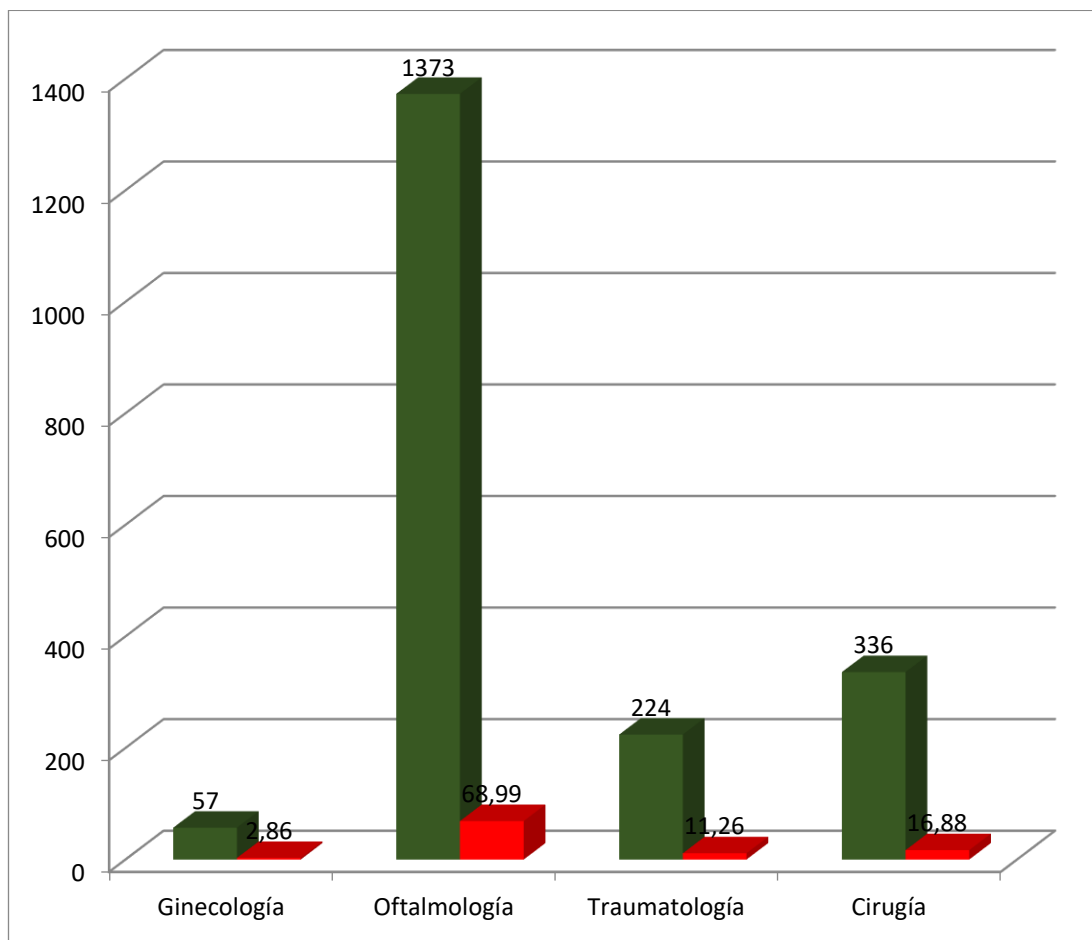
Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

CUADRO 4.3
DISTRIBUCIÓN DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIA REALIZADAS EN
EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA
2014

Servicios	2014	
	N°	%
Ginecología	57	2.86
Oftalmología	1373	68.99
Traumatología	224	11.26
Cirugía	336	16.88
Total	1990	100.00

Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 4.3
DISTRIBUCIÓN DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIA REALIZADAS EN
EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL MARINO
2014



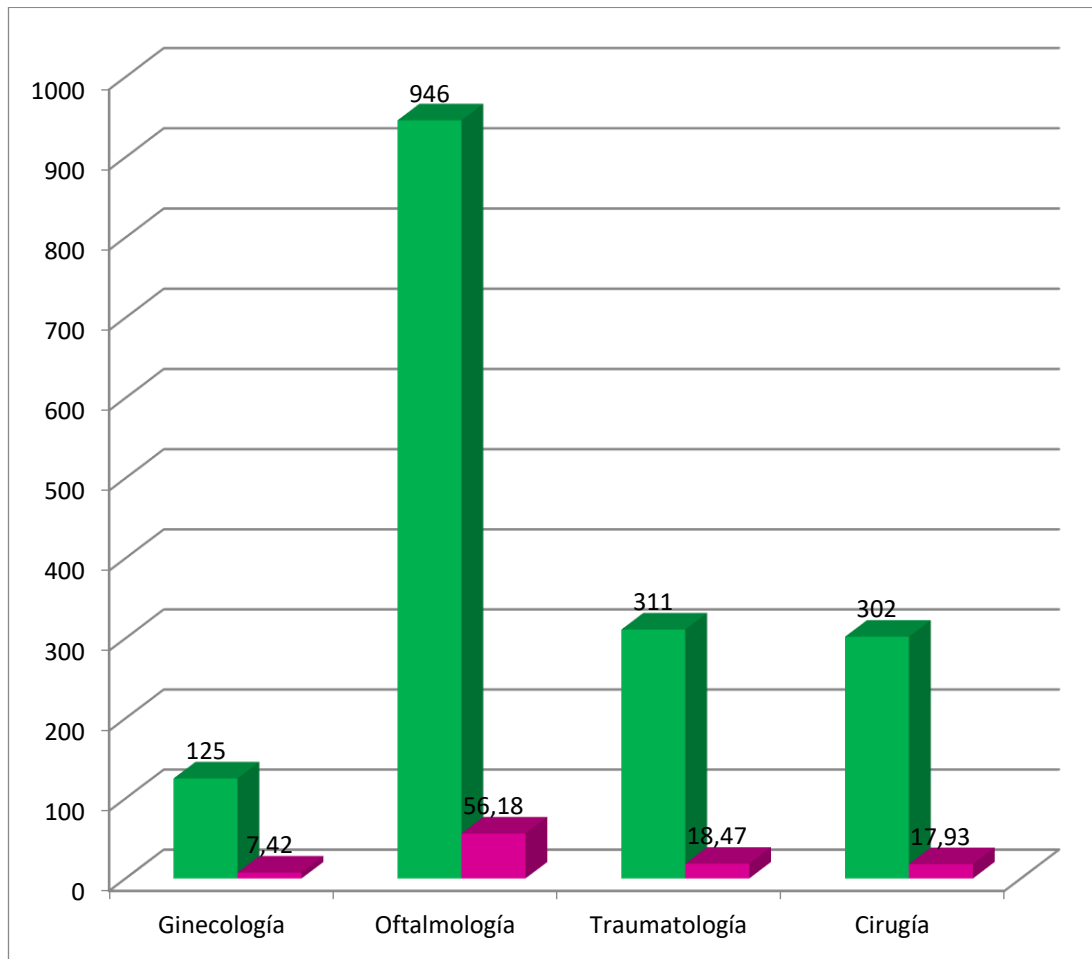
Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

CUADRO 4.4
DISTRIBUCIÓN DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIA REALIZADAS EN
EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA
2015

Servicios	2015	
	N°	%
Ginecología	125	7.42
Oftalmología	946	56.18
Traumatología	311	18.47
Cirugía	302	17.93
Total	1684	100.00

Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

GRÁFICO 4.4
DISTRIBUCIÓN DE LAS CIRUGÍAS AMBULATORIA REALIZADAS EN
EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL MARINO
2015



Fuente: Estadística del Servicio de Centro Quirúrgico

<p>4. Intraoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar constantes vitales • Disipar la anestesia residual • Proporcionar alivio del dolor • Tranquilizar emocionalmente al paciente y familia, y reducir la ansiedad. • Comienza cuando el paciente entra en el quirófano y termina cuando ingresa en el área postanestésica (URPA) o en la unidad de reanimación. La principal función de la enfermera se centra en preservar la seguridad del paciente.
----------------------------------	--

<p>2.- Cuidados Postoperatorios inmediatos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar permeabilidad de vía respiratoria • Conectar al monitor de signos vitales • Vigilar y evaluar signos vitales • Llevar el control de líquidos (ingresos y egresos) • Administración de tratamiento parenteral • Evaluación de inserción de catéteres • Vigilar diuresis (horaria si fuera necesario) • Registro de fármacos • Observar efectos de fármacos administrados • Observar signos adversos de la anestesia administrada • Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia o shock u otra complicación quirúrgica • Orientar al paciente respecto a su entorno • Preguntar al paciente sobre dolor u otra molestia
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Absolver sus dudas • Conservar la seguridad del paciente • Promover su comodidad
3.- Alta al paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Control de Funciones Vitales estables • Mucosas hidratadas, con vías aéreas permeables • Evaluar su nivel de conciencia adecuado; que el paciente se encuentre despierto y en alerta. • Dolor mínimo, controlado • Niveles adecuados de diuresis • Ausencia de náusea o vómitos • Extremidades con sensibilidad y movilidad adecuados • Evaluación del anestesiólogo, con firma de alta del servicio • Orientar al paciente en el horario de cita para curación de herida operatoria si lo requiere. • Verificar medicamentos que correspondan al tratamiento prescrito. • Tramitar traslado del paciente ,se retira en compañía de familiares.
5. Educación a la Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Al salir recibirá hoja de instrucciones de egreso, donde encontrará las recomendaciones de su médico con respecto a su cuidado postoperatorio.

V. CONCLUSIONES

- Concluimos que para los cuidados preoperatorios debemos evaluar la integración del paciente, determinando los riesgos que puedan generar en la cirugía que se les aplique, revisando de antemano sus signos vitales, peso y talla para así evitar posibles complicaciones.
- El período transoperatorio es cuando transcurre el acto quirúrgico que se inicia desde la inducción de la anestesia, lo que debemos controlar los riesgos que puedan sufrir el paciente, evitando infecciones, realizando correctamente la función de enfermera instrumentista.
- El Período posoperatorio inicia una vez que el paciente sale del quirófano e ingresa a la sala de recuperación, revisando siempre los signos vitales y darle vigilancia en un cien por ciento, revisando su medicación posquirúrgica, realizando análisis si lo requiere el paciente, siendo esta una operación mediata que se retiren después de la operación a su domicilio.
- Y por último el alta y traslado del paciente a una silla de ruedas, haciendo un chequeo general y entregando a su familiar las indicaciones respectivas y orientándolos a seguir al pie de la letra todas las recomendaciones y cuidados que deben tener con el paciente para su pronta recuperación.
-

VI. RECOMENDACIONES

- a. Continuar implementando la capacitación sobre los cuidados de enfermería en el Servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital Marino Molina Scippa, dentro del programa de educación continua del servicio, contando con la participación activa de todo el personal de Enfermería.
- b. Implementación de un programa educativo que beneficie a los pacientes y evite complicaciones; con la participación de la familia.
- c. Incentivar la capacitación del personal de enfermería en manejo del paciente en cirugía ambulatoria de acuerdo a su alimentación, cuidados, prevención y posibles complicaciones.

VII. REFERENCIALES

1. BETANCOURT. O. Salud y seguridad en el trabajo. OP. Cit.
2. [http: www.monografias.com/trabajos16/bioseguridad-quirurgicas, shtml](http://www.monografias.com/trabajos16/bioseguridad-quirurgicas,shtml).
3. BUITRON, Beatriz. Ruidos en los lugares de trabajo. Quito. Ecuador .Año 2000. Pp.10.
4. FULLER Joanna Kotcher. Instrumentación Quirúrgica. 4to ed. México, Ed Panamericana, Año 2007 Pp.74-77 – 320.
5. Polit & Hungler, 1999).
6. Conbere, McGovem, Kochevar & Widelfdt, 1992).
7. Detmer DE. Ambulatory surgery. N Engl J Med. 1981 Dec 3; 305(23):1406-9.
8. MIGUEL ÁNGEL BARATAS DE LAS HERAS. Madrid (2009), en su tesis doctoral titulada: “LA CIRUGÍA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GRUPO 5. Aspectos Organizativos, Económicos y de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica
9. ANA M^a LAZA ALONSO. Guía Cuidados en Cirugía Mayor Ambulatoria. España (2003).
10. EGAÑA GORRAIZ, CRISTINA; LARA BUENO, M^a CRUZ; NAPAL ROS, M^a CARMEN. (1998) Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria T.V.T.
11. JULIAN DE PEDRO CONAL, Madrid (1995) en su tesis doctoral titulada “CIRUGIA AMBULATORIA Y DE ALTA PRECOZ”
12. Dr. JOSE LUIS BRIONES en su tesis de especialista en cirugía general titulada “Hernioplastía inguinal ambulatoria del hospital Victor Lazarte Echegaray – Essalud Trujillo (2010),

Bibliografía Consultada

- ANDRADE Edgar, Bustos César, Mármol Javier, Rizaga Frenando, Tapia Ramiro, Velasco Marcelo. Normas y procedimiento para la atención de salud Reproductiva. Quito. Ecuador; Año 1999. Pp.1, 10.
- FUNDACIÓN NATURA. Seguridad y Salud Ocupacional (Responsabilidad Integral Ecuador).Año 2003. Pp.2-10.

Bibliografía Electrónica

- <http://www.prensa-latinaenglish.comun/article.asp>.
- [http:// www.scribel.com/doc/183618/htm](http://www.scribel.com/doc/183618/htm)
- [http://www.ula.ve/personal/cargos-unicos/enfermera- instrumentista,](http://www.ula.ve/personal/cargos-unicos/enfermera-instrumentista)
[http:/ enfermera de quirófano.iespana.es/instrumentista.htm.](http://enfermera-de-quirofano.iespana.es/instrumentista.htm)
[http://www.monografias.com/trabajos39/riesgo-personal-enfermería](http://www.monografias.com/trabajos39/riesgo-personal-enfermeria)
- [http// www.iess.gov.ec/](http://www.iess.gov.ec/)

ANEXOS





