

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



**“MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES  
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE SALA DE  
OPERACIONES DE EMERGENCIA 4°B DEL  
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS, LIMA 2013 - 2015”**

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

**LIC. VERONICA PAOLA GAMBOA GONZALES**

**Callao, 2017  
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, enclosed in a rectangular box. The signature is stylized and appears to read 'Veronica Paola Gamboa Gonzales'.



## **HOJA DE REFERENCIA DE JURADO**

### **MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:**

<b>DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO</b>	<b>Presidenta</b>
<b>DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA</b>	<b>Secretario</b>
<b>DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA</b>	<b>Vocal</b>

**ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE**

**N° DE LIBRO: 003**

**N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 106**

**Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 30/03/2017**

**Resolución de Decanato N°718-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

**LIC. GAMBOA GONZALES VERÓNICA PAOLA**



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>4</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO .....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>9</b>
2.1 ANTECEDENTES .....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL .....	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	20
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b> .....	<b>25</b>
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	26
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES.....	31
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	<b>37</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>41</b>

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es el principio fundamental de atención salud y un componente clave de la gestión de calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles iatrogenias en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos siendo indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

El presente informe de experiencia laboral titulado medidas de seguridad para los pacientes atendidos en sala de operaciones de emergencia 4B pretende dar a conocer la variedad de funciones que realiza la enfermera en quirófano de emergencia para evitar eventos adversos realizando cuidados de enfermería para evitar iatrogenias como caídas, quemaduras, pérdida de gases e instrumental, zonas de presión, infecciones, verificación de paciente correcto y cirugía correcta en pacientes que son atendidos las 24 horas del día, dando cumplimiento al Manual de Normas y Procedimientos establecidos por la institución. Así como también mantener técnicas asépticas dentro de las salas de operaciones, de manera tal, que se le proporcione al paciente quirúrgico de emergencia la confianza de ser protegido y vigilado en su permanencia en el quirófano.

En este trabajo se consideró que la seguridad del paciente es la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles en la atención que se brinda en sala

de operaciones de emergencia 4B, como resultado de servicios eficaces y satisfactorios que garantizan una atención de calidad.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M) es un hospital de referencia Nivel IV donde se realizan cirugías de alta complejidad siendo el área de sala de operaciones de emergencia 4°B donde se efectúan todo tipo de intervenciones quirúrgicas de todas las especialidades médico quirúrgico, como neurocirugía, cirugía general, traumatología, pediatría, cirugía de tórax y cardiovascular entre otros.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV: resultados, el capítulo V: conclusiones, el capítulo VI: Recomendaciones y el capítulo VII: referenciales y contiene un apartado de anexos.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Sobre medidas de seguridad para el paciente, a nivel mundial la OMS publicó la "Lista de la Cirugía Segura y su Manual de Aplicación" creando la Alianza Mundial para la seguridad del paciente "La Cirugía Salva Vidas" se abordan problemas como practicas inadecuadas de seguridad de anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables, comunicación deficiente entre los miembros del equipo, se ha demostrado que estos problemas son evitables y habituales potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos identificándose una serie de medidas para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos (1).

En Europa se estima que uno de cada diez pacientes que se hospitalizan, sufren daños que se pueden evitar. En el Departamento de Salud del Reino Unido estima que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones (2).

En la Revista Mexicana de Enfermería se hace mención a diferentes informes en relación a la seguridad del paciente como que en USA se estimó que los "errores médicos" causan entre 44,000 y 98,000 defunciones cada año (3).

A nivel Nacional también tenemos estudios en relación a este problema de seguridad de los pacientes, como el Ministerio de Salud público Mediante Resolución Ministerial el uso del listado de cirugía segura a partir del 2013 (4). El INEM publico la Resolución Jefatural "Protocolo de conteo y recuento de compresas de gasas, agujas e instrumental quirúrgico "en el servicio de quirófano para disminuir riesgos de olvido de cuerpos extraños.

Un estudio publicado por la Licenciada Becerra en Chiclayo concluye que hay falta de capacitación, responsabilidad y conciencia por parte del equipo quirúrgico, superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados entre otros.

ESSALUD implemento a nivel nacional el Listado de Verificación de Cirugía Segura a partir del 2013 como documento legal y obligatorio en Centro Quirúrgico donde la responsabilidad. Recae sobre la enfermera circulante y es compartida por todo el equipo quirúrgico ya que este documento lo firma el cirujano principal, el anestesiólogo, la enfermera instrumentista y la enfermera circulante.

Desde que el paciente ingresa a sala de operaciones de emergencia la enfermera de quirófano es la responsable de salvaguardar la integridad total del paciente evitando caídas, haciendo uso de fajas; que los equipos biomédicos estén en óptimas condiciones para

evitar quemaduras, trabajar con placas indiferentes descartables, realizar el conteo de instrumental y gasas antes de iniciar la cirugía y antes de cerrar cavidad, evitar hipotermia sobre todo en los bebés prematuros; pacientes ancianos y contar con el número de equipos biomédicos en óptimas condiciones, cantidad suficiente de insumos quirúrgicos, entre otros que eviten alargar tiempos quirúrgicos.

Sala de operaciones de emergencia 4ºB es un servicio donde se brinda atención médico quirúrgico de emergencia a todos los pacientes asegurados de todas las edades y en todas las especialidades, dando una atención con calidad y calidez de enfermería para lograr la pronta recuperación del paciente.

Es de resaltar, que desde la creación del H.N.E.R.M en 1958, SOP emergencia contaba con dos quirófanos y que se mantiene inalterable a la fecha. Cuenta con equipos biomédicos con más de 10 años de uso. Existe una gran demanda de pacientes neuroquirúrgicos y al no contar el área de recuperaciones con suficiente cantidad de ventiladores los pacientes se quedan en SOP emergencia retrasando el desarrollo continuo de las cirugías. Asimismo, no se cuenta con fajas de seguridad para el paciente, existen riesgos inherentes de identificación de pacientes por la problemática misma de una emergencia, no se cuentan con la

suficiente cantidad de mantas térmicas, no se cuenta con aditamentos para evitar zonas de presión.

Para evitar que se sigan presentando estos riesgos para nuestros pacientes se necesita contar con los materiales e insumos adecuados para brindar la seguridad que el paciente requiere.

## **1.2 OBJETIVO**

Describir la experiencia profesional del profesional de enfermería en las medidas de seguridad para los pacientes atendidos en el servicio de sala de operaciones de emergencia 4°B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2013 - 2015.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente informe de experiencia laboral en el servicio de sala de operaciones de emergencia 4°B sobre medidas de seguridad del paciente en quirófano surge con la inquietud por el gran número de casos de eventos adversos ocurridos en quirófano como: quedarse una gasa, una pinza, un bisturí en las cavidades de los paciente; caídas; quemaduras; etc. para evitar y dar a conocer todas las medidas seguridad que realiza la enfermera de quirófano en el pre, intra y pos-operatorio inmediato para disminuir los riesgos adversos y contribuir a que el servicio sea un lugar seguro y en donde se

brinde una atención de calidad al explicar la problemática y buscar soluciones viables sobre medidas de seguridad .

Asimismo, el presente informe se justifica:

**Nivel teórico:** ya que contribuirá en el conocimiento, para que otros estudios puedan seguir profundizando el tema y encontrando alternativas viables de solución.

**Nivel Metodológico:** Este informe tiene importancia ya que se aplican las teorías de enfermería para analizar la problemática, y a través de la praxis lograr mejorar las intervenciones.

**Nivel Económico:** Considerar los eventos adversos frecuentes para prevenirlos, ayuda a reducir los costos institucionales, ya que se evita la prolongación de la estancia hospitalaria por manejo eficaz del paciente en sala de operaciones de emergencia.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES

Arribalzaga; Lupica; Maris Delor; Ferraina. 2012. Estudiaron la **“Implementación del listado de verificación de cirugía segura”** en las operaciones programadas realizadas durante 12 meses. Con la indicación a viva voz en distintos momentos operatorios de un listado de control de normas a cumplir por el cirujano responsable, el anestesiólogo y la enfermera (o instrumentadora) circulante.

De las 3680 operaciones con implementación del listado de verificación resultó que en el preoperatorio, la falla más frecuente fue la falta de consentimiento informado; en el intraoperatorio, la falta de previsión de eventos críticos; y en el período postoperatorio inmediato, falta de protocolos operatorios y discrepancia en el recuento de gases. Se concluye que la incidencia del error en cirugía debe reducirse mediante un sistema normalizado de verificación, procedimiento rápido y sencillo que exige el compromiso del equipo quirúrgico actuante. (5)

Ionan S., Figueroa E. (2014) en su estudio **“Experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el proceso de implementación de la lista de verificación: cirugía segura, Hospital III-1 MINSA,**

**Chiclayo Perú** tuvo como objetivos: describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas, en el servicio de anestesiología y centro Quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque. Llegaron a las siguientes conclusiones principales: son limitaciones para la correcta aplicación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, la falta de concientización, compromiso, apoyo en la capacitación, responsabilidad e interés; omisión de la firma y rutina.

Becerra K.: (2014) concluye que existe falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros en el Hospital ES Salud. Chiclayo.

Campos M; Hernández L; Revuelta A; Victoria V; Villa de la Vega A. (2008) trabajo de investigación sobre la **"Morbilidad derivada del olvido de gases en actos quirúrgicos"** indican que los textilomas son iatrogenias quirúrgicas cuya incidencia real se desconoce, pues no se reporta habitualmente. Concluyen que los textilomas son eventos adversos prevenibles, responsabilidad conjunta de cirujanos, instrumentistas y circulantes como parte el equipo quirúrgico.

Campos M.; Hernández L., Zavala Suarez E; Ramírez Hernández, C; Vilela Rodriguez E. (2008), en el estudio **“Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel”** en México revisaron las quejas relacionadas a textilomas que fueron atendidas en CONAMED ( Comisión Nacional de Arbitraje Médico) de enero de 2001 a junio de 2007. Describieron variables sociodemográficas, diagnósticos y complicaciones presentadas en los casos. En los resultado identificaron 15 casos; la edad promedio de los pacientes fue 36.6 años; 53.3% mujeres; 66.7% atendidos en el Distrito Federal, 46.7% en instituciones privadas; 80% en cirugía abdominal o ginecológica. Los daños más graves fueron lesión irreversible a órganos intraabdominales 33.3% y muerte 13.3%. El estudio concluye que los textilomas son eventos adversos prevenibles, responsabilidad conjunta de cirujanos, instrumentistas y circulantes como parte el equipo quirúrgico.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1 La seguridad en pacientes quirúrgicos**

#### **a. Definición**

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de la atención sanitaria. La magnitud y la gravedad de los daños, así como las consecuencias sanitarias y económicas de estos para los pacientes, los profesionales y las organizaciones sanitarias, han provocado que la seguridad del paciente sea considerada como una prioridad a nivel mundial, nacional, regional y local (6).

#### **b. Eventos adversos en cirugía**

Se sabe que entre un tercio y la mitad de la tasa de eventos adversos derivados de la cirugía son evitables, y ponen de manifiesto hasta qué punto la seguridad quirúrgica debe ser un tema de salud pública prioritario, pone de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a la prevención, entre las que algunos autores han incluido la utilización de guías de práctica clínica y protocolos (7).

## **2.2.2 Medidas de seguridad en sala de operaciones**

La OMS (2008) publicó **“La lista de verificación de la cirugía manual de aplicación”** en la que la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa **“La cirugía segura salva vidas”** como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. En la que se idéntica una serie de controles de seguridad que puede llevarse a cabo en cualquier centro quirúrgico y que se constituye una serie de herramientas para mejorar la seguridad de las operaciones y pretende reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la

inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). Es válido resaltar que, debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación; por lo general, ese "Coordinador de la lista" será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación (10).

- **Fase 1 - Entrada:** Antes de la anestesia, el coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado; confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente; revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Es ideal que el cirujano esté presente en la fase de entrada, ya que puede tener una idea más clara de las posibles

complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

- **Fase 2 - Pausa quirúrgica:** Cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función, si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo justo antes de la incisión cutánea confirmará en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcto, y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.
- **Fase 3 - Salida:** Todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, y realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse. Por último, antes de que el paciente salga del

quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

### **El checklist como herramienta de seguridad del paciente y de los profesionales sanitarios:**

Entre las prácticas recomendadas para la prevención de eventos adversos, destaca la lista de verificación quirúrgica (LVQ), un breve cuestionario que, sin incrementar el gasto hospitalario, resulta accesible a todos los centros hospitalarios, es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos y permite diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano o, por el contrario, obedece a fallos técnico-sistémicos (9).

### **Prevención de la retención de cuerpos extraños:**

Las prácticas recomendadas para el recuento de gasas, agujas e instrumentos, y la declaración sobre prevención de retención de cuerpos extraños en las heridas quirúrgicas del American College of Surgeons (ACS) son instrumentos a tener en cuenta para disminuir los errores como:

- La información que debe ser documentada.

- Las gasas se deben contar en todos los procedimientos en los cuales exista la posibilidad de que una de ellas pueda ser olvidada.
- Deben contarse entre dos enfermeras.
- Las agujas, torundas y otros objetos deben contarse en todos los procedimientos.
- Los instrumentos deben contarse en todos los procedimientos en los cuales exista la posibilidad de que un instrumento pueda olvidarse.
- Los recuentos deben establecerse antes de iniciar el procedimiento para establecer una línea de partida y antes de cerrar una cavidad y al final del procedimiento. Así como cuando haya un relevo de enfermera o del personal de limpieza.
- Todos los recuentos se deben registrar en el expediente intraoperatorio del paciente

Las enfermeras quirúrgicas citan asimismo como factores de riesgo las distracciones por: frecuentes llamadas de teléfono, intercambios en las pausas de desayunos o cambios de turno, el cansancio, tareas que se intercalan en el proceso de recuento, políticas de personal rígidas y la dotación no

adecuada para los procedimientos realizados (se estandarizan los quirófanos y no los procedimientos), la extremada jerarquización de las relaciones profesionales en detrimento de trabajo en equipo, y las políticas de formación mejorables sobre la importancia de conocimiento específico, la información y de experiencia (8).

### **2.2.3 Teoría de enfermería**

Existen diferentes teorías de enfermería para la atención del paciente basadas en tres modelos.

1.- El Modelo naturista está dado por Florencia Nightingale describe que la función de la enfermera es poner al paciente en las mejores condiciones.

2.- Modelo de suplencia esta descrito por Virginia Henderson y Dorothea Orem, quienes describen que la función de la enfermera es suplir o ayudar al paciente a realizar las funciones que no pueda realizar por si solo para conservar la salud y recuperarla a través del auto cuidado .

3.- Modelo de interrelación, esta descrito como el rol que cumple la enfermera en fomentar la adaptación del paciente en un entorno cambiante.

De estos tres modelos el que nos permite desarrollar nuestro plan de cuidados de enfermería en centro quirúrgico es el modelo de Suplencia dado por las teorías de Virginia Henderson en el que describe que el rol de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida por enfermedad que le permitan preservar la vida, fomentando el auto cuidado para preservar la vida y su pronta recuperación.

Para Virginia Henderson el ser humano es un ser biopsicosocial con 14 necesidades humanas básicas como respirar, comer y beber , evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal , mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender.

Para Virginia Henderson la función de la enfermera es atender a la persona sana o enferma para ejecutar actividades que contribuyan a su salud o su restablecimiento o evitarle sufrimientos por lo tanto la enfermera se convierte en la sustituta, lo que le falta al paciente, es la ayudante para que el paciente sea independiente lo antes posible y se recupere pronto.

Para La teoría de Dorothea Orem se basa en el modelo de suplencia o ayuda y la teoría de las necesidades humanas mediante el sistema de compensación total donde el paciente no puede realizar ninguna actividad de auto cuidado teniendo una dependencia total por parte de la enfermera.

El ser humano es un ser biopsicosocial en interacción con su medio ambiente. El auto cuidado es toda acción que se realiza para mantener la vida, salud y bienestar derivados de necesidades vitales como comer, respirar, beber, etc.

En centro quirúrgico se pueden aplicar estas dos teorías ya que el paciente desde que ingresa a sala de operaciones está bajo e el cuidado y la responsabilidad de la enfermera en preservar su salud ya que el paciente va a recibir anestesia y debemos de adoptar todo tipo de medidas de seguridad para evitar eventos adversos como caídas, quemaduras, infecciones, olvido de cuerpos extraños etc.

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

- **Paciente:** Se ha definido al paciente como la persona que recibe atención sanitaria, y a la atención sanitaria como los servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

- **Salud:** La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- **Peligro:** Un peligro es una circunstancia, un agente o una acción que puede causar daño.
- **Evento:** Un evento es algo que le ocurre a un paciente o que le atañe, y un agente es una sustancia, un objeto o un sistema que actúa para producir cambios.
- **Seguridad:** La seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.
- **Incidente:** Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.
- **Errores:** Los errores son, por definición, involuntarios. Un error es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto.
- **Infracción:** Una infracción es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos.

- **Evento adverso:** es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica).
- **Lesión:** es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- **Sufrimiento:** consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción.
- **Discapacidad:** es cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.
- **Lista de verificación segura:** es una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.
- **Brazalete Identificación:** es un dispositivo que contienen los datos identificados, inequívocos del paciente y se colocan de preferencia en los miembros superiores, también pueden ser en los miembros inferiores.

- **Identificación del paciente:** es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.
  
- **Iatrogenia:** es un daño en la salud, causado o provocado por un acto médico. Se deriva de la palabra *iatrogénesis* que tiene por significado literal 'provocado por el médico o sanador' (*iatros* significa 'médico' en griego, y *génesis*: 'crear'). Puede ser producido por una droga, procedimiento médico o quirúrgico, realizado por algún profesional vinculado a las ciencias de la salud, ya sea médico, terapeuta, psicólogo, farmacéutico, enfermera, dentista, etc. También puede ser causado por un médico que practique terapias alternativas. Puede ocurrir debido a un error o elección incorrecta del tratamiento, por negligencia, inexperiencia, imprudencia o abandono del paciente. Sin embargo, también puede resultar de procedimientos médicos realizado dentro una indicación correcta, realizados con pericia, prudencia y diligencia
  
- **Consentimiento informado:** es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el paciente ha expresado voluntariamente su intención de ser intervenido quirúrgicamente y de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

En algunos casos, tales como el examen físico de un médico, el consentimiento es tácito y sobreentendido. Para procedimientos más invasivos o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado debe ser presentado por escrito y firmado por el paciente.

Bajo ciertas circunstancias, se presentan excepciones al consentimiento informado. Los casos más frecuentes son las emergencias médicas donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, así como en casos donde por razón de incapacidad de hecho o biológica, el sujeto no es capaz de dar o negar permiso para un examen o tratamiento.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente informe de experiencia laboral, se llevó a cabo en Sala de Operaciones Emergencia 4° B, y tuvo como base de datos el programa operatorio general del Centro Quirúrgico del 2° B de la Jefatura de Enfermería del HNERM en el periodo 2014-2016.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros necesarios.
- **Recolección de Datos:** Los datos se obtuvieron del libro de registro de enfermería, tomando en cuenta a los pacientes que fueron sometidos a cirugía de catarata.
- **Procesamiento de Datos:** A través de las hojas de cálculo del programa informático Excel, se realizó una matriz de datos con la información obtenida para su posterior análisis.

## **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

### **▪ Recuento de la Experiencia Profesional**

Mis labores tanto asistenciales como administrativas y de docencia por más de quince años ininterrumpidos en sala de operaciones de emergencia 4ºB, me han permitido desarrollarme como profesional de enfermería en Centro Quirúrgico con operaciones de alta complejidad y tener la experiencia suficiente en todos los servicios en la que se me requiere y poder tomar decisiones acertadas.

Laboro en el servicio de centro quirúrgico desde el año 1998, llevando en la actualidad, alrededor de 18 años de labor ininterrumpida en el Hospital Rebagliati, con 6 meses de labor en cirugías programadas, y 17 años y medio en sala de operaciones de emergencia.

### **▪ Descripción del Área Laboral**

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Nivel IV, es un nosocomio de referencia para la población asegurada, por ello las atenciones en el servicio de Sala de Operaciones de Emergencia 4º B son de alta complejidad.

Las edades de los usuarios fluctúan desde neonatos hasta la tercera edad, de todos los géneros y de todas las especialidades;

se atienden a todos los pacientes asegurados que requieren cirugías de emergencia, inclusive a pacientes no asegurados que llegan a nuestro hospital y son atendidos por la Ley de Emergencia.

Las principales cirugías que se realizan en el servicio son: apendicetomías y colecistectomías laparoscópicas, laparotomías exploradoras por diferentes causas (obstrucción intestinal, perforaciones intestinales, trombosis mesentérica, entre otros), extracción de cuerpo extraño en niños. En la especialidad de neurocirugías que se realizan con mayor frecuencia son las evacuaciones de hematomas (epidural o subdural), drenaje ventricular externo, derivación ventrículo peritoneal, clipajes de aneurisma, laminectomías por traumatismo vertebro medular.

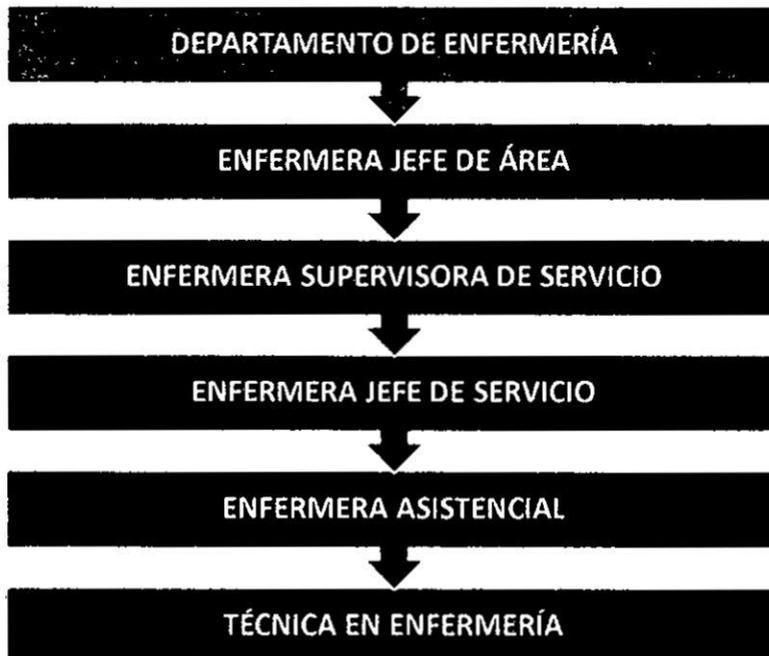
El servicio de SOP 4B Emergencia cuenta con dos quirófanos, uno designado para cirugías de especialidad y otro para pacientes de cirugía general. El servicio cuenta con una enfermera coordinadora y veinticinco (25) enfermeras asistenciales (instrumentistas).

- **Organigrama estructural:**



Fuente: Departamento de enfermería del HNERM

- **Organigrama funcional:**



Fuente: Departamento de enfermería del HNERM

▪ **Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

La principal función es brindar atención integral de enfermería en el cuidado del paciente en el Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico.

- **Área Asistencial:**

- Brindar una atención con comodidad y confort, directa, oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares definidos en el servicio.
- Participar en el reporte de enfermería.
- Controlar y verificar el tiempo de permanencia de los medios invasivos según guías y protocolos establecidos.
- Preparar física y psicológicamente al paciente programado para procedimientos médico-quirúrgicos y apoyo al diagnóstico, brindar asistencia antes, durante y después de la realización de los mismos.
- Realizar actividades preventivas como:
  - La verificación de la hoja segura (para comprobar la correcta intervención en el paciente que corresponda).
  - Prevención de quemaduras con la colocación de la placa indiferente.

- Prevención de caídas con la colocación de la faja.
- Conteo de gasas y pinzas antes, durante, y después de la intervención.
- Prevención de úlceras por presión generadas en cirugías prolongadas con la colocación de protectores de pies.

- **Área Administrativa**

- Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE).
- Efectuar las notas de enfermería en la Historia Clínica, registros de enfermería en los sistemas informáticos y formularios aprobados por la institución.
- Verificar la ubicación, stock, caducidad, etiquetado, lavado, desinfección, esterilización de materiales e insumos, ropa hospitalaria, ropa estéril, ropa quirúrgica y otros según guías y protocolos.
- Coordinar, intervenir, verificar y recepcionar documentación y pacientes que ingresan al servicio.

- **Área Docencia**

Participar en la docencia autorizada por las instancias institucionales correspondientes.

- **Área Investigación**

Participar en el diseño y ejecución de proyectos de investigación científica, autorizados por las instancias institucionales correspondientes, así como participar en formular, actualizar documentos e instrumentos de gestión del servicio.

**3.3 PROCESOS REALIZADOS EN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES**

▪ **Caso relevante**

A lo largo de todos mis años como enfermera de sala de operaciones de emergencia he podido observar casos de pacientes que ingresan por gasomas, por presencia de cuerpo extraño (valva maleable, pinza Kelly), pacientes que llegaron de provincia por faceitis necrotizante por legrados, caída de paciente porque la mesa quirúrgica japonesa no fue ajustada correctamente, quemadura de piel por uso de agua muy caliente, etc.

Durante una cirugía laparoscópica (apendilap) de un adolescente de 13 años se presentó un evento adverso, al pedir los cirujanos posición "say" (comúnmente utilizada en este tipo de cirugías), el paciente estuvo a punto de caer al suelo, ya que no contaba con "la faja de seguridad"; al percatarnos todo el equipo quirúrgico de

este problema, se paralizó la cirugía y todos recibimos al niño (sedado con anestesia general) para evitar que este cayera al suelo (protegimos para evitar la caída). Es desde ahí que se pone mayor énfasis al uso obligatorio de las fajas de seguridad en todos los pacientes que ingresan a sala de operaciones de emergencia.

▪ **Innovaciones – Aportes**

Para disminuir la presencia de eventos adversos, se han propuesto soluciones viables de enfermería como: la fabricación de fajas de sujeción para seguridad de paciente y evitar caídas; el uso de placas indiferentes descartables, para evitar quemaduras; conteo de gasas e instrumental en todo el proceso de la cirugía como norma; la realización de identificación de paciente con el brazalete, la historia clínica, el paciente, y si fuera posible la familia; la realización de la verificación de cirugía segura con todo el equipo quirúrgico; lavado de manos; verificación de indicadores interno y externos de todo el instrumental a usar; comprobación de operatividad de equipos, adoptando todas las medidas de seguridad para con el paciente y haciendo cumplir todas las normas establecidas por la institución.

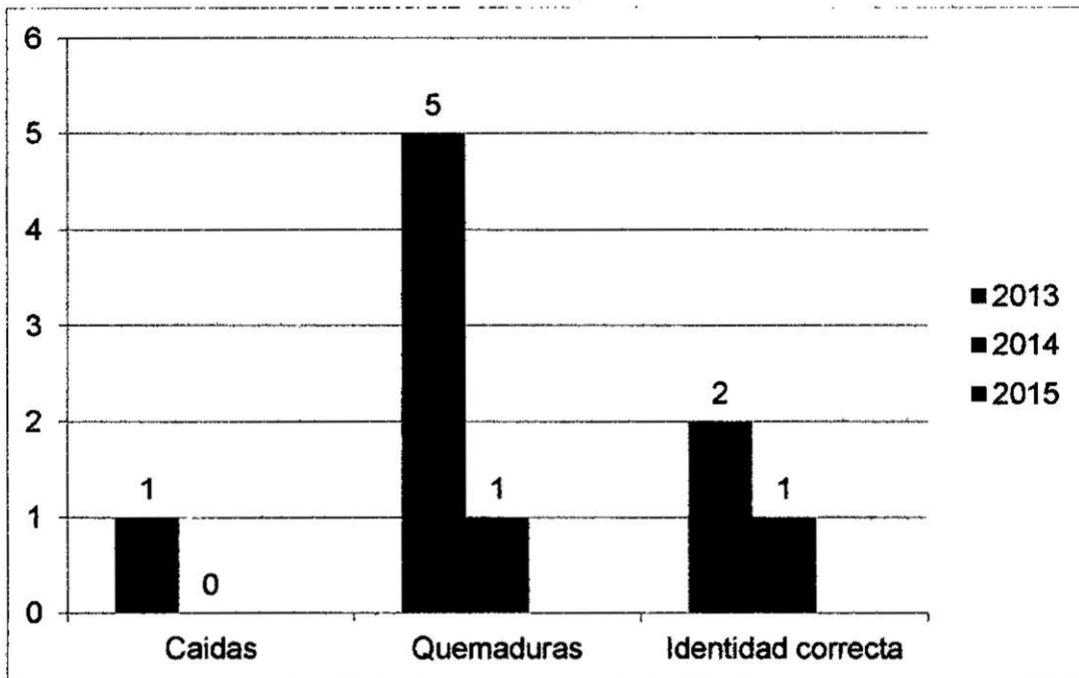
- **Limitaciones para el Desempeño Profesional**

Resistencia del profesional médico a la implementación de propuestas de enfermería como el uso de fajas, la revisión y firmado de la hoja de cirugía segura y el lavado correcto de manos antes de una cirugía.

#### IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DE EMERGENCIA 4ºB DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2013 - 2015**

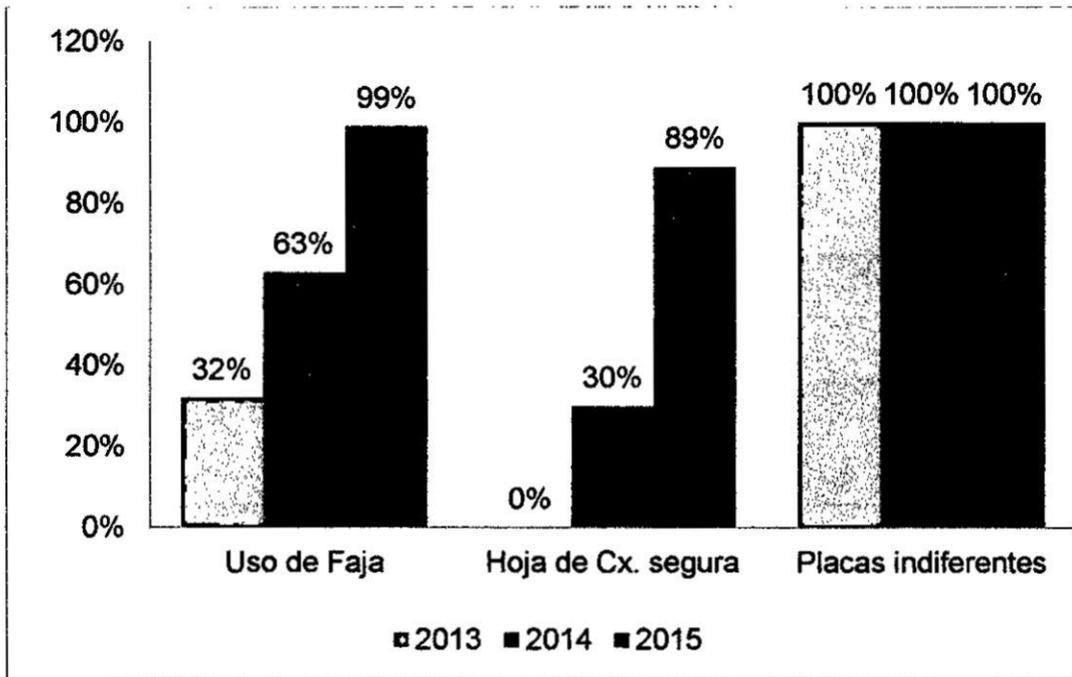


*Fuente: Elaboración propia*

En la gráfica anterior, podemos apreciar que en el año 2013 la mayor frecuencia de eventos adversos en cirugía, fueron las quemaduras; en el 2014, hay un notorio descenso de complicaciones; y para el 2015, no hay reportes formales de alguna complicación.

## CUADRO 4.2

### MEDIDAS DE SEGURIDAD UTILIZADAS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DE EMERGENCIA 4ºB DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2013 - 2015



*Fuente: Elaboración propia*

Para el año 2013, se ve un uso incipiente, menos del 50% en las medidas de seguridad como la faja (para la prevención de caídas) y las placas indiferentes (prevención de quemaduras), sin embargo la hoja de cirugía segura no se implementaba aún; para el 2014, se aprecia ya un incremento mayor al 50% en el uso de faja, menos al 50% respecto a la hoja de Cx. Segura; y para el 2015 la frecuencia de estas medidas aumento por encima del 85%. En cuanto a las placas indiferentes si se aplicó al 100% de pacientes en todos los años.

**TABLA 4.1**  
**CUIDADO DE ENFERMERÍA QUE REALIZA A LOS PACIENTES**  
**ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DE**  
**EMERGENCIA 4°B DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO**  
**REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2013 - 2015**

N°	ACTIVIDADES	VECES POR PACIENTE
1	Verificación de la hoja segura	1
2	Colocación de faja	1
3	Colocación de placa indiferente	1
4	Control de funciones vitales	3
5	Colocación de protector de piel (prevención de UPP)	1
6	Conteo de gasas	3
7	Conteo de pinzas	3

*Fuente: Elaboración propia*

## V. CONCLUSIONES

- a) La mayor problemáticas en SOP 4º B continúa siendo los eventos adversos en zonas de presión y en gasomas. SOP 4 º B emergencia no cuenta con dispositivos adecuados para evitar zonas de presión en cirugías prolongadas.
- b) La excesiva sobrecarga diaria de trabajo, la premura de la emergencia y el trabajo bajo presión en SOP 4ºB aumenta la probabilidad de errores humanos en el personal.
- c) Las medidas de seguridad como el uso de fajas, la verificación de la hoja de cirugía segura y las placas indiferentes, ayudan a prevenir los eventos adversos como caídas, quemaduras principalmente; evidenciado en la disminución de estas complicaciones del 2013 al 2015.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Que el profesional de enfermería del centro quirúrgico tome las provisiones necesarias para cubrir el stock de rodetes, almohadas y taloneras; necesarios para evitar zonas de presión en nuestros pacientes.
  
- a) Al servicio, reconocer que la hoja de verificación de "cirugía segura" revisada por el equipo quirúrgico completo, reduce la incidencia de eventos adversos, así como la disminución de errores; por ellos, protocolizar su utilización formal en necesario.
  
- b) Continuar ejecutando las diversas medidas de seguridad en el servicio, a fin de brindar un cuidado de calidad e integral al paciente que es sometido a una intervención quirúrgica, siendo la principal, exigir que todos los pacientes lleguen a sala de operaciones con su brazalete de identificación.

## VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [En línea].; 2008 [citado, 2014 Junio 23. Disponible en: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)].
2. Míguez M, et.al.. Seguridad del paciente. Anales de Medicina Interna. 2007 Diciembre; 24(12).
3. Gamboa Penagos M, Carvajal Lozano F. Programa de seguridad del paciente, evaluación y seguimiento de eventos adversos en el hospital Serafín Montaña Cuellar E.S.E. de San Luis Tolima. Informe de especialidad. Tolima: Universidad EAN, Facultad de Postgrado; 2010.
4. Ministerio de Salud. Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [En línea].; 2010 [citado, 2015 Mayo 24. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/GuiaTecImplementacion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecImplementacion.pdf)].
5. Arribalzaga , Lupica , Maris , Ferraina. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Revista argentina de cirugía. 2012 Junio; 102(1).
6. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros. [En línea].; 2010 [citado, 2015 Marzo 24. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA\\_-\\_Resultados\\_seguridad\\_centros\\_sociosanitarios.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA_-_Resultados_seguridad_centros_sociosanitarios.pdf)].
7. Instituto Mexicano del seguro social. Intervenciones preventivas para la Seguridad en el paciente quirúrgico Durango: México:

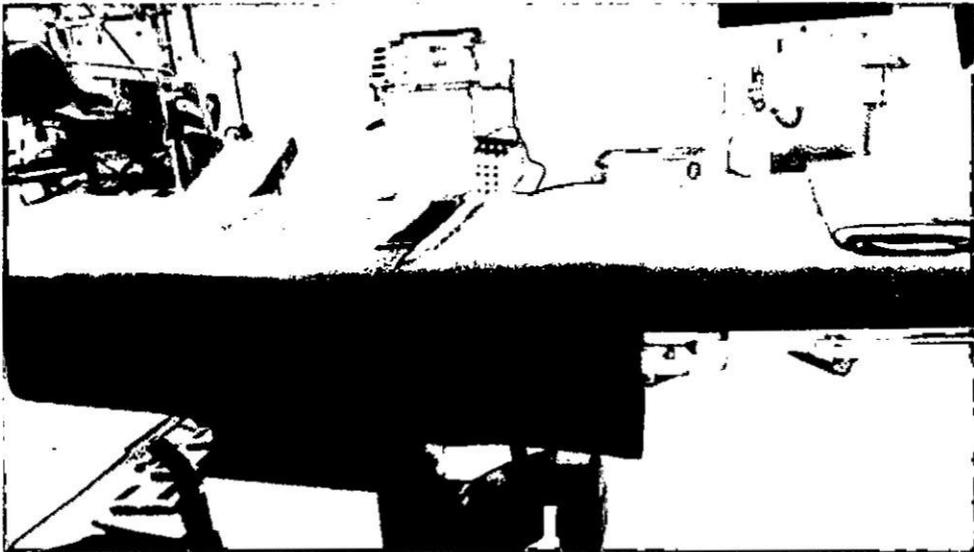
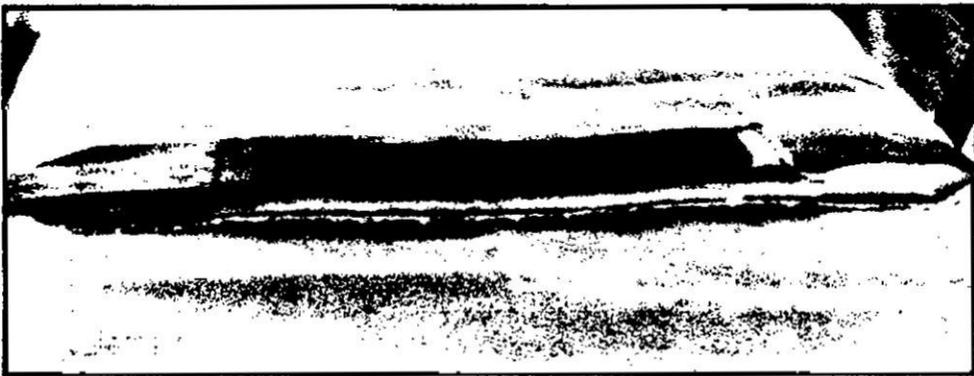
Secretaría de Salud; 2013.

8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones Madrid: Centro de publicaciones msp; 2009.
9. Moreno Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. Revista CESCO de Derecho de Consumo. 2013;(8).
10. Organización Mundial de la Salud. Lista oms de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación - manual de aplicación. Primera ed. Ginebra: OMS; 2008.

**ANEXOS**

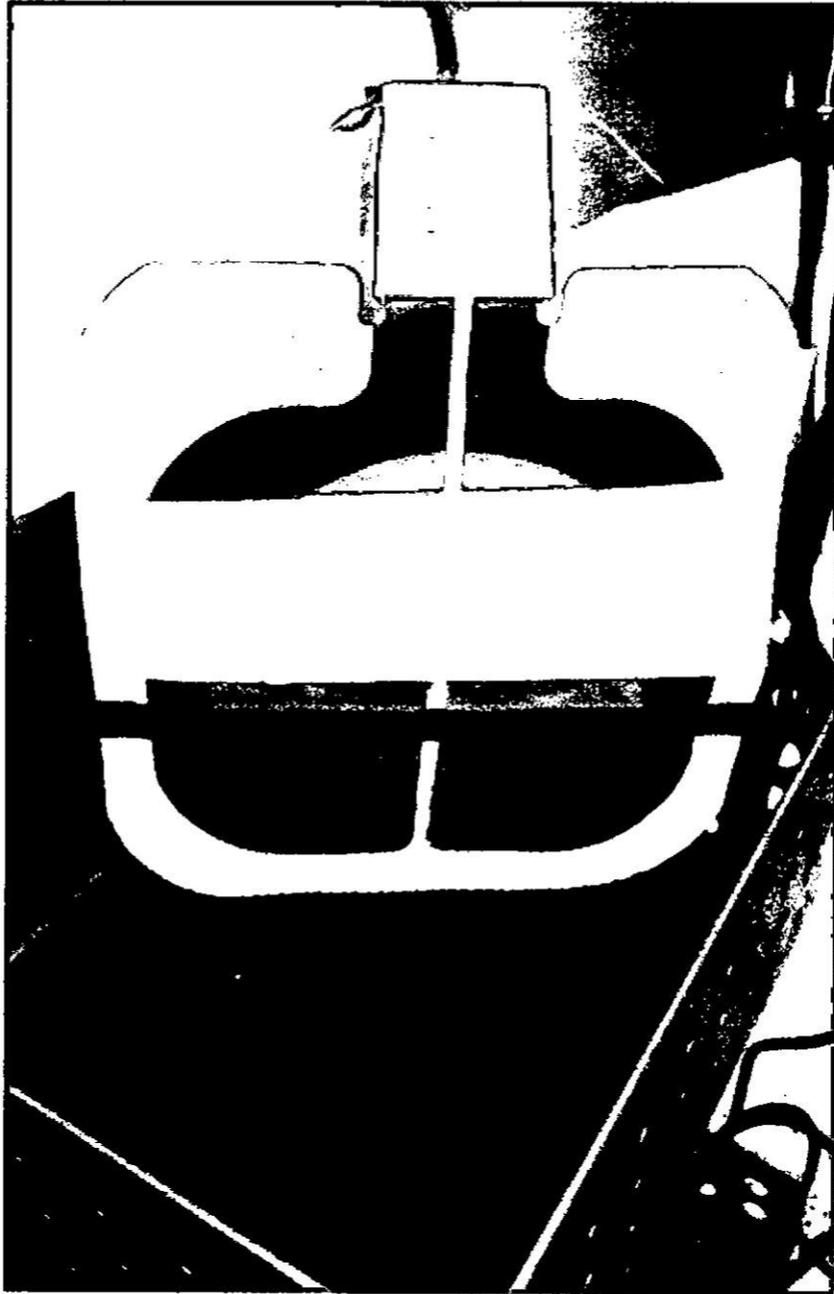
**EVIDENCIAS**

**FAJAS**





PLACAS



## CUIDADO DE PACIENTE

