

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN  
INTEGRAL DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUIRURGICO EN LA  
CLINICA PROVIDENCIA DESDE EL AÑO 2013 AL 2017**

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

**CARLA ENCISO HUAYHUAS**

**Callao, 2018**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ MG. MERY ABASTOS ABARCA            | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA | SECRETARIA |
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES    | VOCAL      |

ASESOR: DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 13/11/2018

Resolución Decanato N° 1453-2018-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	28
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	30
3.1 Recolección de Datos	30
3.2 Experiencia Profesional	30
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	33
<b>IV. RESULTADOS</b>	37
<b>V. CONCLUSIONES</b>	42
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	43
<b>VII. REFERENCIALES</b>	44
<b>ANEXOS</b>	47

## INTRODUCCIÓN

La enfermera especialista en centro quirúrgico brinda cuidados de forma holística, es decir cuida los aspectos físicos, fisiológicos y fisiopatológicos, a su vez cuida los aspectos emocionales, espirituales, sociales es muy frecuente que el paciente piense o se preocupe por la muerte, mutilación, incapacidad y dolor, dada la condición de vulnerabilidad por ser sometido a una cirugía, la enfermera en el quirófano cumple una labor importante en la atención integral del paciente y valorándolo como un ente biopsicosocial.

A su vez la enfermera realiza actividades de cuidado y prevención de complicaciones uno de ellos es la preparación previa a la cirugía, disponer de los materiales y equipos adecuados para el acto quirúrgico, evaluar medidas para prevenir demoras o carencias de insumos que impidan o limiten la fluidez de los procedimientos. El trabajo conjunto de enfermería es importante porque contribuye al éxito de la cirugía mejorando la salud del paciente.

Para su entendimiento el presente informe consta de los siguientes apartados: Planteamiento del problema, el marco teórico, experiencia profesional, los resultados, recomendaciones y referencias, culminando con los anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

A nivel mundial los estudios y reportes han evidenciado los diversos problemas en la atención integral del paciente quirúrgico a la recepción del paciente es usual que se atiendan problemas físicos y no el aspecto psicológico del paciente, Es común que se refieran al paciente por su diagnóstico o el tipo de cirugía que se realizará, no preocupándose por llamarlo por su nombre y además los profesionales de salud no se presentan con un saludo cordial.

Durante la etapa Trans operatorio se identifican problemas como tiempo operatorio prolongado y este a su vez ocasiona incremento de riesgo de infección de herida operatoria, riesgo a hipotermia, mayor tiempo de estancia hospitalaria que ocasiona no sólo incomodidad para el paciente si no también mayor gasto económico, angustia de los familiares, retraso en el cumplimiento de la programación de cirugías, que ocasionan en muchos casos la suspensión de algunas a cirugía posteriores o la programación en tiempos adicionales que repercutirá en el pago adicional al personal por las horas extras de cirugía.

Países de América del sur no son ajenos a esta realidad y reportan problemas a la recepción del paciente con frecuencia no perciben el temor del paciente al procedimiento quirúrgico, olvidan revisar requisitos para la cirugía como indicación de pre medicación, no realizan verificación si los paciente son alérgicos.

Con respecto al intra operatorio se mencionan problemas económicos a causa del tiempo operatorio prolongado como la suspensión de cirugías, en una entidad de salud la inversión en el área quirúrgica es de

aproximadamente 30.1% es así como la suspensión de una cirugía programada ocasiona conflictos presupuestales y laborales.<sup>1</sup>

En la clínica providencia en la recepción del paciente se observan problemas similares, cabe resaltar que las enfermeras de la clínica Providencia brindan apoyo psicológico, aplican un buen sistema de identificación de alergias haciendo uso de pulseras rojas.

Durante el intra operatorio problemática también es evidente el tiempo operatorio prolongado innecesario generando las mismas complicaciones y efectos en el paciente y en los procesos.

## **1.2. Objetivo**

El presente informe tiene como objetivo describir la experiencia profesional como enfermera en centro quirúrgico y la problemática que se presenta al momento de proceder al equipamiento de las salas quirúrgicas ya que siendo esta una de las actividades importantes que desarrolla la enfermera, permite facilitar el proceso trans operatorio en la medida de que disponga de todo lo necesario para el acto quirúrgico.

## **1.3. Justificación**

El presente informe se justifica porque en el centro quirúrgico de la clínica Providencia donde se cuenta con 3 salas de operaciones en las que se practican o ejecutan cirugías de diversa complejidad y donde la participación de la enfermera instrumentista es determinante, se ha podido evidenciar demora en los tiempos quirúrgicos dando lugar a que se produzcan, alteraciones en la programación diaria de cirugías; estas situaciones generadas por el equipamiento incompleto ya sea en instrumental, insumos e incluso vestimenta personalizada de los cirujanos que en mucho de los casos llega a ser frecuente dada que la

racionalización del personal es variada por el constante abandono e ingreso laboral de personal nuevo en esta área de trabajo.

Además se justifica porque podremos proponer estrategias adecuadas con la implementación de manera permanente del personal de enfermería tecnificado y con la ayuda de un instrumento (lista de chequeo) que nos permita agilizar los trabajos eliminando todas las deficiencias que genera el desconocimiento de la implementación de materiales.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes

ATAURIMA MAÑUECO, Rosa. Perú, “Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno, 2016”

Objetivo, determinar el nivel de satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de Unidad de Recuperación del Paciente Anestésico. El tipo de investigación fue descriptivo simple con diseño transversal sobre una población de 160 pacientes en el periodo de Enero a Marzo de 2016 y una muestra intencional de 40 pacientes, aplicando el cuestionario. El análisis estadístico fue descriptivo. Los resultados de la investigación determinaron que el nivel de satisfacción alto sobre el aspecto humano del cuidado de enfermería se identificó en 37,5% y en el aspecto técnico en 57,5% de pacientes post operados. En conclusión, el nivel de satisfacción alto sobre el cuidado de enfermería se identificó en el 50% de pacientes post operado.<sup>2</sup>

CAMPOS RUBIO, Lucy, 2014. Perú, “Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo – 2014” tuvo como objetivo determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el periodo perioperatorio.

Diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; como instrumento se usó la ficha de observación, Los resultados fueron los siguientes: En la fase preoperatoria el nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente es solo 37%, en la

fase transoperatoria que el nivel bueno de calidad en la seguridad integral del paciente es solo 63%, en la fase postoperatoria el nivel bueno de calidad en la seguridad integral del paciente es solo 70%. Se concluye que el promedio de la fase Perioperatoria es 57% de nivel bueno de calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico.<sup>3</sup>

BARBOSA, M.H; Miranda Goulart, D.M, 2012, Brasil. “Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente del municipio de Uberada”

Este estudio retrospectivo y descriptivo tuvo como objetivo identificar el tipo de suspensión quirúrgica y las razones de este procedimiento en un hospital público de enseñanza. Hubo una tasa de anulación quirúrgica de 14% y el 63% cirugías canceladas no había constancia de la justificación de la suspensión. Las razones para la suspensión de las cirugías fueron: 9% por la no hospitalización, 8 % por las condiciones clínicas inadecuadas, 8% debido a problemas administrativos (superposición de horarios, deficiencia de materiales o equipamiento), 4% por asuntos de asistencia para el cuidados de la salud, 3% por problemas estructurales, 2% por ausencia de los pacientes.<sup>4</sup>

G. GAVIRIA GARCÍA, G. Lastre Amell, M. Suárez Villa. 2014. Colombia. “Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud”.

Objetivo: Identificar desde la percepción de los profesionales de salud, los factores que inciden en la cancelación de cirugías en un hospital de alta complejidad. Métodos: El diseño del estudio fue descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 30 sujetos: 15 enfermeras y 15 médicos, de los cuales 3 médicos y 2 enfermeras decidieron voluntariamente no participar en el estudio. Los investigadores recogieron la información a

través de un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas; tomando como referencia la lista de chequeo de "cirugía segura".

Resultados: Los resultados más relevantes obtenidos fueron: 44% de los motivos de cancelación se consideran de tipo administrativos, mientras que al 28% se le atribuye a causas asistenciales (falla en la verificación de equipo y asistencia médica, y falta de autorización del procedimiento quirúrgico).<sup>5</sup>

DÍAZ GONZALES Daniella. 2016. Perú. "Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé". Estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptivo exploratorio. Según periodo y secuencia de recojo de datos fue de corte transversal. Resultados: De 609 Cirugías programadas en el periodo de estudio, la frecuencia de cirugías suspendidas fue de (11%). Las causas principales fueron las asociadas al paciente en (82%). Según condición institucional, en los pacientes ambulatorios las causas del paciente se presentaron en (59%) y las causas atribuidas a pacientes hospitalizados estuvieron presentes en (23%). Conclusiones: Los problemas identificados a través de los resultados del estudio son importantes para adoptar las mejores soluciones y promover diseño e implementación de estrategias para evitar las suspensiones.<sup>6</sup>

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Profesión de enfermería, cuidado trans personal y de empatía.**

Los profesionales de enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e

interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud.<sup>7</sup>

**Enfermería.** La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. La enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.

Como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.<sup>8</sup>

**Atención de enfermería al paciente quirúrgico.** La enfermería quirúrgica es una especialidad que se ocupa de la asistencia en la fase crítica y que, si bien es exigente, brinda grandes satisfacciones personales. Es una actividad dinámica, con cambios constantes, en la que los cuidados que se brindan al paciente, constituyen un factor decisivo para su supervivencia postoperatoria.<sup>9</sup>

### **Atención integral.**

La atención integral se logra cuando, a la hora de planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidad de apoyo, se contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades ajenas a los mismos: los relacionados con el cuerpo (biomédico) y los que tiene que ver con nuestro funcionamiento psicológico, (aspectos cognitivos, comportamentales y de personalidad), los que afectan al campo social (rol que ocupamos en la sociedad en cada etapa de vida participación, etc) y los que atañen al entorno medioambiental en el que nos desenvolvemos( nuestra vivienda, el centro

que acudimos o en que vivimos, barrio, el lugar de trabajo, los lugares de interacción y de ocio, el transporte, las comunicaciones, el contacto con la naturaleza)<sup>10</sup>

**El Proceso Asistencial Integrado (PAI)** se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.<sup>11</sup>

#### **Proceso de Atención Integral en la recepción del paciente quirúrgico**

- Se verificará la fecha y hora de la intervención quirúrgica en la programación de quirófano.

En esta fase los cuidados de enfermería irán orientados a:

- NOC 1814. Conocimiento procedimiento terapéutico
- NOC 1211. Nivel de miedo

Componentes: Integrantes Bloque Quirúrgico Cirujano, Enfermera y Anestesiólogo - Actividades Características de calidad

- Se verificará la identidad inequívoca del paciente (pulsera).
- Se comprobará la existencia de acompañantes, medios de transporte y teléfono de contacto.
- Se valorará estado general del paciente, catéteres, drenajes, tracciones, etc. y se preguntará por alergias conocidas (al látex, en particular)
- Se verificará: Normas de ayuno, la retirada de esmaltes y maquillaje, la ausencia de prótesis dental o audífonos, lentillas y otros objetos

personales, en su caso, el corte del vello y medidas higiénicas habituales

- Se realizará venoclisis o comprobación de la permeabilidad de esta
- Se comprobará en la Historia de Salud del paciente:
  - El procedimiento quirúrgico a realizar.
  - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas cruzadas.
  - Pruebas complementarias
  - Aplicación de órdenes pre anestésicas indicadas.
  - Profilaxis tromboembólica indicada
  - Profilaxis de náuseas y vómitos en caso de riesgo.
  - Existencia de Formulario de Consentimiento Informado del procedimiento quirúrgico a realizar
- Se verificará con el/la paciente la correcta aplicación del check- list de verificación quirúrgica dejando constancia en la Historia de salud.

En esta fase los cuidados irán orientados a:

- NOC 1402. Autocontrol de la Ansiedad
- NOC 1404. Autocontrol del Miedo
- NOC 1814. Conocimiento: Procedimiento Terapéutico
- NOC 1902. Control del riesgo
- NOC 2102. Nivel de dolor
- NIC 2930. Preparación quirúrgica
- NIC 2920. Precauciones quirúrgica.<sup>12</sup>

## **Centro quirúrgico**

El Centro Quirúrgico es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones. Tiene como objetivo garantizar un espacio que proporcione el mayor índice de seguridad, confort y eficiencia, que faciliten las actividades del personal médico y paramédico, que reduzca los riesgos innecesarios y que ofrezca al paciente un servicio eficiente y de alta calidad. <sup>13</sup>

## **Fases del proceso quirúrgico**

El proceso quirúrgico tiene tres partes (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), en las que las circunstancias del paciente y las actividades de enfermería son diferentes. Los profesionales de la enfermería quirúrgica deben conocer con detalle estas fases. Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico por parte de los/as enfermeros/as disponemos de dos medios fundamentales: uno es la formación de los profesionales y el otro es la estandarización de los procesos a aplicar. Se entiende por enfermería perioperatoria:

“El papel que la profesión de enfermería ha desarrollado con la asistencia del paciente quirúrgico. Esta disciplina comprende su asistencia total antes, durante y después de la cirugía. Entre los deberes de la enfermera perioperatoria se incluye el desarrollo y la implantación de un plan preoperatorio de asistencia al paciente

Se describen a continuación las fases del proceso quirúrgico:

- **Preoperatorio:** comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y

espirituales del paciente, así como los problemas potenciales. A continuación, el profesional enfermero lleva a cabo las acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, ofreciendo así una ayuda individualizada. Esta fase termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.

- **Intraoperatorio:** empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; el paciente reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación paciente-enfermera. En esta fase el profesional enfermero ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. Esta etapa finaliza cuando se admite al enfermo en la sala de recuperación.
- **Postoperatorio:** se inicia con la admisión del paciente en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia. Las enfermeras deben cerciorarse de que todos los procedimientos y técnicas de enfermería se ejecutan de forma correcta; así, los indicadores del buen resultado del proceso perioperatorio serían la satisfacción de todas las necesidades del paciente y el logro de los resultados deseados.<sup>14</sup>

### **Acto quirúrgico**

Conjunto de maniobras técnicas realizadas por el equipo quirúrgico, sobre un esquema táctico propuesto por el cirujano, cuya finalidad es llevar al paciente a nuevas condiciones anatomofisiológicas, necesarias para mejorar o recuperar su salud.<sup>15</sup>

## **Equipo quirúrgico**

- **Cirujano:** Es quien lleva a cabo la intervención, sus responsabilidades son: dirigir la valoración médica preoperatoria, realizar la técnica operatoria, y establecer el tratamiento postoperatorio del paciente.
- **Cirujano ayudante:** Es quien colabora con el cirujano.
- **Anestesista:** Administrar la anestesia, según las políticas de la institución de salud, la actividad puede estar asumida por la enfermera circulante o por una tercera denominada de anestesia o de soporte.
- **Enfermera circulante:** Es la encargada de preparar y coordinar todo el acto quirúrgico, así como de las funciones de enfermería no estériles dentro del quirófano.
- **Enfermera especialista de Centro quirúrgico:** Encargada de las tareas relacionadas con las técnicas que requieren esterilización en el quirófano, de la instrumentación, también colabora directamente con la cirugía, mantiene la asepsia y esterilidad de los materiales e instrumentos, así como conservación de la integridad y seguridad del campo quirúrgico.<sup>16</sup>

**Rol del instrumentador quirúrgico antes de la cirugía,** “conociendo con anterioridad la operación que se llevara a cabo en el quirófano que tiene asignado llevará al mismo todos los elementos (instrumental y ropa) que en un primer momento serán necesarios para comenzar la intervención”.

17

## **Preparación de sala quirúrgica previo a cirugía**

Objetivo es asegurar que el quirófano se encuentre en condiciones óptimas, antes de la llegada del paciente.

El procedimiento comienza cuando la enfermera revisa su sala, y el procedimiento concluye hasta el ingreso del paciente a sala.

Políticas:

- La Enfermera debe seguir el rol de enfermería en la preparación de la sala quirúrgico.
- En base a su programación la enfermera debe Preparar la sala según intervención.
- La enfermera debe preparación del material a usar según intervención.
- La enfermera debe revisar de equipos a usar (electrocardiógrafo, desfibrilador, transductores y otros).
- Cuidados de enfermería en la preparación del paciente en la mesa operatoria:
  - Preparación del área operatoria.
  - Fijación y determinación de la posición del paciente de acuerdo al tipo de cirugía a realizar.
  - Instalación de instrumentos y equipos que permiten la monitorización hemodinámica permanente.<sup>18</sup>

### **Preparación del paciente quirúrgico en sala**

La enfermera especialista en centro quirúrgico valora al paciente de forma integral es decir biopsicosocial, identificando problemas reales y potenciales.

La capacitación del instrumentista quirúrgico en pabellón juega un rol importante y esencial; esta capacitación debe ser constante y acorde a los avances de la tecnología médica, debiendo estar marcada por un fuerte elemento técnico, pero también ético.

Debemos recordar que la labor del instrumentista quirúrgico es facilitar y colaborar responsablemente en todas las actividades del equipo quirúrgico, siendo la parte más importante la del recuento completo, tanto al inicio como al término de la cirugía, del instrumental, gasas, torundas, compresas, agujas, etc. Todo esto parece muy obvio, pero es tan relevante que siempre debe ser señalado.

Además, nuestra labor es procurar el bienestar del paciente en todo momento. El instrumentista quirúrgico debe tener presente, antes y durante la cirugía, la importancia del orden, la meticulosidad y la honestidad, que son inherentes a la labor del instrumentista. Debe conocer las etapas del acto quirúrgico, las preferencias del cirujano, contar con la información acerca de la técnica quirúrgica que va a ser utilizada en esa cirugía y en ese momento, etc.

Se debe estar atento a las etapas más relevantes de la cirugía, a las modificaciones de la misma y a enfocar todo su conocimiento y experiencia a los detalles que marcan la diferencia entre una cirugía y otra. Esta actitud marca la diferencia entre un instrumentista quirúrgico y un mero pasador de instrumentos.

El éxito de todo el procedimiento se basa justamente en el tema estamos tratando: la preparación del paciente quirúrgico en el pabellón.

#### Preparación del procedimiento quirúrgico

La preparación del paciente comienza con la preparación del procedimiento, que a su vez, parte por hacer la solicitud de pabellón, en la que se deben consignar datos imprescindibles, como el diagnóstico, la edad, el tipo de procedimiento y los elementos especiales para esta cirugía, como el uso de implantes, máquinas, equipos de rayos, etc.

Una vez hecho eso, se inicia una serie de actividades, que incluyen una coordinación, o el establecer una red de colaboración, entre los equipos

médicos, los médicos especialistas, los servicios hospitalarios como el banco de sangre y rayos, los proveedores y una serie de personas relacionadas con la UTI, ventilación mecánica, etc.

Es necesario indicar si el paciente es adulto o pediátrico, si es inmunodeprimido, politraumatizado o de alto riesgo. La especialidad también es importante, ya que hay grandes diferencias entre una y otra: traumatología, neurocirugía, cirugía plástica, urología, ginecología, oncología, máxilo facial y otras.

Tanto la enfermera como el personal de pabellón, especialmente el instrumentista quirúrgico, debieran conocer el instrumental, los insumos, la ropa quirúrgica, los motores, la mesa quirúrgica y sus accesorios y la posición quirúrgica que va a requerir ese paciente en esa cirugía.

### **Preparación del escenario**

La enfermera debe disponer de un tiempo previo para revisar todos los elementos y para evaluar, las medidas necesarias para prevenir demoras o carencias, facilitando la fluidez del procedimiento. El trabajo conjunto de enfermería es de incalculable importancia, ya que favorece al paciente y contribuye al éxito de la cirugía.

Aquí también se incluye la selección y ubicación de los equipos y otros elementos, el saber qué tipo de mesa de operaciones se va a ocupar y sus accesorios, tales como las piñeras, los brazales, las bombas de infusión, etc.

La organización está a cargo de la enfermera; ella asignará las tareas, designará funciones, verá cuál es el pabellón más adecuado y asignará todos los elementos que se utilizarán en cada cirugía, los insumos, etc.

Idealmente, se debe contar una tarjeta de preferencias, para estar preparados para esa cirugía.

### **Cuidados transoperatorios.**

- Ingreso del paciente al quirófano: Es necesario la presentación del personal que intervendrá en el acto quirúrgico, en una forma breve, tratando de provocar en el paciente un ambiente de tranquilidad y seguridad. Teniendo en cuenta el lenguaje no verbal.
- Identificación del paciente
  - a) Preguntar directamente al paciente su nombre.
  - b) Checar datos en el brazalete de identificación.
  - c) Revisión del expediente clínico y verificar resultados de exámenes de laboratorio y radiológicos.
  - d) Checar lista de verificación pre-operatoria.
  - e) Conformar la técnica quirúrgica que se le va a realizar.

Colocación del paciente en la mesa quirúrgica.

Las mesas de operaciones están diseñadas para la comodidad y seguridad para colocar al paciente según la intervención quirúrgica que se le va a realizar, facilitando el acceso a la región operatoria, además de favorecer las funciones vitales y proteger al paciente de lesiones nerviosas y vasculares mientras se le está practicando la cirugía.

La enfermera(o) circulante debe tener conocimiento sobre la mecánica del movimiento.

Reglas básicas de la asepsia.

Asepsia de la piel

Para ejecutar este procedimiento se deben tener en cuenta las reglas básicas de asepsia.

- a) De lo limpio a lo sucio.
  - b) De arriba hacia abajo.
  - c) De lo distal a lo proximal.
  - d) Del centro a la periferia.
- Realizar incisión. Por parte del cirujano al finalizar se lleva a cabo la sutura.
  - Contar el material e instrumental. Por parte del personal de enfermería y hacer anotaciones en las hojas de enfermería correspondientes.
  - Llevar a cabo la sutura.- Esto para evitar que en la cavidad operatoria se deje material o instrumental en ésta.
  - Retirar al paciente.- Llevar al paciente al área de recuperación.<sup>19</sup>

### **Lista de chequeo: herramienta metodológica del cuidado.**

La lista de chequeo es una herramienta metodológica que consta de una serie de ítems que evalúan detalladamente, una serie de elementos teóricos o prácticos sobre temáticas sanitarios.

Una lista de chequeo es una serie de puntos, tareas o comportamientos que se organizan de manera coherente y que permiten evaluar de manera efectiva la presencia o ausencia de los elementos individuales enumerados a evaluar en un determinado proceso o procedimiento en salud.

Las listas de chequeo pueden ser de dos tipos: (i) en cada ítem el respondiente debe indicar la intensidad de su veracidad o de su

ocurrencia, o aun informar que aquella afirmativa no se aplica, cuando sea el caso; (ii) en cada ítem el respondiente debe simplemente indicar si la afirmativa es verdadera o no.

Normalmente cada punto se verifica dentro de espacios destinados dentro de escalas particulares, logrando siempre la estandarización y la normalización de dichos criterios. Dentro de la lógica Mnemotécnica, se utilizan normalmente como sistema recordatorio para ayudar a normalizar procedimientos de manera estandarizada reduciendo de ese modo la complejidad de sus procedimientos. La lista de chequeo permite evaluar procesos o procedimientos en salud con la ventaja de tener sistematizado todos los elementos que son necesarios evaluar. Bajo dichos parámetros se omiten errores referidos a las memorias y diversos sesgos que podrían ocurrir en el proceso de investigación. La estandarización es el procedimiento básico dentro de la lógica de la lista de chequeo, debido a que permite que distintos investigadores, clínicos o prestadores en general, evalúen de forma homogénea las problemáticas específicas.

La ventaja de la lista de chequeo, radica en que como dispositivos mnemotécnico proporcionan un método activo para una rápida verificación de los criterios de información y mejora de las prácticas evaluativas, que pueden ser importantes herramientas al momento de la normalización de las evaluaciones realizadas por el usuario, proporcionando con ello directrices para la ratificación del cumplimiento de las normas estandarizadas mínimas para el funcionamiento de determinados procedimientos, lo que incrementa la credibilidad y la coherencia entre los usuarios al entregar una atención segura.

Estructura de la Metodología para su Construcción La lista de chequeo permite evaluar procesos o procedimientos en salud con la ventaja de tener sistematizado todos los elementos que son necesarios evaluar. La estandarización es el procedimiento básico dentro de la lógica de la lista

de chequeo, debido a que permite que distintos investigadores, clínicos o prestadores en general, evalúen de forma homogénea las problemáticas específicas. Dentro de contextos estrictamente sanitarios, la lista de chequeo se encuentra entre las variadas herramientas que se utilizan para la mejora de los procesos asistenciales y el apoyo a equipos multidisciplinarios. Las listas de chequeo normalizan y establecen una referencia de acción básica detallando sistemáticamente con precisión cada uno de los puntos del proceso. Las listas de chequeo aportados por los autores en el campo de la evaluación de problemáticas sanitarias son considerados valiosos recursos por los evaluadores, ampliando con esto su campo no sólo para la seguridad de la atención, sino más bien hacia la gestión de la calidad.<sup>20</sup>

### **Una lista de comprobación para las suites de la sala de operaciones**

Sin una lista de comprobación, es fácil olvidar los elementos y detalles importantes debido al gran número de participantes. Tales omisiones sólo se notarán una vez que el área se utiliza. Para asegurarse de que esta lista de verificación se aplica a un área en particular, y en un momento determinado debe ser revisado por todos los involucrados. Estos incluyen todo el personal que trabaja allí, los pacientes y sus asociados, los que prestan servicios tales como información, energía y agua, suministros, limpieza y mantenimiento, y los responsables de la seguridad o la gestión general de la zona.

Por sí solo una lista de comprobación no asegurará que todos los errores se eviten. Aparte del uso real del área, o aprendiendo de los errores de otras listas de chequeo de diseño similar, los planes simples de la escala.

Los desarrollos futuros de esta lista de verificación pueden incluir listas separadas de equipos detallados y criterios y aplicaciones para otras áreas hospitalarias, flujo de trabajo, diagramas de proceso y análisis de tareas.<sup>21</sup>

## **Teoría de Enfermería interpersonal Watson**

Atribuye su énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez. Explica que los conceptos, definidos como bloques de construcción de la teoría (Watson, 1988), aportan un nuevo significado al paradigma de la enfermería y “derivaban de experiencias empíricas inducidas clínicamente, combinadas con mi base filosófica y experimental; por eso mi trabajo inicial surgió de mis propios valores, creencias y percepciones sobre personalidad, vida, salud y curación...”

### 10 factores de cuidados originales

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidado. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería.

#### 1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

#### 2. Inculcación de la fe-esperanza

Este factor que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

### 3. Cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente.

A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

### 4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

### 5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

### 6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de

la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.

#### 7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal

Este factor es un concepto importante para la enfermería por que separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal.

#### 8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

#### 9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas

La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades del menor rango antes de intentar cubrir

las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

#### 10. Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que es este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores del cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y adaptación a la pérdida.<sup>22</sup>

#### **Teorías de Enfermería Patricia Benner**

La Dra. Patricia Benner considera El “saber práctico” consiste en un adquisición de una habilidad puede desafiar al saber teórico.

Las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos, y que la falta de estudio de nuestra práctica y de las

observaciones clínicas provoca que la teoría de enfermería carezca de singularidad.

Las habilidades de enfermería como experiencia es un requisito previo para convertirse en un experto.

Introdujo el concepto de que las enfermeras expertas desarrollan habilidades y comprensión de la atención del paciente a través del tiempo a través de una sólida base educativa, así como una multitud de experiencias

- **Teoría de principiante a experto** El modelo postula que los cambios en los cuatro aspectos de la ejecución se produce en la transición mediante los niveles de adquisición de habilidades: 1.) Se pasa a confiar en los principios y las normas abstractas a utilizar la experiencia específica y pasada; 2.) Se cambia la confianza en el pensamiento analítico basado en normas por la intuición; 3.) el estudiante pasa de percibir que toda la información es igual de importante a pensar que algunos datos son más importantes que otros y 4.) Se pasa de ser un observador individual, desde fuera de la situación, a tener una posición de implicación total en la situación.

Explica que el desarrollo del conocimiento en las disciplinas aplicadas como la medicina y la enfermería se compone de la extensión del conocimiento práctico a través de la investigación y la caracterización y comprensión del "know how" de la experiencia clínica.

Sobre la teorista:

- Patricia E. Benner, RN, Ph.D., FAAN es profesora Emérita en la Universidad de California, San Francisco.
- Licenciatura en Enfermería - Pasadena College / Point Loma College

- MS en Med / Surg de enfermería de UCSF (Universidad de California, San Francisco)
- PhD -1982 de la UC Berkeley
- 1970 - Investigación en UCSF y UC Berkeley
- Ha enseñado y hecho la investigación en UCSF desde 1979
- Publicado 9 libros y numerosos artículos
- Publicado en 'Novice to Expert Theory' en 1982
- Recibió el Libro del Año de AJN en 1984,1990,1996, 2000

### **Niveles de experiencia en enfermería**

Describió 5 niveles de experiencia de enfermería como;

- 1. Principiante o novata.** Principiante sin experiencia, son necesarias las reglas generales para ayudar a realizar tareas.
- 2. Principiante avanzado** Demuestra un rendimiento aceptable. Ha adquirido experiencia previa en situaciones reales.
- 3. Competente** Normalmente, una enfermera con 2-3 años de experiencia en el trabajo en la misma área o en situaciones similares, ayuda a lograr una mayor eficiencia y organización.
- 4. Eficiente** Una comprensión más holística mejora la toma de decisiones, aprende de las experiencias qué esperar en ciertas situaciones y cómo modificar los planes.
- 5. Experto** Ya no depende de principios, reglas o directrices para conectar situaciones y determinar acciones. Mucho más antecedentes de experiencia, tiene una comprensión intuitiva de las situaciones clínicas, el rendimiento es ahora fluido, flexible y altamente competente.<sup>23</sup>

### 2.3. Definición de términos

- **Enfermera Instrumentista** Es una enfermera especializada cuyo rol dentro del equipo quirúrgico está perfectamente establecido y se maneja dentro de parámetros muy estrictos, estableciéndose sus deberes y derechos de esta primordial pieza del engranaje quirúrgico dentro de la sala de operaciones.<sup>24</sup>
- **La atención integral de enfermería al paciente quirúrgico** incluye los aspectos físicos trastornados por la enfermedad, así como cuidar y prevenir otros aspectos fisiológicos no relacionados, pero que en un momento dado se pueden dañar, si no se previenen a tiempo; del mismo modo es importante cuidar los aspectos emocionales, espirituales, sociales y económicos del paciente.<sup>25</sup>
- **Quirófano** Es el recinto donde se lleva a cabo las intervenciones quirúrgicas, entendiéndose como tal al sector del hospital dedicado a las intervenciones quirúrgicas y sus anexos.<sup>26</sup>
- **Etapa trans operatorio** Es el lapso de tiempo que va pasando desde que el paciente es admitido en la sala de operaciones y es trasladado a la sala de recuperación, constituye el acto quirúrgico en el que el equipo quirúrgico interviene de manera directa (cirujano, ayudante de cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentista y la enfermera circulante), teniendo actividades específicas a realizar pero con una visión unánime la cual es: proporcionar seguridad y eficacia en el proceso a realizar al paciente.<sup>27</sup>
- **Tiempo operatorio** Tiempo que comprende desde que el paciente quirúrgico ingresa a sala de operaciones hasta su salida al área de recuperación post anestésica.<sup>28</sup>

- **Listas de chequeo** son dispositivos metodológicos y nemotécnicos, que reducen la complejidad para comprobar solamente los elementos importantes, con ello reducen errores de omisión.<sup>29</sup>

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para realizar el presente trabajo académico se llevó a cabo las siguientes acciones en El servicio de Centro quirúrgico de la Clínica Providencia:

- ✓ Se realizó la recolección de datos referidos al número de cirugías programadas, realizadas y suspendidas, y las probables causas o razones que generaron estas situaciones.
- ✓ Así mismo para la aplicación de la lista de chequeo de preparación y operatividad de sala quirúrgica, se revisó información sobre la labor de enfermería en el equipamiento de sala operatoria y listas de chequeo.
- ✓ Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa operativo Microsoft Excel versión 2010, el mismo que nos permitió obtener cuadros y gráficos estadísticos para facilitar el análisis de la problemática expuesta.

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

Soy licenciada de enfermería egresada de la “Universidad Alas Peruanas” en el año 2009, tiempo de servicio en atención del paciente quirúrgico es de 8 años, trabajé 3 años en la clínica Santa Teresa realice funciones de enfermera circulante, instrumentista y central de esterilización. Posteriormente trabajé en el Instituto Peruano de Oncología y Radioterapia en los años 2013 y 2014 recibí capacitación mediante el diplomado en Enfermería quirúrgica y especialidades.

En Abril del 2013 ingreso a laborar en la Clínica Providencia, luego trabajé en el Hospital Nacional Cayetano Heredia durante, en el año 2014 estudié de Especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico en la Universidad Nacional del Callao.

En el 2015 laboré en la Clínica Internacional en el área de central de esterilización.

Posteriormente trabajé en la Clínica Santa Isabel a la par que continúe en la Clínica Providencia.

#### **Actividades de enfermería en centro quirúrgico clínica providencia:**

El reporte de enfermería inicia a las 7:30 y 19:30 horas, turno diurno y nocturno respectivamente, para lo cual debemos estar debidamente uniformadas. El ingreso a los quirófanos es previo lavado de manos.

#### **Actividades de Enfermera Quirúrgica I**

Son múltiples las funciones entre ellas tenemos:

Verificar y equipar el instrumental propio de la cirugía.

Actividades se realizan teniendo en cuenta la asepsia quirúrgica, el lavado de manos quirúrgico, vestirse con ropa estéril ponerse guantes luego vestir las mesas quirúrgicas y colocar los instrumentos en el orden dispuesto, ayudar a los cirujanos a vestirse y al resto del personal quirúrgico.

La verificación de indicadores en el material estéril es sumamente importante para evitar infecciones de herida operatoria. Luego la instrumentación propiamente dicha según el tiempo operatorio en el que es importante que la enfermera tenga conocimiento de la técnica del acto quirúrgico y uso de señales que indican el tipo de instrumental que requiere el cirujano.

Como enfermeras de centro quirúrgico realizamos el conteo y recuento de gasas, compresas e instrumental, agujas en coordinación con la enfermera quirúrgica II.

Durante toda la cirugía es la enfermera quien se encarga de cuidar que se mantenga estrictamente la asepsia en el campo estéril así como las medidas de bioseguridad.

Al finalizar la cirugía se traslada en bloque al paciente de la mesa operatoria a la camilla evitando lesiones y caídas.

Finalmente se encarga de recoger y revisar los instrumentos utilizados para su desinfección y esterilización.

## **Enfermera Quirúrgica II**

Verificar que el quirófano esté preparado, comprobando también el correcto funcionamiento de los equipos a utilizar, según "lista de chequeo lista de chequeo de preparación y operatividad de sala quirúrgica".

Recepción del paciente en centro quirúrgico, comprobar su identificación, reunir la documentación y estudios requeridos, así como consentimiento informado.

Traslado del paciente en la mesa quirúrgica disminuyendo riesgo de lesión y caída.

Asistir al anestesiólogo durante la inducción a la anestesia y el despertar del paciente.

Realizar el lavado de la zona operatoria y colocación de sonda vesical al paciente en caso se requiera teniendo en cuenta técnica de lavado y evitar riesgo de infección de herida operatoria.

Ayuda y verificar el correcto vestimento del personal que entra a cirugía.

Realizar el Check List, eventos adversos

Durante la cirugía si hubiera muestras para estudio de anatomía patológica la enfermera debe prepararlas es decir colocar en recipientes adecuados con solución salina o formol, rotularlas de forma correcta enviándolas a laboratorio para el posterior análisis, este procedimiento es de suma importancia ya que si llegaran a confundirse muestras y dar un resultado o diagnóstico errado.

Conteo y recuento de gasas y compresas con la enfermera quirúrgica II.

Proporcionar medicamentos, soluciones, dispositivos e instrumental adicional a la enfermera quirúrgica I.

Es importante su coordinación en la solicitud de servicios especiales para el paciente en cuanto a exámenes de laboratorio, radiológicos, transfusiones sanguíneas y estudios histopatológicos.

Traslado del paciente de la mesa operatoria a la camilla para el los cuidados en la unidad de recuperación post anestésica y reporte del paciente a su colega, entregando historia clínica, medicamentos y placas radiográficas (si hubiera). Luego de ello vigilar que se realice en forma oportuna y adecuada la limpieza y desinfección de la sala.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

En la clínica providencia se realizan cirugías y procedimientos a los pacientes en sus diferentes etapas de vida en las especialidades de traumatología, ginecología, gastroenterología, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía Cabeza y cuello, cirugía cardiovascular, cirugía Oral y máxilo facial y neurocirugía.

Se cuenta a la vez son 25 médicos cirujanos de las diversas especialidades cada uno con una técnica quirúrgica diferente, lo que hace

que sea indispensable que el profesional de enfermería tenga pleno conocimiento de los procesos durante las etapas de pre, trans y post operatorio inmediato teniendo en cuenta la edad del paciente, el equipamiento de la salas, la operatividad de los equipos biomédicos y la disposición para cada cirugía sin dejar de lado la ropa quirúrgica, el instrumental, materiales e insumos necesarios.

Es allí donde se observa los problemas en la etapa de equipamiento de las salas, con más frecuencia en las enfermeras que ingresan a laborar en esta área (enfermera Principiante o novata) a pesar de recibir orientación en su etapa de inducción que consta de 5 días, es frecuente observar que durante la cirugía salen repetidas veces del quirófano porque se les olvidó algún material e insumo y llaman a otra enfermera o técnico para pedirles ayuda, causando así: que se prolongue el tiempo operatorio, incomodidad del médico y quejas del cirujano, tensión en los profesionales del bloque quirúrgico.

La programación de cirugías se realiza colocando un tiempo aproximado de duración establecido y este retraso origina que la siguiente cirugía no ingrese en el tiempo programado, llegando así en alguna ocasión a ser suspendida causando gran molestia para el paciente por que prolonga su estancia hospitalaria y esto se traduce en tiempo y dinero.

Los médicos refieren que se demoran mucho cuando no tienen los materiales e insumos en el momento que los solicitan y que muchas veces las enfermeras no saben usar los equipos biomédicos.

Las enfermeras dicen que los médicos en sus diferentes procedimientos usan diversos materiales y que se les olvidó por eso tienen que salir de la sala durante la cirugía para llevarlo lo más rápido posible.

En mi preocupación por solucionar este problema, y mejorar el proceso en la atención al paciente quirúrgico, se pidió permiso a la jefatura de Enfermería en Centro Quirúrgico para la elaboración y aplicación de una

lista de chequeo para el equipamiento del quirófano previo a la cirugía, que permita contribuir a la atención de enfermería de forma eficaz y oportuna.

De forma tal que los quirófanos sean equipados correctamente facilitando nuestro proceso de atención, optimizando tiempo y recurso humano, esto se traduce en una mejor atención al paciente quirúrgico.

En cuanto a la recepción del paciente se pudo observar en varias oportunidades que la recepción del paciente no fue optima al no identificar las indicaciones preoperatorias como administración de medicamento profiláctico así como también rasurado de zona operatoria. Estos problemas fueron identificados con frecuencia en las enfermeras novatas.

### **Procedimiento para la elaboración y aplicación de una lista de chequeo para el equipamiento del quirófano previo a la cirugía**

**La Fase de Planificación** Para ello se realizó una reunión con las colegas de centro quirúrgico para analizar el problema del mal equipamiento de las salas quirúrgicas, así buscar estrategias para solucionar el problema dando como resultado la propuesta de una lista de chequeo.

**Fase de desarrollo** Inicialmente se realizó una búsqueda minuciosa y recolectó sobre lista de chequeo de equipamiento de quirófano a nivel nacional e internacional. Posteriormente se elabora una lista de chequeo la cual fue revisada y corregida.

La lista de chequeo fue diseñada al base a el modelo de Operating Room Skills Competency Checklist . Registered Nurse (RN).

**Fase de Verificación** Se obtuvo la colaboración de grupo de enfermas de investigación en el proceso validación de la lista de chequeo. Luego

de ser revisada y aprobada por 3 expertos, los cuales hicieron sus observaciones dando como resultados una segunda y mejorada versión.

**Fase de acción** Para la evaluación de la lista de chequeo fue remitida a las enfermeras de centro quirúrgico para aplicar un piloto durante un mes, resultando favorable.

**Aporte con objetivo de mejora procesos y problemas identificados:**

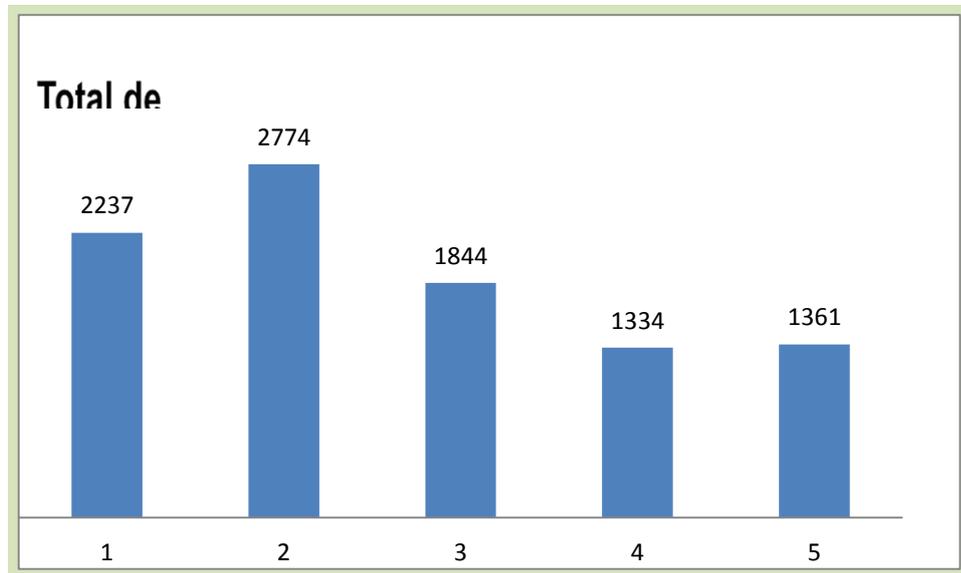
- Elaboración y aplicación de una lista de chequeo para el equipamiento del quirófano previo a la cirugía. (anexo 1).
- Proceso de atención integral en la recepción del paciente quirúrgico. (anexo2)
- Proceso en la atención integral de enfermería al paciente en SOP.

## IV RESULTADOS

TABLA 4.1

<b>CIRUGÍAS REALIZADAS CLÍNICA PROVIDENCIA 2013 - DICIEMBRE 2017.</b>					
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Enero</b>	<b>97</b>	<b>218</b>	<b>121</b>	<b>98</b>	<b>106</b>
<b>Febrero</b>	<b>99</b>	<b>219</b>	<b>111</b>	<b>99</b>	<b>108</b>
<b>Marzo</b>	<b>105</b>	<b>220</b>	<b>213</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Abril</b>	<b>101</b>	<b>219</b>	<b>216</b>	<b>99</b>	<b>97</b>
<b>Mayo</b>	<b>117</b>	<b>242</b>	<b>222</b>	<b>122</b>	<b>100</b>
<b>Junio</b>	<b>111</b>	<b>219</b>	<b>218</b>	<b>99</b>	<b>122</b>
<b>Julio</b>	<b>100</b>	<b>240</b>	<b>117</b>	<b>120</b>	<b>120</b>
<b>Agosto</b>	<b>122</b>	<b>247</b>	<b>109</b>	<b>127</b>	<b>110</b>
<b>Septiembre</b>	<b>100</b>	<b>233</b>	<b>115</b>	<b>113</b>	<b>109</b>
<b>Octubre</b>	<b>88</b>	<b>231</b>	<b>122</b>	<b>111</b>	<b>120</b>
<b>Noviembre</b>	<b>118</b>	<b>240</b>	<b>136</b>	<b>120</b>	<b>125</b>
<b>Diciembre</b>	<b>79</b>	<b>246</b>	<b>144</b>	<b>126</b>	<b>144</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1237</b>	<b>2774</b>	<b>1844</b>	<b>1334</b>	<b>1361</b>

**GRÁFICO 4.1**



**Fuente:** Estadística, centro quirúrgico, clínica Providencia

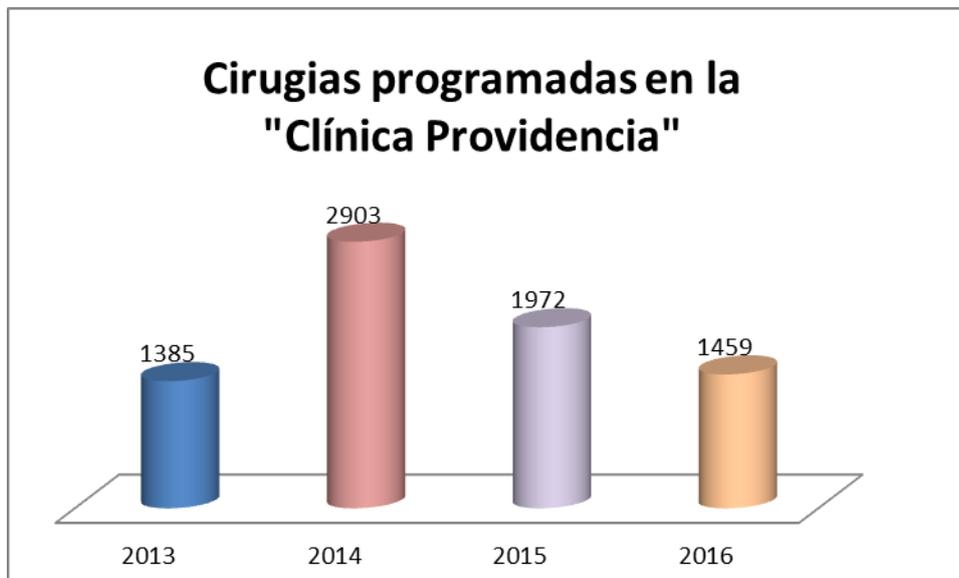
**Interpretación:** En el grafico 1 se observa mayor cantidad en cirugía en el año 2014 y 2015 debido al convenio de la clínica con Es Salud durante estos dos años, 2013, 2016 y 2017 se muestra la demanda habitual.

**TABLA 4.2**

**CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN LA “CLÍNICA PROVIDENCIA” 2013  
AL 2016**

	2013	2014	2015	2016
Cirugías Programadas	1372	2908	1972	1459

**GRÁFICO 4.2**



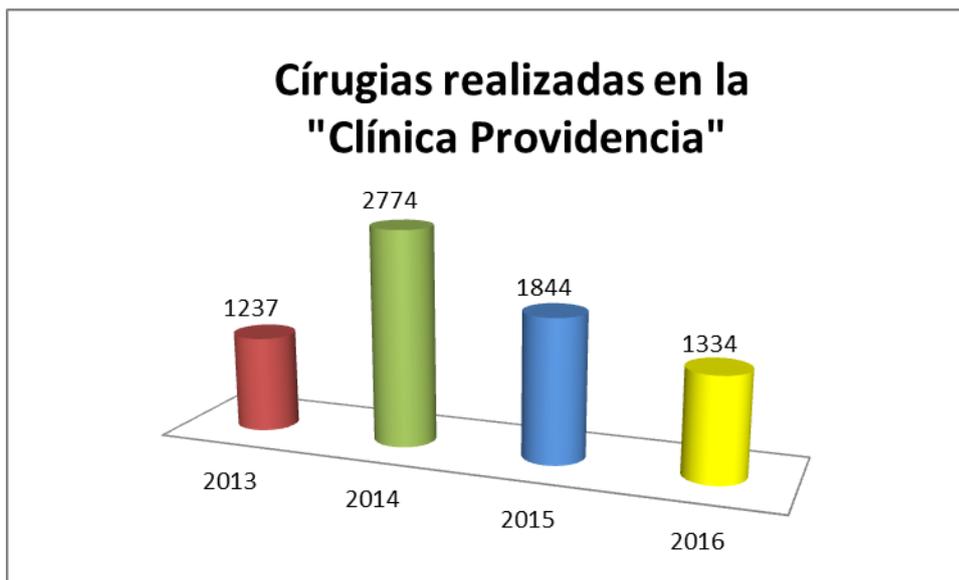
**Fuente:** Estadística, centro quirúrgico, clínica Providencia.

**Interpretación:** En la contrastación de cirugías comparativas por cada año estudiado observamos que en la “Clínica Providencia” el año 2013 fue el que menos cirugías se programaron siendo un total de 1385 cirugías, y el año que más cirugías se programaron fue el 2014 con un total de 2903.

**TABLA 4.3**  
**CIRUGÍAS REALIZADAS EN LA “CLÍNICA PROVIDENCIA” 2013 AL**  
**2016**

	2013	2014	2015	2016
Cirugías Realizadas	1237	2774	1844	1334

**GRÁFICO 4.3**



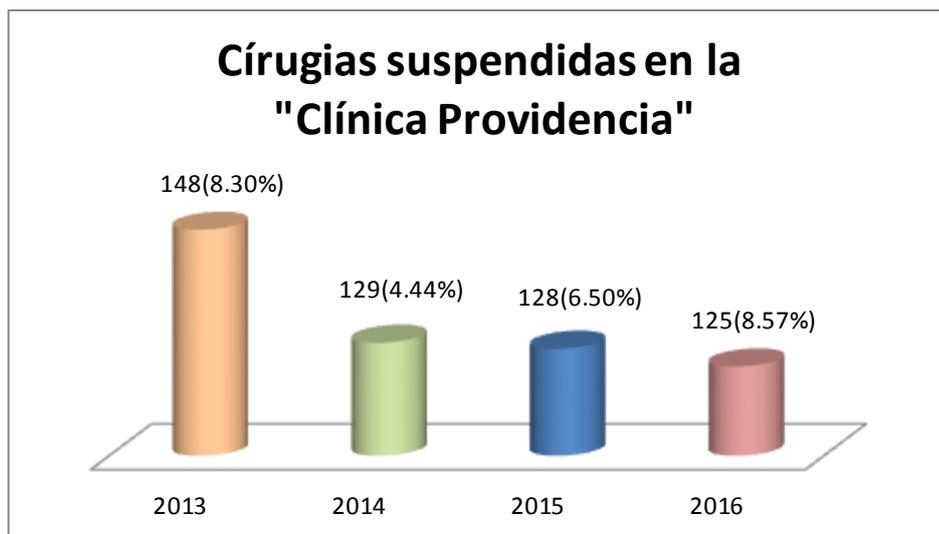
**Fuente:** Estadística, centro quirúrgico, clínica Providencia - 2014.

**Interpretación:** En relación a las cirugías realizadas en la “Clínica Providencia” en los 4 años anteriores observamos que en el 2013 se realizaron la menor cantidad de cirugías (1237) y el año 2014 fue el año que más cirugías se realizaron (2774) en total.

**TABLA 4.4**  
**CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN LA “CLÍNICA PROVIDENCIA” 2013**  
**AL 2016**

	2013	2014	2015	2016
C. Programadas	1372	2908	1972	1459
C. Suspendidas	148	129	128	125

**GRÁFICO 4 .4**



**Fuente:** Estadística, centro quirúrgico, clínica Providencia.

**Interpretación:** El gráfico número 4 nos muestra el total de cirugías suspendidas observando que el año 2013 fue el que se suspendieron la mayor cantidad de cirugías que coincidió con la captación de personal profesional quirúrgico nuevo.

## V. CONCLUSIONES

- a) La clínica Providencia entre sus actividades tiene una alta incidencia de cirugías lo que amerita el incremento de enfermeras especialistas en centro quirúrgico para la atención integral del paciente.
- b) El centro quirúrgico de la clínica providencia cuenta con pocos instrumentos de gestión y estadística que puedan evidenciar las actividades de enfermería.
- c) Es notable el beneficio de herramientas de gestión como la lista de chequeo para preparación del quirófano como se observa en el grafico número 4 las cirugías suspendidas disminuyen considerablemente.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) A las autoridades competentes gestionar la contratación de enfermeras especialistas en centro quirúrgico, así mejorar la atención al usuario,
- b) Elaborar protocolos de atención al paciente pre, trans y post operado, como también protocolos de instrumentación quirúrgica.
- c) Gestionar capacitaciones continuas que mejoren nuestro proceso de atención de enfermería y brindar un atención de calidad.

## VII. REFERENCIALES

---

<sup>1</sup> Aguirre Córdova, J. Porqué se suspende una cirugía? Causas, implicaciones y antecedentes. México. 2013.

<sup>2</sup> Ataurima Mañueco, R. Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno. Perú. 2016

<sup>3</sup> Campos Rubio, Lucy, "Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital base Víctor Lazarte Echegaray Trujillo". Perú. 2014.

<sup>4</sup> Barboza, M.H; Miranda Goulart, D.M, Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente del municipio de Uberada. Brasil. 2012.

<sup>5</sup> Gaviria García G, Lastre Amell, G. M. Suárez Villa. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. Colombia. 2014.

<sup>6</sup> Díaz Gonzales Daniella. Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé. Perú. 2016.

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud. Enfermería. Washington, D.C, United States of America. 2016.

<sup>8</sup> Jean Watson M. Teorías Filosóficas de Enfermería. EEUU. 2013  
[http://teoriasenfilosofia.blogspot.com/2013/05/filosofia-y-teoria-del-cuidado\\_29.html](http://teoriasenfilosofia.blogspot.com/2013/05/filosofia-y-teoria-del-cuidado_29.html)

<sup>9</sup> Rodríguez Rodríguez, P. La atención integral y centrada a la persona. Pag.25. España .2013.

- 
- <sup>10</sup> Rodríguez Rodríguez, P. La atención integral y centrada a la persona. España. 2013.
- <sup>11</sup> Jiménez López I. Proceso asistencial integrado atención al paciente quirúrgico. España. 2014.
- <sup>12</sup> Del Carmen Amado Zaida. Atención de enfermería en los centros Quirúrgicos  
[http://www.eue.unt.edu.ar/images/stories/2015/pdf/enfermeria/quirurgica/Enfermeria\\_Quirurgica\\_Modulo\\_04.pdf](http://www.eue.unt.edu.ar/images/stories/2015/pdf/enfermeria/quirurgica/Enfermeria_Quirurgica_Modulo_04.pdf). 2010.
- <sup>13</sup> Ministerio de Salud. Guías Técnicas para proyectos de arquitectura y equipamiento de las unidades de centro quirúrgico y cirugía ambulatoria Lima: Dirección Ejecutiva de Normas Técnicas para la Infraestructura en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas. Perú. 2001
- <sup>14</sup> Campos Idoia, Civera Laura, Córdoba Sandra. Procesos quirúrgicos intra operatorios  
[file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/XY6YRC67/1.1\\_GRUPO2\\_POWER\\_INTRAOPERATORIO.pdf](file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Microsoft/Windows/Temporary%20Internet%20Files/Content.IE5/XY6YRC67/1.1_GRUPO2_POWER_INTRAOPERATORIO.pdf) . 2017.
- <sup>15</sup> Guerra Galán, D. Acto quirúrgico. Principios de instrumentación quirúrgica. Asamblea Nacional de rectores. Pag.47. Perú. 2007.
- <sup>16</sup> Nuñez Huerta, E. Principios de instrumentación quirúrgica. Pag.23. Perú. 2007.
- <sup>17</sup> Rodríguez Herrera, C. Manual de procedimientos para quirófano. Jalisco, México. 2011.
- <sup>18</sup> Abarca Marcela A. *MEDWAVE revista biomédica*.  
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/InstrumentistasACS2003/septiembre2004/2675>. 2004.

- 
- <sup>19</sup> Chávez Diego. Enfermería quirúrgica.  
<http://enfermeriaquirurgicadcl.blogspot.pe/2012/03/periodotransoperatorio.html>. 2012.
- <sup>20</sup> Oliva Mella, Patricio Fabián. Construcción de lista de Chequeo en *Salud*. Chile. 2009.
- <sup>21</sup> Michael Patkin, Adelaida del Norte, Australia. A user's checklist for Operating Room suites.  
[https://mpatkin.org/op\\_room\\_planning/or\\_checklist.htm#ope](https://mpatkin.org/op_room_planning/or_checklist.htm#ope). Revised Agosto 2017.
- <sup>22</sup> Watson Jean, Teoría de Enfermería. EEUU 1997, p. 49
- <sup>23</sup> Patricia Benner. Copyright 2011 @ Actua publicado 16 de septiembre de 2011, revisado agosto 2017.  
[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/patricia\\_benner\\_from\\_novice\\_to\\_expert.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/patricia_benner_from_novice_to_expert.html).
- <sup>24</sup> Núñez Huerta, E. Principios de instrumentación quirúrgica. Lima, Perú. 2007.
- <sup>25</sup> Jiménez Villegas María. La importancia de la enfermería moderna en la atención integral del paciente quirúrgico. México , 2000
- <sup>26</sup> Núñez Huerta, E. Principios de instrumentación quirúrgica. Lima, Perú. 2007.
- <sup>27</sup> Ibarra Palomino, A. Enfermería quirúrgica.  
<http://hannyibarra.blogspot.pe/2012/03/periodo-transoperatorio.html>. 2012.
- <sup>28</sup> Ibarra Palomino, Alejandra. Enfermería quirúrgica.  
<http://hannyibarra.blogspot.pe/2012/03/periodo-transoperatorio.html>. 2012.
- <sup>29</sup> Oliva Mella, P. F. Lista de chequeo. En Construcción de lista de Chequeo en *Salud*. Chile.2009.

---

# **ANEXOS**

## HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA LA ATENCIÓN EN SOP

<b>LISTA DE CHEQUEO DE EQUIPAMIENTO Y OPERATIVIDAD DE SALA QUIRURGICA PREVIO A CIRUGÍA</b>			
Enfermera que equipa: SALA:	Fecha: - -		
ITEMS	si	no	observaciones
<b>QUIRÓFANO</b>			
Se realizó la desinfección del equipo de trabajo (mesa de mayo, mesa media luna, etc.).			
Temperatura del quirófano 21°C (-1°C y +3°C) y con una humedad relativa ambiental de 50% (±10%).			
Sistema de iluminación adecuado.			
Ventilación y extractor de aire operativos.			
Sistema de empotrado oxígeno y aspiración operativos.			
Porta sueros y peldaños.			
<b>ROPA</b>			
Ropa quirúrgica de acuerdo a la cirugía programada			
Indicador externo virado.			
<b>INSTRUMENTAL</b>			
Cuenta con el instrumental adecuado y estéril para la cirugía, incluye caja de instrumental y adicionales.			
<b>INSUMOS:</b>			
Tubuladura de succión, lápiz de cauterio, guantes, gasas, algodón.			
Soluciones antisépticas: clorexidina, isodine, alcohol, agua oxigenada.			
Medicamentos, insumos anestésicos disponibles.			
Hojas de bisturí, suturas y drenes necesarios para la cirugía.			
<b>EQUIPOS BIOMEDICOS</b>			
Máquina de anestesia operativo , balón de oxígeno portátil cargado			
Ambu de adulto operativo.			
Equipo de intubación e intubación difícil.			
Set de intubación (tubo endotraqueal, palas, hojas de laringoscopio, tubos de mayo diferentes tamaños, etc).			
Calentador de fluidos y bombas de administración de medicamentos operativos.			
Mesa operatoria operativo.			
Electro cauterio operativo.			

Sistema de aspiración operativo.			
Torre laparoscopica operativo.			
Torre de artroscopía operativo.			
Arco en C operativo.			
Microscopio operativo.			
Negatoscopio operativo			
<b>Servocuna operativa</b>			
Oxígeno, aspiración de servocuna.			
Equipado con set para atención del RN.			
Set de reanimación de RN. Ambu pediátrico operativo.			
<b>Accesorios:</b> piñeras, torniquetes, sujetadores.			
Extensiones de corriente eléctrica.			

Firma y sello de la Lic.:.....

---

## PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

### **Población Objetivo:**

Paciente quirúrgico.

### **Objetivo:**

- Brindar seguridad, identificar problemas reales y potenciales
- Brindar atención integral al paciente quirúrgico.

Componentes:, Enfermera especialista en centro quirúrgico

### **Intervenciones:**

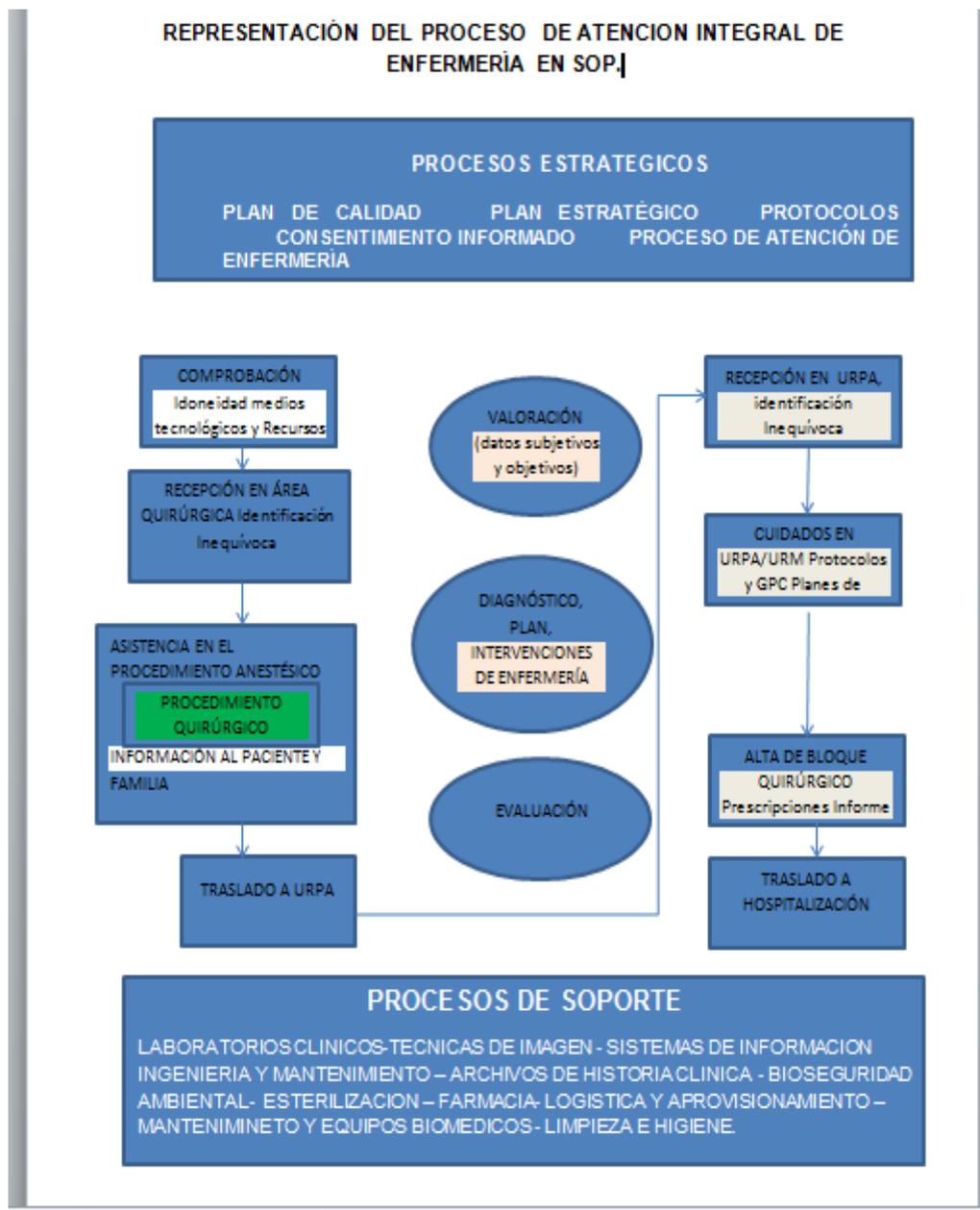
- Se verificará la identidad inequívoca del paciente (pulsera).
- Se comprobará la existencia de acompañantes, medios de transporte y teléfono de contacto.
- Se valorará estado general del paciente, catéteres, drenajes, tracciones, etc. y se preguntará por alergias conocidas (al látex, en particular).
- Se verificará: Normas de ayuno, la retirada de esmaltes y maquillaje, la ausencia de prótesis dental o audífonos, lentillas y otros objetos personales, en su caso, el corte del vello y medidas higiénicas habituales
- Se realizará venoclisis o comprobación de la permeabilidad de esta
- Se comprobará en la Historia de Salud del paciente:
  - El procedimiento quirúrgico a realizar.
  - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas cruzadas.
  - Pruebas complementarias
  - Aplicación de órdenes pre anestésicas indicadas.
  - Profilaxis tromboembólica indicada

- 
- Profilaxis de náuseas y vómitos en caso de riesgo.
  - Existencia de Formulario de Consentimiento Informado del procedimiento quirúrgico a realizar
  - Se verificará con el/la paciente la correcta aplicación del check- list de verificación quirúrgica dejando constancia en la Historia de salud.

En esta fase los cuidados irán orientados a:

- NOC 1402. Autocontrol de la Ansiedad
- NOC 1404. Autocontrol del Miedo
- NOC 1814. Conocimiento: Procedimiento Terapéutico
- NOC 1902. Control del riesgo
- NOC 2102. Nivel de dolor
- NIC 2930. Preparación quirúrgica
- NIC 2920. Precauciones quirúrgica.

## HERRAMIENTA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERIA



---

**REALIZANDO LISTA DE CHEQUEO**



FUENTE: Elaboración Propia

**REVISANDO OPERATIVIDAD DE EQUIPOS BIOMÉDICOS**



FUENTE: Elaboración Propia

---

## INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA



FUENTE: Elaboración Propia

---

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL TÉRMINO DE LA CIRUGÍA



FUENTE: Elaboración Propia

---

## CAPACITACIONES EN CENTRO QUIRUGICO CLINICA PROVIDENCIA



FUENTE: Elaboración Propia