

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



**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA - UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE
BARRANCA - LIMA 2013– 2015**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

SUSANA ALFONSA ARMIJO GARCIA

**Callao, 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN PRESIDENTE
- MG. JUAN MANUEL ÑIQUEN QUESQUÉN SECRETARIO
- MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE VOCAL

ASESORA: MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 212

Fecha de Aprobación de tesis: 17 de Octubre del 2016

Resolución Decanato N° 762-2016-D/FCS de Jurado de Sustentación para el Título de Segunda Especialidad Profesional de fecha 14 de octubre del 2016

ÍNDICE

	Pág.
• RESUMEN	02
• INTRODUCCIÓN	03
• MARCO REFERENCIAL	05
• INSTITUCIÓN	05
• MISIÓN	12
• VISIÓN	12
• FUNCIONES	12
• DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES	18
• TIPO DE SERVICIO	18
• METODOLOGÍA.....	20
• HERRAMIENTAS.....	20
• PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL.....	26
• RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIALES	50
ANEXOS.....	51

A. RESUMEN

El presente informe denominado EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA-UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE BARRANCA efectuado en el año de 2013 – 2015 tiene como **objetivo** describir, detallar mi experiencia profesional como licenciada en enfermería en esta área, teniendo en cuenta sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas con acciones específicas y resolutivas en las diferentes áreas que nos desempeñamos como es en el área asistencial, docencia, investigación y administración proporcionando cuidados de calidad a personas en riesgo de su salud y en algunos casos en situaciones críticas que necesitan algún reparo quirúrgico.

El informe está estructurado de la siguiente manera, se detalla los aspectos más importantes del hospital Barranca como la misión, visión y funciones accesibilidad, infraestructura.

Se describe servicio de cirugía del hospital Barranca:

Su organización, infraestructura, oferta de servicio, capacidad y estadística de atenciones, su misión, visión, funciones y actividades del profesional de enfermería.

La metodología que se utilizó es el método descriptivo, herramientas como la observación de entrevista y la búsqueda de documentos.

Se recomienda que los ejecutores se preocupen por su institución en mejorar su infraestructura, incrementando personal asistencial de salud con estabilidad laboral y sueldos dignos, que cuenten con los insumos, materiales, equipos necesarios y a la vanguardia, evitar el hacinamiento para prevenir las infecciones intrahospitalarias.

B. INTRODUCCIÓN

La cirugía es la rama de la medicina que manipula las estructuras del cuerpo con fines de diagnósticos preventivos o curativos, para reparar los defectos de la naturaleza.

En las últimas décadas del siglo XX la cirugía se convirtió en una rama de la medicina, es una profesión para curar por medio de la invasión del cuerpo radicalmente más efectiva y su violencia se ha reducido.

El desarrollo tecnológico ha permitido avances trascendentales en el campo de la cirugía desde las últimas décadas del siglo xx.

La cirugía laparoscópica ha permitido disminuir los tiempos recuperativos y las complicaciones post- quirúrgicas en muchas intervenciones. (1)

La OMS ayuda a los equipos quirúrgicos a reducir el número de funciones de origen quirúrgico en todo el planeta, el departamento de seguridad del paciente ayuda a proteger ,disminuir riesgos y evitar complicaciones, crear seguridad en el paciente y su objetivo es reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo.(2)

En la actualidad el crecimiento poblacional y el avance de la ciencia, los cambios en el contexto que se desempeña la enfermera, en una sociedad cambiante exige al profesional estar mejor capacitado, ser competente y que demuestre en su quehacer habilidades, destrezas cognitivas, actitudinales y resolutivas.

La creciente demanda es insuficiente el número de camas hospitalarias y los casos han aumentado en complejidad por la tanto se hace necesario ajustes en la organización de los servicios que favorezcan el

fortalecimiento del trabajo y una mayor efectividad en la capacidad resolutive.

El presente informe detalla la experiencia laboral mediante conocimientos, experiencias en la atención hospitalaria, docencia, administrativa y participación frente a situaciones de eventos adversos de demanda masiva donde se mejoran las habilidades, destrezas y capacidad resolutive que se adquieren durante los años de permanencia continua en un servicio.

El objetivo es describir y detallar las experiencias durante los años consecutivos teniendo como conclusión importante que mi crecimiento profesional en el área de cirugía, nos hace reflexionar que nuestra participación es la solución de situaciones diarias y mejoras futuras en el servicio como enfermeros profesionales no solo es investigar los causales y proponer soluciones, es ser partícipe de los cambios y las soluciones.

C. MARCO REFERENCIAL

• INSTITUCIÓN

EL HOSPITAL DE BARRANCA es un órgano desconcentrado de la dirección de la Red de Salud de Barranca del Gobierno Regional de Lima.

Cuenta con R.D. N° 179-DGDESP-DISA-III-LN-2005 del Hospital de Barranca como hospital de mediana complejidad (Nivel II- 2).

Como tal es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral, ambulatoria y hospitalaria, especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación del problema de salud.

✓ Reseña Histórica

El Hospital de Barranca se inaugura el 1° de Octubre de 1939 siendo director de la Beneficencia Pública de Barranca el Dr. Pedro Bustamante Reyes, un dentista de Huacho. Para la inauguración fue programado como padrino el Presidente de la República Mariscal Oscar R. Benavides y la madrina la Srta. Adelina Tello Gamarra hija del Sr. Manuel C. Tello; el presidente no pudo venir y fue reemplazado por el Ingeniero Valentín Quezada de Paramonga. El Director de la Beneficencia Pública de Barranca Alberto de las Casas construyó las clínicas que funcionaban en lo que hoy es los Consultorios, estos 7 cuartos eran clínicas con baño y dos camas que funcionan hasta el año 1970. El Sr. Agustín Dávila Director de la Beneficencia Pública de Barranca de 1953 a 1955 construyó la capilla del Hospital para las Madres religiosas, quienes vinieron y se hicieron cargo de la administración del Hospital. La construcción del Hospital era de adobe y su techo de madera, comenzó funcionando con 60 camas, posteriormente se amplió a 100 camas, contaba con consultorios externos de medicina, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía, traumatología, salas de hospitalización para medicina,

cirugía de hombres y mujeres, salas de obstetricia y ginecología, pediatría, traumatología y aislamiento. Además los servicios de Sala de Operaciones, Esterilización, Laboratorio, Rayos X, Dental, Capilla y residencia para las Monjas, lavandería, cocina y comedor. Al Instituto de Seguridad Social se le alquilaba desde el año 1939 desde su inauguración, tenían salas y consultorios. En el mismo hospital funcionaba en una sala la Beneficencia Pública de Barranca, donde hacían sus reuniones. Por Decreto Ley N° 0016769 el 24 de Octubre de 1969 expedido por el Gobierno Revolucionario y haciéndose eco de un clamor público se separó de la Beneficencia Pública de Barranca el Hospital y paso a depender del Ministerio de Salud Pública, desde el 1 de enero de 1970, reduciendo el número de camas a 50 y dependiendo administrativamente de Huacho. En el año 1986 se independiza de Huacho y se transforma en Unidad Territorial de Salud Barranca con presupuesto propio dependiendo de la Unidad Departamental de Lima Norte, siendo su sede el Hospital de Apoyo de Barranca. A partir del 1° de Marzo del 2008 se descentraliza y se transfiere al Gobierno Regional de Lima funcional y económicamente creándose la Dirección de Red de Salud Barranca.

En el Año 1997 fue denominado como Unidad Ejecutora N° 037 Hospital Barranca. En la actualidad continua como U.E. 037, como órgano desconcentrado dentro de la Estructura Orgánica de la Dirección de Red de Salud Lima Norte I, integrados por cinco Microrredes y un Hospital de Mediana complejidad y uno de Baja complejidad.

Con el paso de los años creció la población dentro del ámbito urbano, urbano marginal y rural, por ende sus necesidades aumentaron y el Hospital se vio en la obligación de crecer y ampliar sus especialidades, convirtiéndose funcionalmente de referencia, centro de una red de salud y de un hospitales de baja complejidad.

El Hospital de Barranca con el correr de los años, ha venido creciendo en infraestructura e implementándose con equipos modernos, mejorando y ampliando sus instalaciones, preparándolas para la atención por especialidades; actualmente el Hospital es considerado como Referencia para las provincias de Cajatambo y Barranca y las provincias del sur del departamento de Ancash; brindando atención médica especializada de recuperación y rehabilitación. Manteniendo la administración de la Red de Salud Lima Norte I y las Micro redes de las provincias de Barranca.

✓ **Limites**

Ubicación geográfica La RED Barranca está situada en la parte norte de la DIRESA LIMA, son sus provincias limítrofes con otros departamentos. Comprende 2 Provincias del Departamento de Lima; la Provincia de Barranca (Costa), La provincia de Cajatambo (Sierra), con 5 distritos en cada una de ellas.

Tiene asignada una población de 150,475 habitantes que representa El 19 % de la población asignada a la DIRESA LIMA. Se caracteriza por presentar condiciones de vida diferentes desde distritos ubicados a orillas de la playa, hasta localidades que se encuentran a 3,500 m.s.n.m.

EL Hospital de Barranca tiene como domicilio legal el Jr. Nicolás de Piérola 224 del distrito de Barranca, provincia de Barranca y departamento de Lima.

✓ **Croquis**

EL HOSPITAL BARRANCA se encuentra en una zona de fácil acceso:

Norte: Av. Zavala
Sur : San Martín
Este : Calle Independencia
Oeste: Nicolás de Piérola

Figura N° 01 Croquis del Hospital de Barranca



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Cuadro N° 01

Ubicación del Hospital de Barranca

VARIABLES	BARRANCA	CAJATAMBO
Ubicación	A 200 km de la ciudad de Lima	A 350 km de la ciudad de Lima
Creación	05 de octubre de 1984	12 de febrero de 1821
Población	145,663	9,760
Zona Urbana	73%	40%
Zona Rural	27%	60%
Densidad Poblacional	89.46 hab./Km ²	5.23 hab./km ²
Altitud	6 m.s.n.m. a 400 m.s.n.m.	850 m.s.n.m. a 5644 m.s.n.m
Clima	Sub Tropical	Templado, Cálido, Frígido
Temperatura Ambiental	15°C a 22°C	2°C a 20°C

✓ **Servicios que brinda el hospital**

CUADRO N° 02

SERVICIOS DEL HOSPITAL BARRANCA – CAJATAMBO

SERVICIOS	ESPECIALIDAD
MEDICINA	ENDOCRINOLOGÍA CARDIOLOGÍA GASTROENTEROLOGÍA NEUROLOGÍA NEUMOLOGÍA GERIATRÍA HEMATOLOGÍA INFECTOLOGÍA MEDICINA INTERNA
CIRUGÍA	CIRUGÍA GENERAL LAPAROSCÓPICA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA UROLOGÍA OFTALMOLOGÍA PEDIATRÍA
PEDIATRÍA	NEONATOLOGÍA PEDIATRÍA USINEONATAL
GINECO – OBSTETRICIA	GINECOLOGÍA OBSTETRICIA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR
PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA	BANCO DE SANGRE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

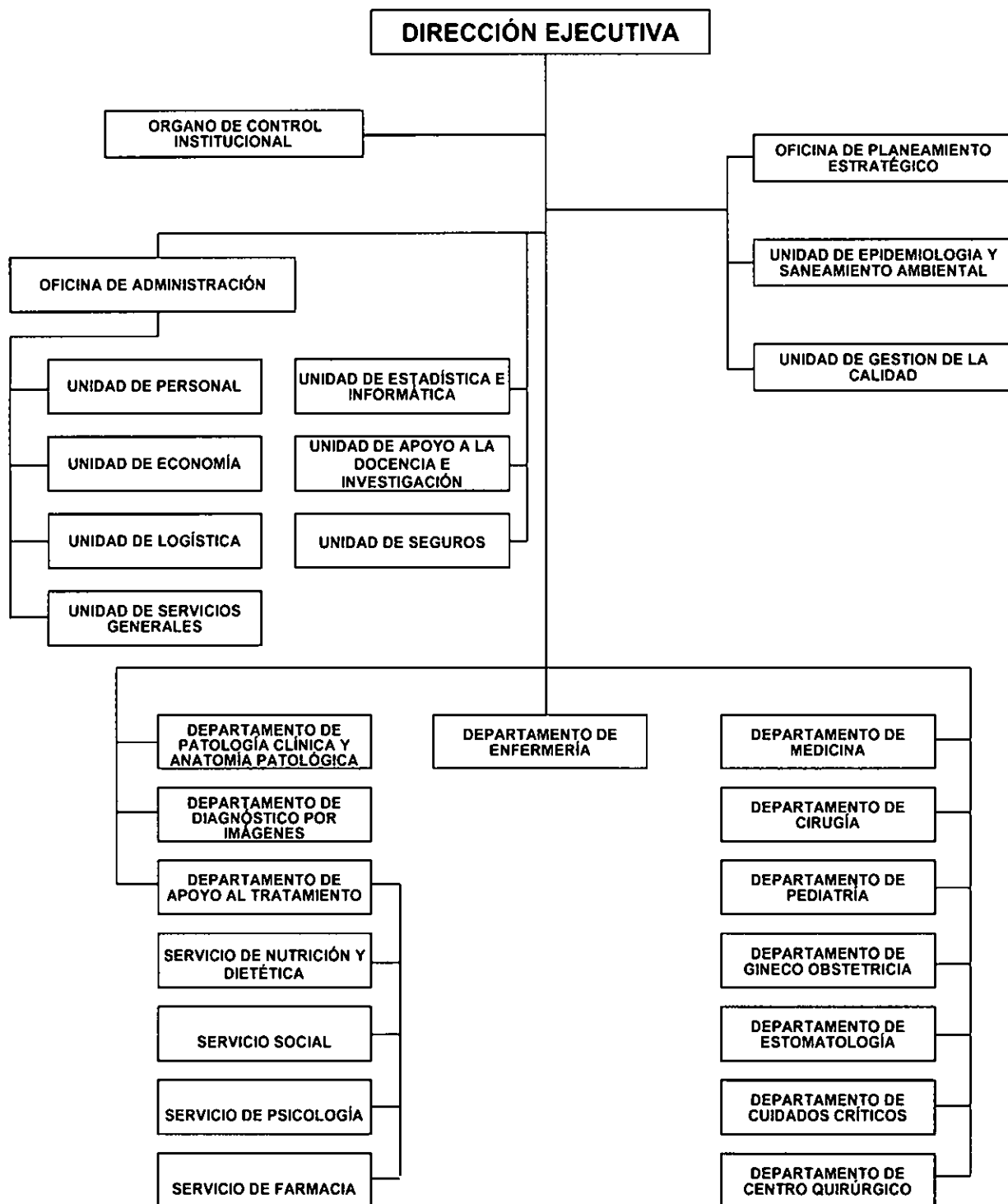
DX POR IMÁGENES	RADIOLOGÍA CONVENCIONAL ECOGRAFÍAS
ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO	CENTRO QUIRÚRGICO RECUPERACIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	NUTRICIÓN NUTRICIÓN AMBULATORIA VIGILANCIA NUTRICIONAL
ODONTOESTOMATOLOGÍA	ODONTOLOGÍA GENERAL
EMERGENCIA	TÓPICO DE MEDICINA TÓPICO DE CIRUGÍA TÓPICO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA TÓPICO DE PEDIATRÍA SHOCK TRAUMA SALA DE OBSERVACIÓN
CUIDADOS INTENSIVOS	UCI GENERAL UCI NEONATAL
FARMACIA	DISPENSACIÓN FARMACOTECNIA
ESTRATEGIAS SANITARIAS	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE INMUNIZACIONES PREVENCIÓN Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS ZONOSIS SALUD BUCAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES METAXENICAS PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH – SIDA

FUENTE: POI DEL HOSPITAL DE BARRANCA

• ORGANIGRAMA ESTRUCTURA DE HOSPITAL DE BARRANCA

GRAFICO N° 01

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL- HOSPITAL BARRANCA



FUENTE: POI DEL HOSPITAL DE BARRANCA

- **MISIÓN INSTITUCIONAL**

Conducir, promover y brindar servicios de salud a la población del Hospital Barranca de la Región Lima a través de la atención integral, con equidad, calidad, solidaridad y transparencia, priorizando a los grupos vulnerables y excluidos, en concertación con los sectores públicos, privados y otros actores sociales.

- **VISIÓN INSTITUCIONAL**

Hospital y Red de Salud acreditado, responsables de integrar el sistema de salud en las provincias de Barranca, impulsando el acceso a la salud, con equidad y calidad mediante el aseguramiento universal, promoviendo estilos de vida y entornos saludables con participación ciudadana.

- **FUNCIONES GENERALES DEL HOSPITAL DE BARRANCA**

Las funciones que persigue el Hospital de Barranca, responden a los Objetivos Funcionales Generales, los cuales están consignados en el ROF vigente, como son:

- a) Obtener la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
- b) Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- c) Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en actividades de promoción y prevención de riesgos y daños a la mujer y al niño en las Provincias de Barranca y Cajatambo.
- d) Administrar los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.

- e) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.
- f) Promover el desarrollo del potencial humano en salud del Hospital de Barranca.

FODA DEL HOSPITAL DE BARRANCA

ANÁLISIS FODA

El análisis FODA del Hospital de Barranca, nos permitirá aprovechar nuestras fortalezas y oportunidades para mejorar la calidad de atención, incrementar las investigaciones, el número de capacitaciones y actualización del personal profesional y no profesional en nuevas tecnologías administrativas y asistenciales.

ANÁLISIS INTERNO

FORTALEZAS

1. Optimización de Recursos Financieros.
2. Personal especializado para el servicio que ofertamos.
3. Identificación gradual del personal con la institución.
4. Evaluación periódica de los avances de los objetivos y metas trazadas.
5. Atención de la población en riesgo en el seguro integral de salud-SIS de acuerdo a las políticas del Sector.
6. Apoyo social a pacientes pobres y en extrema pobreza.
7. Convenios con Universidades y otras instituciones de salud pública y privada.

8. Documentos de Gestión gradualmente aprobados y difundidos en el hospital.

DEBILIDADES

1. La infraestructura del Hospital, por la demanda creciente que recibe, ha quedado reducida, existe hacinamiento en Consultorios Externos, Hospitalización, Emergencias, áreas de apoyo al Diagnóstico y áreas Administrativas.
2. Equipos obsoletos y ausencia de un plan preventivo y recuperativo de equipos y maquinarias del hospital.
3. Sistema de información deficiente.
4. Ausencia de instrumentos de mejora de la calidad en los servicios que brinda el Hospital.
5. Nivel de capacitación del recurso humano no acorde con la complejidad de un Hospital II-2.
6. Poca promoción de los servicios que ofrece el Hospital.
7. Inadecuado sistema de incentivos económicos y no económicos en relación al desempeño laboral.
8. Falta de recursos humanos
9. Inadecuado clima laboral
10. Procesos administrativos y tecnológicos ineficientes.
11. No cuenta con un ascensor.
12. Inestabilidad laboral.

OPORTUNIDADES

1. Campañas de promoción y prevención de la salud en clínica móvil a nuestros clientes internos y externos del ámbito de nuestra jurisdicción.
2. Afirmación en la política de aseguramiento universal con tendencia a financiar un mayor número de coberturas.

3. Mejora de la oferta de los servicios y especialidades médicas y de diagnóstico que brinda el Hospital, con la finalidad de mejorar los ingresos financieros, en beneficio de la población más necesitada.
4. Mejoramiento de las vías de acceso al Hospital.
5. Políticas y estrategias.
6. Apoyo de entidades locales, regionales y nacionales afines de los objetivos de nuestra institución.
7. Establecer alianzas estratégicas multisectoriales, convenios institucionales.
8. Presupuesto participativo

AMENAZAS

1. Presupuesto insuficiente a nivel de las diversas fuentes de financiamiento que imposibilita cubrir adecuadamente los gastos ineludibles, así como el desarrollo en otros aspectos importantes.
2. Políticas de austeridad económica.
3. Incremento de establecimiento privado de exámenes de diagnóstico en el entorno del hospital, así como establecimiento de venta de medicinas.
4. Complejidad y restricción en los procesos de inversión en Salud.
5. Existe un porcentaje de fichas que no son reconocidas por los Seguros.
6. Comportamiento y estilos de vida que ponen en riesgo la salud de la población.
7. Predisposición a sismo.
8. No existe la continuación de la política.
9. El sicariato en la zona de Barranca.

- **Recursos Humanos**

En los últimos años el recurso humano calificado contratado se ha venido incrementando paulatinamente en las diversas áreas para cubrir necesidades que surgen respecto a la demanda de atención de la población, que no sólo es de nuestra jurisdicción sino también de las Provincia que tienen accesibilidad a nuestra jurisdicción, gracias a ello actualmente contamos con una mejor oferta de especialidades en consulta externa así como en áreas críticas.

Desde el 2012 hasta la fecha los indicadores de recurso humano en salud a nivel de la Red se han duplicado específicamente en el grupo de Médicos y Enfermeras por los nombramientos de personal contratado, mientras que en los otros profesionales de la Salud el incremento en estos últimos años ha sido mínimo.

En líneas generales en el transcurso de los años se viene mejorando la dotación de recurso humano calificado, también es importante mencionar que esta dotación es posible empleando recursos propios para el Contrato de Profesionales bajo la Modalidad de Contrato por Servicios.

No Personales principalmente, pues el recurso humano Nombrado es insuficiente para atender a la creciente demanda de salud de la población. Con respecto a la Modalidad de pago del recurso humano hay variación respecto al año anterior en vista que se ha dado el Nombramiento de los Profesionales de la Salud No Médicos Cirujanos contratados por el Ministerio de Salud.

Es importante, conocer la condición laboral que los profesionales tienen bajo las modalidades de: Nombrados y Contrato Administrativo de Servicios, que influye en el grado de satisfacción del usuario interno.

El grupo profesional de Médicos es el que tiene un mayor porcentaje de Personal Nombrado, seguidamente tenemos a las Enfermeras y Obstetrices.

Cabe mencionar que existe una alta rotación del personal asistencial de los diferentes grupos ocupacionales que por diversas circunstancias encuentran mejores ofertas de trabajo en otros centros Hospitalarios como EsSalud, provocando limitaciones en brindar una adecuada atención a nuestros cientos de usuarios.

D. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES LABORALES

1. TIPO DE SERVICIO

Servicio de Cirugía

El servicio de cirugía es de tipo asistencial y cuenta con un equipo multidisciplinario capacitado y comprometido en brindar una atención integral de salud, con calidad y calidez para lograr la pronta recuperación de nuestros usuarios, por ende su reinserción a la sociedad.

El Personal de enfermería que labora en este servicio tiene como función planificar, organizar y brindar cuidados de enfermería a los pacientes pre y post operatorio, fomentando una cultura de salud en la promoción y prevención de la enfermedad como formas importantes de la atención sanitaria, porque ayuda a los pacientes en el mantenimiento y la mejora de la salud.

El servicio cuenta con nueve cirujanos, cinco traumatólogos, un urólogo, ocho enfermeras y seis técnicos de enfermería.

El servicio de cirugía, como unidad hospitalaria busca establecer la consistencia y coherencia de las funciones específicas y brindar atención al usuario que acude con patologías quirúrgicas, en todas las etapas de la vida.

Infraestructura

Cuenta con 26 camas, divididas en:

- Sala de mujeres
- Sala de varones
- Sala de traumatología
- Star de enfermería

TRAUMATOLOGÍA	STAR ENFERMERÍA	SALA VARONES
		PASADIZO
		SALA MUJERES

Fuente: Creación Propia

Misión

Brindar atención profesional con calidad y calidez al usuario con patología quirúrgica asegurando que reciba el conjunto de servicios durante el proceso de atención en forma adecuada, basándose en conocimientos científicos, técnicos, con habilidades y destrezas tomando en cuenta el entorno del paciente para lograr el resultado deseado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción el paciente.

Visión

Lograr el reconocido por los pacientes, público y autoridades como uno de los mejores servicios del hospital de Barranca, por nuestra alta calidad profesional y humana con atención diaria del usuario.

Finalidad

Determinar en forma escrita y detallada la estructura orgánica, las funciones específicas, responsabilidad y requisitos mínimos de cada cargo.

Delimitar la línea de autoridad, responsabilidad, coordinación y relaciones.

Permitir a los trabajadores conocer su ubicación dentro de la estructura orgánica del servicio, conocer las funciones y responsabilidades del cargo asignado así como su dependencia, jerarquía y nivel de responsabilidad.

Orientar en el proceso de inducción del personal nuevo y del adiestramiento, y orientación al personal de cirugía.

Funciones del Servicio

- Promover y procurar activamente la articulación, el trabajo coordinado entre los diferentes servicios del hospital.
- Brindar atención de alta calidad a los pacientes quirúrgicos en los periodos pre y post operatorio.
- Impartir docencia a los alumnos de las diferentes instituciones formadoras de profesionales y técnicos de enfermería, según normas establecidas por el ministerio de salud.
- Capacitar al personal profesional y no profesional para mejorar continuamente la calidad de atención.

2. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de mis actividades se utiliza el PAE (PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA), que implica la aplicación del método científico al proceso de cuidado de enfermería a partir de la valoración de las necesidades de cuidado del paciente para el diagnóstico, determinar que resultados se ha de alcanzar y que intervenciones debemos llevar a cabo para conseguirlos, en este contexto la utilización de las taxonomías y la aplicación de los modelos y teorías de enfermería garantizan la excelencia de los cuidados que brindamos a las personas y familia.

3. HERRAMIENTAS

- Las herramientas que más utilizamos son:
- PAE
- Registro de Enfermería
- Kárdex
- Historia clínica

- Balance hídrico
- Hoja gráfica
- Exámenes complementarios

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Forma parte del trabajo que se desarrolla la enfermera en su labor asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello los profesionales debemos ser conscientes de su importancia y relevancia así con las repercusiones a nivel profesional y legal asumiendo responsabilidades que debemos tener en el trabajo.

KÁRDEX

Es un documento para organizar y registrar datos acerca del paciente (nombre, edad, dx, historia clínica), relacionado con el plan de cuidados continuado, actual del paciente y permite que sea consultada todas las veces que sea necesaria, por la practicidad que implica y la disponibilidad, se anota la administración de medicamentos, alergias, exámenes auxiliares y otras pruebas de dx.

HOJA GRAFICA

Tiene la finalidad de registrar datos del paciente, numero de cama, numero de historia clínica, signos vitales, diuresis, deposiciones, peso, talla, balance hídrico, días de hospitalización, días post – operados y las gráficas de transfusión sanguínea.

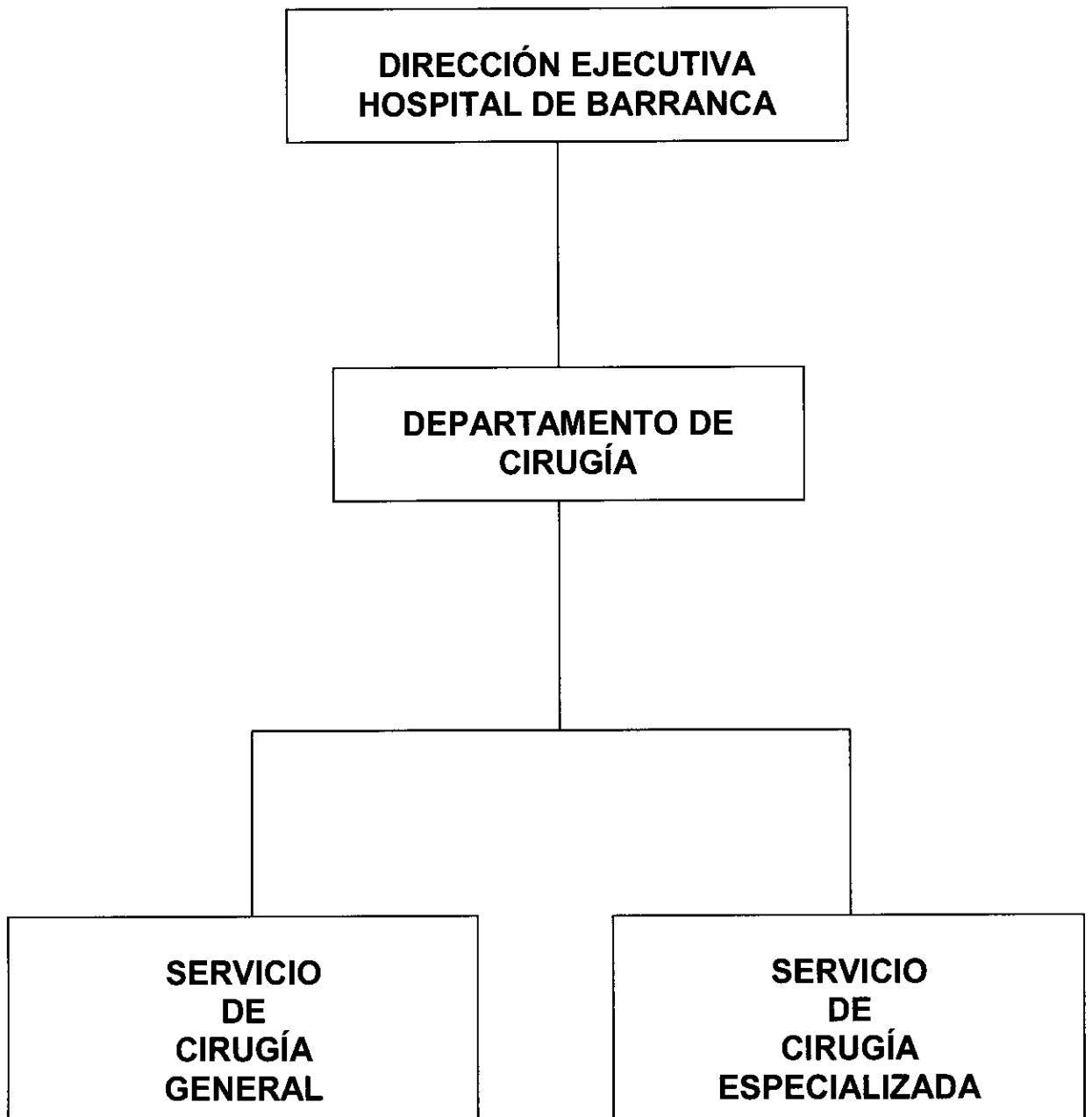
HOJA DE BALANCE HÍDRICO

Se define como un estado de equilibrio del sistema biológico en el cual la entrada de agua al organismo se iguala al total de salida para entender los principios básicos de B. H debemos entender que el agua dentro del cuerpo se mantiene en dos compartimientos mayores que se designan como intracelular y extracelular.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

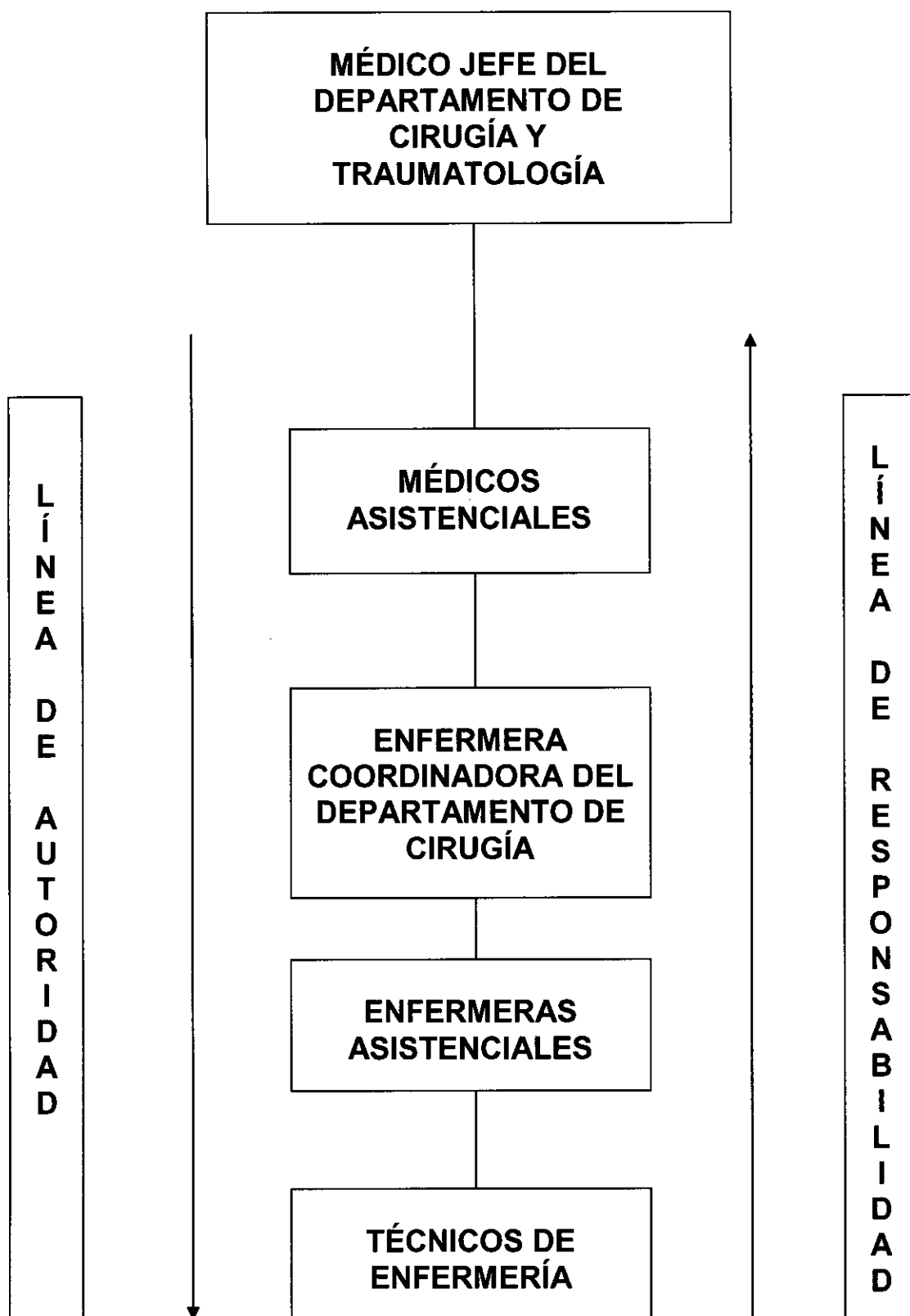
Registra los resultados de los últimos exámenes de laboratorio y compararlos con los valores normales correspondientes, anotar el tipo de examen realizado.

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL
DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**



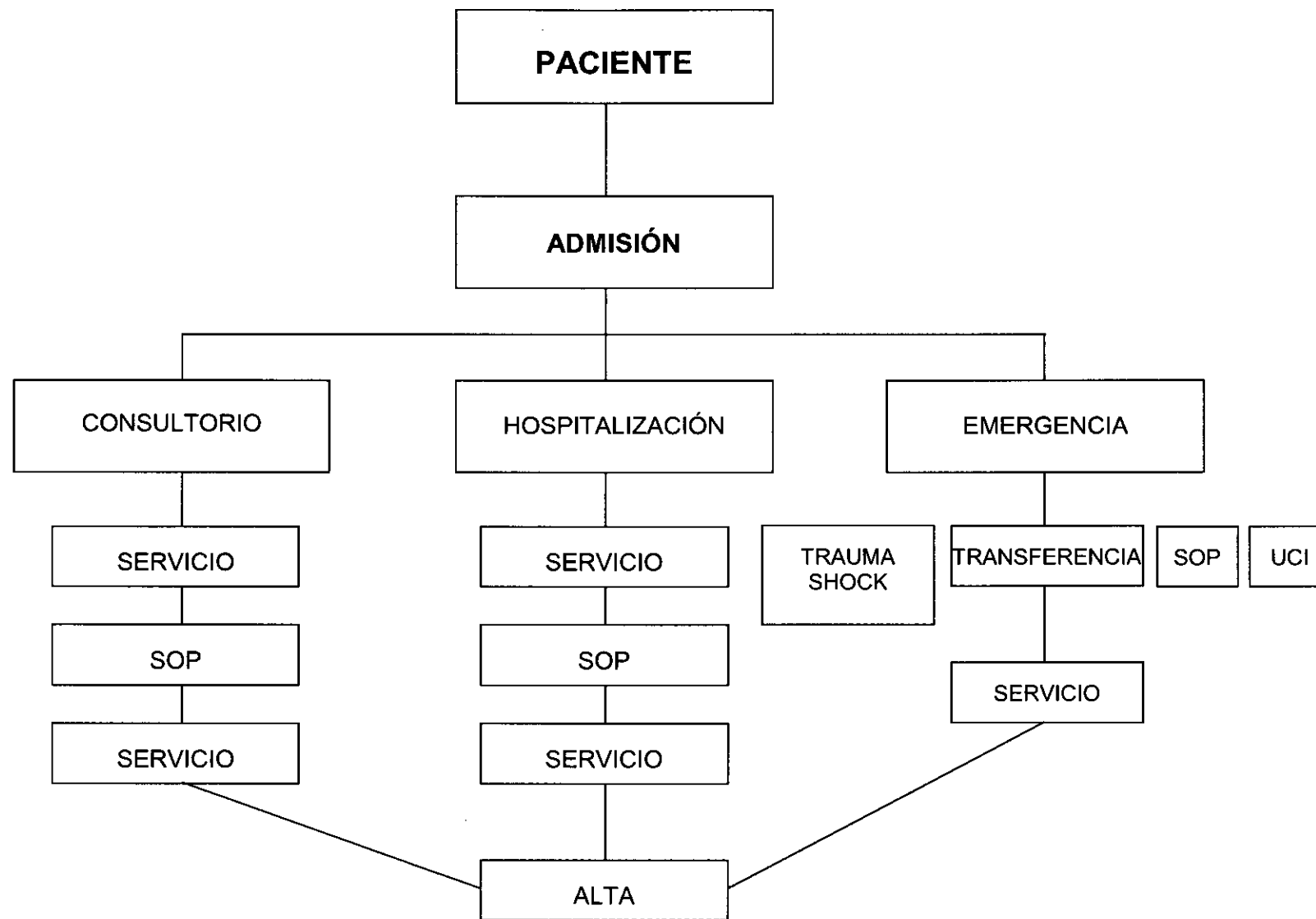
FUENTE: MOF DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

ORGANIGRAMA JERÁRQUICO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA



FUENTE: MOF DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

FLUXOGRAMA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA



FUENTE: CREACIÓN PROPIA

E. PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL

FODA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

Fortalezas

- Profesionales con experiencia laboral y con capacidad resolutive.
- Profesionales con continua capacitación con recursos propios.
- Atención las 24 horas.
- Dispone de personal en adiestramiento: internas de medicina, enfermería, alumnos de enfermería y técnicos.

Debilidades

- Infraestructura inadecuada.
- Hacinamiento
- Insuficiente personal de salud: médicos especialistas, enfermeras y técnicos.
- Relaciones interpersonales débil.
- Cama, veladores, parantes deteriorados.
- No hay buena seguridad, los familiares ingresan en cualquier momento.
- Ausencia de instalación informática en red software.
- Un porcentaje del personal no cumple con el protocolo de seguridad y procedimientos de atención al paciente (medidas de barrera de protección).
- Trámites administrativos engorrosos lentos.
- Enfermeras sin especialidad en el área.
- No cuenta con ascensor.

Oportunidades

- Presencia de seguros públicos y privados (SIS, SOAT, OTROS).
- Existe convenios con universidades e institutos.
- El mayor porcentaje de pacientes son del SIS

Amenazas

- Rotación constante de personal de Enfermería
- Falta de integración del personal con el servicio
- Falta de actualización del manual de procedimientos
- Falta de recursos humanos

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

PROBLEMA	MAGNITUD	TENDENCIA	RIESGO	CAPACIDAD DE INTERVENCIÓN	INTERÉS DE LA POBLACIÓN	TOTAL
1) Infraestructura inadecuada para la demanda de pacientes	4	4	4	4	4	20
2) Hacinamiento hospitalario	3	2	4	2	4	15
3) Escaso número de licenciadas en enfermería	4	4	4	3	4	19
4) Ingreso continuo de personal nuevo	3	2	2	2	3	12
5) Desconocimiento del MOF, ROF del personal	4	4	3	4	2	17
6) Equipos biomédicos y materiales deteriorados e inoperativos	4	4	4	3	3	18
7) Ascensor mayormente malogrado	4	3	3	3	3	16
8) Relaciones interpersonales deterioradas	3	3	2	3	2	13
9) Deficiente funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia	3	3	3	2	3	14
10) Paciente SIS que para poder ser intervenidos tienen que pagar al medico	2	2	2	2	2	10

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS POR PUNTAJES OBTENIDOS

NÚMERO	PROBLEMA	PUNTAJE TOTAL	ORDEN PRIORIDAD
1	Infraestructura inadecuada para la demanda de pacientes.	20	I
2	Escaso número de licenciadas en enfermería	19	II
3	Equipos biomédicos y materiales deteriorados e inoperativos.	18	III
4	Desconocimiento del MOF y ROF del personal	17	IV
5	Ascensor mayormente malogrado.	16	V

MATRIZ DE PLANTA DE TRABAJO

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	CRONOGRAMA				RESPONSABLE
					1° Tri	2° Tri	3° Tri	4° Tri	
1) Infraestructura inadecuada para la demanda de pacientes.	GENERAL								
	Mejorar la distribución de las áreas.	Gestionar mediante documentos una mejor infraestructura.	Pacientes atendidos en ambientes adecuados según normativa.	N° de pacientes atendidos en ambientes adecuados según normativa.	X	X	X	X	El equipo de gestión. El comité de calidad. Jefatura de cirugía. Jefatura de enfermería
	ESPECÍFICO								
	Brindar ambientes adecuados a los pacientes	Reiterar los documentos para la ejecución de la infraestructura. Presupuestar anualmente el crecimiento de la infraestructura.	Pacientes satisfechos.	N° de pacientes satisfechos.	X	X	X	X	

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	CRONOGRAMA				RESPONSABLE
					1° Tri	2° Tri	3° Tri	4° Tri	
2) Escaso número de licenciadas en enfermería	GENERAL								
	Profesionales de enfermería sin especialidad y registro en el CEP.	Motivación de convenios institucionales. Mejorar el presupuesto.	Profesionales de enfermería titulados con especialidad.	N° de convenios institucionales que oferten estudios de especialidad.	X	X	X	X	Enfermera asistencial. Jefatura de enfermería.
	ESPECÍFICO								Jefatura del servicio de cirugía.
	Motivar estudios y titulación en especialidad. Fortalecer y reconocer a las enfermeras especialistas.	Fomentar la especialidad y la titulación y registro en el CEP. Evaluar legajos de profesionales. Monitorear la calidad de trabajo.	Números suficientes de enfermeras en el servicio.	N° de profesionales con especialidad.	X	X	X	X	

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	CRONOGRAMA				RESPONSABLE
					1° Tri	2° Tri	3° Tri	4° Tri	
3) Equipos biomédicos y materiales deteriorados e inoperativos	GENERAL								
	Renovar todos los instrumentos y equipo médico quirúrgico	Gestionar la renovación de todos los instrumental os quirúrgico mediante el documento de gestión	Lograr la renovación en un 100% de todos los equipos quirúrgicos	N° de instrumentos renovados.	x	x	x	x	Enfermera asistencial Jefe de cirugía y jefe del departamento de cirugía.
	ESPECÍFICO								
	Lograr que el servicio cuente con materiales renovados y aptos para su uso adecuado. Promover el desarrollo de la tecnología.	Capacitar al personal en el manejo adecuado de todos los instrumentos renovados. Contar e implementar equipos de tecnología	Mejorar los equipos al 100%. Lograr al 100% el correcto uso de dichos materiales nuevos.	N° de personal capacitados.	x	x	x	x	

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	CRONOGRAMA				RESPONSABLE
					1° Tri	2° Tri	3° Tri	4° Tri	
4) Desconocimiento del MOF y ROF del personal	GENERAL								
	Conocer el manejo y funcionamiento estructural del MOF y ROF	Fortalecer el personal en el manejo del MOF y del ROF. Promover mediante capacitaciones sus responsabilidades	Conseguir un buen servicio en el área de hospitalización	N° de personal capacitado .	X	X	X	X	Enfermera asistencial. Jefatura de enfermería.
	ESPECÍFICO								La dirección ejecutiva , administrativa y logística.
	Lograr concientizar a la persona su importancia. Mejora la calidad del servicio.	Implantar compromisos al alcance de todo el personal. Coordinar con los jefes inmediatos	El personal conoce sus funciones y responsabilidades	N° de personal con conocimiento de sus funciones .	X	X	X	X	

PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	CRONOGRAMA				RESPONSABLE
					1° Tri	2° Tri	3° Tri	4° Tri	
5) Ascensor mayormente malogrado	GENERAL								
	Renovar un ascensor nuevo.	Gestionar su renovación mediante documento. Comprometer a los ejecutivos responsabilidades.	Mejorar la atención al 100% y la seguridad del paciente.	N° de pacientes satisfechos.	X	X	X	X	Enfermera asistencial. Jefatura de enfermería. La dirección ejecutiva , administrativa y logística.
	ESPECÍFICO								
	Lograr que cuente con un ascensor nuevo. Implementar garantías de seguridad para el buen funcionamiento.	Participar y fortalecer las de licitaciones garantía. Uso solo para pacientes.	Evitar las caídas y molestias del paciente. Evitar contratiempos y estrés.	N° de pacientes atendidos con seguridad.	X	X	X	X	

EXPERIENCIA LABORAL

Mi experiencia laboral lo inicié en el año 2002 en el servicio de ginecología en el Hospital de Barranca

Posteriormente trabajé 4 años en el Instituto Materno Perinatal en el área de emergencia, UCI, atención inmediata.

Me desempeñé como docente 2 años en la universidad Alas Peruanas con sede en Huaral

Realicé una segunda especialidad en el área de Cuidados Intensivos en la Universidad del Callao

En cuanto a mi experiencia en el área de cirugía, lo inicié en el año 2013 y sigo laborando hasta la actualidad, desempeñándome como enfermera asistencial, y realizando funciones en el área administrativa, y de docencia, brindando aportes para mejoras del servicio en cuanto al funcionamiento y organización, verificando de que se brinde una atención adecuada y oportuna al paciente durante su estancia hospitalaria en el servicio ,tratando de gestionar y viabilizar todo lo concerniente al proceso quirúrgico y a mejorar el cuidado pre , y post quirúrgico, detectando a tiempo las complicaciones para que sean tratadas en la brevedad y de esta manera amenorar la estancia prolongada de hospitalización del paciente, dando énfasis a la orientación y educación del paciente y familia de los cuidados post quirúrgicos en casa con la finalidad de que cumplan con la terapéutica indicada, continúen con los cuidados indicados, detecten signos de alarma y lleven un buen régimen dietético , para de esta manera evitar complicaciones post quirúrgicas.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA

Asistenciales:

- Reportar a los pacientes según su evolución y sus pendientes.
- Valorar, registrar y monitorear los signos vitales de acuerdo al estado del paciente y ver antecedentes familiares.
- Monitorear PVC (Presión venosa central).
- Verificar y revisar los pre-quirúrgicos completos y sobre todo que este firmado la hoja de consentimiento para sala, anestesiología en caso de transfusión sanguínea.
- Administrar medicamentos según indicación médica, aplicando los correctos.
- Informar las reacciones adversas a medicamentos o transfusiones sanguíneas.
- Participar en la visita médica y hacer efectiva las indicaciones e interconsultas a las diferentes especialidades.
- Actualizar el Kárdex, nota de enfermería, balance hídrico y hoja grafica de funciones vitales.
- Ejecutar y vigilar procedimientos especiales: cateterismo vía periférica, administrar oxígeno, colocar o retirar sonda Foley, sonda nasogástrica, transfundir sangre.
- Llevar y recoger a pacientes de sala de operaciones, asistir en procedimientos especiales: catete venoso central, colocación de tubo de drenaje, realizar el control de hemoglucotex, reportar número de camas vacías, garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el periodo de hospitalización.
- Realizar cuidados post – mortus

Docencia:

- Apoyar en los programas educativos del servicio.
- Educar y brindar apoyo psicológico al paciente y familia en el pre-intra y post operatorio.
- Realizar actividades educativas a los internos, estudiantes de enfermería.
- Dar instrucciones en los procedimientos a los técnicos y alumnos.
- Orientar al paciente, familiares sobre actividades específicas encaminadas a la recuperación del paciente.

Administrativa

- Apoyar en la elaboración de cuadros de necesidades.
- Participar en reuniones técnicos administrativos.
- Informar y reportar incidencias a su superior.
- Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos de gestión.
- Cumplir las normas, guías y procedimientos de atención con el fin de garantizar la calidad evitando riesgo y complicaciones.
- Verificar que o falten insumos, hojas de registro.

Investigación

- Participar en las investigaciones que se determinen por el servicio del departamento de enfermería.
- Programar y participar en actividades que faciliten la investigación.
- Realizar la investigación y seguimiento de los casos reportados del servicio derivados de la atención directa o indirecta de pacientes.
- Identificar problemas de enfermería que estén sujetos a la investigación.

Teorías de Enfermería

TEORÍA DE JEAN WATSON. Teoría del cuidado humano porque considera al ser humano en tres esferas: el alma, el cuerpo y el espíritu sostiene que el amor, los cuidados son esenciales para la satisfacción de las necesidades humanas respetando sus valores, sus creencias, cultura, desarrollando una relación de ayuda y promocionando enseñanzas de salud, utilizando métodos científicos en la resolución de problemas y en la toma de decisiones.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO:

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.}
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

- 1- Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
- 2- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
- 3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para 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 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 negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para 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 lo sistemático y organizado.
- 7- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque 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 las 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 de 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 el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- 9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
- 10- Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a 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 cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

TEORÍA DE HILDEGARDE PEPLAU .La enfermería es una ciencia joven, ya que desde sus orígenes era considerada como ocupación basada con la experiencia de práctica y el conocimiento común y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería, donde Florencia Nightingale con su teoría de entorno, sienta las bases de la enfermería profesional, a partir de aquí nacen nuevas teorías, cada teoría aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado. Hildegard Peplau en 1952, desarrolla la Primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería, describe los cuidados enfermeros según una

perspectiva centrada en la relación interpersonal la Relación enfermera – paciente según Peplau: “Es un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable”. La práctica enfermera inspirada en el modelo conceptual de Peplau exige desarrollo de competencia en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas particularmente el apoyo en el aprendizaje, la utilización productiva de la energía que proviene de la enfermedad y el reconocimiento del lenguaje verbal como reflejo de las creencias y conocimientos de las personas. Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable. Contempla el proceso de enfermería con una serie de casos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas incluyen la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; tanto la enfermera y el paciente aprende el proceso de resolución del problema a partir de su relación.

Peplau describe cuatro Fases en la Interrelación Enfermera – Paciente

Orientación: Es el inicio de las relaciones, cuando el paciente reconoce una sensación de necesidad y busca ayuda profesional. Es importante en esta fase y para el proceso de la relación Enfermera – Paciente como la enfermera entra en relación con el paciente, en el momento en que él toma contacto con la Institución de Salud. Esto determinara si el paciente acepta la ayuda propuesta por la enfermera y asegurar la continuidad de cuidado. La Enfermera tendrá que usar al máximo los recursos personales y profesionales para ayudar al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda. Esta fase es clave para marcar el éxito o fracaso de la interacción ya que esta propicia un canal seguro y productivo entre la enfermera y el paciente.

Identificación: Cuando la primera impresión se clarifica, el paciente conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas

que pueden ayudarle mejor, se da inicio a la fase de Identificación. En la cual el paciente puede expresar sus sentimientos relacionados con la percepción del problema.. La enfermera facilitara la exploración de sus sentimientos para ayudarle a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reoriente sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivas de la personalidad.

Aprovechamiento: Cuando ya se ha establecido la identificación del paciente con la enfermera, el sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece trata de aprovechar al máximo la relación Enfermera – Paciente para obtener las mayores beneficios posibles. La enfermera ayudara al paciente a utilizar al máximo todas las posibilidades o alternativas de solución que hayan encontrado juntos. Durante esta fase el paciente puede probar la relación y experimentar sentimientos de dependencia e independencia. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que estas surgen . conforme avance la recuperación; se puede ayudar al paciente a identifica y dirigir nuevas metas y así disminuir la identificación con la persona que le brinda ayuda.

Resolución: Implica un proceso de liberación para tener éxito depende de las anteriores fases, se abandona de forma gradual los anteriores objetivos y se adoptan otros nuevos relacionados con el entorno psicosocial para que el paciente logre insertarse exitosamente en su entorno familiar y social. La resolución exitosa se produce cuando ambos resumen su relación, su significado y su realización, de este modo se fomenta el crecimiento y la madurez del paciente y enfermera.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUIRÚRGICO

La enfermera como proveedor de cuidado, constituye una parte esencial dentro del equipo de salud, desempeña un importante papel durante el proceso quirúrgico pues constituye de modo considerable a crear confianza y seguridad en la persona que va hacer sometida a al

Intervención Quirúrgica. Todo paciente Quirúrgico necesita de unos cuidados preoperatorios físicos que se llevan a cabo, pero también necesitan de unos cuidados psicológicos, los cuales son importantes como los otros. En los cuales se deben poner mayor énfasis para garantizar el bienestar, tranquilidad frente al paciente quirúrgico y una mejor recuperación después del acto quirúrgico. No existe una experiencia preoperatoria "Rutinaria", puesto que esta es única para cada persona y el desafío del personal de enfermería consiste en identificar, planear y proporcionar una atención integral considerando al usuario como un ser Biopsicosocial de esta manera si logra la satisfacción del paciente.

Aspecto Biológico: Beare M. (1995), sostiene que la cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad del organismo e interfiere en su normal funcionamiento supone un estrés tanto psicológico, para todos los sistemas orgánicos. (29). La atención de enfermería en el preoperatorio se centra en la preparación física adecuada para prevenir la aspiración, lesiones, infecciones y otras complicaciones asociadas a la anestesia, asegurar que los exámenes prequirúrgicos estén completos, realizar la preparación de la piel, cubrir sus necesidades de nutrientes y líquidos, retirar objetos de valor – prótesis, administrar la medicación preoperatoria indicada, todas estas acciones deben ser conocidas por el paciente quirúrgico, la enfermera deberá explicar en forma clara y sencilla la importancia de la preparación preoperatoria. Durante el postoperatorio la atención de enfermería se dirige al restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, prevención de complicaciones y al alivio del dolor postoperatorio, el cual retrasa su recuperación pudiendo poner en peligro el resultado final. Según MC CAFFRENY, "el dolor es lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser". Es necesario que la enfermera valore el dolor: localización, intensidad, inicio - duración, no

juzgar el dolor dado que es una experiencia subjetiva, se administra el analgésico prescrito en el horario establecido, la enfermera valorará la herida operatoria, mantendrá el establecimiento fisiológico del paciente, enseñándole ejercicios respiratorios a realizar en el postoperatorio. Es necesario que el paciente participe en su cuidado para lograr la satisfacción de sus necesidades físicas.

Aspecto Psicológico: El paciente quirúrgico experimenta una serie de sentimientos en relación a la cirugía como temor a lo desconocido, a la anestesia, a la muerte, generando ansiedad en el paciente, el cual puede interferir en la evolución quirúrgica y en el proceso de recuperación. La enfermera desde el momento en que ingresa el paciente al servicio debe dar apertura a la interrelación Enfermera-Paciente estableciendo un clima de confianza y seguridad para que el paciente pueda expresar sus temores, dudas respecto al acto quirúrgico. La enfermera identificará la necesidad de ayudar al paciente y aclarar cualquier concepto erróneo que pueda tener el paciente respecto al acto quirúrgico, de esta manera ayudar a aliviar sus miedos y temores. La enfermera brindará apoyo emocional a la familia y otras personas allegadas, ya que su temor, ansiedad influyen sobre el nivel de ansiedad del paciente. Es necesario mantener la relación terapéutica durante el proceso de hospitalización para lograr satisfacer sus necesidades psicológicas.

Aspecto Social: Tanto para el paciente como para la familia la experiencia quirúrgica representa una crisis familiar, la enfermedad ha alterado sus vidas y ellos deben adaptarse a efectos. La enfermera debe disminuir el nivel de ansiedad de la familia despejando sus miedos y dudas, entablando una adecuada comunicación. Caplan (1993), menciona que la familia es fuente de ayuda concreta y de servicios prácticos en una intervención quirúrgica ya que el apoyo de la familia al paciente favorece en su recuperación. Por lo que es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico. La

enfermera durante la hospitalización preparara al paciente y familia para el cuidado que haya que tener en casa, ayuda al paciente a reintegrarse a su vida familiar, al trabajo y a la sociedad.

ROL DE LA ENFERMERA EN LA INTERRELACIÓN CON EL PACIENTE QUIRÚRGICO SEGÚN LA TEORÍA DE HILDEGARDE PEPLAU

La enfermera que basa su práctica en la teoría de Peplau ve el cuidado de la persona, como el establecimiento y mantenimiento de una relación Enfermera– Paciente. La enfermera es consciente de que es el instrumento terapéutico de la relación interpersonal ya que la práctica de esta teoría exige el desarrollo de competencia en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas. Esta teoría servirá de guía al profesional de enfermería, permitiendo brindar una atención personalizada y de sentido humanitario al paciente quirúrgico, considerándolo como un ser Biopsicosocial que esta en desarrollo constante, quien a través de las relaciones interpersonales tendrá la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permita responder a sus necesidades.

Orientación: Es la primera fase de la Interrelación, se debe dar desde el momento que el paciente ingrese al servicio de cirugía, y entra en contacto con la enfermera, quien es a encargada de dar inicio a la interrelación, presentándose con el paciente y poniéndose a disposición de él para la satisfacción de sus necesidades, tanto físicas como emocionales, debe llamar al paciente por su nombre y tratarlo como una persona humana que tiene una necesidad de ayuda, debido a que busca ayuda profesional. La enfermera tendrá que usar al máximo sus recursos personales y profesionales ya que esta fase marca el éxito o fracaso de la interrelación . En esta fase se instala un canal seguro y productivo entre el personal de enfermería y el paciente quirúrgico, cuyo objetivo es combatir

la ansiedad, darle seguridad. Informarle sobre el proceso operatorio y su estado de salud, inspirando así un clima de confianza en el servicio y convenciendo al paciente sobre la importancia del rol que jugará en la promoción de su salud, la enfermera deberá manejar la técnica de reformulación para facilitar que el paciente verbaliza sus dudas y temores para poder reducir su ansiedad.

Identificación: Al conocer ya la situación del paciente en la primera intervención, se clarifica el rol de ayuda, se ha pasado a la fase de identificación. El paciente quirúrgico en esta fase identifica a la enfermera como una persona que puede ayudarla, ya que sea establecido un nexo de confianza y seguridad, es el cual el paciente quirúrgico expresa sus sentimientos, ansiedades, necesidades respeto a la cirugía. La enfermera resolverá sus preguntas de manera clara y sencilla, apelará a sus conocimientos para actuar y resolver problemas que se plantea a través del comportamiento del paciente. A partir de esta fase, surge el éxito de la integración, la relación se torna por parte del paciente quirúrgico, como una relación interdependiente, independiente, sentimiento de incapacidad o dependiente frente a la enfermedad.

Aprovechamiento: En esta fase la enfermera a logrado ganarse la confianza del paciente quirúrgico, quien saca un beneficio de esta relación, el paciente sabe lo que puede esperar por parte de la enfermera y lo que puede ofrecerle. La enfermera maneja el equilibrio dependencia – independencia, buscando los conocimientos necesarios para su autocuidado en el postoperatorio, promoviendo así la independencia del paciente, quien asume sus problemas como suyos buscando soluciones a estas, gracias a la ayuda brindada por la enfermera.

Resolución : La enfermera planificará acciones en el entorno psicosocial, para que el paciente después de la operación logre insertarse exitosamente, en su entorno familiar y social que incluye el trabajo. La

enfermera hará participar a la familia en el cuidado del paciente, proporcionando información clara y sencilla sobre los cuidados que debe tener su familiar en el hogar. El paciente debe desarrollar una conducta independiente frente a la enfermera, quien propone nuevos objetivos ya que sus necesidades han sido satisfechas, quien refiere haber recibido una interrelación adecuada por parte de la enfermera durante su hospitalización.

F. RECOMENDACIONES

- A.** Los directivos del hospital de Barranca deberían mejorar y ampliar la infraestructura del servicio de cirugía para poder atender la demanda de los pacientes y así evitar las infecciones intrahospitalarias.
- B.** Debido a la demanda de pacientes es necesario incrementar enfermeras para poder brindar atención de calidad y calidez.
- C.** Deberían comprar equipos y materiales de tecnología para dar una mejor atención al paciente y evitar complicaciones
- D.** A las autoridades de Enfermería y los profesionales de enfermería implementar planes de trabajo, talleres, capacitaciones permanentes donde permita desarrollar habilidades y destrezas para establecer una interrelación enfermera paciente de calidad.
- E.** Implementar el formato de Autorización de procedimiento detallando los riesgos y beneficios de dicho procedimiento.
- F.** Implementar charlas educativas durante la estancia hospitalaria del paciente en el servicio.
- G.** Plantear una sensibilización al profesional de enfermería sobre la calidad de cuidado que brinda, de manera que se recomienda seguirse del modelo de Peplau ya que permite orientar la práctica de enfermería como un proceso interpersonal terapéutico.

REFERENCIALES

1. Historia de la cirugía, wikipedia.org/wiki.
2. Inx. [Futuremedicos.com/revista future/](http://Futuremedicos.com/revista_future/) artículos y trabajos
3. Mery Bravo Peña "guía metodológica del pae aplicación de teorías de enfermería tercera edición noviembre 2012
4. [Http://es.slideshare.net/edwinenriquebermudez/filosofa-y-teora-del-cuidado-transpersonal-de-watson](http://es.slideshare.net/edwinenriquebermudez/filosofa-y-teora-del-cuidado-transpersonal-de-watson)
5. [Http://www.unfv.edu.pe/facultades/fmhu/images/pdf/cirugia-general.pdf](http://www.unfv.edu.pe/facultades/fmhu/images/pdf/cirugia-general.pdf)
6. Plan operativo anual 2014 del hospital de barranca
7. Manual de organización y funciones del servicio de cirugía del hospital de barranca
8. Reglamentos de organización y funciones del hospital de barranca.
9. Registros de enfermería. Www.eccpm.aibarra.org/...n1/capitulo21
10. E.slederlere.net/alejandrocanomejia/expediente-clinico
11. Brunner y sudart. Enfermería médico quirúrgico. Editorial mc Graw – Hill – interamericana – volumen 24 – 2010.
12. BRAVO. M . Guía metodológica del proceso de atención de enfermería Cuarta edición

ANEXOS

Ambientes en el Servicio de Hospitalización



Fuente: Elaboración propia, 2016

Ambiente del Servicio de Hospitalización

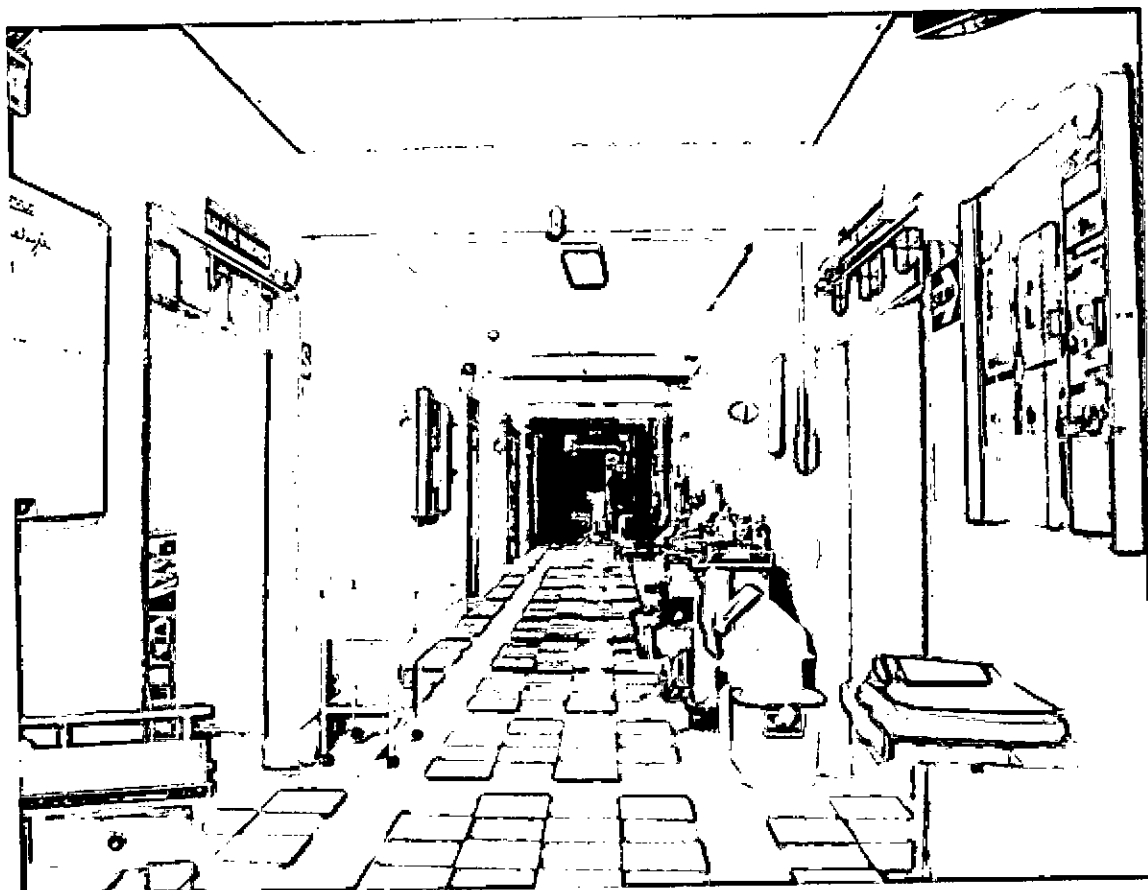


Star de Enfermería



Fuente: Elaboración propia, 2016

Ambiente del servicio de Cirugía



Fuente: Elaboración propia, 2016