

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



CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIO
CENTRO QUIRÚRGICO DE LA CLÍNICA SAN FELIPE,
2015-2016

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

GLORIA FANNY IBÁÑEZ CASTILLO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gloria Fanny Ibáñez Castillo'.

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA SECRETARIA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: DRA. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMÁN

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 025

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/12/2017

Resolución Decanato N° 3320-2017-D/FCS de fecha 04 de Diciembre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	16
2.3 Definición de Términos	31
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe	33
IV. RESULTADOS	39
V. CONCLUSIONES	51
VI. RECOMENDACIONES	52
VII. REFERENCIALES	53
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

Las entidades prestadoras de salud (EPS) se crearon bajo el amparo de la Ley 26790, que permite a las mismas complementar los servicios de atención para la salud que viene prestando Es Salud al régimen contributivo. Las EPS son empresas privadas que brindan servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la regulación de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

La Clínica San Felipe fue una de las entidades prestadoras de servicios, gestada el 5 de septiembre de 1958 por un grupo de destacados médicos peruanos quienes desde un principio se esmeraron por construir una clínica que abarcara diversas especialidades médicas y que ofreciera un servicio integral de calidad a sus pacientes es así que sentaron las bases por más de 50 años y la Clínica San Felipe siga siendo reconocida como la clínica privada líder en el Perú. A la fecha, la clínica ha experimentado un crecimiento exponencial, bajo su más reciente ampliación en el 2012, la clínica aumentó su superficie a 26,400 mts², triplicado así su capacidad existente. Su excelente staff médico, así como la modernización de sus instalaciones, la adquisición de nuevo equipamiento de última tecnología y la atención integral de calidad por la que es ampliamente conocida, convierten hoy día a la nueva Clínica San Felipe en la primera clínica de nivel mundial en Perú y la ubica entre las principales clínicas privadas de Latinoamérica. Es así que como parte de su infraestructura cuenta con un centro quirúrgico implementado para intervenciones quirúrgicas de diversa complejidad, contando para ello con recurso humano capacitado. Es así que el presente informe tiene el objetivo describir mi experiencia profesional en la referida institución privada para contribuir al mejoramiento de la calidad del cuidado del paciente en el periodo intra operatorio. Consta de siete capítulos: CAPÍTULO I, contiene el planteamiento del problema, objetivo del informe y justificación del mismo.

En el CAPÍTULO II, se desarrolla el marco teórico que incluye los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las cuales sustentan y explican los cuidados en el actuar de enfermería y la definición de términos que permite mejorar la comprensión del contenido. En el CAPÍTULO III, se desarrolla la presentación del caso que incluye la recolección de la información y procesamiento de los mismos. En el CAPÍTULO IV: Resultados, CAPÍTULO V: Conclusiones, CAPÍTULO VI: Recomendaciones, CAPÍTULO VII: Referenciales y finalmente los anexos, que muestran evidencia de los cuidados de enfermería en el Servicio de Centro Quirúrgico de la Clínica San Felipe.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Norma Técnica del Ministerio de Salud indica que el Servicio de 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, considerada una de los servicios más importantes de los hospitales y clínicas, cuya importancia radica en los recursos físicos, en la incidencia que tiene el ambiente y el equipamiento como factores de apoyo en la reducción de los riesgos a los que se encuentran sometidos pacientes y personal en una intervención quirúrgica.¹

El Centro quirúrgico es la unidad orgánica encargada de brindar una óptima atención en el cuidado médico de los pacientes que son sometidos a intervenciones quirúrgicas, donde se incluye la evaluación clínica preoperatoria del paciente, la administración de cualquiera de las diversas técnicas anestésicas, la vigilancia y monitorización estrechas del paciente durante la intervención quirúrgica y el manejo del postoperatorio inmediato en la unidad de recuperación posquirúrgica al cual se añade el tratamiento del dolor agudo y crónico postoperatorio con la aplicación de criterios científicos actuales aplicando procedimientos de vanguardia y con una organización centrada en la calidad y la seguridad del paciente. Cabe mencionar que el Servicio de Anestesia no genera intervenciones terapéuticas para una patología.²

La importancia de los ambientes es fundamental desde el punto de vista de las técnicas y procedimientos que se llevan a cabo en éstas unidades, la transmisión de las infecciones hospitalarias por lo que este ambiente debe contribuir a optimizar la funcionalidad de las actividades, aportar

los elementos necesarios para mantener las condiciones estrictas de asepsia que se requieren, reducir los riesgos por el uso de equipos de soporte vital, equipos bioeléctricos de alta complejidad y gases clínicos.

Según la Organización Mundial de la Salud, se necesitan alrededor de 2300 enfermeras por cada 10.000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población. ³

A nivel mundial en las Américas, alrededor del 70% de los países cuentan con los profesionales necesarios, y en algunos casos los superan, pero enfrentan desafíos en su distribución y formación, una de cada cuatro enfermeras registradas del mundo está en la región de las Américas, sin embargo, alrededor del 57% de ellas (casi 3 millones) se encuentran en América del Norte. Así, mientras en el norte del continente hay 110,7 enfermeras por cada 10.000 habitantes, en el centro, sur y en el Caribe hay 13,8 en promedio. Sin embargo en países de América Latina y el Caribe enfrentan un déficit de personal de enfermería, lo que supone un obstáculo para que todas las personas de la región tengan acceso y cobertura universal de salud.⁴

A nivel Nacional, el Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud (MINSU), Dr. Pedro Grillo Rojas indicó que el problema más latente de la región está relacionado al personal de Salud, en la región de Piura, frente a todos los hechos y problemas que se suscitan en relación al control del vector *Aedes Aegypti*, la mortalidad materna y la desnutrición infantil.⁵

A nivel local en el Centro quirúrgico de la clínica san Felipe cuenta con dos servicios: Centro Quirúrgico, Anestesia y recuperación post anestésica. ⁶

Respecto al recurso humano cuenta con personal especializado y con experiencia en el área (80%). El 20% del personal se encuentra en proceso de especialización y entrenamiento, en relación a los recursos y materiales cuenta con equipamiento de avanzada, equipos de última generación, los estándares de infraestructura de la clínica ha crecido considerablemente, contando con cinco quirófanos total mente equipados y funcionando las 24 horas del día. Sin embargo la experiencia me ha permitido identificar algunas falencias como por ejemplo, el déficit de comunicación fluida entre los miembros del equipo quirúrgico, un inadecuado uso de las barreras de protección del personal de salud, y por consiguiente hay riesgo de verse afectada la calidad del cuidado de los pacientes. Se busca los objetivos de la capacitación del personal en buscar mejorar sus aptitudes y/o actitudes, conocimientos, habilidades o conductas del personal que labora en sala de operaciones.⁷

1.2. OBJETIVO

Describir la experiencia laboral profesional en los cuidados de enfermería intraoperatorios del Centro Quirúrgico de la Clínica San Felipe 2015-2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe se justifica porque en los últimos años en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas que llevan a mejorar la atención de salud, de igual manera en nuestro país se ha socializado y debatido hasta llegar a la aprobación de la reciente Ley General de Salud N° 26842, aprobada y modificada hace meses atrás y que tiene como fin garantizar una atención con estándares de calidad y calidez enfocados a la seguridad del paciente en los diferentes centros de atención de salud del País. ⁸

En el Centro Quirúrgico, la labor de la enfermera (o), está orientada hacia el cuidado de los pacientes durante el pre operatorio inmediato, transoperatorio y posoperatorio inmediato, constituyendo una medida de vital importancia, por ello que la prestación de cuidados en sala de operaciones, lo realiza el personal de enfermería, que está proyectada (o) constantemente en mejorar la atención en el paciente cuando es sometido a la cirugía que corresponda, realizando la entrevista, estableciendo una relación empática enfermera - paciente , verificando la historia clínica e insumos completos, verificando el funcionamiento de cada quirófano y las máquinas, entre otras.

Cada enfermera en sala de operaciones toma experiencias distintas y la resolución de problemas es la prioridad. En tal sentido al describir mi experiencia en el ámbito quirúrgico, servirá para que las enfermeras brinden un mejor cuidado en la atención de las necesidades biopsicosociales del paciente quirúrgico. Permitirá beneficiar a los pacientes quirúrgicos con un plan de cuidados estandarizados con el fin de clarificar nuestro rol de enfermeros, unificar la actuación de todos los profesionales quirúrgicos y establecer una referencia para el control de calidad., cuyos objetivos principales serán: la atención integral de un paciente quirúrgico, independientemente de la patología que presente. Además permitirá proporcionar los cuidados de enfermería necesarios para que la intervención se lleve a cabo de forma eficiente y eficaz; y proporcionar información que facilite la cobertura legal, la gestión, la investigación y la docencia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

PÉREZ López S. (2009). "Nivel de comunicación enfermera – paciente en relación con la satisfacción del adulto mayor del servicio de Cirugía del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2009". Cuyo objetivo es determinar si el nivel de comunicación de la enfermera con el paciente adulto mayor tiene relación con el nivel de satisfacción del mismo.

La Investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo utilizando el método descriptivo correlacional y de tipo transversal. La muestra está formada por 30 pacientes adultos mayores. Los instrumentos que se aplicaron fueron: la guía de observación y encuesta a los pacientes, los cuales fueron evaluadas por la escala de Lickert, mediante la cual se investigó el nivel de comunicación enfermera paciente, y el nivel de satisfacción del adulto mayor. Se logró comprobar que un 83.3% de la población manifestó estar muy satisfecho y satisfecho, a su vez que un 63.3% de la población califica un alto nivel de comunicación por parte de la enfermera. Concluyendo que un nivel de comunicación de buen nivel asegura una buena satisfacción del paciente. ⁶

BALLON Aguilar, Yessy y Otros (2016). "Relación enfermera-paciente según la teoría de Hildegard Peplau en el servicio de centro quirúrgico de un Hospital Nacional. Tiene como objetivo es determinar la relación enfermera - paciente según la teoría de Hildegard Peplau en el servicio de centro quirúrgico del mencionado Hospital". El enfoque del estudio fue de tipo cuantitativo, tipo de estudio, descriptivo, diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformado por 27 licenciadas enfermería y 81 pacientes, la técnica que se utilizó fue la encuesta, el instrumento un cuestionario que tendrá 17 ítems distribuido en 4 fases: Orientación, Identificación, Aprovechamiento y Resolución, un instrumento

para la enfermera (guía de observación) y otro para el paciente (guía de entrevista) teniendo las siguientes escalas de calificación: buena relación, regular relación, deficiente relación. Se concluye que la relación entre la enfermera y el paciente es de regular relación con un 76%.⁷

GRADOS Arrieta Betzabe. (2010). “Características de la comunicación enfermero –paciente postquirúrgico mediato: Servicio de cirugía, Hospital Nacional Dos de Mayo”. Tiene como objetivo determinar las características de la comunicación del enfermero hacia el paciente postquirúrgico mediato en el servicio de cirugía. Con un enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. Concluye que el 100% (45) de pacientes calificaron que más del 60% de las características de la comunicación del enfermero en la dimensión verbal es “rápida”, “no entendible”, “entrecortada”, “tono bajo”, “incoherente” y “apresurada”. En la dimensión no verbal, en su mayoría (más del 68%), los pacientes calificaron la comunicación del enfermero como “inexpresiva”, de “postura de retirada”, mirada “esquiva” y “desatenta. Así mismo se descubrió que el perfil de las características de la comunicación del enfermero tiene una tendencia negativa, donde resalta la “velocidad del mensaje” y la “expresión facial”. Lo cual indica que no se establezca una relación terapéutica entre enfermero y paciente.⁸

Maldonado Chumpitaz Jenny. (2010). En su investigación titulada: “La Inteligencia Emocional y la Interrelación Enfermera - Paciente del Servicio de Medicina III del Hospital Guillermo Almenara - 2009”. Cuyo objetivo es determinar los componentes de la inteligencia emocional que predominan en la interrelación Enfermera - paciente en el servicio de medicina 3 del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. La metodología utilizada fue con un diseño correlacional de corte transversal; cuya población fue no probabilística de tipo intencional, conformada por las 20 enfermeras del

servicio de Medicina 3 más 40 pacientes hospitalizados, concluyó que la inteligencia emocional y la interrelación enfermera – paciente están vinculadas pero se encuentran en nivel regular, indicando necesidad de desarrollar y/o fortalecer en las enfermeras los componentes de la inteligencia emocional, a fin de favorecer la interrelación enfermera – paciente. 9

VELÁSQUEZ J. Dolores. (2010). “Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal”; con el objetivo de conocer la prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes operados por vía abdominal en forma electiva y de urgencia en un servicio de cirugía general de un centro de 2do. nivel de atención. Diseño: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Análisis estadístico: Medidas de tendencia central. Los resultados fueron que el estudio se analizó con un total de 105 procedimientos quirúrgicos. Hubo 55 mujeres (52.4%) y 50 hombres (47.61%), con edad promedio de 43 ± 26.5 años con un rango de 3 a 83 años. Fueron 75 pacientes de cirugía electiva y 30 se operaron como urgencia. Las cirugías realizadas fueron, en orden de frecuencia, colecistectomía, apendicetomía, plastías inguinales con colocación de malla, colocación de catéteres de Tenckhoff, laparotomías exploradoras, plastías umbilicales y funduplicaturas. Del total de procedimientos realizados se presentaron 6 pacientes (5.7%) con infección del sitio quirúrgico. Conclusión: La prevalencia de infección de la herida quirúrgica en este estudio es similar a la reportada por otros autores. 10

NORTON Pérez, MD (2009). “Infección del sitio operatorio de apendisectomías en un Hospital de la Orinoquia – Colombiana”, con el objetivo de determinar las características de los pacientes operados por apendicitis aguda en nuestra institución y los factores de riesgo para la infección del sitio operatorio. Materiales y métodos. Estudio retrospectivo

de casos y controles en un hospital de mediana complejidad. Se estudiaron las características de 30 pacientes que presentaron infección de la herida quirúrgica luego de apendisectomías de urgencia por apendicitis aguda y se compararon con las de 250 controles de la misma cohorte expuesta. Se seleccionó la muestra por método no probabilístico no apareado a fin de analizar todas las variables. Resultados. Se incluyeron 280 pacientes operados por apendicitis aguda. Se observó un tiempo de evolución prolongado antes de la consulta en urgencia ($41,3 \pm 43,4$ horas) y, aunque el diagnóstico fue acertado inicialmente en la mayoría de los casos (80,4%), el tiempo para ser llevados a cirugía en promedio fue de $14,4 \pm 15,4$ horas. También se encontró falta de uniformidad en la profilaxis antimicrobiana preoperatoria y un mayor costo en los pacientes que recibieron antibióticos por tiempo prolongado en forma injustificada. Sólo se presentó una muerte. Conclusiones. La infección del sitio operatorio en apendicitis aguda en esta institución está dentro de los valores esperados, a pesar de las dificultades en el acceso, la demora en la atención y la gran frecuencia de presentación complicada (51,8%). Los principales factores asociados a la infección del sitio operatorio fueron la presentación complicada y, paradójicamente, los pacientes que recibieron antibióticos en forma más regular.¹¹

LEÓN Jorge Drs (2011). "Complicaciones postoperatorias en la herniorrafia ambulatoria con malla". Estudio comparativo de la tasa de infección del sitio operatorio con y sin profilaxis antibiótica, El propósito del presente estudio es establecer la efectividad de la profilaxis antibiótica (PA) en la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO) en la herniorrafia con malla efectuada en forma ambulatoria con anestesia local. Material y Método: El estudio observacional analítico se realizó dentro del Programa de Cirugía Ambulatoria del CRS Cordillera, en dos grupos consecutivos de pacientes, el primero que se sometió a PA mediante 1gr de Cefazolina intravenosa, inmediatamente antes del

procedimiento quirúrgico, y el segundo en el que se prescindió de ella. Los controles postoperatorios se efectuaron al 7° y 30° día por un cirujano del grupo. Resultados: El estudio se efectuó en 955 pacientes operados entre 1998 y 2008. En el primer grupo, constituido por 245 pacientes se usó PA, en el segundo grupo de 710 pacientes se prescindió de ella. Las variables demográficas, antecedentes mórbidas y la duración del acto quirúrgico fueron comparables en ambos grupos. Se registraron 2 casos de infección en el primer grupo (1,05%) y dos en el segundo (0,35). Esta diferencia no fue significativa. El germen aislado fue en todos los casos el estafilococo dorado. Conclusiones: La tasa ISO en la herniorrafia inguinal electiva ambulatoria con malla es baja y no se modificó con el uso de PA. Su empleo indiscriminado no aparece justificado en estos pacientes. ¹²

MCMAHON MJ y Cols. (1996). “Complicaciones en pacientes sometidas a cesáreas, Washington”. Realizaron un estudio en una población de 24,074 mujeres a quienes se les realizó cesárea, por medio de su análisis, comunicaron la incidencia de complicaciones en mujeres que tuvieron sus partos por cesárea electiva en comparación con las que tuvieron una cesárea después de un trabajo de parto que no pudo terminar en parto vaginal, entre las complicaciones posibles se incluyeron histerectomías, daño de estructuras pelvianas e infecciones, comparando en esta última complicación un 2.2 % de incidencia en cesárea electiva con 3.3% de cesáreas después de un trabajo de parto. ¹³

MORENO Alemán Javier (2013). “Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos Jurídicos Positivos de la implementación de la lista de Verificación Segura – España”. Se realizó una investigación en un Hospital de España, con un estudio de corte transversal, concluye que es preciso crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, logrando el compromiso y la convicción de todos

los profesionales implicados en la utilidad de la herramienta. De otro modo, la exigencia por parte de la Administración a través de una norma jurídica del deber de cumplimentar el check list, sin un compromiso firme de los profesionales sanitarios, podría afectar negativamente a la responsabilidad de la Administración y de los propios profesionales, pues la ausencia de la Lista de Verificación Segura, podría llegar a generar responsabilidad para la institución y/o los profesionales.¹⁴

ORTIZ Loyo Heidy Yanira (2001). “Factores contribuyentes y determinantes de infección de herida operatoria en el Hospital Nacional Kjell Eugenio Laugerud García en Puerto Barrios, Izabal”, se realizó un estudio retrospectivo - transversal en donde se revisaron expedientes clínicos de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por el departamento de Cirugía y Maternidad. El objetivo del estudio fue identificar los factores que contribuyen de forma directa a la infección de herida operatoria y determinar cuáles de estos pueden ser minimizados, a la vez determinar la relación de la infección de herida operatoria con la edad, sexo, tipo de procedimiento quirúrgico, el uso de antibióticos profilácticos, realización de cultivo, días de estancia hospitalaria; y también factores predisponentes del cirujano como: grado de experiencia, turno y tiempo en el que se realizó el acto quirúrgico os resultados obtenidos en dicho estudio fueron que de 896 procedimientos quirúrgicos realizados, 20 pacientes presentaron infección de herida operatoria.¹⁵

E. RECARI, L.C. Oroz, J.A. Lara. (2009). “Complicaciones de la cirugía ginecológica en el Hospital de Pamplona, España” Sostienen que la incidencia de infecciones secundarias a catéteres endovenosos puede ser hasta del 30%. Su prevención incluye su colocación estéril, bajo indicación estricta, reemplazo cada tres días y retirada precoz. El tratamiento es sintomático. Cuando existe evidencia de infección

sistémica es útil el uso de antibióticos con actividad antiestafilococo, a su vez presentan complicaciones tromboembólicas, se calcula que hasta el 20% de las muertes postoperatorias son debidas a embolismo pulmonar; y una trombosis venosa, Este proceso constituye la causa subyacente de la mayoría de casos de tromboembolismo pulmonar. En cirugía ginecológica las venas que con mayor frecuencia lo presentan son las de las piernas y las de la pelvis. El diagnóstico es en ocasiones complicado: menos de la mitad de las pacientes con dicho proceso presentan síntomas, y sólo el 40% de las pacientes con sospecha clínica ven confirmado su diagnóstico por ecografía Doppler.¹⁶

VILLANUEVA LAZO Fernando José (2002), "Factores de riesgo asociados a endometritis e infección de herida operatorio post-cesárea en el Hospital Nacional Docente Madre Niño -San Bartolomé de Perú", diseñó un estudio epidemiológico de tipo descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Teniendo como población a las pacientes atendidas en el 2002, que presentaron criterios de endometritis e infección de herida operatoria post-cesárea, cuyas historias clínicas fueron revisadas y registradas en la fecha correspondiente. Se concluyó un total de 9625 partos, 2086 fueron por cesárea (21.85%), de los cuales presentaron infección intrahospitalaria 89 casos (4.27%); 1.39% de endometritis y 2.88% de infección de herida operatoria post-cesárea. El grupo donde se observó el mayor número de casos corresponde a edades de 20 a 29 años, en primigestas, de preferencia en gestaciones a término. La estancia hospitalaria fue prolongada en promedio 7.1 días o 640 días/cama. Se vio que el factor de riesgo más importante es la anemia, la pre eclampsia y el RPM, la mayor parte tuvo más de 4 tractos vaginales previos a la cesárea, la mayoría de las cesáreas fue de urgencia siendo la principal indicación cesareada anterior, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, pre eclampsia severa. Los diagnósticos de infección de herida operatoria en su mayor parte se realizaron luego del cuarto día post-operatorio y segundo a tercer día en caso de endometritis.

Llegando a la conclusión de que la tasa de ataque de infecciones intrahospitalarias es indicador del nivel de atención de un hospital, cuyas cifras se pueden reducir conociendo los factores de riesgo e implementando medidas preventivas. 17

CELER MAURICIO QUIROZ Valenzuela (2002). En su investigación titulada: "La incidencia y los principales factores de riesgo asociados a infección de herida quirúrgica en pacientes cesareadas en el Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú. Se realizó un estudio observacional analítico de tipo casos y controles comparando 204 mujeres cesareadas con infección de herida operatoria con 408 pacientes en quienes no ocurrió la infección después de la cesárea. Se concluyó que la incidencia de infección de herida quirúrgica en pacientes cesareadas fue 5,8%. El tiempo operatorio, el antibiótico profilaxis, las complicaciones intraoperatorios, patología materna asociada, anemia, hipoproteinemia e infección de vías urinarias no se asociaron con infección de herida en pacientes sometidas a operación cesárea. Tres factores incrementaron el riesgo de infección de herida quirúrgica después de la cesárea: cesárea de emergencia; corioamnionitis y obesidad. En conclusión, la cesárea de emergencia, la corioamnionitis y la obesidad son factores de riesgo para infección de herida operatoria en pacientes cesareadas. 18

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Cuidado

Es la **acción de** preservar, guardar, conservar o asistir. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otra persona, tratar de incrementar su **bienestar** y evitar que sufra algún perjuicio. El concepto está estrechamente vinculado con el área de la salud y especialmente con una actividad profesional inherente y muy necesaria en ésta como es la de la enfermería. La enfermería implica todos aquellos cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo luego que el paciente haya sido sometido a una intervención quirúrgica.¹⁹

2.2.2 SEGURIDAD DE PACIENTE QUIRÚRGICO

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias. Las complicaciones generalmente se presentan en pacientes con problemas crónico-degenerativos, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad o las arritmias en el corazón, debido a que la dosis de anestésicos necesaria para la operación puede producir cambios en el metabolismo cardiaco, es decir, pérdida de conciencia, coma y paros respiratorios. Después de una cirugía, los pacientes están expuestos a contingencias inmediatas como sangrado masivo, arritmia o la perforación de una arteria. Estas eventualidades se presentan independientemente de la capacidad técnica del médico, debido a que los humanos tenemos un comportamiento desigual y reaccionamos de forma diferente a las intervenciones hospitalarias y más si se padece una enfermedad

degenerativa. Por ello la aplicación adecuada del listado de verificación quirúrgica constituye una herramienta de seguridad del paciente conocido, validado, efectivo y eficiente, con cuya implantación se pueda mejorar la seguridad del acto quirúrgico tanto para los pacientes como para los profesionales. ²⁰

LISTA DE CHEQUEO

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad asistencial y motivo de preocupación universal.

La aparición de eventos adversos (incidentes evitables) derivados de la atención sanitaria, ligados a una elevada morbi-mortalidad en los sistemas sanitarios desarrollados. Diversos organismos a nivel internacional, han emprendido múltiples iniciativas orientadas al desarrollo de estrategias, acciones y medidas legislativas, abordando cuestiones relacionadas con intervenciones para reducir en el proceso peroperatorio, la morbi-mortalidad asociada a los procedimientos quirúrgicos.

Actualmente y según publica la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organización privada sin ánimo de lucro de EE.UU cuya misión es mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados a los pacientes, afirma que las soluciones más constructivas y el éxito se debe a la implicación de los pacientes en su seguridad, el trabajo en equipo y la comunicación de los profesionales, así como la instauración de estrategias en materia de seguridad. Se trata de acciones dirigidas a mejorar la seguridad quirúrgica que permitan reducir los incidentes y eventos adversos evitables en la práctica clínica.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye la estrategia número 8 del Plan

de Calidad situando la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos claves de la mejora de la calidad. ²¹

CUIDADO DE ENFERMERÍA INTRAOPERATORIO

Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero.

La enfermería implica todos aquellos cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo luego que el paciente haya sido sometido a una intervención quirúrgica.

CALIDAD DEL CUIDADO

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valoración del cuidado y satisfacción de los pacientes. En este sentido, oír lo que los pacientes tienen para relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones. Los cambios en el contexto mundial han hecho con que los pacientes y sus familiares exijan un comprometimiento renovado con la mejora de la calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud, estimulados por la preocupación con la seguridad del paciente. La calidad brindada, crea en el paciente una opinión sobre el cuidado recibido del personal de enfermería que labora en los centros asistenciales, que no es más que la satisfacción del paciente. La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: la naturaleza de los cuidados, razón para proporcionar, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutoria y a la normatividad legal existente.

La calidad del cuidado de enfermería, involucra varios componentes, desde la esencia misma de lo que son los cuidados hasta los medios para prestar los mismos. El profesional de enfermería, constituye un recurso humano esencial dentro de las instituciones de salud, cuyo fin es prestar atención integral a la persona en el ámbito de la salud, implementando el cuidado y el contacto permanente y directo con el paciente.²²

PRINCIPIOS DE ASEPSIA EN CENTRO QUIRÚRGICO

- No salir de una zona estéril o girar el cuerpo desde la misma.
- No hablar, toser o estornudar sobre un campo u objeto estéril.
- Todo objeto estéril debe estar por encima de la cintura.
- No dejar caer soluciones en campos estériles.
- No se usará equipos de los cuales haya duda de su proceso de esterilización.

BIOSEGURIDAD

Generalidades de Bioseguridad

Observaciones realizadas por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea, la llevaron a concluir sobre la necesidad de abandonar el uso de salas comunes y más bien dividir las en varios ambientes (cubículos); asimismo, enfatizó la importancia de la asepsia y de mantener los ambientes limpios. Gracias a sus observaciones cambió el concepto popular de la transmisión de infecciones (ambiental), por el de contacto con fluidos corporales. En 1958 la Comisión Conjunta para la Autorización de Hospitales y la Asociación de Hospitales Estadounidense, acordó que todo hospital autorizado debe nombrar una comisión ad hoc y tener un sistema de vigilancia, como parte de un programa formal de control de infecciones que tendrá como propósito reducir la tasa de infecciones.

Las autoridades del Ministerio de Salud (MINSA) por medio de una resolución ministerial consideran que las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de salud pública, en razón de estar asociadas a un incremento de morbilidad y mortalidad pre hospitalaria y hospitalaria, además de una prolongación de la estancia y elevar los costos. Ante esta situación, y a efecto de prevenir y controlar dichas infecciones por resoluciones ministeriales en el que se aprueban los documentos técnicos como manuales de esterilización y desinfección.

Surge así el término Bioseguridad originada en la traducción literal del vocablo inglés Biosecurity, este vocablo puede ser interpretado en dos sentidos vida y seguridad que se interrelacionan en el sentido de seguridad y protección a la vida, la otra interpretación que se propone es más restringida y se verifica en el sentido de seguridad y protección frente a lo viviente es decir, por la exposición a agentes biológicos. La bioseguridad es un conjunto de medidas preventivas para proteger la salud y seguridad de las personas en el ambiente hospitalario frente a diversos riesgos biológicos, físicos, químicos, psicológicos o mecánicos.

El objetivo de la aplicación de éstas medidas preventivas es lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. “Las medidas de bioseguridad que se tomen serán más estrictas cuanto más peligrosos sean los gérmenes que se manejan en el área en el cual se trabajan”, es decir, las medidas de bioseguridad deben ser una práctica rutinaria en los centros de salud Hospital y ambulancias, por todo el personal que labora en ellos, independientemente del grado de riesgo según su actividad y de las diferentes áreas que compone el establecimiento. 23

Concepto de Bioseguridad

A.- Bioseguridad: Es un concepto amplio que implica una serie de medidas orientadas a proteger al personal que labora en instituciones de salud y a los pacientes, visitantes y al medio ambiente que pueden ser afectados como resultado de la actividad asistencial. La bioseguridad es el conjunto de medidas mínimas a ser adoptadas, con el fin de reducir o eliminar los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente, que pueden ser producidos por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos. La bioseguridad se realiza en conjunto, el personal que debe cumplir las normas de bioseguridad bajo las normas legales NT N°15 MINSA/ DGSP. V.1, las autoridades que deben hacerlas cumplir y la administración que debe dar las facilidades para que estas se cumplan.²⁴

B.- Principios de la Bioseguridad

Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.

Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.

Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.²⁵

HERIDAS-CLASIFICACIÓN Y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Heridas Quirúrgicas

El manejo de las heridas ha sido tema de controversia y se han utilizado un sin número de sustancias. El proceso de cicatrización se ha estudiado en profundidad, siendo la tendencia actual el manejo de las heridas basado en evidencias científicas más que en la tradición; la contribución en el siglo 19 de Lister Pasteur y tantos otros a comprender la importancia de la asepsia en el manejo y curación de heridas; los estudios respecto a las fases de la reparación celular, han contribuido al manejo actualmente aceptado. Debemos separar lo que significa la atención de urgencia de las heridas, causa importante de consulta en los servicios de emergencia, el manejo de las heridas quirúrgicas y el manejo de las heridas crónicas, que causan elevados costos tanto para el sistema de salud como para los pacientes. Para hablar de este tema, debemos regirnos por los términos aceptados en una reunión de consenso de 1994, en que se define herida como toda disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales. Se definió así mismo los conceptos de herida aguda y crónica, según si seguía o no un proceso de reparación ordenado dentro de un tiempo adecuado, restaurando la anatomía y la funcionalidad, dando un plazo arbitrario de 30 días como límite entre una y otra. Las definiciones son las siguientes: A) Limpia: Herida planeada, cerrada de manera primaria y sin que se haya identificado inflamación aguda, sin entrada en las cavidades quirúrgicas o con estas colonizadas a

menudo (vías gastrointestinales, bucofaringeas, genitourinarias, biliares o traqueo bronquiales), sin rompimiento de la técnica estéril.

B) Limpias Contaminadas:

En la cual en forma electiva se ha realizado la apertura de cualquiera de los tractos anatómicos genitourinario, respiratorio y gastrointestinal. Es una abertura limpia y controlada de los tractos anatómicos anteriores colonizados normalmente, con rotura mínima de la técnica estéril, re operación a través de una incisión limpia en plazo de siete días.

C) Contaminadas:

Aquella en donde hay manifestaciones de inflamación aguda (eritema, calor local, dolor a la palpación) pero sin evidencia de secreción purulenta. Se encuentra una rotura importante de la técnica estéril, traumatismo penetrante de menos de cuatro horas de evolución, heridas abiertas crónicas para injerto. El uso de antibióticos profilácticos debe ser determinado por el lugar de las operaciones, la flora bacteriana ya conocida.

D) Sucias:

Son en las que se encuentra material purulento durante la operación o cuando una víscera hueca muy contaminada se perfora accidentalmente, traumatismo penetrante de más de cuatro horas de duración, en este caso debe establecerse un curso terapéutico.²⁶

BIOÉTICA

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se analiza a la luz de los principios y valores morales.

Los principios éticos reguladores de la actuación profesional resultan especialmente necesaria en nuestro fragmentado ámbito cultural, ya que el recurso a la conciencia individual, aludido frecuentemente como única fuente de ética o moralidad, en demasiados casos sólo ha demostrado

servir como puerta de escape o justificación de las opciones éticas más cómodas o más propiciadoras de actuaciones utilitaristas en las que se busca sacar el máximo provecho personal. Asumiendo esto, la nueva ética biomédica intenta recuperar el sentido de dignidad del ser humano, como paciente o sujeto de investigación, en todas las fases de su vida, reconociéndolo en todo momento como sujeto de derechos, lo que implica necesariamente el respeto a su libertad y el acceso a la información útil en cada caso, integrando estos derechos con los deberes de conciencia del propio médico, que no debe quedar en ningún momento despojado de su propia responsabilidad ni de sus propias convicciones, ya que cada uno somos responsables de nuestros propios actos sin que podamos delegar en nadie nuestra responsabilidad moral.²⁷

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud" según define la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.

RIESGO QUIRÚRGICO

La necesidad de medir el nivel de riesgo quirúrgico depende de la relación directa con el desarrollo de complicaciones postoperatorias y el uso de recursos hospitalarios. La construcción de una escala de riesgo quirúrgico (ERQ) se fundamenta en el uso de un lenguaje común y en la utilización de un número reducido de variables objetivables, de fácil recolección y reproducibles.

RIESGO ANESTESIOLOGICO

Para evaluar el riesgo anestésico de un paciente que será intervenido de un procedimiento quirúrgico electivo se debe evaluar el estado físico, la presencia de condiciones médicas concomitantes y el tipo de cirugía propuesta. Además analizar el impacto en la función cardiovascular del acto anestésico y de los agentes farmacológicos a utilizar, considerar la existencia de posible compromiso de órganos vitales y sistema nervioso autónomo, sobretodo en el aspecto hemodinámica durante la anestesia.

La disminución del riesgo del paciente depende de las acciones médicas durante la peri operatoria y de la interrelación que tenga con los demás componentes del universo operatorio. Independiente de la suma de factores todos evento adverso intra operatorio podría ser susceptible de identificación previa a su ocurrencia y es allí donde el interrogatorio pre anestésico exhaustivo y las herramientas con que cuente el anesthesiologo para este fin juegan un papel importante. La evaluación preoperatoria es un componente esencial de la práctica segura; además, se ha comprobado que los pacientes que tienen acceso a una evaluación preoperatoria donde se identifican factores de riesgo preexistentes se asocian con baja estancia hospitalaria, menores costos y disminución en el número de suspensiones; aun así, su relación con la ocurrencia de eventos intra operatorios no anticipados no se ha estudiado en profundidad. Por tanto, es indispensable evaluar la influencia que este factor tiene sobre la morbilidad y mortalidad peri-operatoria relacionada con la anestesia.

El acto anestésico es resultado del análisis realizado por el anesthesiologo a través de la recopilación de datos y el éxito radica en los elementos que utiliza desde la valoración pre anestesia, la cual es preferible realizarla con antelación a la cirugía propuesta.²⁸

Teorías de Enfermería

MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible. Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

* Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

* Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros realizan en su lugar, según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos, para la que la persona logre su autonomía.

* Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

* **Problema de dependencia:** Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el paciente.

* **Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

* **Fuente de dificultad:** Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

Conocimientos: Los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Voluntad: Compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.

- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

* Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

* Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente: falta de fuerza, de voluntad y conocimientos.

* Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el paciente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

* Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del paciente en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.

TEORÍA DE WATSON:

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.

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 auto actualización a través de la auto aceptación 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 se 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 diseñado 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. 29

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.3.1 EPES: Son empresas Privadas, que brindan servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la regulación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA)

2.3.2 CUIDADO DE ENFERMERÍA: Proceso interpersonal terapéutico, entre un paciente que tiene necesidad alguna y un personal de enfermería capaz de responder a la necesidad.

2.3.3 PACIENTE QUIRÚRGICO: Es aquella que conducida a sala de operaciones es intervenida de cualquier patología de acuerdo a la especialidad.

2.3.4 ENFERMERA CIRCULANTE: Profesional especialista, quien organiza, prepara y monitorea el insumo, instrumental y equipos del quirófano, que reúna las condiciones adecuadas antes de la llegada del paciente.

2.3.5 PERIODO INTRA OPERATORIO: Acto basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Implica desde la entrada del paciente a quirófano hasta finalizada la intervención quirúrgica.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de la información se realizó utilizando las siguientes fuentes:

- ✓ Libros, revistas, paginas relacionadas al cuidado quirúrgico.
- ✓ Manual de organización y funciones de la clínica.
- ✓ Registros de información oficina de estadística.
- ✓ Registros de enfermería utilizados en el centro quirúrgico.
(consignados en anexos)

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

En el año 2007, me destacaron al Servicio de Centro Quirúrgico, puesto que las habilidades en mí fueron desarrollándose aún más.

El área se hallaba en el primer piso de la Clínica, junto a Emergencia fueron dándose grandes cambios en la Institución, una de ellas la venta de la clínica al Grupo Chileno Banmédica, los cuales realizaron una gran expansión y crecimiento en todos los sentidos de la clínica, la cual mantuvo su nombre: Clínica San Felipe.

En el año 2012, realizaron una mega construcción de un edificio de 6 pisos, en los cuales se encuentran las áreas de hospitalización Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Pediatría y Centro Quirúrgico, en el cual laboro actualmente.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El año 2012 inicio mi trabajo en centro quirúrgico de la clínica san Felipe, que contaba solo con tres quirófanos habiéndose incrementado en la actualidad a seis quirófanos destinados para cirugía electiva y emergencias que funciona las veinticuatro horas del día, realizándose cirugías de alta, mediana y baja complejidad, contando para ello con personal de enfermería estable capacitado dentro del equipo quirúrgico. Cabe señalar que todas las cirugías son atendidas por enfermeras el 80% de ellas se cumple la función de circulante, y el 20% se instrumenta. Según las especialidades y la complejidad de las cirugías los cirujanos vienen con enfermera instrumentista que brinda servicio particular, o sea se encuentra tercerizado el servicio.

Cabe señalar que se realizan intervenciones quirúrgicas en las siguientes especialidades: Cirugía cardiovascular, cirugía intervencionista (hemodinamia). Cirugía abdominal. Cirugía Maxilofacial. Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía traumatológica, Cirugía Gineco - obstétrica, Otorrinolaringológica, Cirugía bariátrica. Cirugía Oncológica (mastectomía).

Las funciones que desarrollo en centro quirúrgico de la clínica en referencia están orientadas al cuidado integral del paciente quirúrgico con el mínimo riesgo posible basada en las teorías de enfermería, de Virginia Henderson que toma en cuenta las catorce necesidades básicas ya que el paciente quirúrgico es un paciente de grado de dependencia tres o cuatro. Se aplican los estándares de calidad acorde a los avances de la ciencia. Como las estrategias para disminuir riesgos, complicaciones como la lista de cirugía segura o lista de chequeo que se encuentra implementada y es aplicada por la enfermera durante el intra operatorio en los diferentes momentos. Las funciones que desarrollo en el área de Centro Quirúrgico son:

Función Administrativa:

- Monitoreo, Supervisión de: el cumplimiento de la normativa de medidas de asepsia y bioseguridad existente en el centro quirúrgico, tales como el cumplimiento de Procedimientos Técnicos y Administrativos de los quirófanos, del buen uso y mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos. Los procedimientos administrativos y técnicos establecidos para el ingreso, transporte y/o transferencia de los pacientes a la unidad de recuperación pos anestésica.
- Coordino la asignación de personal del centro quirúrgico de acuerdo al rol de intervenciones quirúrgicas y a la complejidad de las cirugías.
- Se coordina la dotación de insumos en el quirófano, de acuerdo al tipo de cirugía optimizando los recursos: como el registro de costeo de la intervención quirúrgica desarrollada, de acuerdo al tarifario de la clínica.
- En caso de terciarización de servicios del trabajo externos (endoscópicos), llevando un control estricto y efectivo para contribuir el buen desarrollo de los procedimientos.
- Coordino el trabajo de sala con las empresas externas respecto al ingreso y salida de instrumental e insumos que consta en una hoja de registro de enfermería, así mismo mantengo comunicación eficiente con los miembros del equipo quirurgo y reviso las variables que influyen en el éxito de la cirugía, tales como; personal, instrumentista, instrumental, insumos, equipamiento, productos ocasionales, reviso diariamente con la jefatura de central de esterilización, la totalidad del instrumental que se necesitará de acuerdo a la programación.

Función Asistencial:

- Planifico, organizo y evalúo las condiciones del ambiente quirúrgico, antes durante y después de la intervención quirúrgica.
- Coordino por designación, según el rol de trabajo de enfermería y las actividades del Centro Quirúrgico de acuerdo al programa operatorio aprobado, solicitando a los servicios el envío de los pacientes con suficiente anticipación, la recepción se realiza con el medico anesthesiólogo de los quirófanos correspondientes.
- Controlo y superviso el ingreso al Centro Quirúrgico del paciente programado.
- Recepciono al usuario quirúrgico verificando identidad, sitio operatorio, consentimiento informado, condiciones de preparación pre-operatoria, historia clínica, exámenes auxiliares y realizar la valoración aplicando el proceso de atención de enfermería.
- Realizo el lavado de manos quirúrgico.
- Realizo el registro peri operatorio del usuario quirúrgico de forma correcta.
- Informo e instruir al paciente quirúrgico sobre el tipo de operación al que va ser sometido.
- Brindo y aseguro una atención eficiente, eficaz, con calidad y calidez al usuario en el periodo preoperatorio inmediato e intra operatorio.
- Aplico de forma correcta la lista de chequeo de cirugía segura y la hoja de consumo al usuario quirúrgico.
- Brindo apoyo emocional al paciente quirúrgico antes de ser anestesiado.
- Participo en la colocación del paciente en la posición quirúrgica requerida dándole máxima seguridad.

- Aplico el Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado del usuario quirúrgico para prevenir accidentes o complicaciones post-operatorias.
- Coordino las acciones con el equipo quirúrgico solucionando problemas que interfieran la buena marcha del acto quirúrgico.
- Cumpló las normas y procedimientos para mantener la asepsia en el centro quirúrgico, especialmente dentro del quirófano.
- Distribuyo los insumos, materiales e instrumental necesarios para la cirugía.
- Ejecuto y/o superviso el control en el conteo de las gasas, agujas e instrumental al inicio de la cirugía, antes del cierre de la cavidad abdominal y al término de ésta en coordinación con el enfermero/a instrumentista para prevenir accidentes y complicaciones post-operatorias
- Asumo la responsabilidad frente a la rotulación del envío oportuno de muestras y especímenes para su estudio bacteriológico o histopatológico correspondiente, juntamente realizo el llenado del formato indicado.
- Efectúo la devolución de materiales y medicinas a la farmacia según corresponda.
- Superviso la limpieza del quirófano para mantenerlo en condiciones óptimas para su inmediata utilización.
- Cumpló con las normas establecidas para el tratamiento de una sala contaminada según Guía de Procedimiento.
- Valoro la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y del servicio.
- Realizo el lavado de la zona operatoria del usuario quirúrgico de acuerdo a la Guía de Procedimientos usando los antisépticos aprobados por la institución.

- Coordino y superviso la labor de personal de servicio interno en la limpieza o desinfección del quirófano.
- Optimizo el uso de los recursos disponibles y velar por el buen uso y mantenimiento de los mismos.
- Aplico las normas y medidas de bioseguridad del servicio.
- Informo la contaminación ambiental en el quirófano.
- Participo en la elaboración de Protocolos, Guías de Cuidado y Guías de Procedimientos del Servicio en la atención al usuario quirúrgico.
- Superviso las funciones, actividades y tareas de enfermería del personal a su cargo.
- Confección de estadísticas diarias, mensuales y anuales de las cirugías realizadas en Sala.

Cabe resaltar que las funciones y atribuciones de la enfermera asistencial de sala (turnos de noche, domingo y feriados), es básicamente la participación constante en la atención clínica del paciente que ingresa a intervenir quirúrgicamente al quirófano en la coordinación de las intervenciones quirúrgicas, supervisar el cumplimiento de la Normativa técnica y administrativa. Atender los requerimientos del paciente y del equipo quirúrgico y participar en los procedimientos de aseguramiento de la intervención quirúrgica (Ej. pausa de seguridad).

La participación activa por sala de operaciones es básicamente un 80% de cirugías circuladas y un 20% de cirugías instrumentadas. Específicamente contamos por cada quirófano con 1 profesional de enfermería, 2 personales técnicos.

- Planifico, organizo, evalúo las necesidades de enfermería en mi área de trabajo utilizando registros de enfermería elaborados con mi participación directa.

Función Docente:

- Participación en las reuniones de servicio, ya sea informativa o de capacitación. Realizo constantes capacitaciones a los profesionales de enfermería que ingresan de la casa comercial para un mejor desenvolvimiento en el área, al momento de la intervención quirúrgica.
- De acuerdo a estas funciones que se desarrolla de acuerdo al rol de trabajo, durante mis 7 años de experiencia en el área se observó que existiendo estándares internacionales que aqueja el desarrollo profesional, se tenía aportar mejoras con la finalidad de controlar y satisfacer las necesidades de un entorno de trabajo optimo, es así que se realizó una lista de Verificación Quirúrgica y un Protocolo del ejercicio para el cuidado del paciente quirúrgico realizado a los pacientes y en entorno.
- Se realiza curso de actualización para personal técnico de enfermería con respecto a bioseguridad del paciente y evitando el alto riesgo de infecciones.

Función De Investigación:

- Se participó en la elaboración de la lista de chequeo de cirugía dando un mejor cuidado al paciente, la cual fue validado por la jefatura de enfermería del centro quirúrgico para luego ser revalidada por el comité de calidad quien indica su aplicación.

IV. RESULTADOS

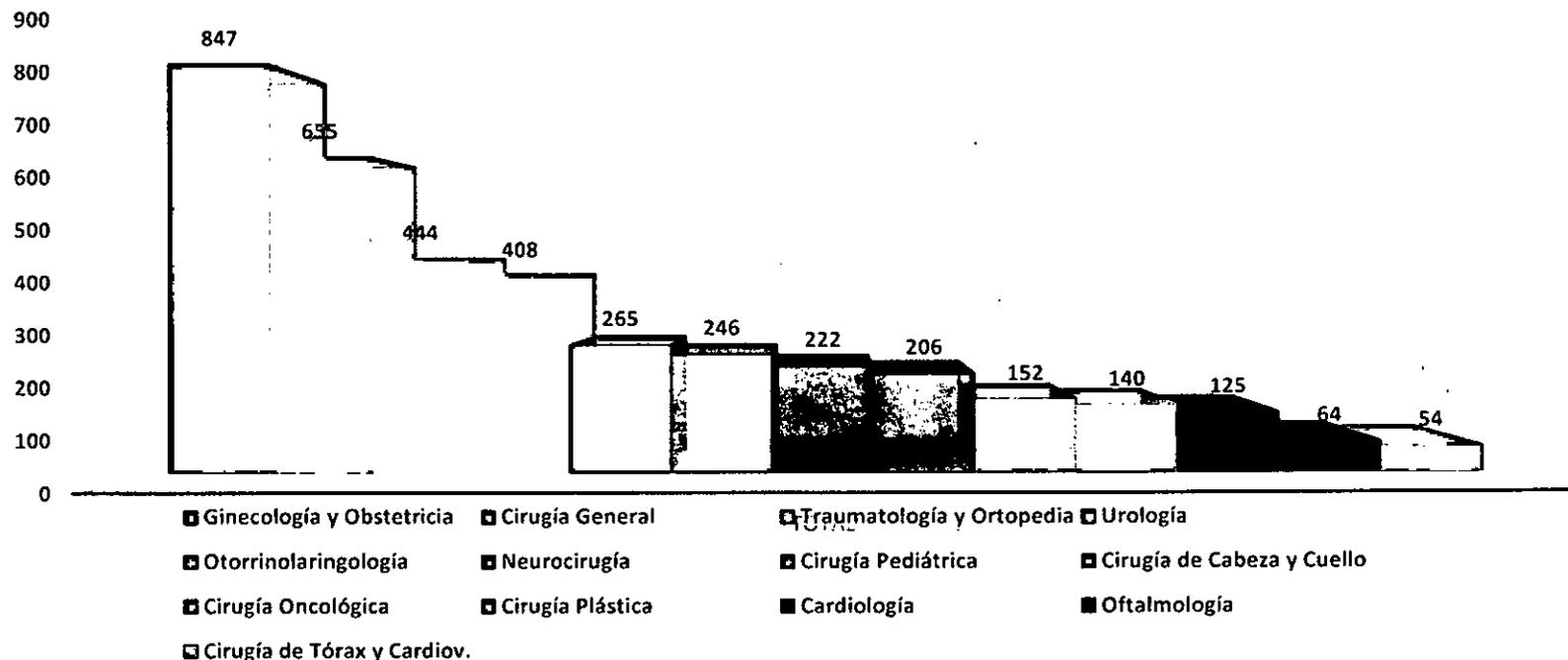
TABLA N° 4.1
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS SEGÚN ESPECIALIDADES-CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE AÑO 2015.

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS												TOTAL	%
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
Ginecología y Obstetricia	61	59	78	50	74	58	78	81	74	74	73	87	847	22%
Cirugía General	49	37	67	80	67	72	46	47	47	64	47	32	655	17%
Traumatología y Ortopedia	34	36	46	36	43	38	33	25	35	42	34	42	444	12%
Urología	25	47	43	41	33	35	27	31	32	33	31	30	408	11%
Otorrinolaringología	22	20	22	14	27	21	17	24	24	25	19	30	265	7%
Neurocirugía	22	20	16	17	17	21	21	38	29	14	17	14	246	6%
Cirugía Pediátrica	23	20	16	27	20	24	21	19	16	7	16	13	222	6%
Cirugía de Cabeza y Cuello	16	15	24	19	14	16	15	26	28	6	14	13	206	5%
Cirugía Oncológica	14	10	18	10	10	17	15	3	13	6	19	17	152	4%
Cirugía Plástica	10	7	9	14	9	7	13	21	10	8	17	15	140	4%
Cardiología	8	10	13	8	10	11	11	21	13	7	4	9	125	3%
Oftalmología	3	1	0	1	3	5	5	2	8	2	20	14	64	2%
Cirugía de Tórax y Cardiov.	2	4	9	1	2	6	4	6	1	4	5	10	54	1%
TOTAL	289	286	361	318	329	331	306	344	330	292	316	326	3,828	100%

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe- 2015

GRÁFICO N° 4.1

NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS - CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE, 2015.



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe - 2015

En la tabla N° 1, se observa que la cirugía Ginecológica y Obstétrica ocupa el primer lugar con 847 intervenciones en el con un 22%; seguida de la Cirugía General (655) con un 17%, el tercer lugar la ocupa la especialidad de Traumatología y Ortopedia con 444 intervenciones representada en un 12%, en cuarto lugar no menos importante la ocupa la especialidad de Urología con 408 intervenciones representada con un 11%, en la Clínica San Felipe en el primer semestre del año 2015.

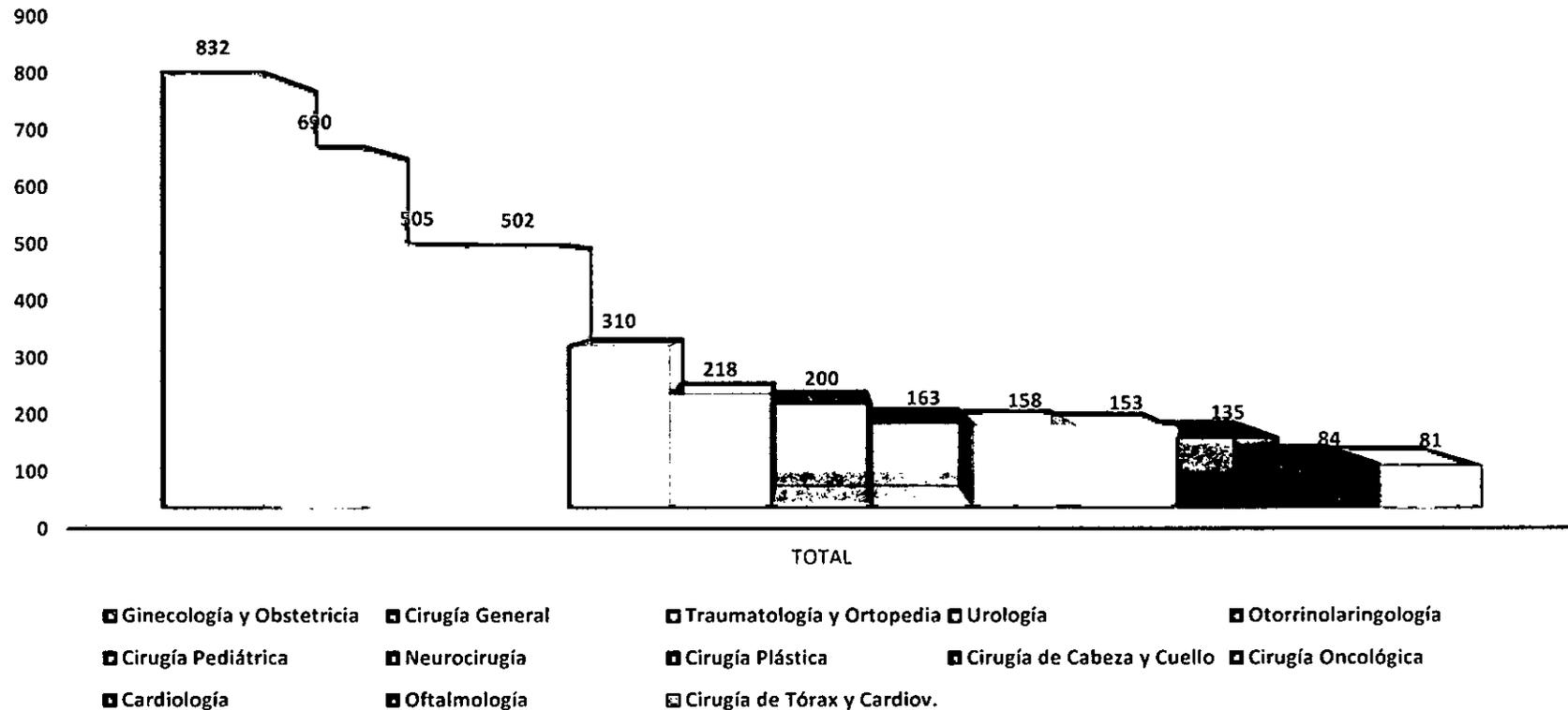
TABLA N° 4.2
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS SEGÚN ESPECIALIDADES - CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE
AÑO 2016.

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS												TOTAL	%
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB.	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
Ginecología y Obstetricia	79	73	79	73	74	71	46	67	73	59	60	78	832	21%
Cirugía General	55	55	62	57	49	57	49	65	60	54	73	54	690	17%
Traumatología y Ortopedia	40	30	33	45	51	37	31	50	53	49	49	37	505	13%
Urología	48	34	41	43	40	37	34	48	48	44	43	42	502	12%
Otorrinolaringología	23	28	33	21	28	21	24	37	17	29	25	24	310	8%
Cirugía Pediátrica	21	22	12	31	17	21	9	18	11	13	23	20	218	5%
Neurocirugía	10	10	10	19	10	25	17	21	24	18	24	12	200	5%
Cirugía Plástica	14	12	9	10	15	13	22	13	15	19	12	9	163	4%
Cirugía de Cabeza y Cuello	17	14	5	14	16	8	21	17	12	10	13	11	158	4%
Cirugía Oncológica	19	15	9	13	14	21	15	12	11	7	9	8	153	4%
Cardiología	12	12	10	8	13	17	7	8	13	10	16	9	135	3%
Oftalmología	9	7	9	8	9	5	5	9	2	5	5	11	84	2%
Cirugía de Tórax y Cardiov.	7	6	5	5	9	6	3	9	13	4	10	4	81	2%
TOTAL	354	318	317	347	345	339	283	374	352	321	362	319	4,031	100%

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe- 2015

GRÁFICO N° 4.2

NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS - CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE, 2016.



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe- 2016

En la tabla N° 2, se observa que la cirugía Ginecológica y Obstétrica ocupa el primer lugar con 449 intervenciones con un 21%; seguida de la Cirugía General con 335 intervenciones con un 16%, el tercer lugar la ocupa la especialidad de Urología con 243 intervenciones representada en un 11%, en cuarto lugar no menos importante la ocupa la especialidad de Traumatología y Ortopedia con 236 intervenciones representada con un 11%, en la Clínica San Felipe en el primer semestre del año 2016.

TABLA N° 4.3

APLICACIÓN DE LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE

AÑO – 2015

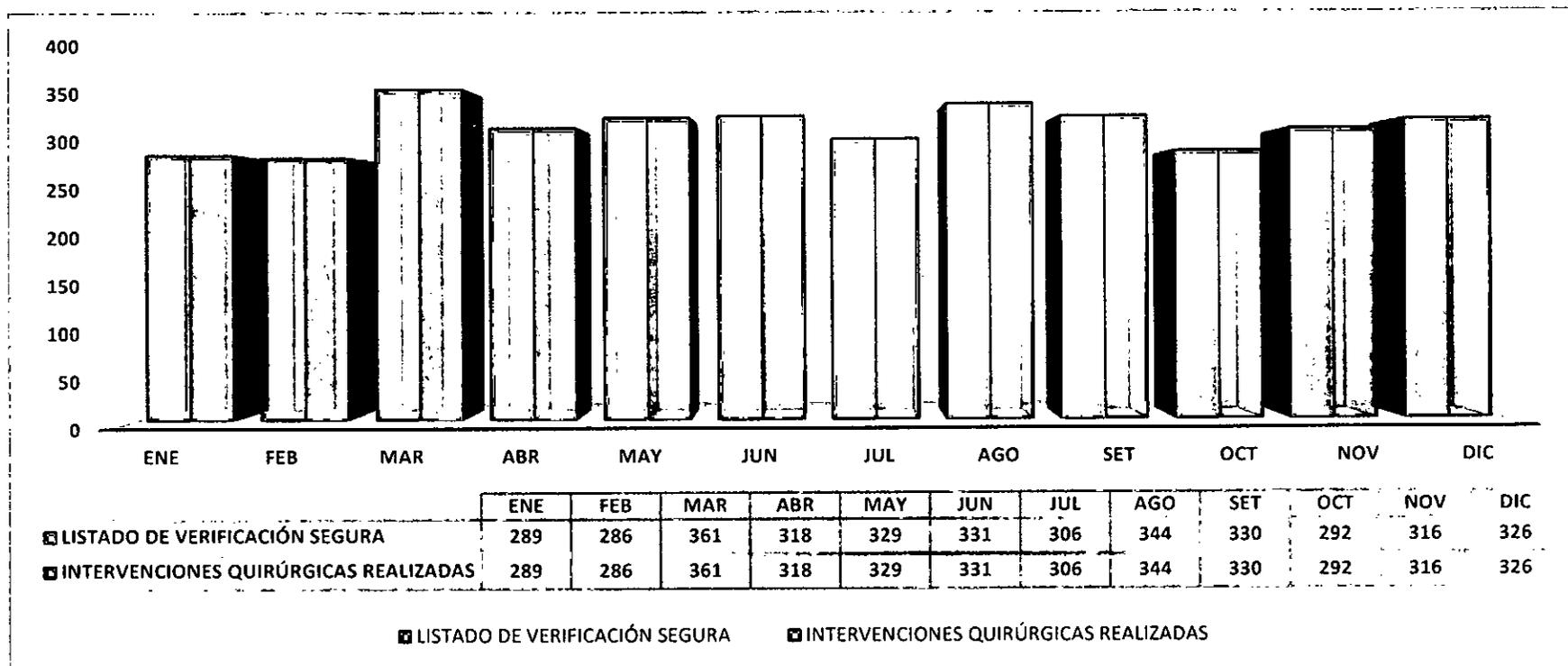
LISTA DE VERIFICACIÓN APLICADAS	MESES													Total	%
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB.	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA	289	286	361	318	329	331	306	344	330	292	316	326	3,828	100%	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS	289	286	361	318	329	331	306	344	330	292	316	326	3,828	100%	

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe - 2015

GRÁFICO N° 4.3

APLICACIÓN DE LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE

AÑO - 2015



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe - 2015

En la tabla Nro. 3 se observa que el número de cirugías realizadas es de 3828 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que la realización de la lista de verificación segura es de 3828 con un 100% en el año 2015

TABLA N°4.4

APLICACIÓN DE LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE

AÑO- 2016

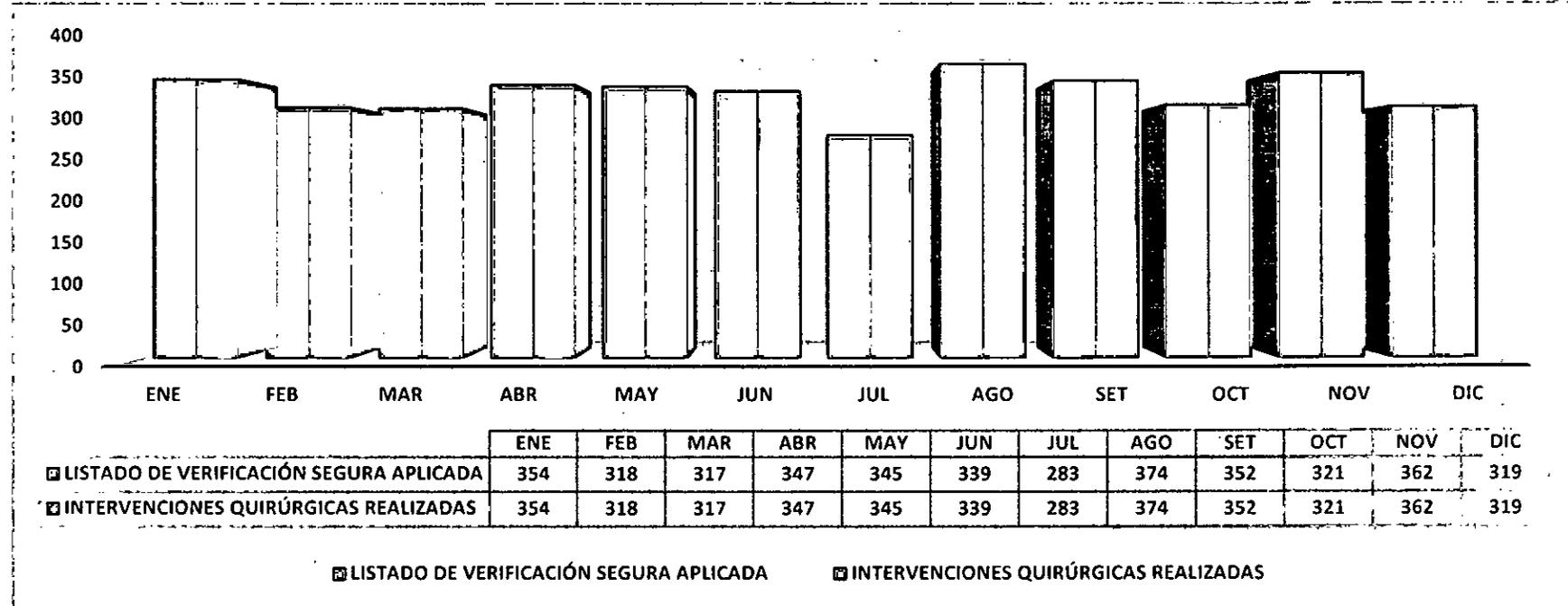
LISTA DE VERIFICACIÓN APLICADAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS													
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB.	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total	%
LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA APLICADA	354	318	317	347	345	339	283	374	352	321	362	319	4,031	100%
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS	354	318	317	347	345	339	283	374	352	321	362	319	4,031	100%

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe - 2016

GRÁFICO N° 4.4

APLICACIÓN DE LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO CLÍNICA SAN FELIPE

AÑO- 2016



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe – 2016

En la tabla Nro. 4 se observa que el número de cirugías realizadas es de 4031 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que la realización de la lista de verificación segura es de 4031 con un 100% en el año 2016.

TABLA N° 4.5

NUMERO DE CIRUGÍAS CON ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA- CENTRO QUIRÚRGICO

CLÍNICA SAN FELIPE AÑO 2015

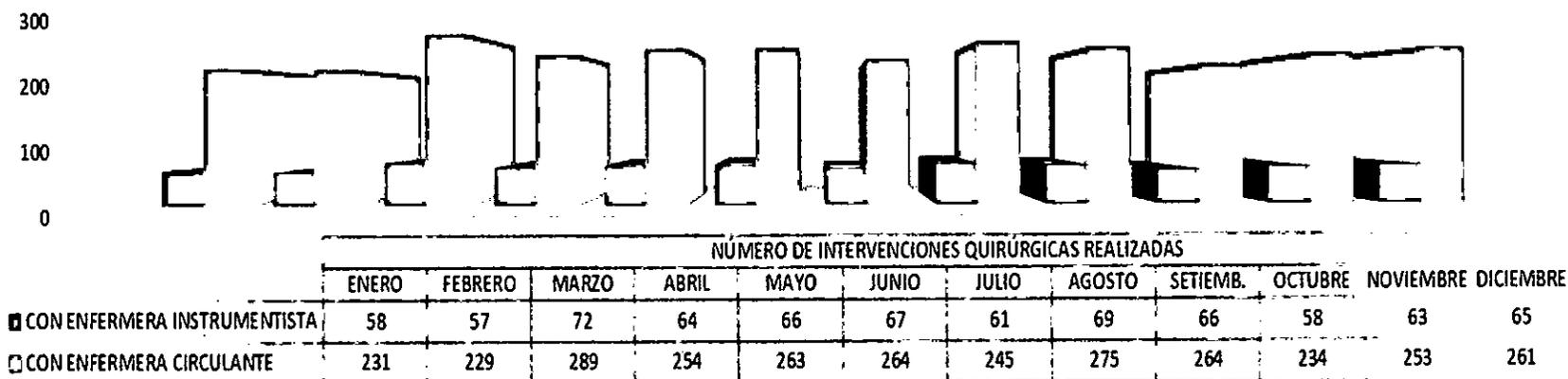
CIRUGÍAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS												Total	%
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
CON ENFERMERA INSTRUMENTISTA	58	57	72	64	66	67	61	69	66	58	63	65	766	20%
CON ENFERMERA CIRCULANTE	231	229	289	254	263	264	245	275	264	234	253	261	3062	80%
TOTAL DE CIRUGÍAS	289	286	361	318	329	331	306	344	330	292	316	326	3,828	100%

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe - 2015

GRÁFICO N° 4.5

NUMERO DE CIRUGÍAS CON ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA- CENTRO QUIRÚRGICO

CLÍNICA SAN FELIPE AÑO 2015



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe – 2015

En la tabla Nro. 5 se observa que el número de cirugías realizadas es de 3828 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que la cirugías instrumentadas es de 766 intervenciones con un 20% y las cirugías no instrumentadas es de 3062 intervenciones con un 80%, en el año 2015.

TABLA N° 4.6

NUMERO DE CIRUGÍAS CON ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA- CENTRO QUIRÚRGICO

CLÍNICA SAN FELIPE AÑO 2016

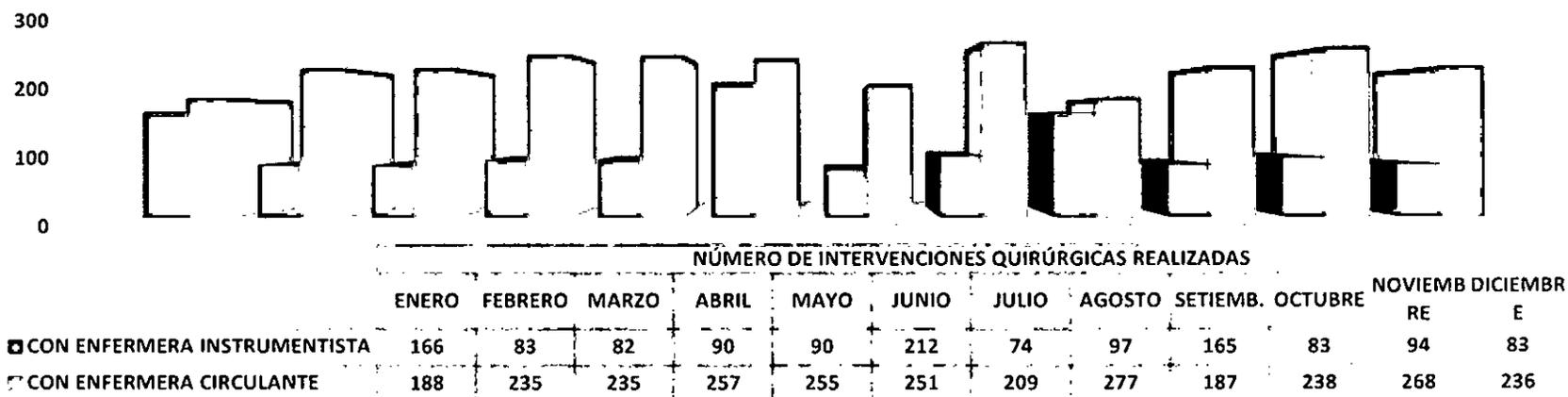
CIRUGÍAS	NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS												Total	%
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB.	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
CON ENFERMERA INSTRUMENTISTA	166	83	82	90	90	212	74	97	165	83	94	83	1048	26%
CON ENFERMERA CIRCULANTE	188	235	235	257	255	251	209	277	187	238	268	236	2983	74%
TOTAL DE CIRUGÍAS	354	318	317	347	345	339	283	374	352	321	362	319	4,031	100%

FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones Clínica San Felipe - 2016

GRÁFICO N° 4.6

NUMERO DE CIRUGÍAS CON ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA- CENTRO QUIRÚRGICO

CLÍNICA SAN FELIPE AÑO 2016



FUENTE: Libro de registro del servicio de Sala de Operaciones de la Clínica San Felipe – 2015

En la tabla Nro. 6 se observa que el número de cirugías realizadas es de 4031 intervenciones, se realiza un comparativo y se determina que las cirugías instrumentadas es de 1048 intervenciones con un 26% y las cirugías no instrumentadas es de 2983 con un 74%, en el año 2016

V. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente informe se concluye que:

1.- Que el Centro quirúrgico de la clínica San Felipe la fortaleza que tiene es el manejo de dos áreas salas de operaciones y recuperación pos anestésicas, permitiendo el monitoreo integral del paciente.

2.- Que el mayor porcentaje de cirugías se realiza con la enfermera circulante e instrumentista cumpliéndose de esta forma los estándares establecidos para el cuidado de enfermería en el intraoperatorios

3.- De las intervenciones quirúrgicas realizadas en el año 2015- 2016 las especialidades con mayor porcentaje son la de Gineceo - Obstetricia con un 22%; Un segundo lugar l Cirugía General con un 17%; seguida por la especialidad de Traumatología y Ortopedia con un 12%. Seguida por las especialidades de urología, cirugía cardiovascular, cabeza y cuello en menor porcentaje.

En el año 2015, las cirugías instrumentadas ocuparon un 20% (766) y las cirugías no instrumentadas es decir solo fueron circuladas ocuparon un 80% (3062). En el año 2016, las cirugías instrumentadas ocuparon un 26% (1048) y las cirugías no instrumentadas es decir solo fueron circuladas ocuparon un 74% (2983).

4.- Se cuenta con un formato de enfermería en Centro Quirúrgico: Lista de Verificación Segura, la utilidad de dicho formato es para la realización de un cuidado humanizado en base a nuestra teórica de enfermería: Virginia Herdenson, frente al paciente en la cirugía desde la recepción del paciente, la cirugía propiamente dicha y el traslado a URPA, comprendiendo de 3 partes: la entrada, la pausa quirúrgica y la salida.

VI. RECOMENDACIONES

- Solicitar a las autoridades de la Clínica San Felipe dotar de enfermeros/as especialistas en Centro Quirúrgico para brindar un mejor servicio.
- Capacitación continúa sobre bioseguridad para el personal de técnicos de enfermería sobre el adecuado uso de barreras de protección.
- Brindar la dotación de la información estadística del Formato de Verificación Segura, ello nos permitirá elaborar indicadores y nos facilitará una mejora en el funcionamiento y elaboración en la participación de la Lista de cirugía segura Check List en el Intraoperatorio.
- Realizar la coordinación y distribución respectiva a los diferentes servicios que el profesional de enfermería de Centro Quirúrgico realiza en las 3 áreas: Central de Esterilización, Recuperación y Centro Quirúrgico.

VII. REFERENCIALES

1. CASTILLO Palacios Freddy William. Importancia de la gestión del talento humano [Internet]. Asociación de egresados y graduados de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 2017 [citado 16 de mayo de 2017].
Disponible en:
<http://blog.pucp.edu.pe/blog/freddycastillo/2010/11/04/importancia-de-la-gestion-del-talento-humano/>
2. FERNÁNDEZ Diez Ángel. Estimación de necesidad de personal de enfermería de una unidad, cálculos prácticos. UNEDENSISCI III Unidades Docentes Esc Nac Sanid. 2013;1(3):27.
3. Colegio de Enfermeros del Perú. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. [Internet]. Primera. Vol. 1. Lima-Perú: Consejo Nacional; 2012 [citado 17 de mayo de 2017]. 50 p. Disponible en: <https://es.slideshare.net/norabalto/gestin-de-la-calidad-en-enfermera-per>
4. Organización Panamericana de la Salud. La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. Oficina Regional para las Américas. 2015;1:1-3.
5. RPP Noticias. Falta de personal de Salud es el problema más latente en Piura. 2016;5-6.
6. PÉREZ López Shirley Gretty. Nivel de comunicación enfermera - paciente en relación con la satisfacción del adulto mayor del servicio de cirugía de Hospital Edgardo Rebagliati Martins. [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2009 [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/349/1/Perez_sg.pdf
7. BALLON Aguilar Yessy. Relación enfermera - paciente según la teoría de Hildegard Peplau en el Servicio de Centro Quirúrgico de un Hospital Nacional. [Perú]: Universidad Nacional de Piura; 2016.

8. GRADOS Arrieta Batzabe. Características de la comunicación enfermero - paciente post quirúrgico mediato: Servicio de Cirugía, Hospital Nacional Dos de Mayo. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
9. MALDONADO Chumpitaz, Jenny. La inteligencia emocional y la interrelación enfermera - paciente del Servicio de Medicina III del Hospital Guillermo Almenara. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
10. J. DOLORES Velázquez Mendoza, Sergio Hugo García Celedón, César Augusto Velázquez Morales. Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal. Scielo. 2011;33(Primer):26.
11. NORTON Pérez MD. «Infección del sitio operatorio de apendisectomías en un Hospital de la Orinoquia – Colombiana». [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
12. LEÓN Jorge Drs. Complicaciones postoperatorias en la herniorrafia ambulatoria con malla. [Paraguay]: Universidad Nacional de Paraguay; 2011.
13. MCMAHON MJ. Luther ER. Bowes WA. Olshan AF. Complicaciones en pacientes sometidas a cesáreas, Washington. 1996;2:335.
14. MORENO Alemán Javier. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos Jurídicos positivos de la implementación del Check List o Lista de Verificación Segura. Uclm. 2013;8.
15. ORTIZ Heidy Yanira. Factores contribuyentes y determinantes de infección de herida operatoria. [Hospital Nacional de Puerto Barrios Kjell Eugenio Laugerud García]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2005.
16. RECARI E OL, Lara J.A. Complicaciones de la Cirugía Ginecológica. Navarra. 2009;32(1):2-3.

17. VILLANUEVA Fernando. Factores de riesgo asociados a endometritis e infección de herida operatoria post cesárea en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2002. [Hospital Nacional Bartolomé Herrera]: Univesidad Nacional Mayor de San Marcos; 25.
18. QUIROZ Valenzuela Celer Mauricio. Infección de herida quirúrgica en cesáreas en el Instituto Materno Perinatal. [Hospital Materno Perinatal]: Instituto Materno Perinatal; 2003.
19. Grupo Prado. Empresa Prestadora de Salud [Internet]. Prado Corredores de Seguros. 2016 [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.grupoprado.com/seguro_eps_empresa_prestadora_de_salud.php
20. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS). Entidades Prestadoras de Salud [Internet]. 2016 [citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://intranet.pcm.gob.pe/Cache/salud.pdf>
21. TREJO Valentin Eva. Evaluación de la Aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica como estrategia de mejora en la Cultura de Seguridad. [Internet]. Healt Universitat de Barcelona Campus. 2015 [citado 14 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66868/1/66868.pdf>
22. ROMERO Perez Yinaris. El Cuidado de Enfermería. 2013;1:5.
23. FORERO De Saade Maria Teresa. NORMAS UNIVERSALES. - BIOSEGURIDAD. [Internet]. 997 [citado 13 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/riesgo_biol%C3%B3gico-bioseguridad/b_bioseguridad/BIOSEGURIDAD.pdf
24. ARCE Chuopitea Marcelo. Manual de manejo de residuos, bioseguridad y prevención de infecciones nosocomiales del instituto nacional de

oftalmología «Javier Pescador Sarget» La Paz – Bolivia 2005. D [Internet]. Primera. Vol. 1. La Paz Bolivia: Macro; 2005. Disponible en: <http://documents.mx/documents/manual-de-manejo-de-residuos-oftamologia.html>

25. MAZZETTI Soles Pilar ZSH. Manual de bioseguridad. En: Manual de Bioseguridad [Internet]. Lima; 2004 [citado 13 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/manual%20de%20bioseguridad.pdf>
26. QUIZHPI Regalado Ruth. Cumplimiento de las Normas y Protocolos del Ministerio de Salud Pública, por parte del personal de enfermería, en la atención del Recién Nacido del Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues- 2014. [Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2014.
27. Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid. Bioética [Internet]. ABIMAD. 2017 [citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.abimad.org/documentaci%C3%B3n-por-temas/1-bio%C3%A9tica-general-y-deontolog%C3%ADa/bio%C3%A9tica-una-nueva-definici%C3%B3n/>
28. BENJAMIN Solsona Dellá. Evaluación Preoperatoria. Factores y Escalas de Riesgo Anestésico. [Internet]. Tarragona: Hospital Joan XXIII; 2015 [citado 18 de mayo de 2017] p. 61. Disponible en: <https://www.academia.cat/files/425-5492-DOCUMENT/Solsona2-4-21Oct13.pdf>
29. División Enfermería. Humanización del Cuidado [Internet]. Hc.Edu; 2011 [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.enfermeria.hc.edu.uy/images/stories/humanizacin_del_cuidado.pdf

ANEXO N° 1



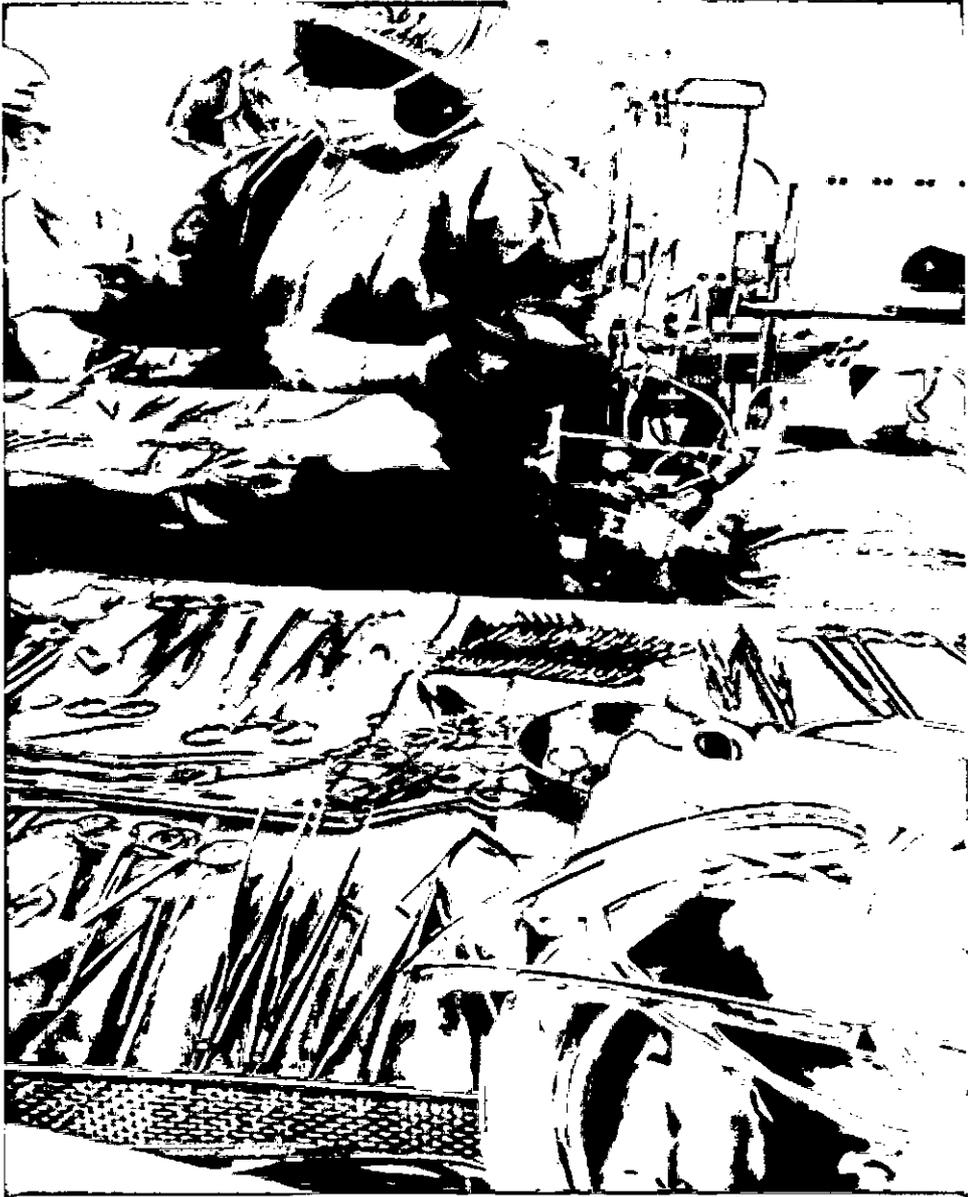
RECEPCIÓN DE PACIENTE PRE OPERATORIO
INMEDIATO

ANEXO N° 2



**PARTICIPANDO EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
INSTRUMENTANDO**

ANEXO N° 3



PREPARACIÓN DE INSUMOS E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE ACUERDO A LA INTERVENCIÓN.

ANEXO N° 4

REGISTROS DE ENFERMERIA UTILIZADOS EN CENTRO QUIRURGICO DE CLÍNICA SAN FELIPE

FICHA DE CONTROL DE TAREAS ADICIONALES DE FINES DE SEMANA Y DIAS FERIADOS 19/03/2017				
ACTIVIDADES		N° SALA	OBSERVACIONES	NOMBRE DE ENFERMERA
1. ¿Qué quirófanos se revisaron y supervisaron durante la limpieza terminal por SILSA				
2. ¿Que cirugías programadas se revisaron?			OBSERVACIONES	NOMBRE DE ENFERMERA
1. Nombre del paciente				
Cirujano				
2. Nombre del paciente				
Cirujano				
3. Nombre del paciente				
Cirujano				
4. Nombre del paciente				
Cirujano				
5. Nombre del paciente				
Cirujano				
6. Nombre del paciente				
Cirujano				
7. Nombre del paciente				
Cirujano				
8. Nombre del paciente				
Cirujano				
(Si hay mas pacientes colocarlo por favor en otra hoja)				
REVISIÓN DE INVENTARIOS	SI	NO	OBSERVACIONES	NOMBRE DE ENFERMERA
3. ¿Se revisó el inventario de instrumental de laparoscopia?				
¿Se retiran pinzas malogradas?				
¿Se reemplazan las pinzas que se retiraron?				
¿Están marcados el número de usos en las pinzas reusable?				
¿El inventario está completo?				
¿Se revisaron y cuantas ópticas quedan? ()				
4. Se realizó limpieza terminal a cuanto de instrumental estéril				
¿Se revisaron fechas e integridad de los paquetes?				
5. ¿Se han revisado la totalidad de accesorios de mesas quirúrgicas?				
¿Se revisaron accesorios de neurocirugía?				
¿Se revisaron accesorios de traumatología?				
¿Se revisaron accesorios de cabeza y cuello y tórax?				

REPORTE DE ENFERMERÍA - SOP

REPORTE DE ENFERMERÍA DE SALA DE OPERACIONES CLÍNICA SAN FELIPE

FECHA

1.- ¿PERSONAL COMPLETO?	MAÑANA	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO
	TARDES	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO
	NOCHE	<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO
Si es No se reemplazó?		<input type="text"/> SI	<input type="text"/> NO
Si es No por qué?			

TOTAL DE PACTES PROGRAMADOS EN 24 HRS.	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>			
	MAÑANA	TARDE	NOCHE	
PACIENTES PROGRAMADOS	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	
PACIENTES DE EMERGENCIA	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	
PACIENTES SUSPENDIDOS	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	

2.- PACIENTES QUE SE QUEDAN DESPUES DE LAS 8PM.

Sala N°:	Dr.:	Edad:
Pcte: _____		
Procedimeinto _____		
Anestesiólogo:		Anestesia:
H. Inicio		H. Termino
Sala N°:	Dr.:	Edad:
Pcte: _____		
Procedimeinto _____		
Anestesiólogo:		Anestesia:
H. Inicio		H. Termino
Sala N°:	Dr.:	Edad:
Pcte: _____		
Procedimeinto _____		
Anestesiólogo:		Anestesia:
H. Inicio		H. Termino

3.- TOTAL DE HORAS DE EXTENSIÓN DE CIRUGIAS

4. CIRUGIAS DE EMERGENCIA EN EL TURNO DE LA NOCHE

Sala N°:	Dr.:	Edad:
Pcte: _____		
Procedimeinto _____		
Anestesiólogo:		Anestesia:
H. Inicio		H. Termino
Sala N°:	Dr.:	Edad:
Pcte: _____		
Procedimeinto _____		
Anestesiólogo:		Anestesia:
H. Inicio		H. Termino
Sala N°:	Dr.:	Edad:

PROTOCOLO DE ENFERMERIA SALA DE OPERACIONES 6TO. PISO CSF

Nombre	: _____	Nº H.C.:	: _____		
Operación	: _____	Hora: _____	Fecha: _____		
Operador	: _____	I Op. _____	T.Op. _____		
Anestesiólogo	: _____	Tipo de Anest. _____	HC: _____		
Condiciones:	SI NO	Nº Horas	Obs.:		
Antecedentes:					
Morbilidad:					
Quirúrgicos:					
Médicos:					
Medicamentos en uso:					
Exámenes:					
Laboratorio:	SI	NO	Clasificación:		
Rayos:	SI	NO	Otros:		
Observaciones:					
Preparación PRE Operatoria:					
Insuflación: Vejiga	SI	NO	Retiro de lentes de contacto	SI	NO
Retiro Vello:	SI	NO	Retiro de prótesis dental	SI	NO
Retiro Barniz de uñas	SI	NO	Retiro maquillaje	SI	NO
Premedicación:					
Preparación Zona Operatoria:					
Cloropovidona Espuma	Clorexidina 4%				
Cloropovidona Solución					
- Registros:					
Evaluación PRE- Anestésica:	SI	NO			
Consentimiento Operatorio:	SI	NO			
Consentimiento Anestésico:	SI	NO			
Estado de verificación Quirúrgico:	SI	NO			
PRE-RAOPERATORIO					
Lavado Zona Operatoria:					
Enf.	SI: Tca. Enf.	SI: Dr.	NO	NC	
Cumplimiento Técnica Aséptica:					
NO		Especifique el NO:			
Recuentos:					
Instrumental	SI	NO			
Empresas y Gases y Cotonés	SI	NO	NC		
Bujas	SI	NO	NC		
Muestra Anatomía Patológica y/o Laboratorio:					
SI		NO			
Médico:		Nº Muestras:			

Incidentes Anestésicos:					
	SI	NO			
Facultad Intubación:	Espasmo Laringeo:		Chock Anafiláctico:	Otros:	
servación:					
Vía Venosa:					
Enf.	SI: Dr.		NO		
Ubicación:			Calibre:		
Catéter Venoso Central y/o Línea Arterial:					
Anestesiólogo	SI: Otro	NO	Ubicación		
servación:					
Sonda Foley:					
Enf.	SI: Dr.	SI: Otro	NO	Nº:	Balón:
Placa Electro Bisturí:					
	SI	NO	Ubicación:		
servación:					
- Protección Prominencias Óseas:					
	SI	NO	Ubicación:		
servación:					
- Cajas de Instrumental:					
Número de Cajas:					
Paquete Indemne:	SI	NO	Control Químico Virado:	SI	NO
- Registros:					
Acta de Seguridad:	SI	NO			
Acta De Anestesia:	SI	NO			
Acta Quirúrgico:	SI	NO			
Acta Administrativa:	SI	NO			
Enfermera:					
. De Enfermería:					
Notaciones de Enfermería:					

LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO

CUARTO

Nombre y Apellidos: _____

Fecha: _____

H.C.: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Nº de Teléfono: _____

Urgia: _____

Hora: _____

Médico: _____

Marcar con una X lo que corresponda:

	AREA PRE INGRESO		ÁREA HOSPITALIZACIÓN		AREA S.O.P.	
Hora de Ingreso	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Carta de Identificación en su lugar.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Carta de Identificación y Verificación de la H.Ci. y con el Pcte. y/o Tutor.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Confirmación de la Identidad del pcte. y la cirugía a realizar.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Paciente en ayunas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alergias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Especificar	_____		_____		_____	
Presencia del Indicador de alergias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Temperatura Resfriado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha tomado alguna medicación (Aspirina, Paracetamol, morfina, comadín, otros).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se debe verificar	_____		_____		_____	
Presencia de Marcapaso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pruebas de Análisis Pre-Operarios	_____		_____		_____	
Análisis de Sangre (Detección de alteraciones)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Grupo y RH	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Examen Quirúrgico (Revisión de Indicaciones)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Especificar	_____		_____		_____	
Examen Neumológico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Prueba de Reserva Desangre:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pruebas de Entrega	_____		_____		_____	
Pruebas - Exámenes Especiales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pruebas de Clínica Antigua	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Indicaciones Médicas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Autorización Administrativa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Declaratoria de Alergia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pruebas de Pre. Op. Para anestesiología	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Consentimiento Informado para anestesiología	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

