

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN
QUIRÚRGICA DE PACIENTES PROGRAMADOS EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA,
ESSALUD- PIURA, 2013 - 2016**

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

DINA MOREANO SEGOVIA

**CALLAO - 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENaida BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 232

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1689-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN.	3
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
1.1 Descripción de la Situación Problemática	5
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	7
II MARCO TEÓRICO.	9
2.1 Antecedentes.	9
2.2 Marco conceptual.	12
2.2.1 Suspensión de Cirugía.	12
2.2.2 Teorías de Enfermería.	14
2.2.3 Valoración de Enfermería en paciente quirúrgico.	18
2.2.4 Preparación de Enfermería del paciente Pre Quirúrgico.	21
2.3 Definición de términos.	25
III EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 Fases de Recolección de Datos.	27
3.2. Experiencia Laboral Profesional	27
3.3 Procesos Realizados.	31

	Pág.
IV RESULTADOS	36
V CONCLUSIONES	43
VI RECOMENDACIONES	44
VII REFERENCIALES.	45

ANEXOS.	48
---------	----

- Lista de verificación de cirugía segura en la preparación del paciente.
- Guía de educación al paciente pre quirúrgico.
- Fotos de experiencia profesional, bioseguridad en el servicio.
- Foto del frontis del hospital III J.C. Heredia.
- Foto del servicio de Cirugía General.

INTRODUCCIÓN

La cirugía es una de las modalidades de terapia médicas más importante. La realización de una cirugía depende del trabajo de todo el equipo quirúrgico, siendo el enfermero integrante de este equipo de salud dentro de la estructura hospitalaria, corresponde contribuir a que las cirugías programadas sean realizadas en la fecha programada y dentro de todas las condiciones de seguridad requeridas para el paciente.

La intervención de Enfermería en la preparación quirúrgica de los pacientes programados para cirugías electivas es indispensable, pues son quienes establecen y desarrollan diversas acciones de cuidados de enfermería, de acuerdo con la especificidad de la cirugía. Los cuidados, a su vez, son ejecutados en base a conocimientos especializados, para atender las necesidades derivadas del tratamiento quirúrgico. Estos cuidados incluyen orientación, preparación física y emocional, evaluación y enrutamiento al centro quirúrgico con la finalidad de disminuir el riesgo quirúrgico, promover la recuperación y evitar complicaciones en el pos-operatorio, toda vez que estas generalmente están asociadas a una preparación pre-operatoria inadecuada.

En el presente informe laboral profesional se da a conocer el trabajo de la enfermera en cuidados quirúrgicos, que es indiscutiblemente la seguridad del paciente y por ende la salvaguarda de su ética profesional, pues en la atención de los pacientes quirúrgicos la enfermera es tan imprescindible como el cirujano, con funciones independientes y a la vez

complementarias. En éste informe se describe nuestro quehacer y se analiza las causas de suspensión de cirugías programadas relacionadas a la intervención de enfermería en la preparación pre quirúrgica del paciente, con el fin de optimizar nuestro quehacer en los cuidados quirúrgicos de Enfermería en el servicio de Cirugía General del hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud, Piura.

El presente informe consta de: 07 capítulos.

Capítulo I, Planteamiento del problema: en el que se describe la situación problemática, se establece el objetivo y se justifica. Capítulo II marco teórico o conceptual, conformado por los antecedentes internacionales y nacionales, por el marco conceptual y por la definición de términos. Capítulo III, Experiencia profesional, compuesta por recolección de datos, descripción de los cuidados de Enfermería en relación al tema del informe. Capítulo IV. Resultados, se presentan en cuadros estadísticos. Capítulo V, Conclusiones. Capítulo VI, Recomendaciones. Capítulo VII, Referenciales y finalmente Anexos, los que me permiten describir y evidenciar la experiencia y aportes en la intervención de enfermería en la preparación quirúrgica de paciente programados en el servicio de Cirugía General del Hospital III J. C. Heredia de Piura.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante varias épocas los cuidados quirúrgicos han sido un elemento importante en la atención de salud, pero los problemas de salud pública se han modificado significativamente, lo cual ha incidido en aumento de intervenciones quirúrgicas; igualmente declara que en todo el mundo se han realizado aproximadamente 230 millones de procedimientos quirúrgicos mayores al año, lo que corresponde a un procedimiento por cada 25 individuos, esto quiere decir, que la cifra de procedimientos quirúrgicos casi trasciende al número de alumbramientos, cifras que son de interés para los indicadores que deben presentar los centros de salud en la atención.⁽¹⁾

Otras investigaciones muestran que países como Australia, Irlanda, México, Estados Unidos y Reino Unido mantiene una alta frecuencia de cancelaciones de las cirugías por cuestiones organizacionales de las instituciones de salud, originando aumento en los costes operacionales, reducción de la eficiencia y calidad del servicio ofrecido, estimando que cerca del 60% de las cancelaciones quirúrgicas electivas son potencialmente evitables, usando técnicas de mejora de la calidad.⁽²⁾

Estudios realizados en Brasil reportan que cuentan con una tasa de anulación quirúrgica de 14.14% y para el 63,78% de las cirugías canceladas no había constancia de la justificación de la suspensión. Entre las causas resaltan las causas administrativas, seguidas de causas estructurales ⁽³⁾

El Ministerio de Salud del Perú, precisa que el porcentaje de cirugías programadas suspendidas es un indicador de calidad de atención muy importante en los establecimientos de salud y el estándar es del 5%, pero que se están reportando el porcentaje de cirugías programadas suspendidas de hasta el 10.28%; y la causa más frecuente es la prolongación del tiempo operatorio ⁽⁴⁾.

A nivel local no se cuenta con estudios realizados al respecto, por lo que se consideró pertinente la revisión de las estadísticas respectivas, historias clínicas, etc. Para el análisis de datos.

1.2.- Objetivos

1.- El objetivo del informe es describir la intervención de enfermería en la preparación quirúrgica de pacientes programados en el servicio y determinar las causas de suspensión de las cirugías, atribuidas a enfermería durante el proceso pre quirúrgico del paciente, a fin de brindar

alternativas que contribuyan a disminuir el % de suspensión de cirugías y mejorar la calidad de la atención e incidir en el costo beneficio de la prestación de los servicios en el servicio de Cirugía General del Hospital III José Cayetano Heredia, Piura.

1.3.- Justificación

La suspensión de una cirugía programada afecta la salud del paciente, y la tranquilidad de la familia, situación que se enmarca en los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos, constituyendo un elemento que afecta la calidad en la atención de los usuarios. La reprogramación quirúrgica aumenta la estancia hospitalaria del paciente y lo expone a riesgos de infecciones intrahospitalarias, también disminuye la oportunidad de programar a otros pacientes de la lista de espera quirúrgica, incrementando así el embalse quirúrgico.

Entre las causas de suspensión de cirugías se observan, las razones que atañen a causas médicas, las causas quirúrgicas, causas relacionadas con la anestesia, causas relacionadas con el paciente, las causas relacionadas con la logística o administrativas y a Enfermería le corresponde asumir las causas de ingesta de alimentos (no ayuno) y la inadecuada preparación del tracto digestivo (relajación de esfínteres).

La enfermera de cuidados quirúrgicos debe comprender las interrelaciones entre las dimensiones del cuidado enfermero tanto biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que afectan a las personas y la adaptación de sus familias a los resultados de la intervención quirúrgica, es nuestra responsabilidad conocer y realizar las actividades que requieren la preparación del paciente para afrontar la intervención quirúrgica programada en las mejores condiciones posibles, y minimizar el riesgo de complicaciones posoperatorias y brindar una atención de calidad. Para aumentar la satisfacción del paciente y su familia, y de ésta manera contribuir a disminuir la suspensión de cirugías programadas.

II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Para el presente estudio de experiencia laboral, se recurrió a la siguiente fuente:

2.1.1 ABELDANO, R.A.; Coca, S.M. (2014) México. "Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014".

Objetivo.- Analizar la suspensión de cirugías en el Hospital de Trauma Dr. Federico Abete en el año 2014. **Métodos.-** Se realizó un trabajo de nivel descriptivo, de corte transversal. Fueron analizados los datos de todos los pacientes a quienes se les suspendió una cirugía electiva durante el año 2014. **Resultados.-** Las cifras se sitúan dentro del rango de indicadores de suspensiones reportados por otros estudios en hospitales públicos y privados en los Estados Unidos y Europa; aunque también los resultados mostrados en el presente estudio fueron menores a los publicados por otros autores⁽⁵⁾. **Conclusiones.-** Los indicadores de suspensión de cirugías programadas representan un reflejo del comportamiento de los servicios quirúrgicos respecto a la productividad y la atención a los pacientes, a partir de los indicadores obtenidos se puede evaluar el desempeño del servicio quirúrgico del hospital en cuestión pacientes y en la economía del hospital. Estos hallazgos permiten disponer de un insumo importante para gestionar los recursos de manera eficiente ⁽⁶⁾

2.1.2 GAVIRIA G. Lastre-Amell y M. Suarez-Villa, (2014) Barranquilla, Colombia realizaron un estudio de investigación titulado "Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de Salud" en un hospital de alta complejidad en la ciudad de Barranquilla, Colombia. **Objetivo:** Identificar desde la percepción de los profesionales de salud, los factores que inciden en la cancelación de cirugías en un hospital de alta complejidad. **Métodos:** El diseño del estudio fue descriptivo transversal, la muestra estuvo conformada por 30 sujetos, los investigadores recogieron la información a través de un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas; tomando como referencia la lista de chequeo de "cirugía segura", los datos se analizaron en EPI-inFotM versión 18. **Resultados:** los resultados obtenidos fueron: 44% de los motivos de cancelación se consideran de tipo administrativos, mientras que al 28% se le atribuye a causas asistenciales. **Conclusión:** Se identificó que los profesionales de la salud perciben una escasa gestión administrativa para cumplir con todos los procedimientos quirúrgicos que se deben realizar, lo cual repercute de forma negativa en el paciente y su familia, además de los altos costos a nivel institución que esto implica. ⁽⁷⁾

2.1.3.- RENILLA ES, 2013 Lima, Perú, realizó el trabajo de investigación titulado "Motivos de cancelación de cirugías electivas del periodo 2007-2011 en el departamento de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión" **Objetivo:** determinar cuáles son los motivos de cancelación de las cirugías programadas en el periodo 2007-2011 en el

hospital Nacional Daniel Alcides Carrión". **Método:** estudio observacional, descriptivo. Se recolectó los reportes mensuales de anestesia para cirugías programadas del periodo 2007-2011, se describirán los motivos de cancelación globales, por causas de anestesiología, cirugía, por causas de la institución y por criterios de urgencia. Se calculó las tendencias por mes y año (MANOVA) y correlación de Spearman para criterios y años. Se realiza diagrama de Pareto para determinar los principales motivos de cancelación y plantear algunas estrategias.

Resultados: Cirugías programadas 17753, suspendidas 1349, tasa de suspensiones $6.92, \pm 1.62\%$. Varianza por años de cirugías suspendidas $F=4.58, \alpha<0.001$, 82 paciente más de 2 suspensiones por misma causa. Pareto 80%: cirugía 2 causas, anestesiología 8 causas, institucionales 9 causas. Varianza por años de motivos institucionales $F=1.19, \alpha=0.07$.

Conclusiones: La tasa de suspensión fue del 6.92% y ha disminuido en el tiempo, las especialidades que más suspendes son cirugía general, traumatología y neurocirugía. Las cirugías que se suspenden más de 2 veces se relacionan a problemas institucionales. El tiempo prolongado de cirugía anterior se asocia con causa quirúrgica, proceso respiratorio alto con anestesiología y la falta de material quirúrgico especializado con la institución. COLELAP es la cirugía más suspendida. ⁽⁸⁾

2.1.4.- GONZALES D., (2016) Lima Perú, “Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé”, Lima, Perú. **Objetivo:** El objetivo es determinar la frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente, de enero a junio del 2015. **Método:** Estudio retrospectivo, cuantitativo y descriptivo exploratorio. Según periodo y secuencia de recojo de datos, fue de corte transversal. **Resultado:** la frecuencia de cirugías suspendidas fue 11.33%. Las causas principales fueron las asociadas al paciente en 57 (82.85%). Según condición institucional, en los pacientes ambulatorios las causas del paciente se presentaron en 59.4% y las causas atribuidas a pacientes hospitalizados estuvieron presentes en 23.2%. **Conclusiones:** Los problemas identificados a través de los resultados del estudio son importantes para adoptar las mejores soluciones y promover diseño e implementación de estrategias para evitar las suspensiones. ⁽⁹⁾

2.2.- Marco Conceptual o Referencial

Enfermería es sinónimo de cuidados, y un modo humanístico y científico de ayudar y de capacitar a personas, familias y comunidades, la vinculación de la cirugía con la enfermería se hace patente a través de la historia y han ido unidas inseparablemente. Los espacios y las funciones profesionales se van definiendo según las necesidades que van llegando, de este modo los profesionales de enfermería han ido adaptando sus

competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) a las demandas de una sociedad cambiante y cada vez más exigente ⁽¹⁰⁾.

El cuidado al paciente quirúrgico trasciende día con día, ahora las enfermeras estamos trabajando por una identidad profesional fundamentada en el cuidado, con marcos conceptuales específicos o con un pensamiento enfermero validado con teorías o modelos de enfermería con distintas bases, pero todas con una finalidad: el crecimiento de nuestra profesión, el elemento más importante dentro de las unidades hospitalarias, después del paciente, es el equipo humano y de éste el personal de enfermería que día a día se prepara, estudia y ejerce con profesionalismo científico y humano; quienes desarrollamos con vocación, y alto grado de identidad profesional nuestro quehacer en el cuidado del paciente.

2.2.1 Suspensión de cirugía.

La suspensión de una intervención quirúrgica es un hecho significativo y que merece la debida atención por parte del equipo de salud y de la administración del propio hospital. Aparentemente las cancelaciones de cirugías programadas son tratadas como rutinarias e inherentes al sistema hospitalario, no causando gran inquietud en el equipo multidisciplinario de los servicios de salud y los aspectos relativos a la importancia de ese acontecimiento para el paciente parecen olvidados. Para ello se requiere planear la cirugía mediante una serie de

procedimientos que implican tiempo de atención, consumo de recursos materiales y humanos que implican un costo, cuando esta atención quirúrgica se interrumpe por cualquier causa origina problemas que repercuten en el paciente y en la institución. ⁽¹¹⁾

Todo paciente tiene derecho a una revocatoria de cirugía si este ya no desea, este evento puede ocurrir minutos antes de la intervención quirúrgica. La responsabilidad de suspensión está relacionada con las competencias de cada especialista participante dentro del equipo quirúrgico; el anestesiólogo informar(a al cirujano las condiciones del paciente que a su juicio podrían generar algún tipo de complicación, poniendo a criterio del cirujano la suspensión o no de la cirugía, es responsabilidad del cirujano la suspensión programada, previa discusión y consenso con el equipo quirúrgico; es responsabilidad del equipo de enfermería verificar las condiciones del paciente e informar al cirujano y al anestesiólogo si se detecta alguna alteración.

2.2.2 Teorías de Enfermería

Nuestro quehacer está basada en modelos y Teorías en Enfermería que sirven de sustento teórico en el quehacer para el ejercicio de la profesión. Es conocido por los profesionales de enfermería que no se pueden aplicar en todas las situaciones todos los modelos y teorías, sino una pequeña parte de ellos que respondan a una necesidad de ayudar a las personas,

cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar como causa de una situación de salud particular. Los modelos y teorías de enfermería se utilizan para guiar y facilitar la práctica de los enfermeros(as). Estos sistemas de cuidado, se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas, con el uso de la clasificación taxonómica de NIC y NOC.⁽¹²⁾

En el aspecto quirúrgico se considera importante la influencia que ejerce la Teoría de déficit de autocuidado, es el punto de partida para la calidad en la atención de enfermería

- Teoría de déficit de autocuidado.- (Dorotea Orem, 1971),

Considera que son las actividades que el individuo practica para la conservación de su vida, salud y bienestar y en caso de existir un déficit de autocuidado, en cualquier grado, la enfermera se convierte en agente de autocuidado: actuando en lugar del paciente, en cirugía aplicamos al realizar los procedimientos necesarios previos a la cirugía programada, ya que el paciente no podría realizarlo consigo mismo; guiando al paciente y promoviendo su autocuidado, se aplica al orientar al paciente como el puede contribuir a su pronta recuperación post cirugía: movimiento precoz en cama, ejercicios respiratorios,

brindándoles comodidad y confort, pre y post cirugía; apoyando física y psicológicamente al paciente al darle apoyo emocional previo a la cirugía; enseñando al paciente y promoviendo un entorno favorable al desarrollo del paciente, de tal manera que sea capaz de enfrentarse al presente y al futuro, o a enfrentar con entereza y decisión sus posibles efectos. Es nuestra responsabilidad de ayudar a los pacientes a la superación de aquellas circunstancias que interfieren con el autocuidado y que causen déficit y limitación del mismo. Nuestra asistencia varía según el grado de dependencia del paciente que puede ser parcial, total o de sostén y enseñanza.

En consecuencia, a medida que cambia el estado de salud del paciente, varían sus necesidades en cuanto a la actividad de asistencia de enfermería y pueden requerir un cambio de sistema adecuado para cubrir sus necesidades ⁽¹²⁾

- **La teoría del cuidado humanizado de Enfermería, sustentada por la Dra. Jean Watson (1979)**

El cuidado humanizado de enfermería, teoría sustentada por la Dra. Jean Watson (1979), considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida.

El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal, conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente). El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. ⁽¹³⁾

En la fase pre operatoria, desde el ingreso del paciente al servicio entabla una relación paciente-enfermera, durante la entrevista, la valoración de enfermería pre quirúrgica, el examen físico, que nos permite determinar sus limitaciones y necesidades para realizar el plan de cuidados que requiere, la enfermera debe cubrir todas las necesidades de información y comunicación al paciente y familia para mitigar sus temores, dudas, para facilitar el afrontamiento progresivo a los cambios y crisis que desencadenan una intervención quirúrgica, potenciando sus recursos y fomentando su autonomía, una cirugía desencadena ansiedad y estrés; si lo hacen en grado moderado, potencian un estado de alerta positivo y actúan como activadores y motivadores de acción; pero si sobrepasan el umbral deseado, desencadenan los aspectos negativos de la ansiedad, que repercuten en la buena evolución y recuperación del postoperatorio, incluyendo múltiples factores que aumentan el dolor. El paciente debería llegar a la intervención quirúrgica conocedor de todos los hechos que se sucederán y provisto del estado anímico y/o de ansiedad adecuados,

que le permitan canalizar su energía hacia una actitud de colaboración y participación activa durante el proceso quirúrgico y en su recuperación. Para que el paciente asuma su confort físico y psicológico, las actividades de la enfermera de cuidados quirúrgicos deben dirigirse a asesorar y proporcionar la información adecuada para cada uno de los aspectos relevantes del proceso quirúrgico. Esto se lograría mediante el abordaje integral del paciente quirúrgico según la perspectiva holística del ser humano.

2.2.3 Valoración de Enfermería en pacientes quirúrgicos.

En el proceso quirúrgico se dan un conjunto de características que son comunes a todos los pacientes que, por una u otra razón, deben someterse a una intervención quirúrgica. Este es el motivo por el que se habla específicamente de los cuidados de enfermería peri operatorios, que son aplicados por el personal de enfermería, y que comprende tres fases que aun desarrollándose sin solución de continuidad, pueden diferenciarse: el preoperatorio, trans-operatorio y postoperatorio. Los cuidados de enfermería, están presentes en las distintas etapas de éste proceso, de manera eficiente y responsable. ⁽¹⁴⁾

Valoración peri operatoria.-

La valoración peri operatoria incluye el cumplimiento estricto y con máxima precisión de todas las órdenes que implican esta preparación, las cuales obedecen a protocolos y normas de la institución. La enfermera de

cuidados quirúrgicos es la profesional que tiene la obligación de usar su criterio para el análisis de las órdenes y plantear las observaciones que ella considere conveniente; la visita preoperatoria a cargo del anestesiólogo, que es un requisito para todo acto quirúrgico, que también debe conocer la enfermera.

Es importante tener presente que el éxito del proceso quirúrgico dependerá no sólo de la intervención en sí misma, a pesar de que ésta pueda ser el acto central de toda la sucesión de acontecimientos, sino del buen desarrollo de cada una de las etapas indicadas, que sin una correcta preparación preoperatoria y unos adecuados cuidados postoperatorios, ni la mejor de las intervenciones quirúrgicas podría tener éxito.

Valoración pre operatoria.-

El objetivo de la evaluación pre operatoria, es que el paciente ingrese a quirófano en las mejores condiciones fisiológicas posibles a fin de reducir la morbimortalidad vinculada con la intervención a la que será sometido, teniendo en cuenta que la anestesia y el acto quirúrgico suman a la enfermedad de base una injuria adicional, puesto que estimulan el eje neuroendocrino, incrementa la carga circulatoria y acrecienta el metabolismo. De ésta evaluación pueden surgir así mismo recomendaciones sobre el mejor manejo clínico en el peri-operatorio.

A través del examen físico y de los estudios complementarios se valora el estado general del paciente teniendo en cuenta factores relacionados con:

La edad: la mortalidad es más alta en edades extremas y se incrementa progresivamente con la edad, sin embargo, los problemas dependen más que de la edad del estado de órganos y sistemas.

El estado nutricional: Obesidad y desnutrición, el paciente obeso tiene mayor riesgo quirúrgico por tener predisposición a complicación anestésica, circulatoria y pulmonar, lábil frente a la infección. Un paciente desnutrido está predispuesto a una cicatrización inadecuada de las heridas debido a la reducción de los depósitos energéticos y por ende a la infección pos quirúrgica.

Enfermedades concomitantes: que incrementan el riesgo quirúrgico: Diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratoria, renal, hepática, las que deberán evaluarse y tratarse previo al acto quirúrgico.

La valoración preoperatoria de enfermería se realiza a través del interrogatorio, la observación y el examen físico. Incluye la recolección de datos para identificar necesidades y factores de riesgo quirúrgico, ello nos permite identificar necesidades del paciente para priorizar la atención. La valoración emocional y psicológica es muy importante, ya que la enfermera descubrirá inquietudes, o preocupaciones que puedan ejercer un impacto directo sobre la experiencia quirúrgica. Muchos de sus temores pueden ser falsos por lo que la enfermera disipará la información errónea mitigando la ansiedad y sus dudas, no debe olvidarse la

importancia de la terapéutica espiritual, ya que la fe en un ser omnipotente puede ser tan beneficiosa como los medicamentos.

Por lo tanto la valoración preoperatoria de enfermería, es un proceso integral que comprende importantes aspectos, para detectar oportunamente antecedentes de salud del paciente con el fin de prepararlo adecuadamente, tanto física como psicológicamente, para que el paciente llegue al quirófano en las mejores condiciones de salud para enfrentar el trauma quirúrgico, y que su recuperación sea adecuada para el tipo de cirugía practicada y evitar complicaciones, para evitar prolongar su estancia hospitalaria y pueda retomar su vida cotidiana y productiva para su familia y la sociedad.

2.2.4 Preparación de Enfermería del paciente Pre Quirúrgico.

En el servicio realizamos las siguientes actividades:

Preparación pre quirúrgico mediato.-

1. Identificación del paciente, - Verificar brazalete con nombre y apellidos, y el número de historia clínica.
2. Programación quirúrgica en la Historia clínica, y consentimientos informados debidamente firmados.
3. Revisión de indicaciones médicas al paciente y la respectiva receta médica de ser el caso.
4. Charla educativa de información y capacitación al paciente y familiares, dando énfasis a las normas del servicio e institución,

manejo del dolor post operatorio, ejercicios respiratorios, movilización progresiva post operatoria, etc. Se adjunta Hoja adicional al respecto.

5. Entrevista de enfermería, en ésta fase debe prestar atención y valorar los siguientes datos:

- Capacidad de autocuidado, y necesidades del paciente.
- Valoración de factores de salud que afectan a los pacientes antes de la operación: Estado de nutrición y de líquidos, estado respiratorio, estado Cardiovascular, funciones hepática y renal, función endocrina, Observar el estado de la piel.
- Farmacoterapia previa, Situación inmunológica, Uso de sustancias o de alcohol.
- Apoyo familiar, factores psicosociales. Creencias religiosas y culturales.
- Tipo de preparación que necesita para el acto quirúrgico (preparación intestinal, zona operatoria, ayuno, etcétera).

6. Instalación del paciente en su unidad, brindándole comodidad y confort, y la respectiva identificación de factores de riesgo para UPP, y caídas.

7. Estudiar el historial de enfermería.

- Preguntar acerca de ingesta reciente de ácido acetilsalicílico.
- Control y registro en la historia clínica de signos vitales, peso y talla.
- Tomar muestras de laboratorio si se requiere.

8. Prestar apoyo emocional al usuario:
 - Brindar información sobre cirugía a realizar, una buena preparación psicológica reducirá el estrés.
9. Preparación de la piel, de la zona a intervenir y el área circundante con el objetivo de prevenir infecciones de la herida operatoria asociadas a procedimientos invasivos.
 - Revisión de uñas, de manos y pies, se deberá recortar y de ser necesario la remoción de esmalte.
 - Corte y/o rasurado de vellos de la zona operatoria, evitando que se produzcan lesiones o cortes.
 - Baño: se realizará de preferencia con jabón, poniendo especial énfasis en cabello, pliegues ombligo, manos y pies.
 - Higiene de zona operatoria en forma meticulosa.
10. Preparación gastrointestinal. y/o preparación de colon, el día previo a la cirugía.
 - Enema evacuante de limpieza, el intestino vacío reduce el riesgo de lesión y reduce al mínimo la contaminación de la herida operatoria en caso de apertura de un asa intestinal.
11. Dieta, el paciente no debe ingerir nada vía oral desde la noche previa a la cirugía o por lo menos de 6 a 8 horas antes de la cirugía, excepto indicación médica escrita.(cardiológico, antihipertensivo, etc.)
12. Medicación pre operatoria, administrar en caso esté indicado.

Preparación pre quirúrgico inmediato

1. Vestimenta del paciente.
2. Verificar que el paciente haya evacuado la vejiga.
3. Verificar que no tenga maquillaje, prótesis dentales, lentes, audífonos, ganchos de pelo etc.
4. Control y Registro de las constantes vitales, notificar si hubiese alguna anomalía antes de enviar al paciente al quirófano, muchas veces una cirugía debe posponerse por alguna alteración en éstos parámetros, por ejemplo, fiebre, presión arterial alta, etc.
5. Instalar, sonda nasogástrica, sonda Foley, etc. si la cirugía requiere o por indicación médica.
6. Administrar la medicación previa a la cirugía, según indicación.
7. Se aplica medidas para la profilaxis trombo embolica, (vendaje de miembros inferiores)
8. Comprobar que historia clínica esté en orden con todos los informes de los exámenes solicitados: Exámenes de sangre: Hemograma, pruebas de coagulación, Pruebas diagnósticas: Rx. de tórax, EKG, TAC, Ecografías, Endoscopías, etc.
9. Se registra en formulario de enfermería toda la preparación realizada al paciente tanto física como psíquica, fármacos administrados, parámetros de signos vitales, preparación zona operatoria.
10. Informe al paciente y familia a qué hora entrará al pabellón, en qué lugar puede esperar la familia y a qué hora se le dará información.

11. Traslado de paciente a quirófano, cuando haya sido requerido.

12. Entrega de paciente a enfermera de quirófano.

Fase Trans Operatoria.- Comienza cuando se recibe al paciente en el quirófano, y termina cuando se pasa al paciente a la sala de recuperación post anestésica.

Fase Post Operatoria.- Comienza con el traslado del paciente intervenido quirúrgicamente de la sala de recuperación al servicio de cirugía

2.3.- Definición de Términos.

Cirugía programada.-

Una cirugía programada es aquella que es necesario practicar para continuar la calidad de vida, no requiere practicarse inmediatamente, en la que se realiza todo lo necesario (análisis, autorizaciones, exámenes, etc.) Necesarias para que el paciente y el quirófano estén preparados para la intervención quirúrgica en la fecha establecida.

Cirugía Suspendida.-

Suspensión del acto Quirúrgico del acto quirúrgico como tal, implica el hecho de no realizar una cirugía una vez que el paciente ya tiene asignado día y hora para la cirugía o incluso ya se encuentra en la sala de operaciones y, por alguna razón, se suspende la cirugía.

Preparación Pre Operatoria.-

Es el conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

Cuidado de enfermería.-

Es la esencia de enfermería, son todas las acciones y tareas que el enfermero despliega, para satisfacer las necesidades de salud del paciente que demande de su intervención profesional, encaminando a la conservación, restablecimiento, y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

III. EXPERIENCIA LABORAL.

3.1 Fase de Recolección de Datos.

Para elaborar el presente informe se obtuvo los datos de la oficina de:

- Estadística de la red asistencial Piura. EsSalud.
- Historias clínicas.
- Entrevista a pacientes.

Se solicitó autorización para la búsqueda de historias clínicas, y se entrevistó a los pacientes cuyas cirugías se suspendieron por razones de déficit en la preparación pre quirúrgico de enfermería. Se consideró pertinente revisar la estadística desde el año 2013 al 2016.

Se utilizó el programa de Excel para la elaboración y análisis de los datos.

3.3 Experiencia Laboral Profesional.

1.- Mi labor de Enfermera inicié el año 1980, como responsable de programas de atención primaria y coordinadora de Enfermería en el Centro de Salud Huancabamba, Piura, 1980 – 1987. Ministerio de Salud.

2.- Enfermera Asistencial en Centro de Reposo Mental de Piura, Tumbes San Juan de Dios CREMPT, Piura 1987 – 1988. Ministerio de salud.

3.- Docente en Instituto Superior tecnológico de Chulucanas, 1988 – 1994. Ministerio de Educación.

4.- Centro Médico Castilla, 1988 – 2005. Piura, EsSalud, habiendo realizado funciones asistenciales y administrativas:

- Coordinadora de Enfermería del Centro Médico Castilla.
- Jefe de Enfermería de Sala de Operaciones.
- Responsable de los programas preventivos del adulto mayor.

Entre los logros: Se implementa y apertura Sala de Operaciones con Cirugía de Día, habiendo conseguido cero complicaciones. Se implementó los programas preventivos promocionales: Módulo del Niño: CRED, inmunizaciones, Módulo del Adulto/Adulto Mayor: Control de HTA., Diabetes mellitus, Asma bronquial, Osteoartritis. Programa de control de Tuberculosis. Integrante de los diferentes comités en el establecimiento.

5.- Hospital III J.C. Heredia, desde 2005 a la fecha, Piura, EsSalud. Habiendo desarrollado labor asistencial y administrativa en los siguientes servicios:

- Unidad de recuperación post anestésica (URPA).
- Servicio de Central de Esterilización.
- Servicio de Cirugía Especialidades.

- División de Inteligencia Sanitaria de la Red Asistencial Piura.

RAPI. EsSalud (encargada de la jefatura).

- Responsable de la oficina de Inteligencia Sanitaria del Hospital III José Cayetano Heredia, Piura.

- Coordinadora de Consultorios Externos y Módulo Pre quirúrgico (MOPRI) del Hospital III J.C. Heredia.

En el servicio de **Cirugía General** vengo laborando desde el año 2010, cumpliendo labor asistencial: brindando atención de enfermería a los pacientes del servicio.

Mi labor administrativa: encargada de la coordinación de Enfermería del servicio en diferentes oportunidades. (cubriendo vacaciones de Enfermera Coordinadora).

El servicio de cirugía general se encuentra ubicado en el tercer piso del hospital a la izquierda de la puerta de ingreso. En la infraestructura comprende lo siguiente:

El servicio de ginecología, cuenta con 12 camas asignadas.

El servicio de Cirugía General que tiene 33 camas asignadas.

Haciendo un total de 45 camas de hospitalización que se distribuyen así: 4 salas de 6 camas cada una, 2 ambientes de aislados (2 camas cada una) 4 salas (3 camas cada una) 2 ambientes para pacientes críticos (2

camas cada uno) ubicados frente al estar de enfermería, y una sala de 1 cama.

Una oficina de jefatura Médica del servicio.

Cuatro tópicos: uno de procedimientos y preparación del paciente, otro de exámenes especiales (ecografías), un tópico de preparación de material, y el tópico de enfermería.

El servicio cuenta con un ecógrafo, un eco dopler, bombas de infusión, etc.

El servicio cuenta con el siguiente personal:

Médicos Cirujanos.- 22 que cubren los servicios de Sala de operaciones, emergencia, consultorios externos y hospitalización.

Licenciadas de Enfermería : 11

Técnicos de Enfermería : 10

Secretaria del servicio : 01

3.2 Fase de Tratamiento o proceso realizado.

De los casos de cirugías suspendidas atribuidos a enfermería en la preparación pre quirúrgico del paciente, se analizó las causas de las mismas.

Se revisó las historias clínicas y entrevistó a los pacientes hospitalizados en el servicio y se pudo concluir lo siguiente:

1.- Marzo del 2015.- paciente de sexo femenino de 53 años de edad con **Diagnóstico de fístula recto vaginal**, programada para SOP al día siguiente de su ingreso. Cirugía propuesta en programación: cura quirúrgica de fístula recto vaginal. Ingresó al servicio procedente de Módulo pre quirúrgico (MOPRI).

Al ingreso de paciente al servicio en las indicaciones médicas: enema evacuante. Se propone al médico asistente la indicación en la historia clínica de: inicio de dieta líquida y el R/P de laxante osmótico para la preparación adecuada del tracto digestivo con solución electrolítica (polietilenglicol) por el compromiso del intestino grueso, y complementada con el enema evacuante, sin embargo el cirujano, decidió no tomar en cuenta sugerencia e indicó preparación de rutina (enema evacuante). las indicaciones se cumplieron como fue indicada en historia clínica.

El día de la programación es suspendida la cirugía a paciente en SOP (por mala preparación), presentó restos fecales en vagina, siendo reprogramada para la siguiente fecha quirúrgica en SOP. Tres días después, con el consiguiente malestar de la paciente, la utilización de cama indebidamente, la pérdida de turno operatorio que pudo haber sido utilizado por otro paciente de la lista de espera quirúrgica. **Esta situación que fue admitida por cirujanos y se nos dio la razón y quedó demostrado que cuando está implicado el intestino grueso la preparación del tracto digestivo debe hacerse meticulosamente, incluyendo la vía enteral.**

2.- Enero 2017, paciente varón de 73 años alojado en el servicio de la especialidad de Urología, con Cirugía Programada de RTU, (resección trans-uretral), paciente fue preparado y en espera de ser llamado a SOP, ingirió alimentos a instancia de familiar "come para que resistas". Considerando la edad del paciente se le permitió a familiar permanecer junto a él, siendo suspendida la cirugía por la ingesta de alimento.

3.- Marzo 2017, paciente varón de 68 años con cirugía programada de COLELAP (colecistectomía laparoscópica), programado para el segundo turno, previo a ser llevado a tópicos para la preparación quirúrgica inmediata, ingiere desayuno brindado por estudiante de enfermería que debía trasladarlo al tópicos, motivo por el que suspenden su cirugía programada.

APORTES E INNOVACIONES.-

- Responsable del comité de Bioseguridad, capacitación y monitorización del cumplimiento de las normas de bioseguridad por el personal y segregación de residuos sólidos en el servicio.

SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS en el servicio de Cirugía

General

La segregación es uno de los procedimientos fundamentales de la adecuada gestión de residuos y consiste en la separación en el punto de generación, de los residuos sólidos ubicándolos de acuerdo a su tipo en el recipiente (almacenamiento primario) correspondiente.

La eficacia de este procedimiento minimizará los riesgos a la salud del personal del hospital y al deterioro ambiental, así como facilitará los procedimientos de transporte, reciclaje y tratamiento. Es importante señalar que la participación activa de todo el personal de salud permitirá una buena segregación del residuo.

Los residuos generados los clasificamos en:

1. Biocontaminados: guantes, manoplas, mascarillas descartables, sondas de aspiración, jeringas descartables, equipos de venoclisis, gasas, torundas de algodón, sonda foley, sonda nasogástrica, sonda rectal, etc. Se utiliza bolsa roja.
2. Común: papel, bolsa de polietileno, papel toalla, bolsas de papel, periódicos, en general residuos comunes. Se utiliza la bolsa negra.

3. Material punzocortante: agujas hipodérmicas, catéter venoso central, catéter de vía central, utilizamos el recipiente rígido para material punzocortante.

Vidrios, los clasificamos en recipiente separado.

En los coches de curación de heridas, de tratamiento de enfermería, los coches de los tópicos y de procedimientos están implementados con el material mencionado.

En los ambientes de hospitalización, que son trece en total se implementaron con recipientes con bolsa negra y otra con bolsa roja, que están debidamente rotulados y con frecuencia (al ingreso del paciente y su familiares al servicio se les educa para el uso adecuado de los mismos. El transporte de los residuos generados en los ambientes son transportados en coches cerrados, los pasillos de desplazamiento de éste coche está señalizado con flechas, y el horario de recojo ya está establecido, (teniendo en cuenta la afluencia de visita de familiares o la visita médica). Se llevan al almacenamiento intermedio, para después ser llevados al incinerador o al relleno sanitario de la ciudad.

CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD.

En coordinación con el responsable de los trabajadores de limpieza (CILSA. La provisión de bolsas y el cambio se realizan en cada turno, excepto si se llenaran antes del momento del cambio se solicita al personal encargado.

El monitoreo del cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal, se realiza en el día a día, y la capacitación del tema está incluido en el cronograma del servicio.

- Participación en la ejecución del curso Internacional "Manejo del Paciente Quirúrgico", realizado los días 25, 26, 27 de Octubre del 2016.
- Elaboración de guía de educación pre quirúrgica al paciente y familia. (Anexo)
- Participación en la elaboración del plan operativo del servicio.
- Participación en la actualización de guías de Enfermería en el servicio.
- Participación en educación sanitaria a los pacientes del servicio. Educando a los pacientes que son dados de alta portando sondas. Khert, Foley, sonda de alimentación enteral, (NSG, yeyunal), colostomías, ileostomías, etc. Se les educa para el manejo en domicilio al paciente y familiar.
- Como aporte en la preparación pre operatoria del paciente, si hay compromiso del intestino grueso, la preparación del tracto digestivo debe ser enteral y local.

IV. RESULTADOS

En el presente informe presentamos los resultados encontrados:

Cuadro N° 4.1.

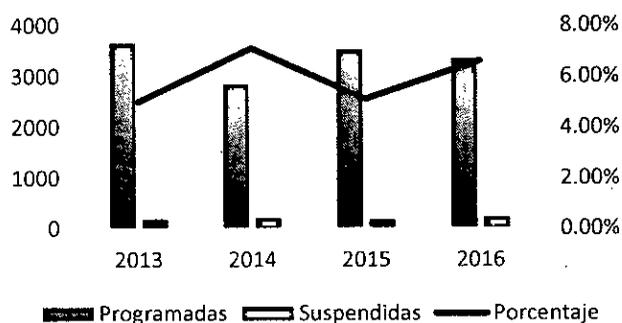
PORCENTAJE DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL HOSPITAL III J.C. HEREDIA, PIURA. 2013 – 2016.

AÑO	2013	2014	2015	2016
Programadas	3655	2845	3528	3343
Suspendidas	186	202	180	220
Porcentaje	5.00%	7.10%	5.10%	6.60%

Fuente: Oficina de Estadística de la Red Asistencial Piura.

Gráfica N° 4. 1.

% Suspensión de Cirugías Programadas. 2013 – 2014.



En el gráfico observamos que en el periodo del 2013 al 2016 se programaron 12171 cirugías y se suspendieron 788 cirugías, con una tasa de suspensión de 6.47 %, cifra que se puede considerar dentro del estándar de porcentajes mencionados en otros estudios, que refieren una variación entre 6.5% a 26%.

Cuadro N° 4.2.

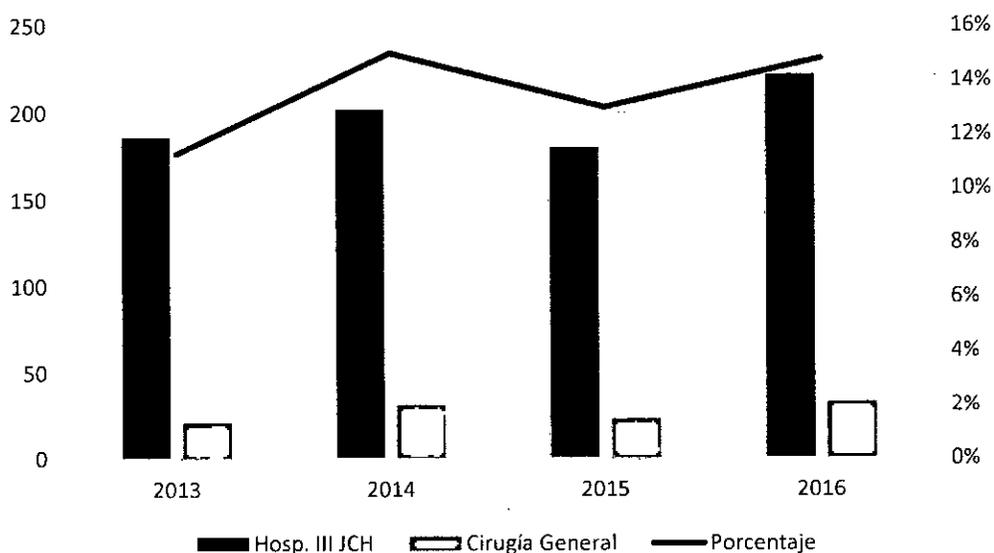
PORCENTAJE DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL 2013 – 2016.

AÑOS	2013	2014	2015	2016
Hosp. III JCH	186	202	180	222
Cirugía General	21	31	23	33
Porcentaje	11%	15%	13%	15%

Fuente: Oficina de Estadística de la Red Asistencial Piura.

Gráfica N° 4. 2.

% de Suspensión de Cirugías Programadas. Servicio de Cirugía General. 2013 – 2016.



Observamos que las cirugías suspendidas en el servicio de cirugía general representa del 11% al 15% de lo reportado en el hospital II J.C. Heredia.

Cuadro N° 4.3.

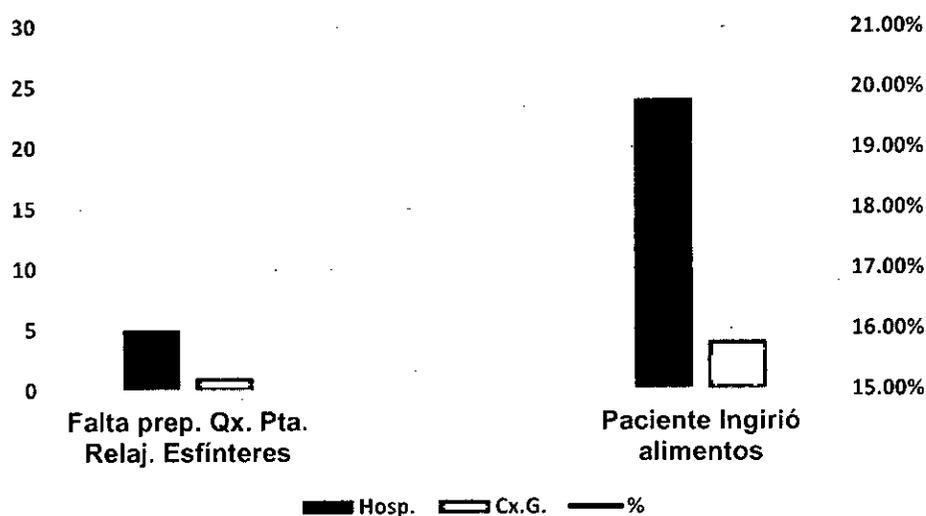
PORCENTAJE DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS POR CAUSAS RELACIONADAS A ENFERMERÍA 2013 – 2016.

		Hosp.	Cx.G.	%
Causas Quirúrgicas	Falta prep. Qx. Pta. Relaj. Esfínteres	5	1	20.00%
Causas relacionadas con la anestesia	Paciente Ingirió alimentos	24	4	16.70%

Fuente: Oficina de Estadística de la Red Asistencial Piura.

Gráfica N° 4.3.

Suspensión de Cirugías Programadas por causas Relacionadas a enfermería 2013 – 2016.



En el gráfico nos muestra que la suspensión de cirugías por causas atribuidas a la preparación pre quirúrgica de enfermería en el servicio: el 20% fue por mala preparación del tracto digestivo, y el 16.7% por que el paciente ingirió alimentos, relacionado al % encontrado en el hospital.

CUADRO N° 4.5

CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA HIIIJ.C. HEREDIA 2013 -2016

1.-	Causas Médicas (NO quirúrgicas)	Años.		2013	2014	2015	2016	TOTAL
		1	Pcte. Con crisis hipertensiva	8	5	15	15	43
2	Pcte. Con proceso respirator.	14	12	13	17	56		
3	Pcte. Con Hemoglobina baja	6	2	5	3	16		
4	Pcte. Pta. Crisis convulsiva	0	1	0	1	2		
5	Pcte. con alza de Temperatura	6	3	5	4	18		
6	Pcte. Presenta Rash cutáneo	2	2	4	1	9		
7	Pcte. Con cardiopatía.	1	3	0	1	5		
8	Plaquetas Disminuidas.	2	0	1	0	3		
9	Falta estudios y/o evaluación	2	3	7	12	24		
10	Falta Radiografía.	5	4	1	0	10		
2.-	Causas Quirúrgicas	11	Indicación del cirujano	17	33	21	9	80
		12	Cx. Principal NO se presentó	16	7	10	3	36
		13	Falta prep. Qx.Relaj. Esfint.	1	0	2	2	5
3.-	Causas relacionadas con la anestesia	14	Observación de Anestesiólogo	2	5	6	11	24
		15	Falta medicamentos Anestes	2	0	0	0	2
		16	Pcte. Ingirió alimentos	6	5	8	5	24
4.-	Causas relacionadas con el paciente	17	Pcte. Desiste de Cirugía	6	8	6	10	30
5.-	Causas relacionadas con la logística o Administrativas.	18	Cx. Anterior prolongada	30	41	41	80	192
		19	Falta cama en URPA.	21	31	15	13	80
		20	Falta material Quirúrgico	2	8	3	8	21
		21	Cx. De suma Emergencia.	8	7	6	10	31
		22	Pcte. No amerita Cx.	1	3	1	0	5
		23	Incongr. Cx. Prog/tiemp oper.	5	5	2	1	13
		24	Falta máquina de anestesia	2	0	0	1	3
		25	Falta Depósito de sangre	2	1	0	0	3
		26	Mesa de operac. Malograda	2	1	1	0	4
		27	Falta Material Traumatología	17	12	7	13	49
			TOTAL	186	202	180	220	788

Fuente: Oficina de Estadística de la RAPI.

Cuadro N° 4.6.

Cirugías suspendidas en Servicio de Cirugía General.

2013 – 2016.

		Años.	2013	2014	2015	2016	TOTAL
1.-	Causas Médicas (NO quirúrgicas)	1 Pcte. Con crisis hipertensiva	2	0	7	4	13
		2 Pcte. Con proceso respirator.	2	2	0	2	6
		3 Pcte. Con Hemoglobina baja	0	1	1	1	3
		4 Pcte. Pta. Crisis convulsiva	0	1	0	0	1
		5 Pcte. con alza de Temperatura	0	0	0	1	1
		6 Pcte. Presenta Rash cutáneo	0	0	0	0	0
		7 Pcte. Con cardiopatía.	0	0	0	0	0
		8 Plaquetas Disminuidas.	0	0	0	0	0
		9 Falta estudios y/o evaluación	1	1	0	0	2
		10 Falta Radiografía.	0	1	0	0	1
2.-	Causas Quirúrgicas	11 Indicación del cirujano	1	9	4	1	15
		12 Cx. Principal NO se presentó	0	1	3	0	4
		13 Falta prep. Qx. Pta. Relaj. Esfínt.	0	0	1	0	1
3.-	Causas relacionadas con la anestesia	14 Observación de Anestesiólogo	0	1	0	2	3
		15 Falta medicamentos Anestes	0	0	0	0	0
		16 Pcte. Ingerió alimentos	1	1	0	2	4
4.-	Causas relacionadas con el paciente	17 Pcte. Desiste de Cirugía	1	2	0	1	4
5.-	Causas relacionadas con la logística o Administrativas.	18 Cx. Anterior prolongada	5	5	6	16	32
		19 Falta cama en URPA	5	4	1	2	12
		20 Falta material Quirúrgico	1	1	0	0	2
		21 Cx. De suma Emergencia.	1	0	0	1	2
		22 Pcte. No amerita Cx.	0	1	0	0	1
		23 Incongr. Cx. Prog/tiemp oper.	0	0	0	0	0
		24 Falta máquina de anestesia	1	0	0	0	1
		25 Falta Depósito de sangre	0	0	0	0	0
		26 Mesa de operac. Malograda	0	0	0	0	0
		27 Falta Material Traumatología	0	0	0	0	0
		TOTAL	21	31	23	33	108

Fuente: Oficina de Estadística de Estadística de la Red Asistencial Piura.

Cuadro N° 4.7.

Frecuencia y distribución de cirugías suspendidas, en el Hospital C. Heredia y servicio de Cirugía General. 2013 – 2016

		Años 2013 - 2016		Hosp.	%	Cx.G.	
1.-	Causas Médicas (NO quirúrgicas)	1	Pcte. Con crisis hipertensiva	43		13	
		2	Pcte. Con proceso respirator.	56		6	
		3	Pcte. Con Hemoglobina baja	16		3	
		4	Pcte. Pta. Crisis convulsiva	2		1	
		5	Pcte. con alza de Temperatura	18		1	
		6	Pcte. Presenta Rash cutáneo	9		0	
		7	Pcte. Con cardiopatía.	5		0	
		8	Plaquetas Disminuidas.	3		0	
		9	Falta estudios y/o evaluación	24		2	
		10	Falta Radiografía.	10	23.60%	1	3.40%
2.-	Causas Quirúrgicas	11	Indicación del cirujano	80		15	
		12	Cx. Principal NO se presentó	36		4	
		13	Falta prep. Qx. Pta. Relaj. Esfínt.	5	15.35%	1	3.07%
3.-	Causas relacionadas con la anestesia	14	Observación de Anestesiólogo	24		3	
		15	Falta medicamentos Anestes	2		0	
		16	Pcte. Ingirió alimentos	24	6.35%	4	1.05%
4.-	Causas relacionadas con el paciente	17	Pcte. Desiste de Cirugía	30		4	
					3.81%		0.50%
5.-	Causas relacionadas con la logística o Administrativas.	18	Cx. Anterior prolongada	192		32	
		19	Falta cama en URPA	80		12	
		20	Falta material Quirúrgico	21		2	
		21	Cx. De suma Emergencia.	31		2	
		22	Pcte. No amerita Cx.	5		1	
		23	Incongr. Cx. Prog/tiemp oper.	13		0	
		24	Falta máquina de anestesia	3		1	
		25	Falta Depósito de sangre	3		0	
		26	Mesa de operac. Malograda	4		0	
		27	Falta Material Traumatología	49	50.89%	0	6.30%
		TOTAL		788	100%	108	14%

Fuente: Oficina de estadística de la Red Asistencial Piura.

Los motivos de suspensión de las cirugías fueron categorizados de acuerdo con el criterio utilizado por R.A Abeldano ⁽⁵⁾

En el cuadro N° 4.5.- Se observa que el mayor % de suspensión de cirugías programadas en el hospital son las causas relacionadas a la logística o administrativas, seguidas por causas médicas, las causas quirúrgicas, luego causas relacionadas a la anestesia y por último causas relacionadas al paciente.

En el cuadro N° 4.6.- En este cuadro observamos el servicio de Cirugía General y las causas de suspensión de cirugías que son similares a las encontradas en el hospital III J.C. Heredia.

El cuadro N° 4.7.- Nos muestra el % de las causas de suspensión de las cirugías programadas relacionadas a la deficiente preparación pre quirúrgica de enfermería en el servicio de cirugía general en relación a las reportadas en el hospital III J.C. Heredia.

V CONCLUSIONES

- A. Este informe permitió evidenciar que las cirugías suspendidas en el servicio de Cirugía General y en el hospital III J.C. Heredia las más frecuentes se deben a causas relacionadas con la logística o administrativas.
- B. En lo que compete a la preparación de enfermería en el servicio de Cirugía General, (ingesta de alimentos, cuatro casos) significó el 16.7% de los casos reportados, lo cual es un factor importante y requiere tomar acciones al respecto. Mejorando la educación al paciente y su familia. Capacitando periódicamente a todo el personal del servicio.
- C. Del caso registrado como mala preparación quirúrgica del tracto digestivo (1 caso) en el periodo en estudio, no es atribuible a responsabilidad de enfermería, por el contrario fue un precedente de mejora en la preparación del paciente.

VI. RECOMENDACIONES.

- A. Mejorar la gestión de los recursos necesarios para incrementar la producción de los servicios quirúrgicos, y disminuir el sobre costo al hospital.
- B. La enfermera de cuidados quirúrgicos debe asumir su rol y brindar una atención de calidad, que contribuya a disminuir la suspensión de cirugías programadas.
- C. Compartir con las colegas de otros servicios, las experiencias de mejora en la preparación del tracto digestivo de los pacientes pre quirúrgicos.

REFERENCIALES

- 1.- Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Francia: organización Mundial de la salud; 2008. Disponible en: <http://bit.ly/1j8oNMZ> [Links] consultado 17 de setiembre del 2016.
- 2.- Perroca MG, Jericó MC, congelamiento quirúrgico en un hospital escolar, implicancias sobre el gerenciamiento de costos. Rev. Latino-Am.Enfermagem 2007. Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/ptv15n5a20.pdf> [Links] consultado 15 de Enero 2017.
- 3.- Enfermería Global, Barbosa, MH, Miranda Goulart, DM. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital Docente. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141871> consultado el 18 de marzo del 2017.
- 4.- Ministerio de Salud del Perú, Indicadores de Gestión de la Calidad, Disponible: <http://www.hsr.gob.pe/calidad/images/pdf/indicadores/2015/INDI-04-2015.pdf>, fecha de consulta el 18 de Marzo del 2017.
- 5.- Abeldano, R.A., Coca, S.M., Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014: Enfermería Universitaria [en línea] 2016, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa> Fecha de consulta: 28 de Agosto de 2016.

- 6.- J.L. Argo, C.C. Vick, L.A. Graham, *et al.* Elective surgical case cancellation in the Veterans Health Administration system: Identifying areas for improvement *Am J Surg.*, 198 (2009), pp. 600–606
Article PDF (382 K) View Record in Scopus Citing articles (43) ⁽⁶⁾ .
- 7.- Gaviria-García G., Lastre-Amell G., Suárez-Villa M.. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. *Enferm. univ [revista en la Internet]*. 2014 Jun [citado 2017 Mar 06]; 11(2): 47-51. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200002&lng=es.
<mailto:ggaviria1@unisimonbolivar.edu.co>
- 8.- Renilla, Carranza Elena, 2013, Lima Perú. “Motivos de cancelación de cirugías electivas del periodo 2007-2011 en el departamento de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” Ateneo, unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/
<http://hdl.handle.net/123456789/4434>
- 9.- Díaz Gonzales Daniella, 2016 Lima Perú, “Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la clínica Maison de Santé”, Lima-Perú.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5312/1/Diaz_gd.pdf
- 10.-Fernández NP., Espuñes ME. (Coord.) *Manual de Enfermería Quirúrgica*, España Barcelona: Publicacions Bellaterra; 2012. Primera edición.

- 11.- Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico, Enfermería Global: Administración - Gestión - Calidad. Revista electrónica trimestral de enfermería, julio 2011, acceso 5/09/16 <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwje->

12. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoría de déficit de autocuidado: análisis y la importancia y aplicación en la práctica de Enfermería. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [acceso 19 Setiembre 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>

13. Revista Cubana de Enfermería: teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Consultado 20/11/2016. http://jean-watson.blogspot.pe/p/contenido-del-modelo-conceptual_30.html

14. L.S. Brunner, D.S. Suddarth, Manual de Enfermería Médico Quirúrgico: La enfermería en el mundo actual: conceptos y ejecución, España, Edit. Interamericana, 2013.

ANEXOS

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA
EN LA PREPARACIÓN PRE OPERATORIA.

- 1.- El paciente ha confirmado su identidad.
 - Su identidad (brazalete de identificación, historia clínica)
 - El área o lugar del cuerpo a ser intervenido.
 - La preparación del paciente según la cirugía programada.
 - Consentimiento informado, debidamente llenado y firmado.
- 2.- Marcado o delimitado la zona del cuerpo para la cirugía.
- 3.- Verificar la pre medicación esté conforme.
- 4.- Al control de funciones vitales, no hay signos de alarma? De lo contrario, reportar al cirujano y en la historia clínica.
- 5.- El paciente sufre de alguna alergia conocida? Debe constar en la historia clínica, y en anotaciones de enfermería.
- 6.- El paciente tiene dificultad en la vía respiratoria o riesgo de aspiración?
En caso de ser afirmativo, comunicar al cirujano y constar en la historia clínica
- 7.- Tiene el paciente riesgo de pérdida de sangre mayor a 500c.c. En la historia clínica debe figurar la constancia del depósito de sangre compatible,
- 8.- En caso de ser afirmativo, tiene el paciente una vía intravenosa adecuada para la perfusión de líquidos?

GUÍA DE EDUCACIÓN PRE QUIRÚRGICA AL PACIENTE Y FAMILIA.

La educación es continua y en lo posible personalizada, se inicia desde que el paciente ingresa al servicio y continúa hasta el alta del paciente.

SERVICIO: CIRUGÍA GENERAL.

OBJETIVO: Informar y orientar al paciente y familia acerca de la intervención quirúrgica programada y fomentar su participación en el proceso de recuperación del paciente.

JUSTIFICACIÓN.- El paciente y su familia al estar informados del curso de su intervención quirúrgica están más dispuestos a participar en la atención de necesidades básicas del paciente, la prevención de complicaciones, a fin de promover una corta estancia hospitalaria para disminuir riesgo de infecciones y otras complicaciones.

ACTIVIDADES.

- 1.- Descripción de los servicios que atendemos: Cirugía General y Ginecología.
- 2.- Orientación acerca de las Normas de la Institución y del Servicio: horario de visitas, objetos personales permitidos y prohibidos en el servicio, restricción de ingreso de alimentos (familiares y pacientes) y pases para la permanencia de familiar de paciente pos operado.
- 3.- Se informa acerca de la preparación previa a la cirugía programada.

4.- Se incide en la importancia de la necesidad del tiempo de ayuno pre quirúrgico del paciente programado.

5.- Se explica sobre la prevención y el manejo del dolor en el paciente pos operado.

6.- Educar sobre la importancia de ejercicios respiratorios y movimiento precoz en cama en el paciente pos operado.

7.- Educar sobre el autocuidado: Hábitos higiénico-dietéticos del paciente, Los que se irán adecuando conforme se adapte el paciente a su entorno y a su proceso de recuperación.

8.- Enseñanza de manejo de ostomías y/o drenajes al paciente y familiares al alta, para su manejo en domicilio.

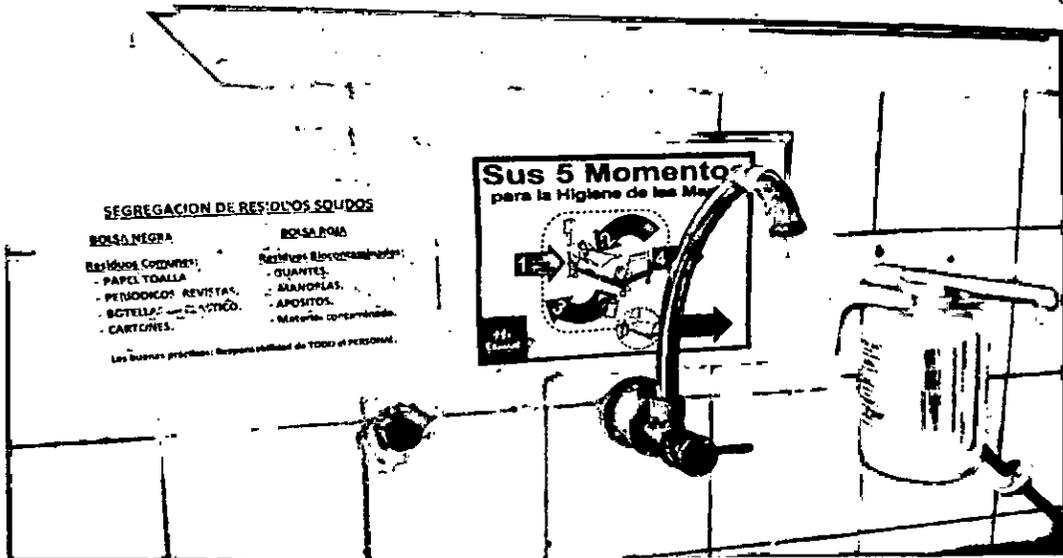


Pre operatorio inmediato

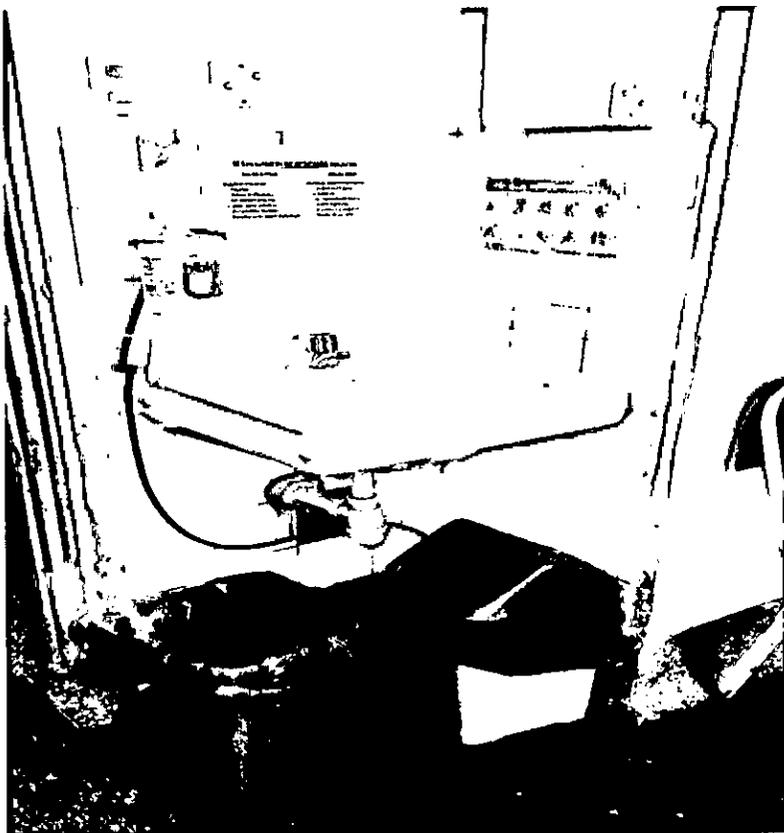


Verificando los cinco correctos, aplicado en el paciente quirúrgico.

Bioseguridad en el servicio.



Instructivo para lavado de manos en tópico de enfermería



Instructivo para segregación de residuos sólidos hospitalarios.

Organizan:

I CURSO - TALLER INTERNACIONAL EN CUIDADOS DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

25, 26 Y 27 NOVIEMBRE 2016
Hospital III Cayetano Heredia

Expediente	S/ 120
Laborista, enfermera y otros Profesionales	S/ 180
Expediente	S/ 70
Expediente	S/ 50
Inversión Taller	S/ 100

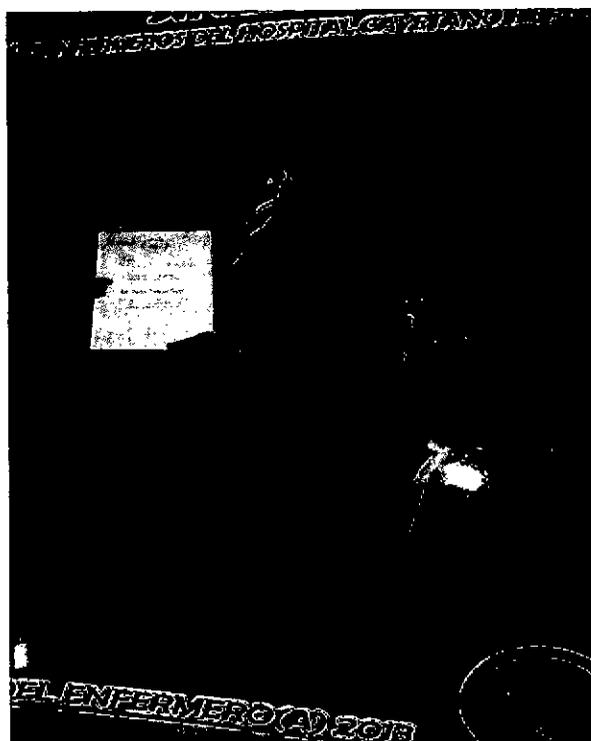
Informes e inscripciones: 955 065 093

Asesoría:

Comité de:

Organización:

“I Curso Internacional “Cuidados del paciente Quirúrgico”



Reconocimiento por desempeño en Coordinación de Consultorios Externos.



Servicio Cirugía General H.J.C.H. Piura.

Fuente: propia.



Hospital III J. C. Heredia Piura.

Fuente propia.



Grupo de Enfermería en Cuidados quirúrgicos.