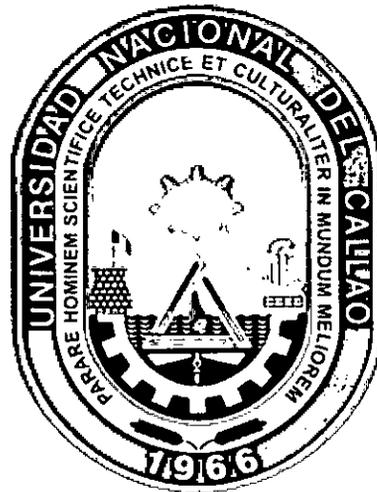


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL INTRAOPERATORIO –
CIRUGÍAS ABDOMINALES CENTRO QUIRÚRGICO - HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN – HUANTA AYACUCHO 2015 – 2016**

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

MARÍA ZULEYKA MARTÍNEZ HUAMÁN

CALLAO - 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTE
- Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

ASESORA: MG. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMÁN.

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 010

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 13/03/2018

Resolución Decanato N° 738-2018-D/FCS de fecha 05 de Marzo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	11
1.3 Justificación	11
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes	14
2.2 Marco Conceptual	18
2.3 Definición de Términos	39
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	40
3.1 Recolección de Datos	40
3.2 Experiencia Profesional	41
3.3 Procesos Realizados en el informe	42
IV. RESULTADOS	50
V. CONCLUSIONES	64
VI. RECOMENDACIONES	65
VII. REFERENCIALES	66
ANEXOS	72

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado: "Cuidados de enfermería en el intraoperatorio - cirugías abdominales Centro Quirúrgico- Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta Ayacucho 2015- 2016, cuyo objetivo es describir los cuidados de enfermería en el intraoperatorio - cirugías abdominales Centro Quirúrgico- Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta. La cual me permite obtener un enfoque profesional ante los cuidados brindados al paciente, cuyos cuidados sean los adecuados y de acuerdo a la intervención a realizar en el acto quirúrgico.

Así mismo se considera un componente esencial en la enfermería intraoperatoria en todo el mundo desde hace décadas. Las intervenciones quirúrgicas conllevan un riesgo por un lado en la fase de anestesia que el paciente recibe, o por el trauma en el sitio quirúrgico, la respuesta de cada paciente estará determinada por su reserva funcional y por las patologías asociadas.

La cirugía general es una especialidad que tiene competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia. 1

El Ministerio de Salud creó protocolos para garantizar la atención integral de pacientes en Cirugía Abdominal como son las apendicectomías,

colecistectomías entre otras intervenciones con el objetivo de mejorar y fortalecer debilidades en cuanto al manejo y la atención de las diferentes cirugías a nivel abdominal.

La función del profesional de salud entre ellos, los cirujanos, los médicos anesthesiólogos, enfermeros y personal técnico; en la etapa pre operatoria, está enfocada en la recolección de información y valoración del paciente. 2

Consta de los siguientes partes: I El planteamiento del problema, II marco teórico, III Experiencia profesional, IV Resultados, V Conclusiones, VI Recomendaciones, Referenciales y Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La licenciada en enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y de cuidado al paciente, por lo tanto la enfermera debe mostrar un alto grado de compromiso, lealtad, valores y humanismo durante el cuidado que brinda al paciente para lograr su plena satisfacción.

La calidad es un aspecto clave de la gestión empresarial y especialmente para los servicios de salud, lo que ha llevado al Ministerio de Salud a realizar cambios en el sistema de gestión de la calidad, el cual tiene como objetivo mejorar la calidad de cuidado en los servicios, a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los pacientes. En este contexto se hace necesario plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud, estos cambios deben ir enfocados a garantizar cuidados que satisfagan las necesidades y expectativas de los pacientes. Los cuidados brindados en los servicios de salud es responsabilidad del equipo de salud que labora en un hospital, en tal sentido el rol de la enfermera cobra particular importancia por ser miembro del equipo de salud, por brindar atención directa y estar en contacto el mayor tiempo con el paciente; de ahí que una atención interpersonal de buena calidad es necesario para lograr la satisfacción de

las necesidades bio-psico-espirituales de los pacientes, debido a la frecuencia de interacción, lo cual da la calidad de atención como un todo incluyendo los méritos técnicos.³

Desde la formación y en el trabajo de las enfermeras el cuidado de enfermería está orientado al cuidado de la vida humana, que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y quehacer en enfermería, y este debe caracterizarse por su calidad lo cual implica no solo asegurar el mantenimiento, el restablecimiento de las funciones corporales vitales, sino también implica establecer una relación interpersonal. El proceso de cuidar se centra en la interrelación enfermera-paciente con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación interpersonal con el sujeto de cuidado considerándolo como un ser biopsicosocial – espiritual; en el marco del saber científico con la práctica de enfermería. Enfermería es una profesión dinámica, ya que su práctica se encuentra en constante cambio, de ahí que el desarrollo de una base científica para el ejercicio de la profesión tiene gran importancia; en este caso la teoría de Virginia Henderson y Dorotea Orem, orientan la práctica de enfermería como un proceso interpersonal terapéutico entre una persona que necesita ayuda y un profesional de enfermería capaz de reconocer y responder a la necesidad de ayuda, satisfaciendo sus necesidad que es mayor en el paciente quirúrgico. El concepto de cuidado de Enfermería trasciende de lo psicológico, hacia lo humanístico y social por lo que no debe relegarse

sino resaltarse, de ahí que es importante el aspecto humano del paciente, aspecto importante del cuidado y que son propios de nuestra competencia que afianza realmente los valores de la profesión de Enfermería y que algunos le llaman vocación, pero para que ésta se cristalice es necesario además del conocimiento científico, de la habilidad y destreza que precisa una buena comunicación en la relación enfermera paciente, lo que permite la continuidad de la atención.⁴

En México (2003), Martínez García María Elena en su investigación: "Satisfacción del paciente quirúrgico con el cuidado de enfermería. Sostiene mejorar la calidad de la atención a la salud sigue siendo una prioridad. Esta tiene cada vez mayor importancia a medida que los proveedores de atención a la salud compiten en ambientes dirigidos a captar más pacientes, a la demanda de los derechos de los pacientes, a una población más informada y demandante de atención de calidad y a la aparición de organismos dedicados a atender las quejas del paciente. Ante estas exigencias de la sociedad, es necesario contar con un sistema de salud que responda con calidad y logre satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes. Sin embargo, la satisfacción con los servicios de salud y con la atención que le proporciona el personal de enfermería muestra deficiencias no superadas, en la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario con los Servicios de Salud el 62% refiere que los servicios son deficientes y de mala calidad, el 28%

perciben mala calidad técnica en la atención y 22% deficiente relación interpersonal. ⁵

En Trujillo la seguridad integral del paciente en el área quirúrgica del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, es un componente clave de la calidad del cuidado de enfermería y los eventos no deseados secundarios en la atención representa una causa de morbilidad y mortalidad en esta institución de salud. Los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica están expuestos a procedimientos en sitios incorrectos (que incluye el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no es un evento "raro". El área quirúrgica, es el lugar donde se brinda atención al paciente que necesita de una intervención quirúrgica, que requieren de algún tipo de anestesia con monitoreo hemodinámico, así mismo no se cuenta con un espacio e infraestructura adecuada y falta de insumos.⁶

En Ayacucho, en la Provincia de Huanta en el Hospital Daniel Alcides Carrión, considerado un Hospital de nivel II 1, viene prestando los servicios de salud a la población en sus áreas de influencia y otras que por tener mayor accesibilidad geográfica son referidos para su atención según su diagnóstico, debido a que en los últimos años, se han presentado diversos fenómenos demográficos y sociales que están repercutiendo en el estado de salud del esta parte del país, determinando

cambios en las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto, los cuáles hacen plantear retos interesantes al sistema de salud.

El Hospital Daniel Alcides Carrión, cuenta con el servicio de Centro Quirúrgico, tiene un área de Sala de Operaciones, Central de Esterilización y el área de la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA) que está alejado de Sala de Operaciones por no contar con infraestructura y espacio. En sus inicios no se contaba con enfermera asignada en rol de turno en el servicio, solo se cubría con colegas que estaban programadas en el servicio de emergencia y menos con enfermera Instrumentista, en el servicio de Centro Quirúrgico todo el trabajo concerniente a la preparación de los materiales textiles e instrumental estaba a cargo del personal Técnico en Enfermería desde el momento del lavado, secado, empacado y esterilización de los instrumentales y conservación de los mismos, ya que los turnos de la enfermera estaban programadas en el Servicio de Emergencia y solo ingresaban a Sala de Operaciones Programadas cuando habían pacientes para una intervención quirúrgica y luego seguir prestando los servicios en el servicio de Emergencia.

Hace aproximadamente 5 años el servicio de Centro Quirúrgico tiene personal capacitado tales como Licenciadas en Enfermería en número de 07 de las cuales a la fecha contamos con dos colegas ya tituladas con especialidad y las restantes por optar la titulación, la jefa del servicio

cuenta con experiencia y dominio en el tema de Centro Quirúrgico por lo mismo que las Licenciadas en Enfermería del servicio estamos en constante capacitación, desarrollando las funciones asistenciales, de docencia, investigación y administrativas y estamos programadas por servicios diferenciados y nuestra permanencia en el servicio se garantiza las 24 horas del día según el rol de turnos, ahora la preparación de los materiales, su manejo y correcto almacenamiento lo realizamos las enfermeras conservando y garantizando la esterilidad de los materiales que han de usarse durante la intervención quirúrgica por que ahora se esterilizan los materiales en calor húmedo, el uso de papel crepado para empacar materiales, el uso de DAN.

Los ambientes de Sala de Operaciones no garantizan el flujo de oxígeno ni las puertas del quirófano se mantienen cerradas y evitar la entrada de personas innecesarias

La suspensión de cirugías por falta de asistente para el cirujano (en ocasiones la enfermera participa como primer asistente al cirujano y a la vez se realiza la instrumentación)

Problemas por averías en tuberías, en casa fuerza para la dotación de vapor para realizar el proceso de esterilización en calor húmedo entre otras la compra de combustible el mismo día de realizar los procesos de esterilización que son los días lunes, miércoles y viernes, lo que hace que a veces nos haga falta los paquetes textiles e instrumental estéril, en

ocasiones se realiza la desinfección de alto nivel para cirugías menores. En ocasiones por estas averías se realizan procesos largos de esterilización.

Los días domingos, a partir de las 17 horas ya no se cuenta con anestesiólogo hasta el día lunes. Por ende, las cirugías que son de emergencia son referidas al Hospital Regional de Ayacucho a una hora aproximadamente vía terrestre.

Se cuenta con una sola sala de operaciones lo que hace que a veces se realicen laparotomías exploratorias, restitución de tránsito intestinal, resección intestinal, etc. que son cirugías contaminadas y se posponen las cirugías limpias (cesáreas, legrados, revisión de cavidad uterina, entre otros).

Cabe señalar que el servicio cuenta con una sola sala para intervenciones quirúrgicas de toda índole debido a la mala distribución de los ambientes con que cuenta el hospital, funcionando con muchas carencias en lo que respecta a la falta de infraestructura, ahora con las capacitaciones permanentes que se tiene se están aplicando los conocimientos científicos para garantizar la cirugía segura.

1.2. Objetivo

Describir los cuidados de enfermería en el intraoperatorio – Cirugías Abdominales Centro Quirúrgico en el Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta - Ayacucho 2015 - 2016.

1.3.- Justificación

En el ámbito quirúrgico no sólo son importantes las actividades puramente técnicas, debemos, como profesionales de la Salud, atender a las necesidades biopsicosociales del paciente quirúrgico.

Los cuidados de Enfermería en el quirófano deben de ser concretos y específicos para este tipo de paciente, por ello planteo la necesidad de establecer los cuidados de enfermería en el intra operatorio en cirugías abdominales, que nos sirva para clarificar nuestro rol de las enfermeras (os), unificar la actuación de todos los profesionales quirúrgicos y establecer una referencia para el control de calidad.

El objetivo principal es describir los cuidados de Enfermería necesarios para que la intervención de cirugías abdominales de forma eficiente y eficaz.

Una parte importante de la intervención es que está relacionada con la cirugía. El rol de la enfermera en el intra operatorio se puede encuadrar

según realice la parte asistencial de enfermera circulante o enfermera instrumentista. El trabajo de una licenciada en enfermería se encuentra normalizado en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería 2016. También, esto mismo puede ocurrir en el proceso asistencial de soporte del Bloque Quirúrgico, en el proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería), o en los manuales de competencias profesionales, que contemplando planes de cuidados y/o actividad enfermera, exploran esferas parciales o incompletas, se apoyan en planificaciones teóricas, o dejan abierta la implementación clínica, lo que plantea incertidumbres en la práctica, y nos permite pensar que existe necesidad de estudios observacionales que exploren lo que realizan las enfermeras en sus distintos entornos clínicos. La actividad quirúrgica aumenta paulatinamente. En los últimos tiempos este incremento está acompañado de un desarrollo de sistemas de trabajo y técnicas quirúrgicas para minimizar los efectos de la cirugía en los pacientes. En toda cirugía, la presencia de enfermeras hoy día se considera imprescindible. Su participación en todas las fases quirúrgicas, en todo el periodo perioperatorio, contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías. El proceso perioperatorio tiene un momento intenso de actividad para las enfermeras. En los minutos/horas que puede durar una intervención quirúrgica (IQ) en función de su complejidad en una cirugía abdominal, las enfermeras

tienen que desplegar una importante actividad en torno al paciente, a la cirugía o al equipo de profesionales que intervienen. La actividad de las enfermeras y el rol que desempeñan dentro de los quirófanos se puede encuadrar según la función principal que asume durante la cirugía. Si bien en términos generales los roles de las enfermeras (os) pueden permanecer estables en la actividad de un área quirúrgica hospitalaria, cada especialidad quirúrgica genera un sistema particular de trabajo realizando unas técnicas acordes con su campo de actuación.

No existiendo en el hospital un informe real y de carácter científico sobre la calidad de los cuidados de enfermería, el presente estudio se justifica porque proporcionará a la Institución datos que permitirán mejorar y generar cambios en la labor profesional enfocando la atención de enfermería hacia la completa satisfacción del paciente teniendo comprometida en su labor como profesional actuando en forma responsable y dedicada para garantizar la plena satisfacción del paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Casas Morales L. (2012). En su investigación titulada: "Traumatismos de páncreas y duodeno en el Hospital Nacional Hipólito Unanue", en su estudio descriptivo prospectivo, durante 3 años en 25 pacientes con traumatismos de páncreas y duodeno, encontraron que las edades fluctuaron entre los 17 y 65 años. Se encontró que el traumatismo abdominal abierto fue la forma más frecuente de presentación en 19 pacientes; 15 de estos fueron producidos por proyectil de arma de fuego, 3 por arma blanca y 1 por escopeta. Los traumatismos abdominales cerrados se dieron en 6 casos. Los órganos lesionados fueron el duodeno en 13 casos, el páncreas en 7 casos y ambos en 5 casos. La región más frecuentemente lesionada del duodeno fue la segunda porción en 9 casos y en el páncreas fue la cabeza en 7 casos. Se concluye que los tratamientos quirúrgicos precoces y definitivos son importantes; pero no existe una técnica quirúrgica ideal o especial, ya que depende del tipo de lesión.⁶

Avendaño Sandra (2013). En su investigación retrospectiva titulada: "Factores de riesgo de infección del sitio operatorio después de laparotomía por heridas de bala en la era de control de daños. Cali - Colombia", se recopiló información de 108 pacientes obteniéndose datos

de la edad, sexo, causas de traumatismo, inmediatez del diagnóstico y el tratamiento, lesiones asociadas, órganos afectados, técnicas quirúrgicas, complicaciones y mortalidad, tanto de las historias clínicas como del informe operatorio. Hubo predominio de los pacientes jóvenes masculinos, las heridas por arma blanca y los accidentes de tránsito, los traumas de tipo abierto sobre los cerrados. Presentaron mayor índice, las lesiones de hígado y bazo en los traumas cerrados y el intestino delgado, estómago y colon en los abiertos. La mayoría de los pacientes fueron tratados de manera inmediata. La técnica quirúrgica aplicada estuvo en relación con el órgano y el grado de lesión. El absceso intra abdominal y choque hipovolémico fueron las complicaciones más frecuentes. La mortalidad fue de 12.9% y las causas que más frecuentemente las provocaron fueron el fallo multiorgánico y el choque hipovolémico.⁷

AVALOS CHICATA, James Michael (2013). En un investigación titulada: “Índice de riesgo en la predicción de infección en el sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados- Hospital Regional Docente de Trujillo; cuyo objetivo fue establecer la capacidad predictiva del índice de riesgo para la infección del sitio quirúrgico en pacientes apendicectomizados. Obtuvieron los siguientes resultados: De 335 pacientes; la tasa de incidencia de infecciones del sitio operatorio fue de 15.5%; el 17% tuvo alto riesgo y 83% tuvo bajo riesgo. La sensibilidad fue del 61.5%, la especificidad del 91.2%. Las conclusiones fueron: el índice de riesgo no

es un predictor confiable de infección del sitio quirúrgico aplicado a nuestra realidad local, teniendo mayor capacidad predictiva para la negatividad. 8

ESPINOZA MINCHALA, Kerly Margoth (2015). En un investigación titulada: “Causas que producen complicaciones post – quirúrgicas en la apendicetomía en el servicio de cirugía del Hospital Teófilo Dávila - Ecuador”, las conclusiones fueron: Las causas que producen complicaciones posquirúrgicas en la apendicetomía son la hemorragia y peritonitis; así mismo se manifiesta que la complicación más frecuente de este procedimiento, en la institución antes mencionada es la infección de la incisión quirúrgica con un 4,5%. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) permite a los profesionales brindar cuidados humanistas en forma racional, lógica y sistemática centrados en las necesidades del paciente y en el logro de resultados esperados. 9

FRANCO – JJIMY YAZAN (2012). En su investigación titulada: “Epidemiología quirúrgica de la apendicitis aguda en población pediátrica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Perú”, encontraron lo siguiente: El grupo de edad más frecuente se da en los adolescentes. El principal síntoma y signo referidos, fueron: el dolor migratorio y el de Mc Burney, respectivamente. La mayoría de pacientes tuvo una evolución típica de la

enfermedad y leucocitosis con desviación izquierda. El tiempo de evolución, en el grupo de 0 a 23 horas fue el más frecuente. La estancia hospitalaria preoperatoria, tuvo como media 7 - 9 horas y la estancia hospitalaria postoperatoria fue menor de 6 días en más de tres cuartos de la población. El tipo de intervención quirúrgica fue a predominio de cirugía convencional. El diagnóstico preoperatorio, en lo concerniente al estadio complicado, difirió bastante de los resultados. Alta congruencia entre los diagnósticos intraoperatorios e histopatológicos, siendo el estadio perforado, el de mayor frecuencia, en ambos. El tipo de complicación postoperatoria, más prevalente fue la Infección de herida operatoria.¹⁰

NICHO CHÁVEZ Carlos (2015). En su investigación titulada: "Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicetomía convencional Hospital Nacional Hipólito Unanue – Lima". Se encontró lo siguiente: El 64.3 % de los pacientes cuenta con un sobrepeso en diferentes niveles y factor de riesgo que incide en la presencia de presentar infección de sitio operatorio en una cirugía. También que la prolongación de las horas de evolución de un cuadro de apendicitis en más de 4. 25 horas tiene una relación con la presencia de infección de sitio operatorio y la evolución de heridas contaminadas y sucias lo cual es evidente en nuestros resultados. Asimismo que en el 2.9% de los casos el tiempo de prolongación de la cirugía fue hasta 30 minutos. El 70.3% de los casos fue entre los 31 a 60 minutos. El 26.8% de

los casos fue de más de 60 minutos. Esto también tiene relación con la prolongación de la evolución de la apendicitis aguda y el tipo de herida en este caso contaminada y sucia para la aparición de infección de sitio operatorio.¹¹

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 El Diseño Arquitectónico y el Equipamiento de Quirófanos

Es un reto para todo aquel especialista encargado de la planificación y construcción de un hospital ya que se requiere perfeccionar su eficiencia creando modelos realistas de trabajo y tránsito de pacientes, personal y suministros. El diseño debe ser flexible y permitir una futura expansión. El especialista debe consultar a los cirujanos y al personal administrativo de enfermería para que este pueda distribuir el espacio disponible.¹⁸

En cuanto a las salas de operaciones cabe mencionar que ninguna sala puede ser construida de la misma manera ya que cada una se diseña en forma individual para cubrir las necesidades específicas previstas. El número y tamaño de cada sala va a depender de lo siguiente:

- a) El número y la duración de los procedimientos quirúrgicos previstos.
- b) El tipo y la distribución del equipo y del personal quirúrgico de cada especialidad.

- c) La proporción de pacientes ingresados, de operaciones quirúrgicas programadas El tipo de cirugía que se llevará a cabo, ya sea de primer, segundo o tercer nivel.

Las piezas de equipo y del mobiliario son estándares en la mayoría de las salas de operaciones. Siempre hay un equipo de anestesia en cada sala de intervenciones quirúrgicas. También hay equipos accesorios, como monitores fisiológicos, un coche con suministros de anestesia, envases para administración de líquidos intravenosos y bancos. Otros implementos comunes son los dispositivos de aspiración y las unidades de electrocirugía.

Todos los muebles deben ser de acero inoxidable porque no es poroso y es fácil de descontaminar. Entre ellos tenemos:

Mesa para cirugía.

- a) Mesa de mayo.
- b) Mesas auxiliares.
- c) Baldes y recipientes.
- d) Porta bolsas de ropa y de residuos.
- e) Máquina para anestesia.
- f) Lámpara cialítica.
- g) Electro bisturí
- h) Equipo de aspiración

i) Desfibrilador. 17

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. 18

2.2.3 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.

2.2.4 Equipo Quirúrgico

Es el personal encargado de una labor médica o quirúrgica concreta. El grupo quirúrgico está conformado por dos o más personas, que buscan y coordinan esfuerzos para lograr alcanzar un objetivo común, que es el bienestar del paciente. Caracteriza al grupo la dependencia e interrelación dirigida al objetivo. La comunicación entre sí, y la distribución de tareas específicas, conducirá a alcanzar el éxito del equipo quirúrgico, proporcionado al paciente una atención eficiente, oportuna y segura.

Un equipo es un grupo de dos o más personas con objetivos comunes y que coordinan sus esfuerzos para lograrlos. La interdependencia caracteriza al equipo, porque sin los otros miembros es imposible alcanzar los objetivos

Los miembros del equipo deben comunicarse entre sí y tener una distribución solapada de todos los cometidos, para desempeñar las tareas especificadas como una única entidad. El fracaso de cualquiera de los miembros para desempeñar su papel puede incidir negativamente en el éxito de todo el equipo. Cada una de las acciones individuales es importante. El objetivo común del equipo quirúrgico es proporcionar al paciente unos cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura.

El trabajo en equipo es la esencia de los cuidados del paciente en el quirófano. Para funcionar de forma eficaz es imprescindible una buena comunicación y la existencia de respeto mutuo. Cuidar el ambiente en el quirófano, facilitarse mutuamente la labor, disponer de un personal adecuadamente entrenado, son parámetros que favorecen el correcto desarrollo de la intervención, cuidando así del paciente, que es nuestro objetivo.

La atención al bienestar del paciente debe ser constante. Este tiene derecho a una total atención y concentración del equipo en todo momento. Los miembros del equipo deben procurar cubrir las necesidades del paciente, considerándolo como individuo único y completamente dependiente de ellos para su supervivencia. Las diferencias de pensamiento del personal pueden ser a veces una fuente de conflictos, el trabajo en equipo y la tarea asignada en cada momento deben superar cualquier diferencia. De igual forma, los problemas ocasionados ante ciertos procedimientos complejos, una fuerte carga de trabajo o la escasez de personal no deben interferir en un cuidado eficaz e individualizado del paciente. El equipo quirúrgico se compone de:

- a) Personal Médico Cirujano
- b) Personal Anestesiólogo
- c) Personal de Enfermería
- d) Personal Técnico 20

2.2.5 Anestesia Regional y Anestesia General

a) La Anestesia Regional ocupa una parte importante del quehacer anestesiológico, que incluye tanto técnicas como drogas propias, y que tiene una amplia aplicación en prácticamente en todas las especialidades quirúrgicas, especialmente en obstetricia, urología, traumatología. Asimismo, se le reconoce un rol relevante en el manejo del dolor agudo (postoperatorio) y crónico.

Además, en la mayoría de las técnicas, existe la alternativa de realizar la punción única (técnica simple) o la colocación de un catéter (técnica continua) para dosis adicionales durante cirugías prolongadas o en el postoperatorio.

La administración de anestesia regional implica tener conocimientos de anatomía y fisiología en cuanto a las vías nerviosas que conducen las señales sensitivas (ej. dolor, temperatura, tacto) y motoras (ej. contracción muscular) como también farmacología por la elección de drogas a administrar.²¹

b) La Anestesia General es la técnica de elección para los pacientes que no cooperan o ansiosos, en reparaciones difíciles, y cuando la Anestesia raquídea no proporciona suficientes condiciones quirúrgicas. Las técnicas de Anestesia General han requerido el uso de la intubación endotraqueal. Cuando se utiliza esta técnica, la recuperación lenta del anestésico y las

náuseas puede retrasar el alta del hospital o centro de cirugía ambulatoria. La introducción de la máscara laríngea y el Propofol como una técnica de la anestesia general revolucionó la práctica de la anestesia ambulatoria. Los pacientes se recuperan de la anestesia con Propofol rápidamente, la parálisis muscular no es necesaria ya que los pacientes respiran de forma espontánea, y hay una rápida transición al alta de la unidad de recuperación postanestésica (URPA). 22

2.2.6 Infección de Sitio Quirúrgico

La infección de la herida quirúrgica (IHQ) y las complicaciones que de ella se derivan han constituido un hecho inseparable a la práctica quirúrgica desde sus rudimentarios comienzos hasta la actualidad. Las primeras medidas activas para luchar contra las infecciones la IHQ es aquella en la que se dan las siguientes condiciones: Ocurre en los 30 días después de cirugía.

IHQ superficial: Compromete únicamente la piel y los tejidos blandos subcutáneos a la incisión.

IHQ profunda: aquella en la que se dan las siguientes condiciones:

- Infección que ocurre en los 30 días después de la cirugía si no existe un implante.
- Hasta un año después si hay implante relacionado con la cirugía.
- La infección envuelve tejidos blandos profundos (fascia y músculo).

– Mínimo una de las siguientes condiciones:

- a) Drenaje purulento de esta zona, sin que comprometa infecciones de órgano y espacio del sitio operatorio.
- b) Dehiscencia de suturas profundas espontáneas o deliberadamente por el cirujano cuando el paciente tiene, al menos, uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre, dolor localizado, irritabilidad a la palpación, a menos que el cultivo sea negativo.
- c) Absceso u otra evidencia de infección que afecte la incisión profunda al examen directo, durante una reintervención, por histopatología o examen radiológico.
- d) Diagnóstico de infección incisiones profunda hecha por el cirujano o por la persona que lo esté atendiendo.

No se incluye:

- Infecciones que comprometan el plano superficial y profundo se catalogan como profundas.
- Infecciones de órgano y espacio que drenen a través de la incisión.

Factores que intervienen en la infección de Sitio Quirúrgico

Los procesos infecciosos adquiridos durante la estancia en el hospital, que no existían ni estaban incubándose al momento del ingreso,

conocidos como infecciones nosocomiales, son cuestionables, porque casi todos son consecuencia de la atención sanitaria.

De los tipos de infección nosocomial debidos a la atención médica, la infección del sitio quirúrgico es una de las más frecuentes y afecta a los tejidos manipulados o adyacentes al sitio quirúrgico. Esta complicación infecciosa es aún de mayor reconvención cuando se trata de una cirugía por emergencia.

Los cuantiosos factores de riesgo para infección del sitio quirúrgico han sido ampliamente estudiados, hacer una relatoría de cada uno de ellos podría resultar excesivo. Sabemos también que evitar todos estos riesgos es poco posible, porque son inherentes al paciente o a las prácticas sanitarias, pero muchos pueden supervisarse, modificar y, con ello, elevar la calidad de la atención quirúrgica; es indispensable la vigilancia estrecha de los pacientes de cirugía electiva con estos riesgos, debe ser obligatoria incluso hasta 30 días después de la cirugía, no obstante el egreso del paciente. ²³

2.2.7 Profilaxis Antibiótica

La profilaxis está indicada siempre que exista un riesgo importante de infección, ya sea por las características mismas de la operación o por las

condiciones locales o generales del paciente. Al producirse el trauma quirúrgico con la aparición de una solución de continuidad en la piel, se produce la ruptura de la principal barrera que frena la entrada de microorganismos en el interior del cuerpo. De esta manera los gérmenes entran y pueden colonizar e infectar tejidos profundos. Esto hace que dependiendo del inóculo bacteriano aumente la posibilidad de infección, según sea una cirugía limpia, limpia-contaminada, contaminada o sucia., cuanta mayor es la contaminación, mayor es el riesgo de infección postquirúrgica.

El riesgo de contaminación del campo quirúrgico se minimiza con una adecuada técnica quirúrgica, con el buen estado nutricional del paciente, pero el que se ha demostrado como el factor más importante es la profilaxis antibiótica. El uso de antibióticos en cirugía debe realizarse únicamente en aquellos casos en los que esté indicado, el fármaco tiene que tener de vida media larga, poco tóxico y activo frente a los principales microorganismos que se pueden esperar de la contaminación del campo quirúrgico.

Medidas de control en la técnica quirúrgica para minimizar el riesgo de infección son: incisiones limpias; levantamiento mucoperióstico libre de desgarros; irrigaciones como método de enfriamiento y arrastre de partículas de los fresados del hueso alveolar; aspiración constante; hemostasia cuidadosa; en caso de utilizar anestesia local, evitar posibles

desgarros de tejidos o capilares con la aguja; introducción lenta del anestésico; colgajos y tejidos al utilizar los separadores, retractores, depresor lingual; colocación de drenajes (si es preciso); apósitos y compresivos bien colocados. Debemos recordar que algunas de las suturas efectuadas son puntos de aproximación. Para una profilaxis efectiva, se deben conseguir concentraciones séricas efectivas desde la apertura hasta el cierre de la herida quirúrgica, por lo que es necesario administrar el antibiótico en un máximo de una hora antes de la incisión. El momento más propicio es durante la inducción anestésica y mediante la vía intravenosa. En caso de que se trate de una cirugía prolongada, puede ser necesario repetir la dosis del antibiótico para mantener unos niveles terapéuticos en sangre, dependiendo de la curva de biodisponibilidad y de la vida media de cada uno. 24

2.2.8 Eventos Adversos

Es todo accidente imprevisto e inesperado, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o progresión de la estancia y/o defunción. Se define evento adverso como el daño no intencionado relacionado con la atención sanitaria. El incidente es el suceso que no produce daño al paciente y el efecto adverso causa lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia. A su vez pueden ser evitables, que son los que podrían prevenirse mejorando las barreras del sistema o la práctica

hospitalaria, atendiendo a la gravedad distinguimos entre leves, moderados y graves. Leve es aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria, moderado es aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración y grave es aquel que ocasiona incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica.²⁵

2.2.9 Cuidado Intraoperatorio

En el ámbito quirúrgico no sólo son importantes las actividades puramente técnicas, debemos, como profesionales de Enfermería, atender a las necesidades biopsicosociales del paciente quirúrgico.

Los cuidados de Enfermería en el quirófano deben de ser concretos y específicos para este tipo de pacientes, por ello nos planteamos la necesidad de elaborar un plan de cuidados estandarizados con el fin de establecer unos Diagnósticos de Enfermería que nos sirvan para clarificar nuestro rol de enfermeros, unificar la actuación de todos los profesionales quirúrgicos y establecer una referencia para el control de calidad. Los cuidados de enfermería en el intra operatorio son conjunto de normas y acciones cuyo propósito es llevar al paciente en óptimas condiciones al intra operatorio. El cuidado intra operatorio comienza en el momento en que el paciente ingresa al quirófano y culmina cuando el acto quirúrgico finaliza e ingresa al servicio de recuperación.

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.

2.2.10 Humanización del Cuidado

La humanización es un tema de importancia para las personas que trabajan en el área de la salud, porque el objeto principal es el ser humano con todas sus necesidades como son: ayuda para lograr la adaptación, compañía, explicaciones acerca de su situación de salud, incertidumbre por el futuro; por tanto nosotros debemos brindarle una atención integral de calidad, tanto en lo físico, emocional y espiritual tratándolo al paciente con respeto y dignamente como persona no como un número o patología que tiene derechos como el de ser escuchado, saber acerca del tratamiento y procedimientos que se le vayan a realizar, como también mantener la confidencialidad, respetar sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga de la enfermedad que padece. Reflexionar sobre el enfoque humanístico del proceso del cuidado puede incidir, en una práctica profesional de enfermería más significativa y enriquecedora.

“Humanismo” es un término polisémico. Jakob Burkhardt, define el humanismo, como una época en la que “el hombre se convirtió en un individuo espiritual y se reconoció como tal”, haciéndose creador de su propia vida. La preservación y el mantenimiento de la vida del hombre, requirió de cuidados que se derivan en dos tipos; los de costumbre o habituales, asociados principalmente al mantenimiento de la salud y desarrollados en el hogar y los cuidados de curación, ligados a la enfermedad e implementados principalmente en el ámbito hospitalario. Ambos tipos de cuidado eran desarrollados esencialmente por mujeres, por lo que el papel de enfermería en la época del Renacimiento, se reflejó en un desarrollo profesional incipiente vinculado al rol religioso y de género prevaleciente. 26

2.2.11 Bioseguridad en Quirófano

Es la doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral”.

Oseas B. en su estudio realizado en La Paz (2011) sobre “Bioseguridad en Quirófano Procedimientos” define a la bioseguridad como la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos.

Objetivos

La bioseguridad debe cumplir con tres objetivos básicos:

- a) Prevenir enfermedades que se transmiten entre paciente y personal.
- b) Manejo de las exposiciones laborales
- c) Manejo del personal del equipo de salud con las infecciones.

2.2.12 Principios de Bioseguridad

Universalidad: Todo el personal debe seguir las precauciones estándares continuamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes.

- a) Uso de barreras: Comprende las normas que se utilizan para evitar la exposición directa a la sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes.
- b) 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. Según estudios publicados en una revista Argentina sobre Bioseguridad 2013, menciona que el 80% de las personas encuestadas desconoce los procedimientos a seguir en caso de derrames o rotura de material de vidrio con contenido contaminado. Entre el 50% y 60% desconoce si existen protocolos y programas de bioseguridad.²⁷

2.2.13 Seguridad en pacientes quirúrgicos

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. Además la seguridad en pacientes quirúrgicos, dirige de forma específica el diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria. Por lo tanto, las soluciones pretenderán promover un entorno y sistemas de apoyo que puedan evitar (potencialmente) que los errores humanos alcancen de hecho al paciente y minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna.

2.2.14 Consentimiento Informado

Es la decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y la ha considerado. Toma la decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación, influencias o incentivos indebidos

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la

investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona.

2.2.15 Teórica de Dorotea Orem

A.- Dorothea Orem

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

La Teoría General del Autocuidado, la cual tratar de tres sub teorías relacionadas:

La teoría del autocuidado: Como una contribución constante del individuo a sus propias existencias; "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismos, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendop por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos, la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social.

Requisito del auto cuidado es de prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar efectos en dicha situación.

La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado pendiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Comprende la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege. Sistema de enfermería parcialmente compensadora

El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

B.- Virginia Henderson

La enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labora no la hace en solitario, sino formando parte del

equipo sanitario. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

Método de la aplicación del modelo

Valoración.- se determina el grado de dependencia –interdependencia en las satisfacciones de las 14 necesidades.

Planificación.- se formula los objetivos de independencia en bases las fuentes de dificultades identificadas en la elección del modo de la intervención y en la determinación de las actividades a realizar

Distintos elementos de metas de paradigma en enfermería

Salud.- definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por si solas 14 necesidades básicas.

Entorno.- todas las condiciones externas que influyen en el equilibrio y el buen funcionamiento del ser humano.

Persona.- Es un ser biopsicosocial e individuo posee una estructura biológica y una psicológica al que se le ayuda para ver su independencia.

Enfermería.- es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad fortaleza o conocimiento para realizar algunas de las 14 necesidades básicas hasta que la pueda desarrollar.

Las 14 necesidades básicas son: Respiración – Circulación, nutrición – hidratación, eliminación de productos de desecho, moverse y mantener

postura adecuada, sueño descanso, vestirse y desvestirse, termorregulación, Higiene personal, seguridad, capaz de expresar sus emociones, creencia y valores, actividades, aprender y descubrir y satisfacer.

2.3. Definición de términos

- **Seguridad del paciente:** Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.
- **Cuidado:** Es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.
- **Cuidados Intraoperatorio:** Son intervenciones que se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso. En este periodo, el profesional de enfermería ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia.
- **Centro Quirúrgico:** Es la unidad operativa compleja donde convergen las acciones quirúrgicas programadas y de emergencia de varios Servicios de un Hospital.

- **Cirugía Abdominal:** Procedimiento realizado en el quirófano que comporta la incisión, manipulación o la sutura de un tejido a nivel del abdomen, y generalmente requiere de anestesia general.
- **Equipo Quirúrgico:** Constituido por los profesionales que interviene en la cirugía (el cirujano, anesthesiólogo, enfermeras) y enfermeras de neonatología, médico pediatra y técnicos en enfermería.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

En el presente informe, la recolección de datos se tuvo acceso a fuentes de información la cual permite ordenar sistemáticamente la información y

sustentar el conocimiento de los cuidados de enfermería quirúrgicos de Centro Quirúrgico, entre ellas tenemos:

- Datos del área de Estadística e Informática
- Datos del consolidado de atenciones a pacientes operados de cirugías abdominales
- Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Programación de cirugías.
- Manual de Normas Procedimientos y Protocolos del Centro Quirúrgico.
- Manual de Normas de Bioseguridad
- Formato de insumos
- Formato Trans operatorio
- Registro de ingresos y egresos.

3.2. Experiencia profesional

Mi experiencia laboral la inicié en el CAP Huanca Sancos Essalud en el mes de mayo del año 2011 como enfermera asistencial y como Administradora, cumpliendo con responsabilidad las labores, posteriormente en el Centro de Salud de Tambo en la provincia de La Mar- Ayacucho.

Hace 4 años, en el año 2012 se inició un periodo de trabajo que amerita toda la responsabilidad y el manejo frente al cuidado del paciente. Ingresé a trabajar al Hospital Daniel Alcides Carrión en la Provincia de Huanta por medio de un concurso público, en la cual la Jefe de Enfermeras me asignó iniciar en los servicios de Hospitalización debido a la falta de personal, la misma que cumplía con mis funciones en forma responsable, pasado algunos meses continué mi labor en el servicio de Cirugía (URPA) en la cual se maneja pacientes post anestésicos inmediatos que es parte del Servicio de Centro Quirúrgico, es así que vine capacitándome en forma personal y por la perseverancia que me caracteriza la coordinadora del servicio del área de Centro Quirúrgico me invitó a formar parte del área y previa capacitación fui evaluada en la práctica por la coordinadora del servicio y una colega con experiencia quienes posteriormente me asignaron al servicio de Centro Quirúrgico y se me programó en el rol con turnos de 12 horas tanto de día como de noche a partir del 01 de enero del año 2013 hasta la fecha.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

A inicios del años 2012 el servicio de Centro Quirúrgico me ha dado muchas satisfacciones tanto en lo profesional como personalmente, logrando cumplir uno de mis objetivos que fue culminar mis estudios de especialidad a pesar de algunas dificultades presentadas en el camino.

En el Hospital "Daniel Alcides Carrión"- Huanta- Ayacucho en el Servicio de Centro Quirúrgico se realizan diferentes cirugías abdominales por lo que los cuidados intra operatorios por parte del profesional de enfermería tienen que ser de calidad, humanizado e individualizado.

Las funciones como profesional de enfermería se desarrollan en simultáneo, para efectos del presente informe detallaré las funciones agrupadas de la siguiente forma:

Área Administrativa:

Se monitorea y supervisa el cumplimiento de la normativa de medidas de asepsia y bioseguridad existente en el centro quirúrgico. Se supervisa el cumplimiento de Procedimientos Técnicos y Administrativos de los quirófanos. Se supervisa del buen uso y mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos. Se supervisa los procedimientos administrativos y técnicos establecidos para el ingreso, transporte y/o transferencia de los pacientes a la unidad de recuperación pos anestésica.

Se coordina la asignación de personal del centro quirúrgico de acuerdo al rol de intervenciones quirúrgicas y a la complejidad de las cirugías en ausencia de la enfermera jefa.

Se coordina la dotación de insumos en el quirófano, de acuerdo al tipo de cirugía optimizando los recursos, asimismo realizo el registro de costeo de la intervención quirúrgica desarrollada, de acuerdo al tarifario de la clínica. Se coordina el trabajo de sala con los servicios de apoyo y áreas externas (endoscopias). Se coordina 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.

Área Asistencial:

Circulante

- Se planifica, organiza y evalúa las condiciones del ambiente quirúrgico, antes durante y después de la intervención quirúrgica.
- Se recepciona del turno con el reporte.
- Se entrega de materiales textiles e instrumental a los diferentes servicios.
- Limpieza diaria del servicio.
- Se prepara el material textil (paquetes de cirugía mayor, cirugía menor, ropa de cirujano, ropa de paciente, cortado de gasas,

preparación y empaquetado, preparación de torundas de algodón, bajalenguas, entre otras.) e instrumental para que sea esterilizado.

- Se coordina 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 anesthesiologo de los quirófanos correspondientes.
- Se controla y supervisa el ingreso al Centro Quirúrgico del paciente programado.
- Se recepciona al paciente 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. **(Anexo 1)**
- Se realiza el registro peri operatorio del usuario quirúrgico de forma correcta.
- Se informa e instruye al paciente quirúrgico sobre el tipo de operación al que va ser sometido.
- Se brinda y asegura una atención eficiente, eficaz, con calidad y calidez al usuario en el periodo preoperatorio inmediato e intra operatorio.
- Se aplica de forma correcta la lista de chequeo de cirugía segura y la hoja de consumo al usuario quirúrgico.

- Se brinda apoyo emocional al paciente quirúrgico antes de ser anestesiado.
- Se participa en la colocación del paciente en la posición quirúrgica requerida dándole máxima seguridad.
- Se aplica el Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado del usuario quirúrgico para prevenir accidentes o complicaciones post-operatorias.
- Se coordina las acciones con el equipo quirúrgico solucionando problemas que interfieran la buena marcha del acto quirúrgico.
- Se cumple las normas y procedimientos para mantener la asepsia en el centro quirúrgico, especialmente dentro del quirófano.
- Se distribuye y registra los insumos, materiales e instrumental necesarios para la cirugía. **(Anexo 2)**
- Se ejecuta y/o supervisa 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.
- Se asume 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.

- Se efectúa la devolución de materiales y medicinas a la farmacia según corresponda.
- Se supervisa la limpieza del quirófano para mantenerlo en condiciones óptimas para su inmediata utilización.
- Se cumple con las normas establecidas para el tratamiento de una sala contaminada según Guía de Procedimiento.
- Se valora la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y del servicio.
- Se realiza el lavado de la zona operatoria del usuario quirúrgico de acuerdo a la Guía de Procedimientos usando los antisépticos aprobados por la institución.
- Se planifica, se organiza, y evalúa las necesidades de enfermería en su área de trabajo.
- Se coordina y supervisa la labor de personal de servicio interno en la limpieza o desinfección del quirófano.
- Se optimiza el uso de los recursos disponibles y velar por el buen uso y mantenimiento de los mismos.
- Se aplica las normas y medidas de bioseguridad del servicio.
- Se informa la contaminación ambiental en el quirófano.
- Se participa en la elaboración de Protocolos, Guías de Cuidado y Guías de Procedimientos del Servicio en la atención al usuario quirúrgico.

- Se supervisa las funciones, actividades y tareas de enfermería del personal a su cargo.
- Se elabora estadísticas diarias, mensuales y anuales de las cirugías realizadas en Sala de Operaciones.

Instrumentista

- Se realiza el lavado de manos quirúrgico previo a la cirugía.
- Se viste con el mandil estéril y calzarse los guantes según técnica establecida. **(Anexo 3)**
- Se verifica la esterilización del instrumental, ropa y equipos mediante el indicador interno.
- Se inicia la preparación de las mesas quirúrgicas, instrumental y equipos para la cirugía programada. **(Anexo 4)**
- Participación activa en la cirugía Primer Ayudante. **(Anexo 5)**
- Responsable del mantenimiento del orden del campo quirúrgico.
- Se previene la contaminación del campo quirúrgico mediante el estricto ejercicio de una técnica aséptica.
- Se realiza la función de instrumentadora quirúrgica en la cirugía de inicio a fin.
- Se realiza el conteo de gases e instrumental antes, durante y al finalizar la cirugía según técnica establecida.

Función Docente:

- Se participa en las reuniones de servicio, ya sea informativa o de capacitación.
- Se realiza 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.

Función Investigativa:

- Se incentiva al personal de enfermería a realizar trabajos de investigación referentes al cuidado en el Intraoperatorio.
- Se realiza trabajo investigativos, guías y procedimientos previo desarrollo.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 1

NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS SEGÚN ESPECIALIDADES-CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA – AYACUCHO AÑO 2015

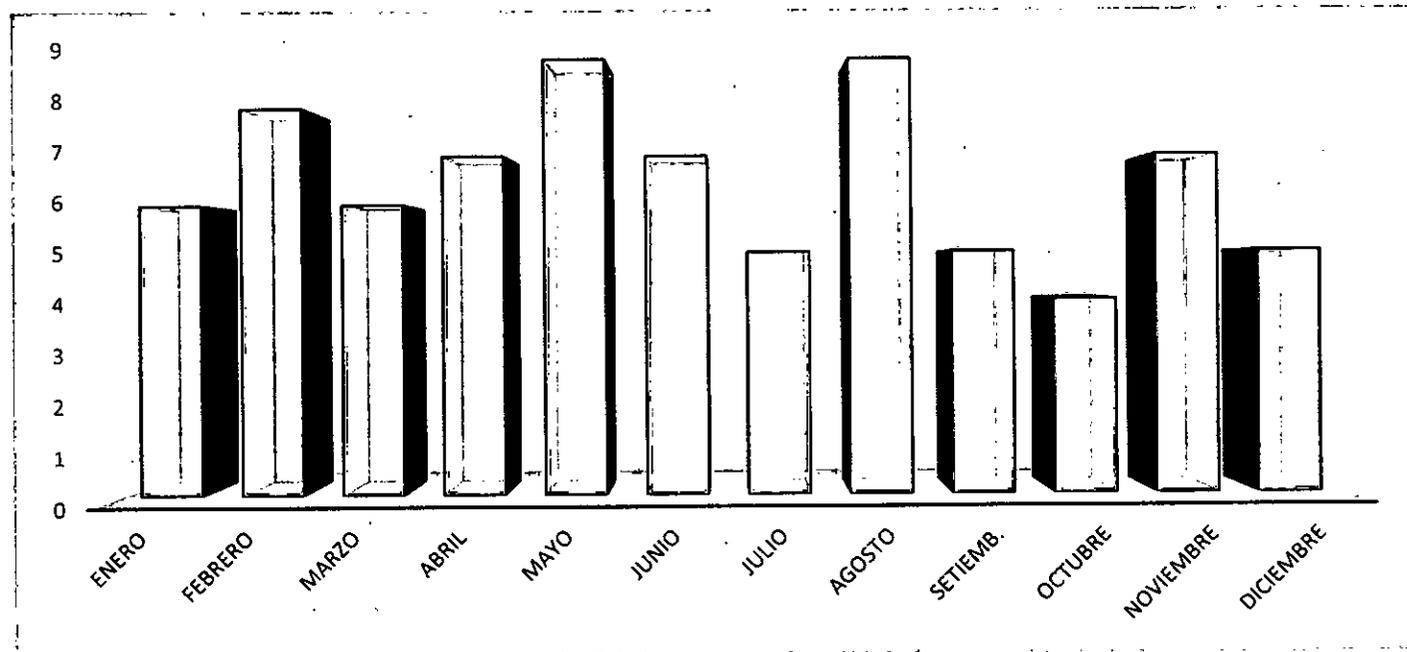
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS												TOTAL	%
	ENERO	FEBRERO	MARZ O	ABRI L	MAYO	JUNIO	JULI O	AGOST O	SETIEM B.	OCTUBR E	NOVIEMBR E	DICIEMBR E		
Apendicectomía	7	9	7	7	9	7	5	8	5	4	7	5	80	33%
Colecistectomía	13	9	8	7	10	5	12	5	9	19	10	7	114	47%
Hernioplastía	4	5	2	4	3	6	8	5	2	4	2	2	47	20%
TOTAL	24	23	17	18	22	18	25	18	16	27	19	14	241	100%

FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta-2015

En la tabla N° 1 se observa que la cirugía por Apendicectomía ocupa el primer lugar con 80 intervenciones en el con un 33%; seguida de la Colecistectomía (114) con un 47%, el tercer lugar la ocupa la especialidad de Hernioplastía con 47 intervenciones representada en un 20%, en el Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta – Ayacucho 2015.

GRÁFICO 1

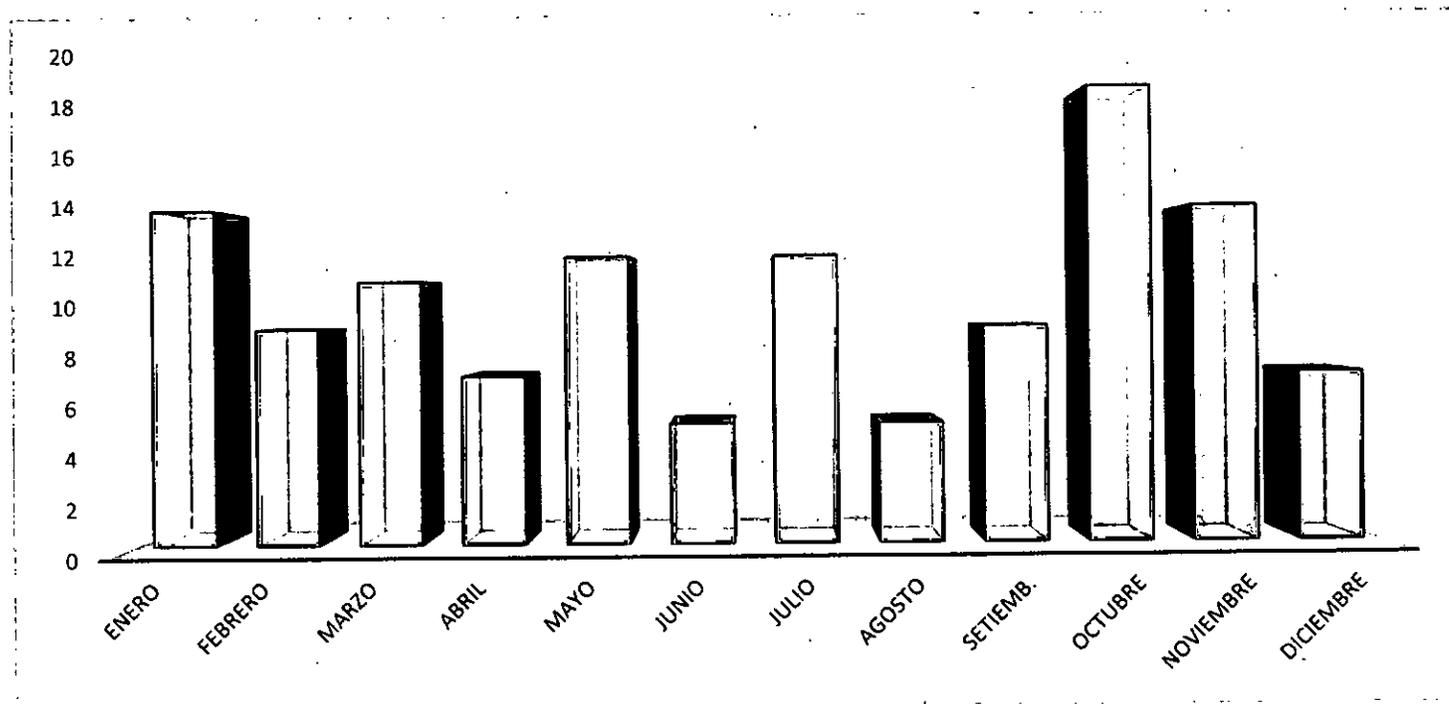
**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: APENDICECTOMÍA - CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO, 2015.**



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC -Huanta-2015

GRÁFICO 2

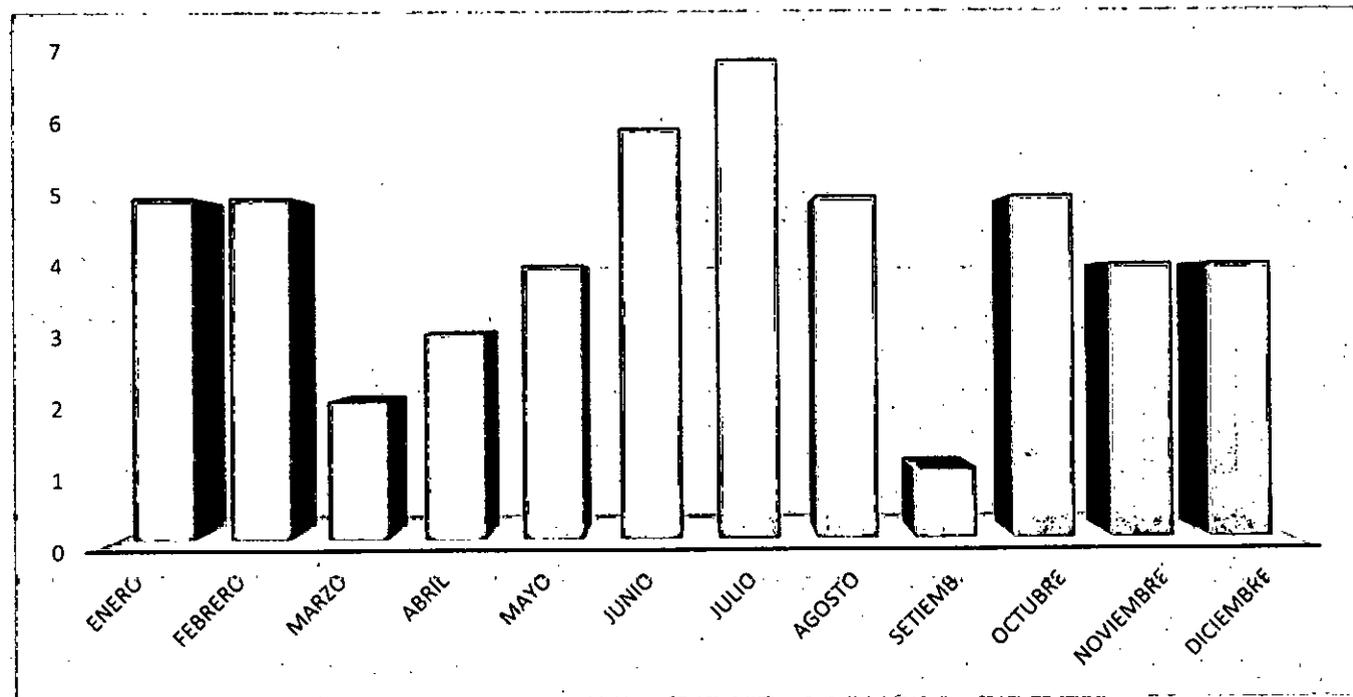
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: COLECISTECTOMÍA - CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO, 2015.



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta-2015

GRÁFICO 3

**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: HERNIOPLASTÍA - CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO, 2015.**



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC -Huanta-2015

TABLA N° 2
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS SEGÚN ESPECIALIDADES-CENTRO QUIRÚRGICO
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA – AYACUCHO AÑO 2016

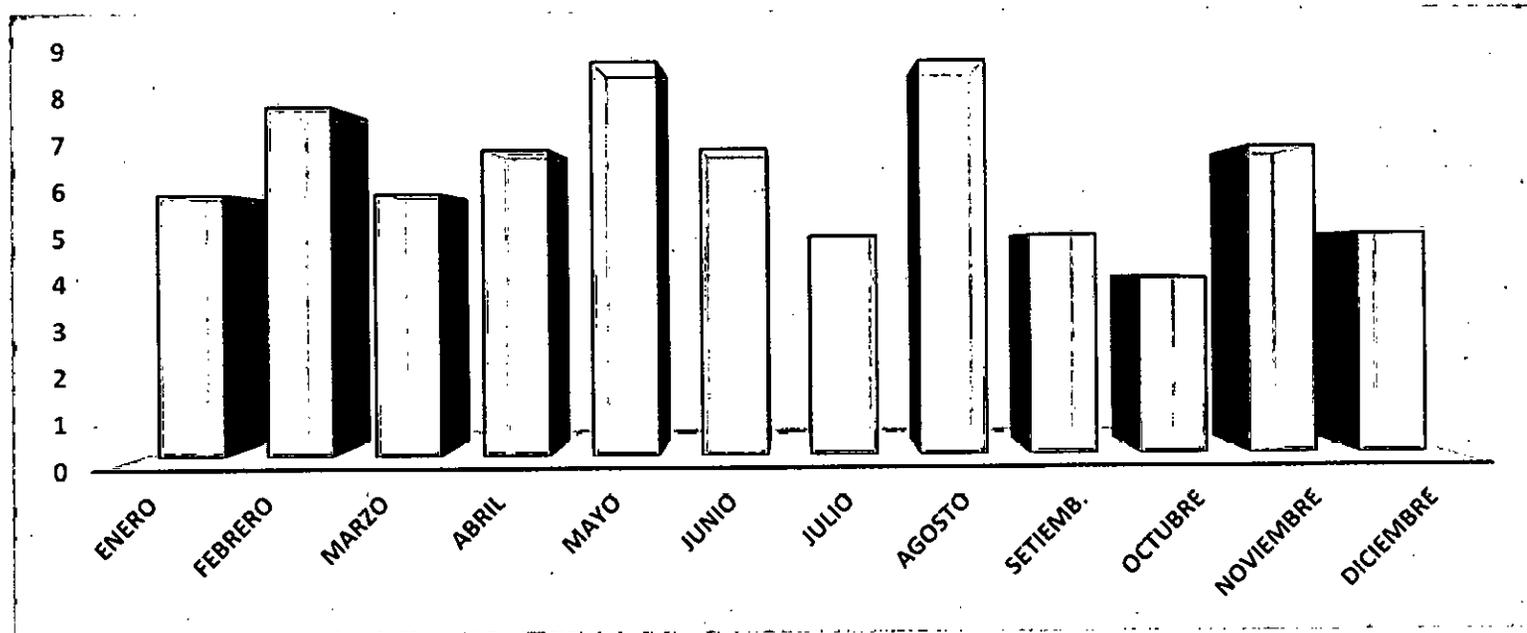
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	NUMERO DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS												TOTAL	%
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
Apendicectomía	6	8	6	7	9	7	5	9	5	4	7	5	78	31%
Colecistectomía	14	9	11	7	12	5	12	5	9	19	14	7	124	49%
Hernioplastia	5	5	2	3	4	6	7	5	1	5	4	4	51	20%
TOTAL	25	22	19	17	25	18	24	19	15	28	25	16	253	100%

FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta-2016

En la tabla N° 1 se observa que la cirugía por Apendicectomía ocupa el primer lugar con 78 intervenciones en el con un 31%; seguida de la Colecistectomía (124) con un 49%, el tercer lugar la ocupa la especialidad de Hernioplastia con 51 intervenciones representada en un 20%, en el Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta – Ayacucho 2016.

GRÁFICO 4

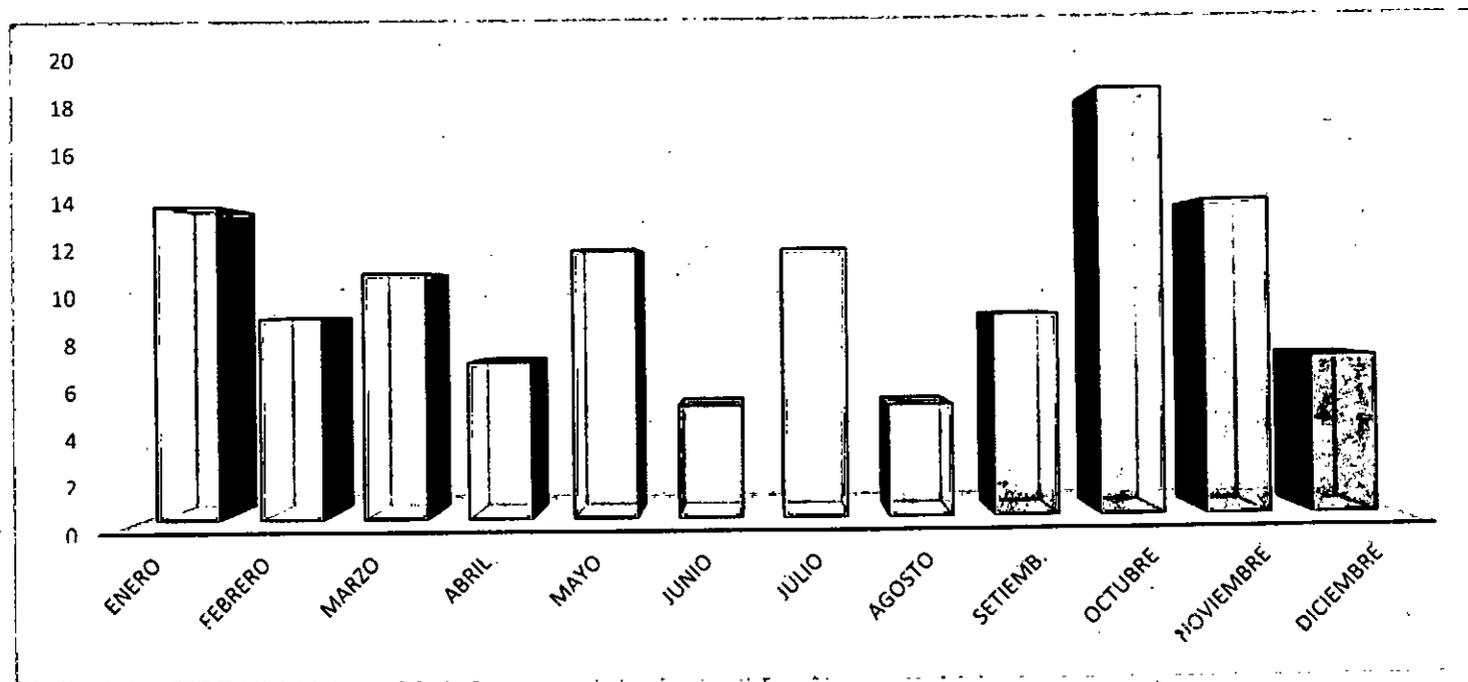
**NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: APENDICECTOMÍA - CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO, 2016.**



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta-2016

GRÁFICO 5

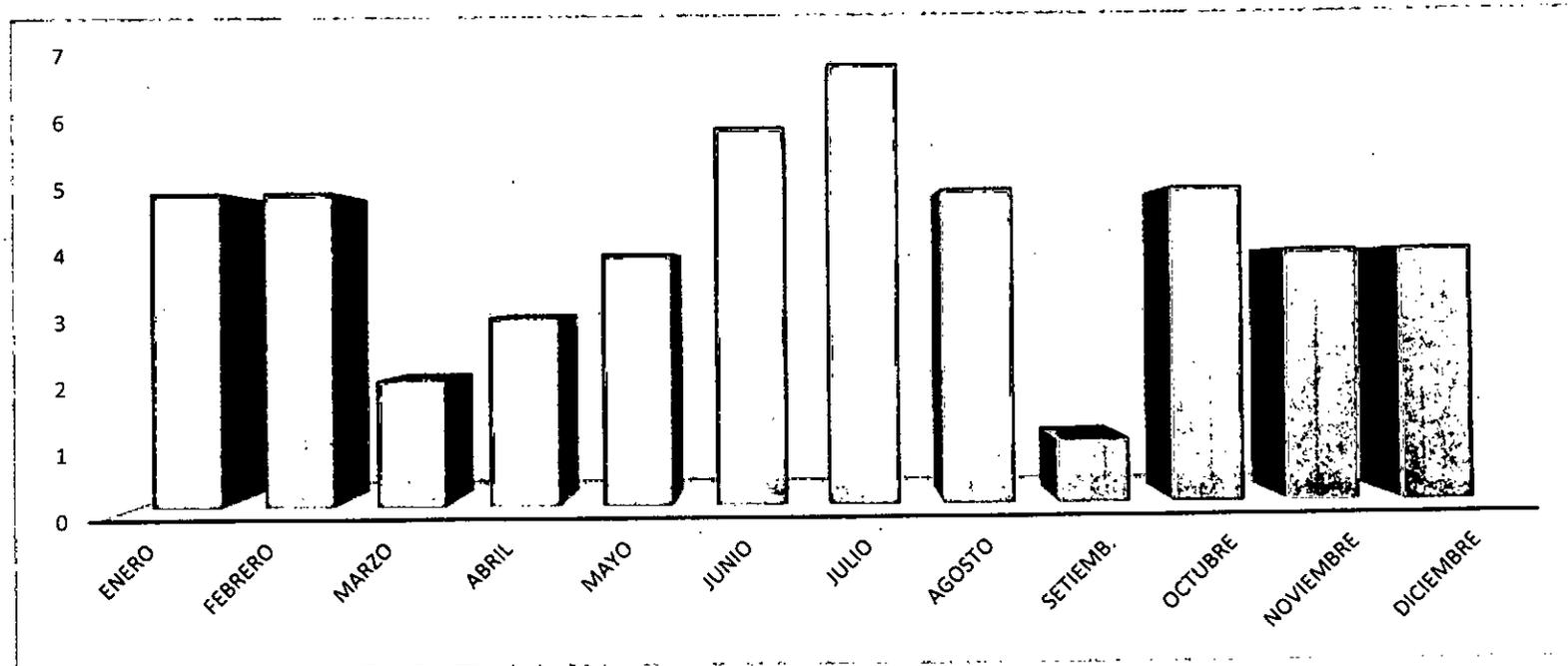
NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: COLECISTECTOMÍA - CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO, 2016.



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta-2016

GRÁFICO 6

NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: HERNIOPLASTÍA - CENTRO QUIRÚRGICO HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO, 2016



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta – Ayacucho 2016

TABLA N° 3

MOTIVOS DE RETRASO DE CIRUGÍAS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO – 2015

AÑO	MOTIVOS	N°	%
2015	Falta de insumos quirúrgicos	19	26%
	Falta de equipos biomédicos	17	23%
	Falta de camas en recuperación	16	22%
	Incidentes en el preoperatorio	12	16%
	Cirugía anterior prolongada	10	14%
TOTAL		74	100%

FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta – Ayacucho 2015

En la tabla N°3, se observa que en el año 2015 el principal motivo de suspensión de cirugía en pacientes quirúrgicos en el Servicio de Sala de Operaciones de Emergencia fue la falta de insumos con un 26%, seguida de la falta de equipos biomédicos con un 23%, seguida de falta de camas de recuperación con un 22%, seguida de incidentes en el preoperatorio con un 16% y en un menor porcentaje de cirugía anterior prolongada con un 14%.

TABLA N° 4**MOTIVOS DE RETRASO DE CIRUGÍAS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA AYACUCHO – 2016**

AÑO	MOTIVOS	N°	%
2016	Falta de insumos quirúrgicos	17	24%
	Falta de equipos biomédicos	15	21%
	Falta de camas en recuperación	15	21%
	Incidentes en el preoperatorio	13	18%
	Cirugía anterior prolongada	11	16%
TOTAL		71	100%

FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta – Ayacucho 2016

En la tabla N° 4, se observa que en el año 2016 el principal motivo de retraso de cirugía en pacientes quirúrgicos en el Servicio de Sala de Operaciones de Emergencia fue la falta de insumos quirúrgicos con un 24%, seguida de la falta de equipos biomédicos con un 21%, seguida de falta de camas en recuperación con un 21%, seguida de incidentes en el pre operatorio con un 18% y en un menor porcentaje de cirugía anterior prolongada con un 16%.

GRÁFICO N° 7

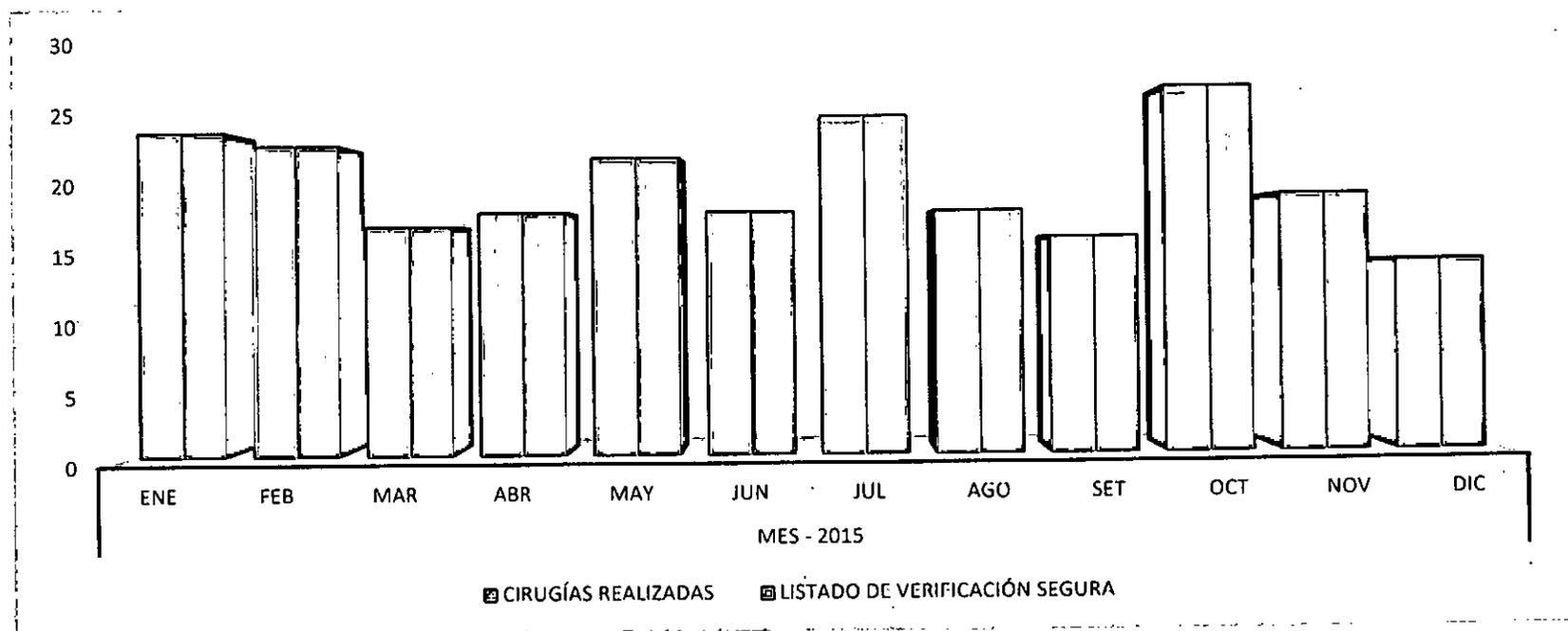
**LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
HUANTA AYACUCHO- 2015**

Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2015													Total	%
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic			
CIRUGÍAS REALIZADAS	24	23	17	18	22	18	25	18	16	27	19	14	241	100%	
LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA	24	23	17	18	22	18	25	18	16	27	19	14	241	100%	

FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC –Huanta – Ayacucho 2015

GRÁFICO N° 7

**LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
HUANTA AYACUCHO- 2015**



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC -Huanta - Ayacucho 2015

GRÁFICO N° 7

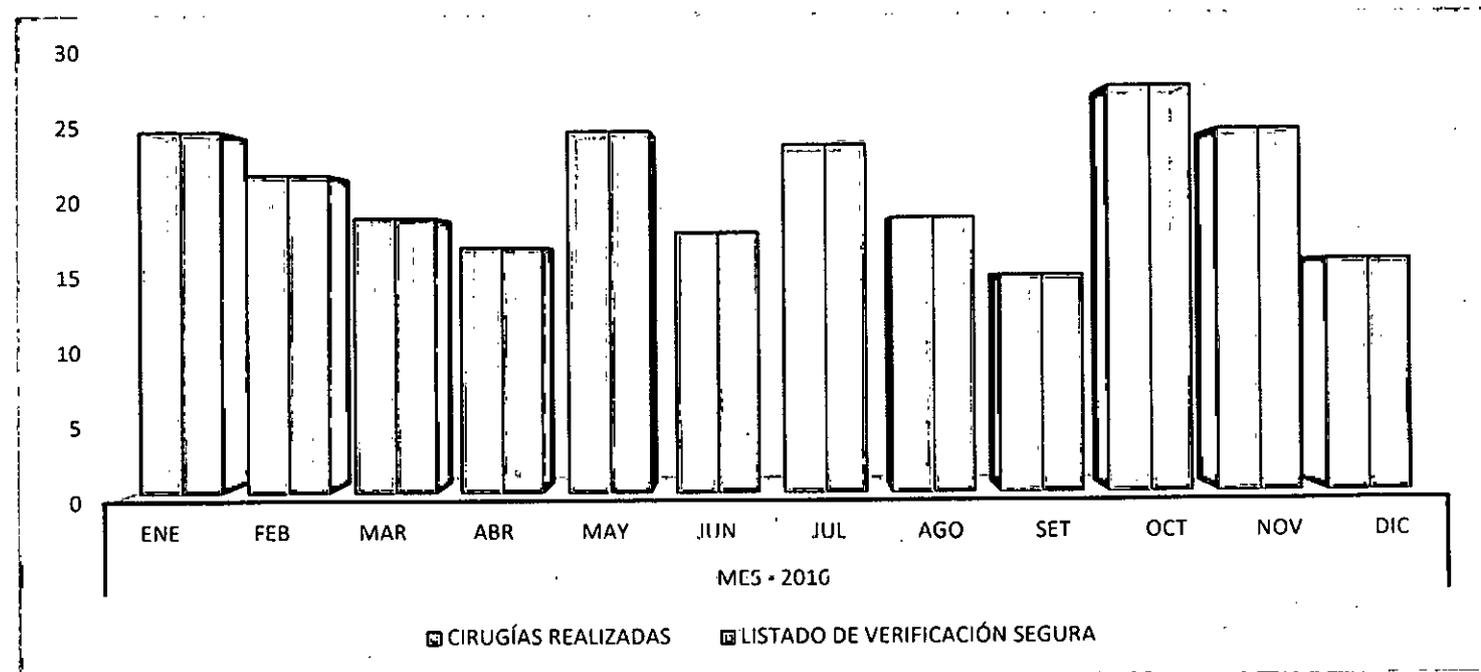
**LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
HUANTA AYACUCHO- 2016**

Número de Intervenciones Quirúrgicas	MES - 2016													
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total	%
CIRUGÍAS REALIZADAS	25	22	19	17	25	18	24	19	15	28	25	16	253	100%
LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA	25	22	19	17	25	18	24	19	15	28	25	16	253	100%

FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC -Huanta - Ayacucho 2016

GRÁFICO N° 7

**LISTADO DE VERIFICACIÓN SEGURA - CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
HUANTA AYACUCHO- 2016**



FUENTE: Libro de Registros de Intervenciones Quirúrgicas HDAC -Huanta - Ayacucho 2016

V. CONCLUSIONES

Al realizar el informe se concluye lo siguiente:

- a) Coordinar y gestionar la dotación de materiales, equipos biomédicos y la ampliación de la infraestructura necesaria para cada una de las intervenciones quirúrgicas de acuerdo a la necesidad existente para evitar suspensiones de las cirugías.

- b) La implementación del listado de verificación segura en cada uno de los pacientes quirúrgicos es un componente fundamental de la calidad asistencial para evitar incidentes adversos y brindar una atención interpersonal de buena calidad y lograr la satisfacción de las necesidades del usuario en el intraoperatorio.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Implementar la dotación de recursos humanos y materiales requeridos como factor prioritario, ya que son primordiales y necesarios para la mejoría del servicio, su personal de trabajo y el cuidado de un paciente que será sometido a una determinada intervención.

- b) Planificar, organizar y coordinar la dotación de insumos primordiales que el Servicio de Sala de Operaciones necesita en primera instancia, se conoce que es el Estado de nuestro país, quien brinda un presupuesto para el área de salud y de ello parte un porcentaje para los insumos, sin embargo debe existir una lista de prioridades (insumos) para una determinada cirugía, referente a los insumos.

- c) Mejorar la información estadística del Formato de Verificación Segura, ello nos permitirá elaborar indicadores y facilitará al equipo multidisciplinario a una mejora en el funcionamiento y elaboración en la participación de la Lista de Check List en el Intra operatorio.

VII. REFERENCIALES

1. OPS. Home - Pan American Health Organization [Internet]. 2017 [citado 25 de Setiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
2. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para Infraestructura y equipamiento. [Internet]. Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento. Vol. 1. Lima - Perú; 2013 [citado 26 de Setiembre de 2017]. 191 p. Disponible en: <http://www.dgiem.gob.pe/wp-content/uploads/2013/08/DOC-FINAL-2do-NIVEL-DE-ATENCION.pdf>
3. Organización Mundial Salud. [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
4. Universidad Nacional de Chile. Escuela de Medicina [Internet]. Chile; 2017 [citado 22 de Setiembre de 2017] p. 5. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/nutricion/equipo/Rigotti-Rivera>
5. Martínez García María Elena. Satisfacción del paciente quirúrgico con el cuidado de enfermería. [Internet]. Primera. Vol. 2. México:

Universidad Autónoma de Nuevo León; 2003 [citado 24 de Setiembre de 2017]. 191 p. Disponible en: <http://booksmedicos.org/enfermeria-manual-de-enfermeria-quirurgica-2/>

6. Casas M, Hernán. Traumatismos de páncreas y duodeno en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Lima]: Tesis Biblioteca UPCH; 2009.
7. Avendaño Sandra. Factores de riesgo de infección del sitio operatorio después de laparotomía por heridas de bala en la era de control de daños. Cali - Colombia. [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
8. National Nosocomial Infections Surveillance (Nnis) Como Índice De Riesgo En La Predicción De Infección Del Sitio Quirúrgico En Pacientes Apendicectomizados. Hospital Regional Docente De Trujillo. [Internet]. [citado 7 de julio de 2017]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/218>.
9. Repositorio Digital de la UTMACH: Causas que producen complicaciones post-quirúrgicas en la Apendicectomía en el servicio de cirugía del Hospital Teófilo Dávila. [Internet]. [citado 7 de julio de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.éc/handle/48000/3479>

10. Impresión tesis | Xiomara Fernández - Academia.edu [Internet]. [citado 7 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.academia.edu/31871111/Impresion_tesis
11. Descripción: Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en pacientes post operados por apendicetomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero - julio del 2015 [Internet]. [citado 7 de julio de 2017]. Disponible en: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPU_d26f59755399dda145fe614de567f6a5.
12. Borré J. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla. Colombia. . Rev.enferm, 28 (1): 59-90. Pág. 23. 2013
13. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
14. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina [Internet]. Chile; 2017 [citado 24 de mayo de 2017] p. 5. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/nutricion/equipo/Rigotti-Rivera>
15. Prevalencia de complicaciones locales de la apendicitis y factores relacionados - doi328.pdf [Internet]. [citado 7 de Setiembre de

2017]. Disponible en:
<http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi328.pdf>

16. Intervenciones NIC - [Internet]. [citado 7 de julio de 2017].
Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/nic>.

17. National Nosocomial Infections Surveillance (Nnis) Como Índice De
Riesgo En La Predicción De Infección Del Sitio Quirúrgico En
Pacientes Apendicectomizados. Hospital Regional Docente De
Trujillo. [Internet]. [citado 17 de Setiembre de 2017]. Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/218>

18. Begoña Basozabal Zamakona. Manual de Enfermería Quirúrgica.
[Internet]. Primera. Vol. 2. España; 2003 [citado 24 de Setiembre
de 2017]. 191 p. Disponible en:
[http://booksmedicos.org/enfermeria-manual-de-enfermeria-
quirurgica-2](http://booksmedicos.org/enfermeria-manual-de-enfermeria-quirurgica-2).

19. González Quino, Catherine. Conocimientos sobre medidas de
Equipos mobiliarios de enfermería de centro quirúrgico en la Clínica
Ricardo Palma Perú. 2014.

20. Luque Rodríguez. Equipo Quirúrgico. Universidad de Sevilla. Departamento de Tecnología Electrónica. España. 1993.
21. Acosta Nora. Anestesia Regional y General. [Internet]. [Ecuador]: Escuela Politécnica del Ejército; 2011 [citado 30 de Setiembre de 2017].
22. Oses Zubiri María. Anestesia General. [Internet]. Lima - Perú; 2012 [citado 30 de Setiembre de 2017] p. 180. Disponible en: http://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/6323/TFM_%20MARIA%20OSES%20ZUBIRI%20%28Unificado%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Verdesoto Marco. Hospital de Sitio Quirúrgico. [Internet]. [Ecuador]: Escuela Politécnica del Ejército; 2012 [citado 30 de Setiembre de 2017].
24. Ministerio de Salud. Profilaxis Antibiótica. [Internet]. Vol. 1. Lima - Perú; 2013 [citado 30 de Setiembre de 2017]. 191.
25. Díaz Rosales. Eventos Adversos. 2014; 32(1):24.

26. Cabrera Osejo Marcela. La Humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad. Universidad Mariana; 2009. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/index.php/revista-unimar-no-45/653-la-humanizacion-en-el-cuidado-de-pacientes-para-lograr-una-atencion-de-alta-calidad>

27. Jurado Lengua, Wendy; Solís Junchaya, Silvia y Soria Quispe, Carolina. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería y su relación con la exposición al riesgo laboral en el Hospital Santa María del Socorro. 2014.

28. Ballon Aguilar Y. 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.

ANEXOS

Alcohol 96%	:	Mascarillas	:
.....				
Isodine al 10 % cc	:	Bolsa de bioseguridad	:
.....				
Isodine al 8.5 % cc	:	Frasco para muestra	:
.....				
Bencina cc	:	Vaselina Líquida	:
.....				
Otros:.....				
.....				
Devolución		de	material	no
				utilizado:
.....				
Devolución de material retirado :				
.....				
Observación:				
.....				
.....				

INSTRUMENTISTA

ANEXO 3:

VESTIMENTA Y CALZADO DE GUANTES
SEGÚN PROTOCOLO



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 4:

PREPARACIÓN DEL CAMPO ESTÉRIL



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 5:

PARTICIPACIÓN DE LA CIRUGÍA CONVENCIONAL EN EL CAMPO OPERATORIO

