

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



**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE
CIRUGÍA SEGURA EN LAS ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO
PROGRAMADOS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

ROSA MONICA CHAVEZ CATERIANO

Callao, 2016
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 145

Fecha de Aprobación de tesis: 19 de Septiembre del 2016

Resolución Decanato N° 419-2016-D/FCS Jurado Examinador de la sustentación para optar título de segunda especialidad profesional de fecha 09 de setiembre del 2016

ÍNDICE

	Pág.
A.- RESUMEN	2
B.-INTRODUCCIÓN.....	3
C.- MARCO REFERENCIAL.....	4
• INSTITUCIÓN.....	4
• MISIÓN.....	6
• VISIÓN.....	6
• FUNCIONES.....	7
D.-DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS.....	9
• TIPO DE SERVICIO.....	9
• METODOLOGÍA.....	14
• HERRAMIENTAS.....	14
E.-PROBLEMÁTICA Y EXPERIENCIA LABORAL.....	15
F.-RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIALES.....	30
ANEXOS.....	31

A. RESUMEN

El presente Informe tiene como Título: "Informe de Experiencia Profesional en el servicio de Centro Quirúrgico Programadas del Hospital nacional Daniel A. Carrión, con el objetivo de obtener el título de la segunda especialidad de Enfermería en Centro Quirúrgico.

La experiencia laboral del profesional de Enfermería del servicio de Centro Quirúrgico, permitirá analizar el desempeño del profesional de Enfermería, mejorando la calidad del servicio, desarrollando las funciones asistenciales, administrativas, docente e investigación.

Se utilizó la metodología descriptiva, retrospectivo describiendo las características y eventos del Centro Quirúrgico, el método utilizado es inductivo, analítico, sintético.

En el servicio de Centro Quirúrgico Programadas, entre sus principales problemas es la falta de conocimiento y aplicación de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura. El estudio es de tipo cuantitativo, método descriptivo, técnica utilizada fue la encuesta.

Resultados: Vemos que los resultados totales se han adquirido conocimientos y se han instruido a las enfermeras para la aplicación correcta de la lista de chequeo de cirugía segura llegando a alcanzar los objetivos esperados en un 100% en el Centro Quirúrgico Programadas del Hospital Daniel Alcides Carrión.

Conclusiones: Se demuestra que a mayor conocimiento la aplicación será adecuada para la obtención de resultados favorables en la aplicación de la Lista de Chequeo de cirugía Segura.

B. INTRODUCCIÓN

La formación del profesional de Enfermería es amplia y diversa, la experiencia ayuda a tomar decisiones. Según FITZ PATRICK (1997) demostró en su estudio TITULADO: "INFERENCIAS Y LAS DECISIÓN DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN ATENCIÓN DE SALUD ".Donde encontró que los modelos en la toma de decisiones cambian en la medida en que se incrementa el conocimiento basado en la experiencia.

Con la finalidad de optar el título profesional de Enfermería especialista en Centro Quirúrgico, informo las funciones que realizo en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión, por que mejorar la calidad del servicio, permite unificar los cuidados de Enfermería, como Enfermera asumo las responsabilidades propias de mi competencia profesional, desarrollando las funciones y actividades orientadas a la atención integral del paciente.

Se concluye, que la experiencia laboral nos da un perfil profesional, La segunda especialización en Enfermería, contribuye a afianzar nuestros conocimientos, capacidades y responsabilidades, garantizando una cuidado especializado, capaz de identificar y resolver problemas y necesidades del servicio con eficiencia.

El presente informe de experiencia profesional consta de: Resumen, Introducción. En el punto **C** marco referencial del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, que incluye visión, misión y funciones. Punto **D** desarrollo de actividades laborales específicas en el servicio de Centro Quirúrgico, como Enfermera instrumentista, circulante, Enfermera de unidad de recuperación post anestésica y Enfermera de central de esterilización, cumpliendo las funciones asistenciales, administrativa, docente e investigación. Punto **E** problemática y experiencia laboral, y Recomendaciones, finalmente Referencias Bibliográficas y Anexos.

C. MARCO REFERENCIAL

- **INSTITUCIÓN.**

El Hospital Daniel A. Carrión, siendo el hospital de varones Daniel A. Carrión inaugurado en 1941 y el hospital docente San Juan de Dios fue inaugurado en 1968. En 1971 se procede a la unificación de dos hospitales con el nombre de complejo hospitalario DANIEL ALCIDES CARRIÓN. Se oficializo el 15 de marzo de 1991 mediante resolución ministerial No 0269-SA/DM.

Pertenece a la red de servicio de salud de la dirección de salud (DIRESA I CALLAO) es un hospital docente que forma profesionales y técnicos en salud que luego ejercen sus actividades en todo el país y por ser hospital de alta complejidad puede recibir pacientes de todo el territorio nacional.

Accesibilidad:

El Hospital Daniel A. Carrión está ubicado en el distrito La Perla, siendo su localización.

Departamento : Lima
Provincia : Provincia Constitucional del Callao
Distrito : Bellavista
Dirección : Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista – Callao

El limite cuenta como referencias de principales avenidas para su ubicación.

Por el frente : Av. Guardia Chalaca
Costado Derecho : Cementerio Británico
Costado Izquierdo : Av. Colina
Fondo : ESSALUD Sabogal

Infraestructura

El área del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es de 49,247.94 m²

Características de tipo constructivo es de concreto.

El sector de Carrión tiene 3 pisos, en los cuales existen consultorios y áreas administrativas. El Sector San Juan tiene 8 pisos en los cuales están las áreas de hospitalización.

Población de la Región Callao.

El Plan Estratégico Institucional del Hospital Nacional D.A. Carrión tiene una proyección demográfica con una población total de 969,170 habitantes, distribuidos de la siguiente manera:

La Perla	:	58,721 hab.
Carmen de la Legua	:	40,352 hab.
Bellavista	:	71,811 hab.
Callao	:	386,055 hab.
Ventanilla	:	294,234 hab.

Marco Legal

- Decreto de Ley 20708.
- Ley de transparencia y Acceso a la información Pública LEY N° 27806
- Ley que modifica la ley 27806, Ley de Transparencia y acceso a la información Pública Ley N° 27927

- **MISIÓN**

El Hospital III-1 responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico – quirúrgico de alta complejidad. No tiene población asignada directa sino población referencial nacional y regional se constituye igualmente en el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional.

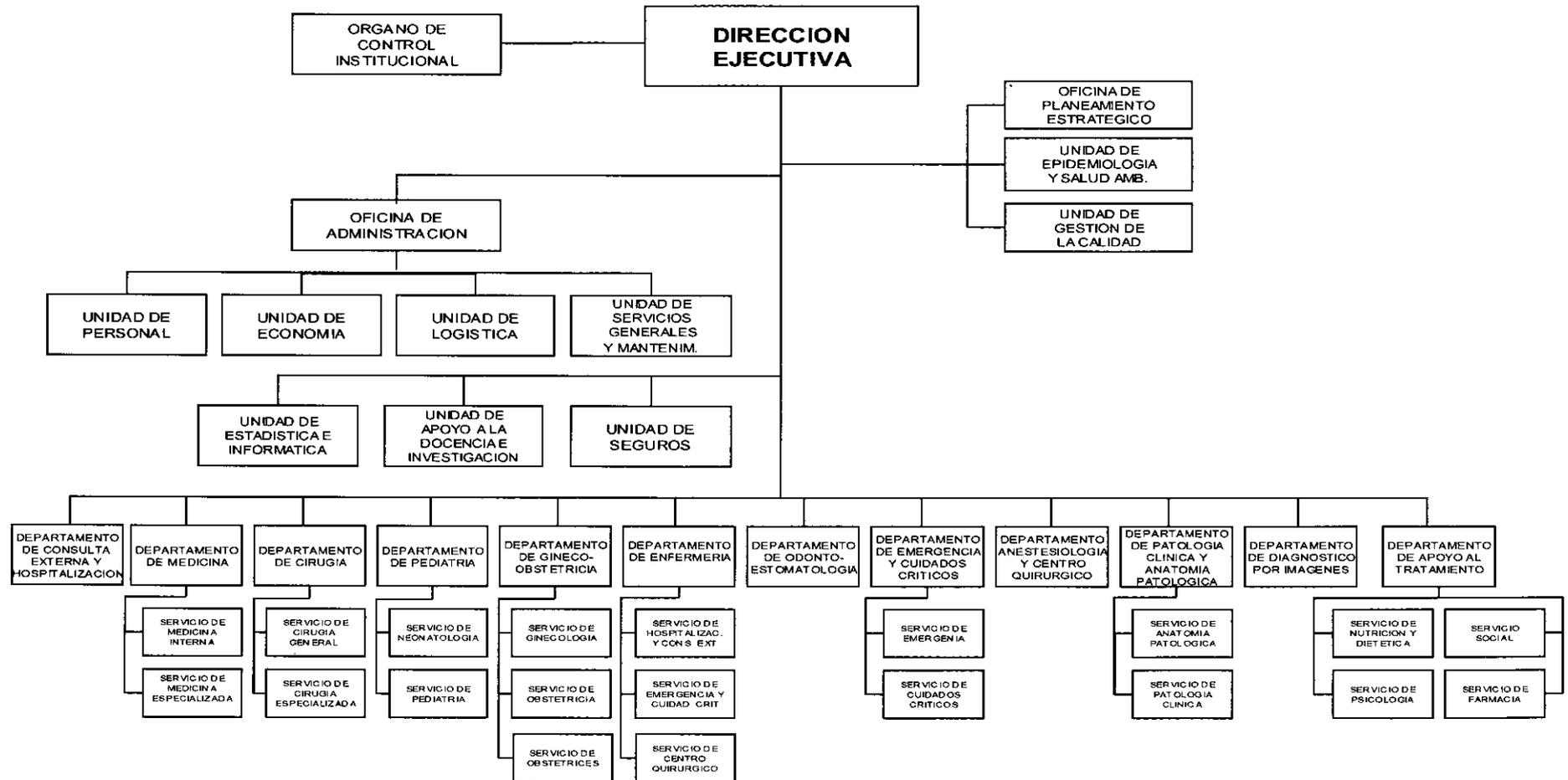
- **VISIÓN**

En el año 2020 los habitantes del Perú gozaran de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del estado basado en los principios de la Universidad y equidad solidaridad de un enfoque de derecho a la salud e intercultural y de una activa participación ciudadana en un gobierno nacional, regional y local y con la sociedad civil que logra ejecutar acuerdos concertados para el bien común y con instituciones del sector salud articuladas para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente que brinde servicios de calidad y accesible garantizando un plan universal de prestaciones integrales de salud a través del aseguramiento universal y un sistema de protección social.

- **FUNCIONES.**

- Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y de más servicios.
- Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
- Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños de la salud.
- Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones Educativas, según los convenios respectivos.
- Administrar los recursos humanos, materiales, económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.
- Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"



Fuente: Manual de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión

D. DESARROLLO DE ACTIVIDADES LABORALES ESPECÍFICAS (TIPO DE SERVICIO, METODOLOGÍA, HERRAMIENTAS)

TIPO DE SERVICIO: CENTRO QUIRÚRGICO PROGRAMADOS.

El Centro Quirúrgico es el conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de las salas de operaciones y que proporciona al equipo quirúrgico las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad con respecto a contaminaciones. Es un espacio cerrado, de circulación restringida, que utiliza recursos humanos y físicos en un espacio idóneo, seguro de circulación restringida para prestar atención a los pacientes que requieren un procedimiento quirúrgico programado garantizándoles que este sea libre de gérmenes.

El servicio de Centro Quirúrgico Programados del Hospital Daniel A. Carrión, se encuentra situado en el cuarto piso de la Institución, en el lado izquierda a continuación del pabellón de Cirugía (4to A y 4to B), compartiendo los ambientes con recuperación post anestésica y quirófanos, con un área de admisión y control de pacientes, un vestuario para el personal femenino con servicios higiénicos, un vestuario para el personal Masculino con servicios higiénicos, sala de estar para médicos, una sala de depósito de material estéril, una sala de trabajo para lavado y preparación de material médico, 08 quirófanos, área de lavado de cirujanos, un pequeño almacén para materiales diversos, una Oficina para desarrollar la labor administrativa del departamento equipada con una computadora, una área para personal de Anestesiología, un área de pre-anestesia, un lavadero para aseo del servicio y un botadero.

El total de Personal que labora en Centro Quirúrgico son: jefe de Anestesiología (1) Médicos Anestesiólogos (7) Enfermera jefa de Centro Quirúrgico (01) Lic. Enfermeras especialista (23) Tec. Enfermería (10).

Las intervenciones quirúrgicas que se realizan son cirugías de alta complejidad Clipaje de aneurismas, discromías, Colelap, Artroscopias de rodilla, prótesis de cadera, cirugías de mediana complejidad Histerectomías, Colporrafías, Quistectomía, Apendicectomía, Hernioplastía, fistulectomía, postectomías, tenorrafías, fijación externa, cura Quirúrgica, y las cirugías de baja complejidad exeresis, vasectomía, BTB, Biopsias.

Así mismo todos los pacientes ingresan a la Unidad de Recuperación Post Anestésica luego de ser monitorizada, estabilizada son dados de alta para ser transferidos a los servicios que les corresponda de acuerdo a la especialidad.

Los materiales quirúrgicos utilizados en las cirugías son llevados a la central de esterilización para su proceso de esterilización, de igual forma todos los materiales utilizados por los diferentes servicios.

FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA EN EL CENTRO QUIRÚRGICO

Las funciones y actividades de la Enfermera en el Centro Quirúrgico del Hospital Daniel A. Carrión, están orientadas al uso de guías de procedimientos, aprobadas mediante Resolución N° 603-2006 MINSA y manual de Organización y Funciones del servicio de Centro Quirúrgico.

Funciones de la Enfermera Instrumentista

1.- Asistencial

- Equipar la sala, disponiendo con el instrumental e insumos y equipos necesarios según la intervención para el acto quirúrgico.
- Verificar la conformidad y operatividad de los equipos biomédicos al iniciar el turno
- Mantener las técnicas de asepsia durante todas las intervenciones Quirúrgica.

- Realizar el lavado de manos quirúrgico y su vestimenta personal estéril.
 - Colocación de mandilón y guantes según técnica establecidas.
 - Proseguir con la vestimenta y el calzado de guantes al equipo quirúrgico.
 - Vestir las mesas de mayo y semi luna, recibir el Instrumental y material estéril. Verificando su esterilidad. y Cuidando la asepsia, manteniendo el campo estéril.
 - Colaborar en la colocación de los campos operatorios
 - instrumentar en las cirugías de mediana y alta complejidad, apoyándose en sus conocimientos de las técnicas quirúrgicas. Proporcionando al Cirujano, los instrumentos y elementos requeridos.
 - Colaborar en la limpieza y oclusión de la herida operatoria.
 - Una vez finalizado el acto quirúrgico retirar el material utilizado y sumergirlo en detergente enzimático para su posterior lavado, preparación y esterilización.
- Garantizar la integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante el acto operatorio.
 - Preparar el instrumental quirúrgico en el caso de cirugías laparoscópicas realizando Desinfección de Alto Nivel (DAN) dentro de la sala de operaciones.

2.- Administrativa

- Recibir el reporte diario, en forma verbal y escrito con el personal de Enfermería entrante y saliente de los turnos según corresponda
- Solicitar anticipadamente a la circulante todo lo necesario para la Intervención Quirúrgica

- Contar y distribuir el instrumental según tiempos operatorios.
- Realizar el conteo de gasa y compresas al inicio y antes del cierre de cavidad junto con la circulante.
- Participar obligatoriamente en las reuniones convocadas por la Jefe del Servicio.

3.- Docencia.

- Participar en la Enseñanza Aprendizaje de los Internos y estudiantes de Enfermería sobre las funciones y actividades específicas que se desarrollan en esta área equipamiento de quirófano según cirugía a realizar y verificación de la operatividad de los equipos biomédicos, cuidado perioperatorio.
- Demostrar y educar a los internos y estudiantes de Enfermería las técnicas asépticas antes, durante, después del acto operatorio.
- Brindar a los estudiantes, normas de moralidad personal y profesional a través de palabras y ejemplos.

4.- Investigación

- No se hace nada al respecto

Funciones de la Enfermera Circulante

1.- Asistencial

- Ayudar al traslado del paciente a la mesa operatoria
- Colaborar con el equipo médico en la posición quirúrgica del paciente.
- Proveer el cuidado del usuario durante el pre, intra y post operatorio, dentro de sala de operaciones, en conjunto con el equipo de salud.
- Facilitar lo necesario antes, durante y después de la operación
- Supervisar que las piezas operatorias, muestras, biopsias, y especímenes estén debidamente rotulados y se entreguen en buenas condiciones a patología.

- Separar y descartar el material corto punzante en los recipientes adecuados.
- Supervisar la limpieza y desinfección del quirófano y equipamiento de la sala de operaciones para la próxima intervención si lo hubiera.
- Colaborar con el traslado del paciente a la camilla para ser transferido a la unidad de recuperación.

2.- Administrativa

- Recepcionar y verifica la identidad del paciente con el parte diario de operaciones, que sea el paciente programado,
- Revisar la historia clínica y verificar que estén completos los medicamentos de anestesia y cirugía según las recetas dadas al paciente, revisar el Diagnóstico preoperatorio, riesgo Quirúrgico, análisis de laboratorio, exámenes auxiliares.
- Registrar en las notas de Enfermería de lo acontecido durante el acto quirúrgico.

3.- Docencia

- Brindar orientación a pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas.
- Identificarse proporcionando apoyo emocional al paciente.
- Capacitar al personal de Enfermería y estudiantes sobre el cuidado de enfermería antes , durante , después de la cirugía

4.- Investigación

- No se hace nada al respecto

METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el presente informe es Descriptivo, porque se describe las características, situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos en el Centro Quirúrgico, retrospectivo porque proporciona datos del pasado, transversal porque es medido en un solo tiempo. El método utilizado es inductivo, analítico, sintético.

HERRAMIENTAS

Las herramientas más utilizadas en el servicio de Centro Quirúrgico son:

- Registro de verificación de cirugía segura.
- Registros de atención de Enfermería.
- Manual de organización y funciones del centro quirúrgico.
- Registro de censo diario.
- Registro de procedimientos en sala de operaciones.
- Registro de entrega y recepción de materiales en central de esterilización.

E. PROBLEMAS Y EXPERIENCIA LABORAL

PROBLEMÁTICA LABORAL

Desde que me inicie el año 2012 hasta la fecha he podido observar en mi servicio la siguiente problemática:

- Desabastecimiento de insumos por parte de almacén central.
- Desinterés para el desarrollo de trabajos de investigación.
- Falta de trabajo en equipo.
- Falta de oportunidades en capacitación externa.
- Congregar más dotación de enfermeras.
- Falta de participación de enfermería en capacitaciones de equipos biomédicos.
- Falta de comunicación fluida (miembros del equipo).
- Déficit en las medidas de asepsia del personal médico.
- Excesiva cantidad de alumnos de pregrado de las distintas especialidades.

El principal problema en el servicio es la falta de conocimiento y aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.

La lista de verificación es una herramienta creada por líderes en los campos de la cirugía, la anestesiología, la enfermería y el mejoramiento de la calidad para reducir el número de errores y complicaciones resultantes de las intervenciones quirúrgicas. Resume las normas esenciales de la atención quirúrgica y está elaborada para que sea sencilla, pueda aplicarse ampliamente y aborde ciertas fallas comunes y potencialmente desastrosas⁶. Divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo antes de la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y

antes de la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimientos ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

Palabra Clave: Lista de Verificación Quirúrgica, La Cirugía Segura Salva Vidas, Seguridad del Paciente.

Introducción

Realizar una cirugía en un sitio equivocado se considera un error médico que nunca debe ocurrir, razón por la cual la Organización Mundial de la Salud, en enero del 2008, hizo el lanzamiento de un proyecto dirigido a mejorar la seguridad de la atención quirúrgica a nivel mundial. Esa iniciativa, denominada "La cirugía segura salva vidas".

El objetivo principal es reconocer la importancia de mejorar la seguridad del tratamiento quirúrgico en todo el mundo. Mejorar la seguridad de los Pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimiento de riesgos, diagnósticos o terapéuticos y así reducir los eventos adversos evitables.

Medidas sugeridas por la OMS

- Al implementar la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, se recomienda que una persona sea la responsable de chequear los casilleros de la lista de Verificación Quirúrgica.
- La Lista de Chequeo divide la intervención en tres fases, (Entrada o Sign In), ("Pausa quirúrgica" o Time Out),(Salida o Sign Out).
- Al realizar la lista de verificación quirúrgica, no debe tardarse más de un minuto en completar cada una de las secciones de la lista.
- Cada ítem de la Lista debe estar relacionado con una acción concreta inequívoca.

- La lectura de la Lista debe realizarse en voz alta para todo el equipo, es imprescindible para que tenga éxito.
- Realizar informes periódicos sobre los avances, tanto en los procesos como en las mediciones de los resultados, de modo que el personal del hospital pueda ser testigo de las mejoras.

Lista de chequeos

Para implementar el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, se recomienda que una única persona sea la encargada de aplicar y rellenar las casillas del listado. El "coordinador/responsable del Listado de Verificación" debería ser cualquier profesional sanitario que participe en el proceso quirúrgico, según el acuerdo adoptado por cada Hospital. La OMS recomienda que este profesional sanitario sea la enfermera circulante.

El Listado de Verificación divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo concreto en el transcurrir normal de una intervención:

1. LA ENTRADA (SIGN IN) El coordinador/responsable del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica puede completar esta sección de una vez o secuencialmente, dependiendo de los flujos para la preparación de la anestesia. Los controles en el apartado de Entrada son los siguientes:

- Paciente Confirmado: Identidad, Sitio quirúrgico, Procedimiento a realizar, verificar consentimiento informado para la intervención.
- Marca del sitio quirúrgico o "No aplica".
- Control de seguridad anestésica completado:
- Tiene el paciente: Alergia conocida, Dificultad en la vía aérea, riesgo de pérdida >500cc de sangre(7ml/Kg en niños) El

Listado de Verificación está diseñado para confirmar que se reconoce a los pacientes con este riesgo, y se prepara para ellos una posible reanimación que incluye acceso IV y disponibilidad de sangre / fluidos.

- Llegados a este punto se completa la Entrada (Sign IN), y el equipo puede proceder a la inducción anestésica.

2. PAUSA QUIRÚRGICA (Time out) Es una pausa momentánea de todo el equipo justo antes de realizar la incisión cutánea, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

- Todos los Miembros del Equipo se presentaron por su nombre y puesto
- Cirujano, Enfermera y Anestesiólogo, confirman: la identidad del Paciente, el sitio quirúrgico, el Procedimiento.
- Previsión de sucesos críticos.
- Profilaxis antibiótica administrada en los 60 minutos previos a la cirugía.
- Visualización de las imágenes esenciales.
- Llegados a este punto la Pausa quirúrgica se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención.
- 3. SALIDA (Sign out) Se debe realizar antes que el paciente salga del quirófano.
- La enfermera confirma verbalmente con el equipo de trabajo: Nombre del Procedimiento realizado, contaje de gasas, agujas e instrumental correcto, la identificación de las muestras biológicas, y si existe algún problema que aborda en la relación con el material o los equipos.

A fin de asegurar una planificación efectiva para la recuperación del paciente, el profesional coordinador/responsable del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica pedirá al cirujano que revise tres cosas en voz alta:

Qué procedimiento se ha realizado exactamente; el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios o las dificultades técnicas;

Eventos intraoperatorios importantes, entendiendo cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio (como el hallazgo de una infección o tumor inesperado; una lesión a un nervio, vaso u órgano; o precauciones con la técnica empleada en el caso, como una anastomosis);

- El plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente que pueden no ser evidentes para todos los implicados. Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo con el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar "Este ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales".
- Cirujano, Anestesiista y Enfermera revisan las preocupaciones claves en la recuperación y atención del paciente: aporte calórico con manta térmica, monitorización de oxígeno, terapia del dolor.
- Sería deseable que en el mismo figure Nombres y Firma del Equipo Quirúrgico, y que se adjunte a la historia clínica del paciente.

Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad.

Check list de la lista de verificación quirúrgica

LA CIRUGÍA SALVA VIDAS		<input type="checkbox"/> EMERGENCIA <input type="checkbox"/> CIRUGÍA PROGRAMADA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO ALTA RIESGO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO
LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA		
PACIENTE NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ DIAGNÓSTICO: _____ HISTORIA CLÍNICA: _____ SERVICIO: _____	REALIZADA POR NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ RESUM: _____ FECHA: _____ TIPO: _____	
ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA ENTRADA PRESENTES: I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII () XIII () XIV () XV () XVI () XVII () XVIII () XIX () XX () XXI () XXII () XXIII () XXIV () XXV () XXVI () XXVII () XXVIII () XXIX () XXX ()	ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL BAÑO QUIRÚRGICO I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII () XIII () XIV () XV () XVI () XVII () XVIII () XIX () XX () XXI () XXII () XXIII () XXIV () XXV () XXVI () XXVII () XXVIII () XXIX () XXX ()	ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO SALIDA I () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII () XIII () XIV () XV () XVI () XVII () XVIII () XIX () XX () XXI () XXII () XXIII () XXIV () XXV () XXVI () XXVII () XXVIII () XXIX () XXX ()

Introduciendo la cultura de seguridad

La introducción de la Lista en el Quirófano, no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Este listado proporciona una herramienta para dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente, e introducir una cultura que valore que eso se consiga. La implantación exitosa requiere que se adapte a las expectativas y rutinas locales. Esto no será posible sin un sincero compromiso de los líderes del hospital. Por último, para asegurar su brevedad, el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica no está diseñado para ser exhaustivo, cada Hospital en particular puede tener medidas de seguridad adicionales. Se fomenta por lo tanto que se

reordene, o revise su contenido para acomodarlo a la práctica local mientras se garantice que se completan las medidas de seguridad críticas.

Conclusiones

La Seguridad del Paciente es la ausencia de un daño innecesario en la práctica sanitaria, por lo cual se debe realizar las Cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto; esto nos ayudará a la reducción de los Eventos Adversos. Se recomienda realizar el Check list de "Verificación Quirúrgica" a todo procedimiento quirúrgico, anexarlo en el expediente clínico del paciente y que todos los puntos que se verifican sean reales.

LA TEORÍA DE ENFERMERÍA QUE SE RELACIONA CON LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA ES LA DE JEAN WATTSON LA CUAL PROPUSO UNA FILOSOFÍA Y UNA CIENCIA DEL CUIDADO, los cuidados constituyen un proceso interpersonal que consisten en actuaciones o intervenciones que conducen a satisfacer las necesidades humanas.

ELABORACIÓN DE LA TEORÍA:

Conceptos:

1. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

2. Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo

que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

3. Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

-Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente

-Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, mas allá de la situación de salud.

4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO:

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

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

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

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

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

7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

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

2- Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

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

5- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar

preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

6- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

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

8- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10- Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Análisis situacional de Centro Quirúrgico

Fortaleza

- Personal que labora en el servicio es especializado competente, y con una buena cultura organizacional.
- Se Puede garantizar la satisfacción de la demanda de intervenciones quirúrgicas de nuestros clientes internos.
- Personal comprometido en la realización de sus funciones.
- Personal con buena disposición para la capacitación.
- Personal integrado con buenas relaciones interpersonales con capacidad de trabajo en equipo e identificado con el servicio
- Contamos con personal profesional joven con deseos de superación.
- Contamos con equipamiento moderno

Oportunidad

- Política de modernización del sector salud.
- Estrategia institucional que tiende a asegurar el acceso universal a los servicios de salud.
- Estrategia institucional de mejora continua de la calidad en todos los servicios.
- Estrategias de financiación y reducción de costos para estimular el incremento de la demanda.
- Existencia del SIS y el SOAT.

Debilidad

- Multiplicidad de funciones.
- Personal profesional en su mayoría no se encuentra en condición de nombrado
- Alto índice de renuncia de profesionales que laboran en el Departamento en busca de mejoras en sus condiciones laborales.
- Fallas en la coordinación
- Falta un adecuado mantenimiento preventivo de los equipos.
- Limitaciones en el presupuesto
- Demora en el ingreso de pacientes a sala de operaciones.
- Falta de personal de Enfermería

Amenaza

- Escasos recursos financieros destinados al sector Salud.
- Población con escasos recursos económicos.
- Bajo nivel socioeconómico y cultural de la población.
- Aparición de clínicas y policlínicos particulares alrededor del distrito.
- Dependencia del Gobierno regional.

EXPERIENCIA LABORAL

Trabajo en el Hospital Daniel A. Carrión, desde el año 2012 como Enfermera del Centro Quirúrgico desempeñando el cargo de Enfermera asistencial, administrativa, docente, y participando en las investigaciones.

A lo largo de estos años se ha adquirido habilidades y destrezas en el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos en sus diferentes especialidades que se realiza en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, he participado en cirugías de especialidades como: Cirugía General, laparoscópicas y convencionales, Ginecológicas laparoscópicas y convencionales, Urología, Traumatología, Neurocirugía, Cirugía de Cabeza y Cuello, Otorrinolaringología, Oncología, Pediatría, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, etc.

En lo personal, me gusta trabajar con armonía con mis compañeras de trabajo, ya sea personal técnico como Licenciadas y sobre todo el trabajo en equipo es muy importante para que el desempeño de nuestras funciones sea satisfactorio.

F. RECOMENDACIONES

- Socializar el correcto llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, evitando registros incompletos, registros sin firmas, etc.
- Rotar al personal de enfermeras licenciadas para que realicen esta actividad importante e imprescindible que es el correcto llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Aplicar estrategias para incentivar el trabajo en equipo, ya sea a través de trabajos permanente entre los miembros de las diferentes comisiones.
- Coordinar con las instancias respectivas para incrementar la dotación del personal profesional de enfermería.
- Realizar talleres sobre bioseguridad en el personal nuevo y rotante a la unidad.
- Coordinar con las instancias correspondientes a fin de solucionar problemática relacionada con el déficit de mobiliario y darle seguimiento.
- Coordinar reiteradamente con la jefatura para la dotación de instrumental quirúrgico e insumos, e informar el estado actual del instrumental.
- Evaluación médica periódica del personal que labora permanentemente en sala de operaciones a fin de detectar precozmente y brindar tratamiento temprano en caso que presenten enfermedades ocasionados por los productos empleados

REFERENCIALES

1. FITZ PATRICK estudio Descriptiva TITULADO: "INFERENCIAS Y LAS DECISIONES DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN EN ATENCIÓN DE SALUD ", tesis en maestría 1997.
2. Mosby, Enciclopedia de Medicina y Enfermería 2010. Editorial Océano.
3. Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Chancay.
4. DEL CARMEN Zaida Atención de Enfermería, escuela de enfermería centros quirúrgicos 2010.
5. Plan de Trabajo 2012 Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
6. Manual de Organización y Funciones Departamento de Enfermería 2012.

ANEXOS

Test de Conocimiento de la Lista de Chequeo de Cirugía
Test De Conocimiento De La Lista De Chequeo De Cirugía Segura

Valor : Si= 01 No=0

Marque la respuesta correcta:

1) Conoce usted la organización que tuvo la iniciativa de crear la lista de la cirugía segura.

- a) Organización Mundial de Salud
- b) Organización Panamericana de Salud
- c) ESSALUD
- d) MINSA

2) En la lista de chequeo de cirugía segura la presentación del equipo se encuentra en la fase:

- a) Antes de la inducción de la anestesia
- b) Antes de la incisión cutánea
- c) Antes que el paciente saiga del quirófano

3) Recuento del instrumento, gasas, se ejecuta en la fase de:

- a) Antes de la inducción de la anestesia
- b) Antes del cierre de la incisión cutánea
- c) Antes que el paciente salga del quirófano

4) Los nombres de las fases de la lista de chequeo de cirugía segura son todos excepto:

- a) Antes de la inducción de la Anestesia
- b) Antes de que salga del quirófano
- c) Antes de la incisión cutánea
- d) Solo A y B
- e) Solo B y C
- f) A, B y C

5) En la lista de Chequeo de Chequeo de cirugía Segura en la fase de antes de la inducción de la anestesia se observa todos menos:

- a) Identificación del paciente
- b) Zona hacer operada
- c) Procedimiento a realizar
- d) Verificación de la esterilización
- e) Consentimiento informado

6) Es necesario aplicar la lista de Chequeo de cirugía segura en todas las intervenciones quirúrgicas:

Si No

7) En la lista de Chequeo de Cirugía segura debe ser aplicada solo por una persona:

Si No

8) Cree usted que deben estar presentes todo el equipo médico para la aplicación de Lista de chequeo de Cirugía segura:

Si No

9) Quién es el personal ideal para aplicar la lista de chequeo de cirugía segura:

- a) Cirujano
- b) Anestesiólogo
- c) Enfermera circulante
- d) Enfermera Instrumentalista
- e) Otros

10) Es caso de muestra patológica se debe marcar el sitio quirúrgico por el cirujano:

Si No

**Test de Conocimiento en la Aplicación de la Lista de Chequeo de
Cirugía Segura**

Grupo Observado : 16 enfermeras

Valor : Si= 01 No=0

1) La enfermera realiza otra actividad mientras aplica la lista de Chequeo de cirugía segura:

Si

No

2) Cuando aplica la lista de chequeo de cirugía segura están presentes la enfermera instrumentista y circulante.

Si

No

3) La enfermera realiza la identificación del paciente según la lista de chequeo de cirugía segura:

Si

No

4) Se observa si la enfermera realiza la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura en voz alta:

Si

No

5) Se aplica la lista de chequeo de cirugía segura en todas las cirugías.

Si

No

6) La enfermera instrumentista y la enfermera circulante participan conjuntamente en las 3 fases de aplicación de la lista de chequeo de cirugía.

Si

No

7) Se observa interés en la aplicación de lista de chequeo de cirugía segura por todo el equipo médico quirúrgico.

Si

No

8) Hay estímulos negativos como el sonido de celular al momento de aplicar la lista de chequeo de cirugía segura.

Si

No

9) La enfermera aplica la lista de chequeo de cirugía segura en sus 3 fases:

Si

No

10) En una cirugía programada la enfermera revisa la historia clínica, que tengan completos los exámenes preoperatorios tal como lo exige la lista de chequeo de cirugía segura en sala de operaciones, hospital CLLH, 2011.

Si

No