

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL DEL  
SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO EN EL  
HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION HUANTA  
2010 – 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO**

**PRESENTADO POR LA:  
LIC. CISNEROS SOTO GEOVANA YESSICA**

**CALLAO – 2017**

**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO**

- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGON
- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA
- LIC. ESP. ROSA ESTHER SANDOVAL TRUJILLO

**ASESORA: Mg. LUZ CHAVELA DELA TORRE GUZMAN**

**Nº DE LIBRO 01**

**Nº DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 012**

**Fecha de aprobación del trabajo académico: 20/03/2018**

Resolución de decanato N°834-2018-D/FCS de fecha 16 de marzo de designación de jurado examinador de trabajo académico para la obtención de título de segunda especialidad profesional

# INDICE

INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Objetivo	8
1.3 Justificación	8
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedente	9
2.2 Marco conceptual	13
2.3 Definición de términos	37
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	
3.1 Recolección de datos	39
3.2 Experiencia profesional	39
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	46
IV. RESULTADOS	47
V. CONCLUSIONES	53
VI. RECOMENDACIONES	54
VII. REFERENCIAS	55
VIII. ANEXOS	57

## INTRODUCCIÓN

En los últimos 100 años la cirugía ha tenido un avance extraordinario, es cada vez más científica y su campo de investigación abre nuevos senderos. De esta integración surgen los avances del perioperatorio, el balance hidroelectrolítico, el metabolismo quirúrgico, la hemodinámica, un mejor conocimiento de la homeostasis y de la cicatrización, un mejor control de infecciones, la importancia de la inmunología y de la biología molecular. La extraordinaria perfección técnica ha permitido penetrar en todos los órganos y realizar con éxito diversos trasplantes, continuamente se buscan nuevos procedimientos y nuevos abordajes desde cirugía mini-invasiva hasta abordajes virtuales a través de cirugía robótica.(1)

Enfermería como profesión es uno de los pilares de los establecimientos de salud en el mundo para mejorar la salud de la población; desempeña funciones esenciales en la organización y planificación de los servicios de salud a fin de optimizar la eficacia asistencial, constantemente supervisa el cumplimiento de estándares de calidad, apoya acciones de educación para la salud y cumple permanentemente su trabajo de manera íntegra, abnegada y calificada (2)

La Enfermera en el área de Centro Quirúrgico, es un profesional especializado que brinda cuidados de calidad al paciente quirúrgico, quien se encuentra entrenado en las técnicas específicas de su competencia durante el en las tres fases de la cirugía el pre operatorio, intra operatorio y post operatorio.

Según Colliere, cuidar es un acto de vida que supone una variedad infinita de actividades que tienden a mantener la vida y permitiendo que esta continúe. Sin embargo, existe solo una forma de ofrecer cuidados partiendo de la excelencia: hacerlo desde la profesión de enfermería. (3)

Por lo tanto Las exigencias del ejercicio profesional de la enfermera en centro quirúrgico son y deben ser rigurosos, profesional que conoce y cumple sus funciones, con un compromiso profesional, ético y humano complementado con el conocimiento pleno de la actividad que realiza, brindando la seguridad al

paciente que es un componente fundamental de la calidad asistencial y motivo de preocupación internacional por la presencia de eventos adversos que son Incidentes evitables producto de la atención que dan como resultado una elevada morbimortalidad del paciente quirúrgico, para lo cual se debe tener en cuenta la importancia del trabajo en equipo, la comunicación entre los profesionales, la calidad de los cuidados y la implementación de estrategias de seguridad.

Por lo tanto el enfermero de quirófano es responsable por la planificación e implementación de intervenciones de enfermería que minimizan o posibilitan la prevención de complicaciones provenientes del procedimiento anestésico-quirúrgico, objetivando la seguridad, confort e individualidad del paciente (4)

Los cuidados de enfermería están orientados a lograr que la persona alcance un estado óptimo que favorezca un progreso, durante y después de la intervención quirúrgica. Dicha orientación consiste en atender a la persona, en ejecutar actividades que contribuyan garanticen el restablecimiento de su salud, para ello, la enfermera de centro quirúrgico introduce innovaciones en la manera de aplicar sus cuidados y desempeña un sin número de acciones desde que al paciente se le informa que va ser intervenida quirúrgicamente hasta su alta definitiva. La misión radica en que el procedimiento quirúrgico sea lo más rápido, seguro y cómodo, minimizando el estrés que todo acto de cirugía provoca en la persona y familiares.(5)

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

En los últimos tiempos el incremento de las intervenciones está acompañado de un desarrollo de sistemas de trabajo y técnicas quirúrgicas encaminadas a minimizar los efectos de la cirugía en las personas, ejemplos son el aumento de cirugías en régimen ambulatorio (cirugía menor, cirugía mayor ambulatoria), y aquellas de mayor complejidad por lo tanto en toda cirugía, la presencia de enfermeras hoy día se considera imprescindible en todas las fases quirúrgicas, en todo el periodo perioperatorio, pues esto 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. (6)

En todo establecimiento de Salud de salud existe un problema latente en relación a la seguridad del paciente, por la presencia de los eventos adversos atribuidos a las deficiencias del sistema de salud en sí, y por lo que por numerosas organizaciones internacionales proponen estrategias encaminadas, precisamente, a trabajar sobre esas deficiencias, a través del desarrollo de una cultura de seguridad, que integre el aprendizaje a partir de los errores y la gestión del riesgo, como una forma de trabajo para el equipo de salud debido a su alta complejidad y costos asociados.

Se estima en 234 las intervenciones quirúrgicas que se realizan en todo el mundo lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3 y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Se estima que las tasas de mortalidad atribuibles a las intervenciones de cirugía mayor oscilan entre un 0,4% y un 10%, dependiendo del

entorno. Según las evaluaciones de impacto correspondientes, al menos un millón de pacientes mueren cada año durante o después de una operación.(7)

Una revisión del año 2013 de 14 estudios se estima que aproximadamente 1 de cada 20 pacientes quirúrgicos experimenta un evento adverso prevenible, la mayoría de los cuales están relacionados con el cuidado perioperatorio y no con errores de la técnica quirúrgica.(8)

En España Los incidentes sin daño o con daño (eventos adversos) asociados a la cirugía tienen que ver con errores relacionados con la identificación del paciente, el procedimiento o la localización del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento utilizado para la inducción de la anestesia, falta del equipamiento necesario para el desarrollo del proceso quirúrgico o uso de equipamiento no estéril, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida quirúrgica sin haber retirado todos los accesorios quirúrgicos utilizados del interior de los pacientes (p.ej. gasas, esponjas, etc.). Eventos adversos relacionados con la cirugía que pueden condicionar consecuencias severas son el error de sitio/paciente, procedimiento quirúrgico, el trombo embolismo y la infección del sitio quirúrgico. (9)1

En el Perú en cuanto al nivel de satisfacción del paciente acerca del cuidado enfermero en el Centro Quirúrgico en su mayoría es medianamente satisfecho a insatisfecho ya que expresan que la enfermera le saluda por el nombre, le orienta para evitar complicaciones en la recuperación, soluciona sus dudas, utiliza los barandales de la camilla al trasladar al quirófano; no muestra interés sobre su estado de salud, no le orienta sobre el tipo de anestesia que usaran y los efectos de esta, se despreocupa por el sangrado de la herida operatoria, y lo abandona durante su estancia antes de pasar al quirófano; seguido de un mínimo porcentaje que refiere que está satisfecho ya que la enfermera le controla las funciones vitales, revisa la historia clínica verificando que todo esté en orden y utiliza la enfermera un lenguaje comprensible. (10)

El Hospital Daniel Alcides Carrión de Huanta fundada el 8 de marzo de 1959 se encuentra ubicada en la provincia de Huanta departamento de Ayacucho. Geográficamente, esta conformado por espacios físicos territoriales de regiones de sierra y selva alta esta localizado en la parte Norte del departamento de Ayacucho, limita por el Norte con las provincias de Tayacaja (departamento de Huancavelica) y Satipo (departamento de Junin); por el Este con las provincia de La Mar y la provincia de La Convención (departamento de Cusco); por el Sur con las provincias de La Mar y Huamanga y por el Oeste con las provincias de Angaraes, Acobamba y Churcampa (departamento de Huancavelica) . Es el segundo establecimiento de salud de mayor importancia en la Región Ayacucho, después del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena.

El Hospital Daniel Alcides Carrión actualmente se encuentra dentro de la categoría II-I funciona como hospital de referencia para los establecimientos de menor capacidad resolutive, de toda la Provincia de Huanta y distritos aledaños parte del departamento de Huancavelica; tiene asignado poblaciones de toda condición socio económica y cultural

El Servicio de Sala de Operaciones del hospital de Huanta es un servicio que brinda atención integral al paciente quirúrgico, el mismo que es un paciente que depende de la intervención de otras personas en la atención de sus necesidades, debido a los efectos anestésicos producto del acto quirúrgico. Siendo las cirugías ginecológicas y obstétricas, las de mayor demanda, el ingreso de pacientes son generalmente por consultorio externo y hospitalización en caso de emergencias predomina las emergencias por lo tanto la atención materna y fetal exige un tratamiento inmediato por estar en riesgo la vida y la salud de dos personas. En términos de infraestructura, equipamiento y número de personal el Servicio de sala de operaciones presenta grandes limitaciones, ya que solo se cuenta con una sala de operaciones implementado con materiales y equipos biomédicos necesarios para las cirugías convencionales gineco obstétricos, cirugía general y cirugías de menor complejidad y con materiales y equipos b para todo



tipo de intervenciones quirúrgicas mayores y menores, por lo tanto se tiene dificultad en caso de emergencias simultáneas. Inicialmente el servicio prescindía del profesional de enfermería, solo estaban programados en el rol del servicio el personal técnico, los profesionales programados en el servicio de emergencia acudíamos solo al acto quirúrgico y no estábamos involucrados en todo el proceso por ejemplo; muchas veces la recepción del paciente se realizaba solo el personal técnico por lo tanto se tenía algunas deficiencias en la recepción del paciente para la cirugía (preparación de piel, vía periférica segura, llenado completo de la historia clínica, firma del consentimiento, valoración de resultados de laboratorio, etc). Es común que toda intervención quirúrgica genere en la paciente diferentes situaciones emocionales, como la ansiedad, temor, estrés y que estos deberían ser satisfechos, muchas veces pasaron a un segundo plano descuidándose el aspecto emocional y espiritual del paciente, imponiéndose la parte técnica, operativa esto debido a lo antes mencionado.

Así mismo no estaba garantizado la esterilidad de los campos quirúrgicos, compresas, ni del instrumental, pues la mayoría de los procesos se realizaba con pupinel, así mismo no se realizaba inspección y control de calidad del instrumental quirúrgico, siendo necesario el control de calidad en todo el proceso empezando con el lavado, desinfección y esterilización del instrumental y materiales necesarios, así como en el almacenamiento, distribución y manipulación del material tampoco se contaba con el instrumental adecuado y necesario para cada tipo de cirugía.. Dentro proceso intra operatorio generalmente el técnico de enfermería realiza labor de circulante bajo la supervisión del enfermero, así mismo en algunos casos se asume responsabilidad de asistente del cirujano o ginecólogo, el cual conlleva que la enfermera realice más de una función; el de realizar algunas labores de circulante, instrumentista, asistente y el estar atento a las actividades del personal técnico al delegar algunas funciones.

Se conoce que la seguridad es uno de los componentes fundamentales en la calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería en el intraoperatorio, sin ella el paciente que va ser sometido a cualquier intervención quirúrgica, estaría

en grave riesgo y se perdería toda la suma de recursos utilizados por la persona y la institución para resolver su problema de salud, por tal razón este último año se implementó con la lista de chequeo, que es un componente principal dentro de la garantía de seguridad del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente al igual que las anotaciones de enfermería tienen vital importancia pues, son estas últimas consideradas documentos legales que describen el estado de salud del paciente, y permiten que se pueda contar con una evidencia científica escrita respecto a la continuidad del cuidado de enfermería a los pacientes que requieren de una intervención quirúrgica durante el periodo pre operatorio, intra operatorio y post operatorio

## **1.2 OBJETIVO GENERAL**

Describir mi experiencia laboral en el servicio centro quirúrgico e implementación de procesos que contribuyan a la mejora de la calidad de atención a los usuarios que acuden por una atención quirúrgica en el Hospital Daniel Alcides Carrión 2010 – 2016

## **1.3 JUSTIFICACION**

Este informe justifica porque actualmente uno de los indicadores de calidad de atención sanitaria es la seguridad del paciente, por lo tanto, el cumplimiento de las actividades de enfermería en la etapa quirúrgica es una de las formas de velar por la integridad del paciente, es por eso que me interesa comparar lo observado en la práctica diaria con los conocimientos científicos actualizados de las diferentes bibliografías. Así mismo permitirá a la Institución identificar los problemas reales y potenciales dentro de la atención al usuario quirúrgico y de esta manera generar planes de mejora continua que contribuya a mejorar la calidad del cuidado del paciente quirúrgico.

## II. MARCO TEORICO

### 2.1 ANTECEDENTES

En el proceso de atención de salud el propósito de la cirugía, es beneficiar a los pacientes. No obstante, conlleva intrínseco un riesgo inevitable asociado a la aparición de eventos adversos, definidos como el resultado de una intervención en salud que de manera no intencionada, Se trata de lesiones o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria, pueden precisar procedimientos diagnósticos o tratamiento adicional, pueden ser reversibles o no y están relacionadas con el éxito o incapacidad al alta. (11)

El cuidado del paciente es parte del proceso de recuperar la salud. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o a afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquel que se confía a los cuidados del profesional.

**SANZ SAN JOSÉ LAURA (2014)** en su trabajo titulado “CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO ANESTESIADO SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON” en Madrid España, sus objetivos fueron Recoger en forma de guía o manual una serie de competencias y habilidades que proporcionen al personal de enfermería la ayuda necesaria para lograr un cuidado integral y de calidad del paciente quirúrgico anestesiado. dicho manual contribuirá a la consecución y desarrollo de diversas capacidades por parte del profesional de enfermería:

Capacidad de identificar correctamente todas las necesidades que un paciente anestesiado no puede cubrir por sí mismo, Capacidad de interpretar los datos y gráficas de los sistemas de monitorización cardíaca y respiratoria, Capacidad de observar y vigilar el correcto funcionamiento de los aparatos que ayudan al mantenimiento de las funciones básicas del paciente. Capacidad de detectar y solucionar anomalías y/o complicaciones en el paciente surgidas durante todo el

proceso perioperatorio. Capacidad de empatizar, comprender y aliviar la ansiedad antes y después de la intervención. Capacidad de mantener la intimidad y la seguridad del paciente. La metodología fue descriptiva.

Las conclusiones y aporte fueron: La teoría de Virginia Henderson es que plantea que la enfermería no sólo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y las patologías que las alteran. Generalmente, las labores de una enfermera de quirófano se centran en los procedimientos técnicos, la preparación del quirófano, en asistir a los cirujanos o al anestesista, etc. Sobre ello se han escrito ya muchos protocolos, pero desgraciadamente en muchos suele olvidarse que el paciente es algo más que un cuerpo sobre el que se interviene.

Debido a lo anterior, he creído correcto utilizar las Teorías de Virginia Henderson como guía para este trabajo, puesto que su Metaparadigma engloba todo lo necesario para su desarrollo:

El cuidado de los aspectos psicosociales suele recaer en la enfermería; además del manejo del ambiente en cuanto a temperatura, humedad, ruidos y/o cualquier otro agente externo que pueda resultar agresivo para el paciente, dado que no permanece dormido durante todo el proceso perioperatorio.

La lectura de ese documento proporcionará a la enfermera de quirófano una guía de elementos a los que atender para prestar unos cuidados adecuados a cualquier paciente que sea sometido a una intervención quirúrgica, de esa manera quedarán cubiertas todas las necesidades del paciente de forma integral, atendiendo a las esferas bio-psico-social, puesto que el cuerpo y la mente son inseparables.

**YECORA BUJANDA EDUARDO (2015)** En su trabajo titulado “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUIRÚRGICO” cuyo objetivo fue el de realizar estudio comparativo de los protocolos de enfermería quirúrgico existentes entre los entre los diversos hospitales nacionales y obtener aquello

requisitos o recomendaciones necesarias para realizar una estructura universal para cualquier protocolo de enfermería que garantice condiciones de calidad y seguridad. Se utilizó el método cuantitativo con diseño descriptivo – correlacional en el que se llegó a la conclusión de que a pesar de que las voces del sistema nacional de salud y de los organismos internacionales están dirigidos hacia las organizaciones sanitarias para mejorar progresivamente la calidad de los servicios que prestan y disponer de protocolos apoyados sobre una sólida base científica y dotados de un amplio consenso entre los profesionales implicados, este estudio comprueba que no hay una estandarización a la hora de estructurar un protocolo de enfermería quirúrgica.

**ATENCIO GONZALES EDITH** (2014) en su trabajo titulado “NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ADULTO ACERCA DEL CUIDADO ENFERMERO EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HRDCQ-DAC – HUANCAYO 2013”, cuyo objetivo fue Determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto acerca del cuidado Enfermero en el Centro Quirúrgico, identificar el nivel de satisfacción del paciente adulto acerca del cuidado Enfermero en la dimensión humana en el Centro Quirúrgico. El estudio fue El estudio de nivel cuantitativo método descriptivo de corte transversal.

Las conclusiones al que llegó fue que el nivel de satisfacción del paciente acerca del cuidado enfermero en el Centro Quirúrgico en su mayoría es medianamente satisfecho a insatisfecho ya que expresan que la enfermera le saluda por el nombre, le orienta para evitar complicaciones en la recuperación, soluciona sus dudas, utiliza los barandales de la camilla al trasladar al quirófano; no muestra interés sobre su estado de salud, no le orienta sobre el tipo de anestesia que usaran y los efectos de esta, se despreocupa por el sangrado de la herida operatoria, y lo abandona durante su estancia antes de pasar al quirófano; seguido de un mínimo porcentaje que refiere que está satisfecho ya que la enfermera le controla las funciones vitales, revisa la historia clínicaverificando que todo esté en orden y utiliza la enfermera un lenguaje comprensible.

En cuanto al nivel de satisfacción del paciente acerca del cuidado enfermero en la dimensión humana la mayoría manifiesta que es medianamente satisfecho a insatisfecho ya que refieren que la enfermera se acerca con un gesto amable al ingresar al quirófano, sienten que la enfermera se muestra indiferente frente a su estado emocional, no se presenta ante el paciente y no le saluda por su nombre, y un mínimo porcentaje significativo está satisfecho porque sienten que la enfermera trata a todos por igual y se presenta ante él.

**LAURA RAMOS, EVA (2016)** en su trabajo titulado “SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POS-OPERADO CON EL CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO – 2016” cuyos objetivos fueron el de determinar el nivel de satisfacción del paciente pos-operado con el cuidado del profesional de enfermería, Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes pos-operados con el cuidado de enfermería en la dimensión técnico-científico, y estudiar el nivel de satisfacción de los pacientes pos-operados con el cuidado de enfermería en la dimensión humana. En la metodología de estudio se utilizó el método cuantitativo con diseño descriptivo – correlacional donde las conclusiones fueron: Según el nivel de satisfacción de los pacientes pos-operados con el cuidado de enfermería en la dimensión técnico-científico, se observa que el 72,7% de los pacientes pos-operados del Hospital Santa Rosa están satisfechos y el 3,6% están muy satisfechos. Siendo así el personal de enfermería aún no logra la satisfacción integral del cuidado del paciente pos-operado. En el nivel de satisfacción de los pacientes pos-operados con el cuidado de enfermería en la dimensión humana, el 56,4% de los pacientes pos-operados están satisfechos y el 1,8% están insatisfechos. El personal de enfermería tiene deficiencia en calidez, empatía y humanitaria.

**CAMPOS RUBIO LUCY Y OTROS (2014)** en su trabajo titulado “CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD INTEGRAL DEL

PACIENTE QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL BASE VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY, TRUJILLO – 2014” tuvo como objetivo general determinar el nivel de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico durante el periodo perioperatorio en el Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. Se seleccionó como población a 30 enfermeras especialistas del centro quirúrgico y de la unidad de recuperación postanestesia del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. La metodología tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo empleando la técnica de observación directa; donde las conclusiones fueron: El nivel bueno en la Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico es de 57 %.

El nivel bueno en la Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico es de 37 % .en la fase Preoperatoria Inmediata. El nivel bueno en la Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico es de 63% .en la fase Transoperatoria. El nivel bueno en la Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico es de 70 % . en la fase Postoperatoria. La mayoría de los problemas se encontraron en la primera fase Preoperatorio Inmediato obteniendo un 63 %.

La menor cantidad de problemas se encontraron en la tercera fase Postoperatorio obtenido un 30 %.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (16)

Por todo ello el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De tal forma que el profesional de enfermería tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes(17)

### **HISTORIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA**

La revisión sobre los cuidado de enfermería, permite conocer una múltiple y variada literatura sobre filosofía, teorías y modelos, esto nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería tiene gran responsabilidad del cuidados, una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar.

Para comprender y sensibilizarse ante la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado. El cual surge en la etapa doméstica durante el siglo XVIII, definiéndose como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, ya que era la presencia comprensiva y respetuosa de las mujeres quienes lograban el bienestar de los seres humanos que las rodeaban. Al continuar con la historia, se llega a las sociedades arcaicas superiores (entre la prehistoria y el mundo clásico) en donde la responsabilidad del cuidado recaía en los sacerdotes y escribas, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo. (18)

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los conceptos dominantes de la



disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador – como la persona que entrega cuidado- y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción. (19)

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica. Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indagó los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería. (17)

Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indagó los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería.

Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana. Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente. Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado

incluye: a) conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado. b) Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento. c) Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base al bienestar de los demás (20)

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado (13) Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica (14)

## **HISTORIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA SEGÚN JEAN WATSON**

Para Watson J, cuidar significa “compromiso con” es un razonamiento y un ideal moral profundo. Donde su objetivo fundamental es el de la protección y la preservación de las dimensiones humanas tales como: el respeto a la dignidad humana la autonomía del enfermo y la comprensión de los sentimientos y emociones del que cuidamos. Todo ello desemboca en una filosofía de enfermería que la denomina: humanística, por poner de relieve la condición humana como eje fundamental del cuidado en la práctica de Enfermería. Así mismo refiere que el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o de la atención rutinaria día a día, es más bien estar ahí con el otro compartiendo sus sentimientos y emociones Watson desglosa al cuidado en 10 dimensiones

- Humanismo y altruismo; que corresponde a los valores y principios que la enfermera puede compartir con el paciente para poder llegar al verdadero significado de la conexión humana.

- Fe y esperanza. Está fundamentada en la conducta que reafirma la búsqueda de la salud, la recuperación en el caso de enfermedad o el apoyo en caso de muerte.
- Sensibilidad humana. Esta unida al valor de autenticidad. Significa ser coherente consigo misma, lo que le da a la persona una sólida identidad de autoimagen y auto aceptación humana.
- Relación de ayuda y confianza, es la interrelación dinámica entre los seres humanos Implica empatía, afecto y comunicación eficaz.
- Aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos. Es una experiencia donde se involucran y se comparten los sentimientos.
- Utilización del método resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería, conlleva a un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería.
- Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal. Permite informar al paciente y derivar hacia este la responsabilidad de su salud y bienestar. A través de las cesiones interpersonales se deben comunicar sobre el significado de los cuidados integrales.
- Previsión de un entorno de apoyo y protección y/o corrección física, mental, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tiene los factores externos e internos en la salud y en la enfermedad de las personas. Como variables externas se incluye, el confort, la intimidad, la seguridad y en las variables internas se encuentran el bienestar mental y espiritual de la persona enferma.
- Satisfacción de las necesidades humanas. Aquí se toma en cuenta la teoría de Maslow, para la cual las relaciones interpersonales de la enfermera hacia el enfermero deberán realizarse de manera individualizada.
- Comprensión y tolerancias de las fuerzas fenomenológicas. Corresponde a la ciencia de la existencia humana, concepción filosófica de la situación humana y la permanente comprensión de nosotros mismos y de los demás, como base permanente del vivir humano.(12)

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/ usuario resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad.

Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud (12). Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería. Por lo expuesto, es que este artículo se centralizará en el pensamiento y evolución de la teoría de Watson, los postulados centrales de su teoría y su aplicación en diferentes contextos. De este modo, las autoras desafían a los lectores a repensar la disciplina y la praxis, como parte sentida y valorada, desde las ciencias humanas de los cuidados en nuestra comunidad de enfermería, lo que implica una transformación de nuestro ser y nuestras prácticas. Los cuidados en nuestra cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente, pero que están en una tensión con los discursos dominantes, a saber: la tecnología, la enfermedad y la práctica basada en la evidencia; visiones en donde la enfermería y sus practicantes no aclaran aún por cuál corriente optar o

cómo intentar convivir con ellas. Nos situamos además en un mundo globalizado, pluricultural y secular donde la negación del otro se ha transformado en una práctica cotidiana. Las enfermeras/os no estamos ajenas/os a ello, es por esta razón que teoristas como Watson son vigentes y oportunas para que podamos reflexionar y repensar nuestras formas de conducirnos en el trabajo diario. Esperamos que este artículo ayude a iluminar sobre la importancia trascendente de los cuidados y la necesidad de un cambio paradigmático, una apertura a lo posible, basándonos en Watson y su trabajo meticuloso, profundo y acabado sobre lo que los cuidados significan, tanto para la humanización de la praxis de enfermería como para su colectivo profesional.

Jean Watson también basa la confección de su teoría en siete supuestos que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales.
- Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.

- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

Finalmente, La teoría de Watson J, la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía De Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado. El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder espiritual de afectividad. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud (24)

### **CENTRO QUIRURGICO**

El Centro Quirúrgico es el conjunto de ambientes o unidad operativa compleja, donde convergen las acciones quirúrgicas programadas y de emergencias de

varios Servicios del Hospital. Funciona las 24 horas del día, absorbe un alto porcentaje de personal y un alto presupuesto.

**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 Presta atención de Enfermería de calidad a todo paciente sometido a una intervención quirúrgica en sus diferentes especialidades. Reunir en un área física, todos los elementos humanos y materiales necesarios para desarrollar la actividad quirúrgica y la recuperación anestésica.

#### **DISTRIBUCIÓN SEGÚN AREAS**

**SALA DE OPERACIONES** La planta quirúrgica, destinada tanto a cirugías de pacientes internados como ambulatorios Es el ambiente donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos en condiciones de máxima seguridad en relación a las contaminaciones.

**CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN** Ambiente donde se procesan y esterilizan todos los materiales utilizados en la atención de los pacientes internados y ambulatorios. La Central de Esterilización consta de instalaciones de avanzada, ocupa una amplia superficie y es diseñada de acuerdo a lo establecido en las Normas Nacionales. Los equipos esterilizadores provistos de tecnología, funcionan controlados permanentemente para garantizar así la eficacia de todos los procesos. Dicho sector dispone de un plantel de personal altamente especializado que incluye de una farmacéutica especialista en esterilización. De acuerdo a las normas de cada establecimiento, el Servicio de Esterilización permanece siempre atento a la incorporación de nuevas tecnologías e identificado con el mejoramiento continuo de la calidad de atención del paciente, para ello se esfuerza mediante la capacitación, dedicación y actualización permanente.

**UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSANESTÉSICA (URPA)** El Centro Quirúrgico dispone de un área de recuperación post-anestésica, exclusiva para aquellos pacientes que se encuentran internados y han sido intervenidos quirúrgicamente. El área de recuperación tendría capacidad para cuatro pacientes, cuenta con un equipo de enfermería para su control, y está provista por gases medicinales de origen central, que le otorgan al paciente no sólo confort sino también seguridad.

## **ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRURGICO**

### **Enfermería en la Unidad de sala de operaciones**

La intervención quirúrgica es un paso del proceso total de la lucha por la recuperación o la conservación de la salud, que ofrece esperanzas a personas de todas las edades, con padecimientos que la requieren. Cualesquiera sean las razones o circunstancias que llevan a los pacientes al quirófano, el cuidado dentro de la sala de operaciones constituye parte integral del servicio de enfermería, que cubre una necesidad que no puede ser satisfecha por el paciente solo o su familia. Todo esto, hace imprescindible que los enfermeros cuenten con amplios conocimientos y habilidades técnicas especializados; a la vez que deben desarrollar la capacidad de juicio crítico basado en teoría y habilidades intelectuales, que les permita la aplicación de un método humanista en sus responsabilidades como defensores del paciente. La enfermería quirúrgica profesional implica la atención integral del paciente.

### **ENFERMERA CIRCULANTE**

Controla y coordina todas las actividades dentro del quirófano y vigila los cuidados requeridos por cada paciente. Una enfermera circulante efectiva, se asegura de que el equipo estéril dispone de cada uno de los artículos necesarios para desempeñar el procedimiento quirúrgico de una forma eficaz. Esta debe conocer todos los suministros, instrumentos y equipamiento, ser capaz de obtenerlos rápidamente y de prevenir peligros potenciales en su uso y conservación. Conocerá la intervención quirúrgica.



### **Antes de la llegada del paciente:**

- Solicita por nombre y apellidos que acuda el paciente desde el lugar donde se encuentra.
- Prepara el material e instrumental necesario para la intervención, revisando el aparataje necesario, junto con la enfermera instrumentista y la auxiliar de enfermería (aspiradores, bisturí eléctrico, lámparas quirúrgicas y aparataje diverso).
- Prepara el material necesario para la anestesia, calibra los respiradores y comprueba los laringoscopios.
- Prepara la documentación necesaria:
  - Hoja de informe quirúrgico
  - Gráfica de anestesia
  - Plan de cuidados estandarizados de pacientes quirúrgicos.
  - Petición de Anatomía Patológica o Microbiología, si procede.
  - Petición de exploración de Radiodiagnóstico, si procede.
  - Hoja de reposición de prótesis-implantes.
  - Hoja de tratamiento farmacológico.
- Recibe al paciente en la zona de pre-anestesia, realizando:
  - Identificación (Historia-Intervención-Paciente).
  - Valoración de su estado emocional y necesidades.
  - Comprobación en la historia clínica que tiene realizado el preoperatorio, antecedentes personales por si hay que instaurar algún protocolo, pautas de Kits de profilaxis antibiótica.
- Informa al paciente de lo que se le va a hacer, por respeto y porque con la información disminuye su ansiedad y temor, aumentando así su capacidad de colaboración.
- Comprueba si se ha cumplido el protocolo de preparación quirúrgica correspondiente.
- Canaliza vía venosa (si procede) y coloca electrodos cardiacos. Si el paciente tiene instauradas vías venosas, arteriales, sondas o drenajes, verifica su estado.

Comprueba que la sueroterapia es la adecuada para la anestesia que se va a realizar, si no lo es, la cambia

### **En quirófano:**

- Preserva la intimidad del paciente, colocándole una sabanilla, antes de retirarle completamente la ropa de cama.
- Ayuda a pasarle a la mesa quirúrgica y ponerle cómodo.
- Conecta cables de electrodos, pulsioxímetro, aparato de tensión, estimulador y placa de bisturí.
- Ayuda al anesthesiólogo a realizar la anestesia requerida.
- Ayuda a colocar al paciente en la posición quirúrgica necesaria para la intervención, cuidando que ésta sea anatómica y no afecte a vasos, articulaciones o nervios. Comprobando que el paciente no toca partes metálicas.
- Coloca arco de narcosis.
- Ajusta las lámparas quirúrgicas.
- Ata las batas de la enfermera instrumentista y cirujanos.
- Conecta el aparataje necesario (bisturí eléctrico, aspirador, etc.)
- Proporciona el material requerido por la enfermera instrumentista.
- Vigila el campo operatorio y anticipa las necesidades reponiendo el material según se va usando con criterios de no mal utilizar los mismos y gastarlos innecesariamente.
- Presta al anesthesiólogo la ayuda necesaria durante la intervención (vías centrales, arterias, complicaciones).
- Maneja la escopia de Rx si es necesario. (Equipo de fluoroscopia).
- Es la responsable del mantenimiento de las normas asépticas en el quirófano:
- Nadie se acercará al campo quirúrgico a menos de 20 cms. de distancia.
- Asegurarse de que toda persona que entre en el quirófano esté adecuadamente vestida.
- Controla la circulación en el quirófano (entradas, salidas, cruces...).

- Mantiene el quirófano limpio y en orden. Recoge los instrumentos que se caigan y los esteriliza, si procede.
- Vigila y protege al paciente en todo momento. Si está despierto permanece cercana.
- Realiza junto con la enfermera instrumentista el contaje de gasas, compresas y torundas antes de comenzar la intervención, separando gasas y compresas una a una, igualmente antes de comenzar a cerrar cavidades y de cerrar piel. Es recomendable para el contaje inicial y siempre que se echen al campo gasas y compresas nuevas, que lo hagan las dos enfermeras juntas. Si es correcto, registrarlo; si no, avisar al cirujano para que se revise, buscar lo que falta y si no aparece, de acuerdo con el cirujano llamar para realizar una radiografía, registrando todo igualmente.
- Registra en la hoja de plan de cuidados estandarizados de pacientes quirúrgicos, todos los cuidados ofrecidos al paciente en base a la cobertura de sus necesidades, durante su proceso quirúrgico.
- Está siempre en el quirófano, mientras dura la intervención o deja a otra persona en su lugar.
- Se asegura del correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención y de su envío a los laboratorios correspondientes (Anatomía Patológica, Microbiología, etc.).
- Planifica los cuidados postoperatorios necesarios (manta eléctrica, cuidados de drenajes, mascarilla y bombonas de oxígeno, pulsioxímetro de traslado, ambú, etc).

**Al terminar la intervención:**

- Colabora con el anestesiólogo hasta que el paciente esté en condiciones de salir de quirófano.
- Retira los cables del electrocardiografo, bisturí eléctrico y aspirador.
- Avisa al celador y ayuda en el traslado del paciente a la cama.
- Verifica el estado del paciente y funcionamiento de vías y drenajes.
- Recoge la historia y placas del paciente y las envía con él.

- Retira todo el material de anestesia (jeringas, palas del laringoscopio, mascarillas, etc.), y cambia los tubos corrugados para la siguiente intervención.
- Registra la intervención en el ordenador y las drogas utilizadas en su libro correspondiente.
- Tramita la reposición de implante-prótesis, si lo hubiera.
- Avisa al personal de limpieza, al que dará instrucciones si se requiere una limpieza especial, siguiendo los protocolos existentes.
- Prepara la siguiente intervención o repone el quirófano

### **ENFERMERA INSTRUMENTISTA**

Debe conocer la intervención a realizar, técnica quirúrgica y suturas a utilizar (si no lo conoce ver protocolos o hablar con el cirujano). Es conveniente que conozca la situación del paciente para su preparación, Es muy útil realizar un rápido repaso mental de todos los tiempos de la intervención, con el fin de prever cualquier pequeño detalle. Una vez realizado esto, teniendo preparado todo lo que necesita y según el protocolo establecido, antes de realizar el lavado quirúrgico, abre los paquetes y cajas estériles, verificando los testigos químicos y la integridad de los paquetes (rotura, humedad).

- Realiza el lavado quirúrgico.
- Realiza el contaje de gasas, compresas y torundas inicial. Contaje que se continua cada vez que la enfermera circulante le proporciona más gasas o compresas.
- Contaje antes del cierre de cavidades y piel.
- Verifica el número de piezas de instrumental que se coloca en la mesa.
- Ofrece batas y guantes a los cirujanos, para extremar las medidas asépticas.
- Ayuda a colocar el campo quirúrgico.
- Coloca y sujeta el bisturí eléctrico, aspirador y todo el material necesario
- Se asegura que las mesas quirúrgicas (elevables) no se apoyan en el paciente anestesiado.

- Proporciona al cirujano y ayudante, todo lo necesario durante la intervención, controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y los tiempos operatorios para anticiparse a las necesidades.
- Comprueba el instrumental y el material antes de entregarlo.
- Vigila la esterilidad del campo operatorio y del material:
- No dar nunca la espalda al campo operatorio.
- No hacer maniobras que comprometan la esterilidad del campo.
- Considerar todo aquello que esté situado por debajo del nivel de la mesa, como no estéril.
- Si se quita una pinza de campo, se considerará no estéril.
- Si hay alguna duda sobre si ha ocurrido contaminación, considerar que si la ha habido.
- Consideración de zona estéril en las batas.
- Mantiene la organización y evita situaciones que creen tensión (las diferencias se arreglan mejor fuera del campo operatorio).
- Avisa a la enfermera circulante de la recogida de muestras y vigila que no se extravíen.
- Si se utiliza medicación cargar con jeringa, no echar al campo dando
- Realiza contaje de gasas, compresas y torundas; avisa al cirujano tanto si es correcto como si no lo es, en cuyo caso se revisan cavidades y se controla radiológicamente.
- Comprueba que el número de instrumental sacado se corresponde con el de cierre final.
- Limpia y desinfecta la herida quirúrgica, coloca apósitos, reservorios de drenajes, etc.
- Retira las mesas de instrumental, así como todo el material del campo quirúrgico (bisturí eléctrico, aspirador, backaus) cuidando que no quede nada entre los campos quirúrgicos, que se depositarán en la bolsa de ropa correspondiente, introduciéndolos dentro de éstas.
- Cubre al paciente.

- Retira agujas y objetos punzantes a su correspondiente contenedor.
- Comunica a la auxiliar de enfermería de zona de sucio los instrumentos que no son de la caja de instrumental, sino de paquete.
- El instrumental articulado, se debe sacar abierto para su limpieza-desinfección.
- Revisa la caja de instrumental que se va a enviar a esterilización.
- Si el instrumental se procesa en la Central de Esterilización, debe contarse de nuevo en la propia Central.
- Si se han utilizado cajas de tornillos de osteosíntesis, reponer los tornillos utilizados y limpiar bien la caja, levantando bandejas.
- Verifica que se desmontan y lubrican aquellos instrumentos que así lo requieren.
- Es la responsable del uso y conservación del instrumental, así como de mantener en el transcurso de la intervención el instrumental limpio, siempre que la situación no lo impida; para ello utilizará una gasa o compresa.
- Ayuda a trasladar al paciente a la cama, cuidando las vías, sondas y drenajes y asegurando la posición adecuada del paciente (flexión de miembros, apoyo sobre prótesis implantadas...). Tanto para la enfermera instrumentista como para la enfermera circulante el conocimiento de su trabajo es fundamental, ya sea para la rutina como para las situaciones de emergencia, dónde la velocidad y la precisión son imperativas.(15)

## **SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y

prevenibles en todos los países y entornos. Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano.

El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables(26)

### **LISTA DE CHEQUEO**

Las “listas de control”, “listas de chequeo”, “check-lists” u “hojas de verificación”, son formatos que ayudará a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos.

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas.

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así

los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos.

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación.(26)

## **PRINCIPALES CIRUGIAS GINECOLOGICAS Y OBSTETRICA**

**CESÁREA.-** Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen(laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas, que según la OMS debiera ser utilizada únicamente en el 15% de los embarazos.

**HISTERECTOMÍA.-** La histerectomía es una cirugía para quitar todo el útero (la matriz) o parte de él. Una histerectomía total significa que se extraen el útero completo y el cuello uterino. La extracción de los ovarios y las trompas de Falopio es un procedimiento aparte. La histerectomía es una de las cirugías mayores más comunes en las mujeres.

## **CONIZACIÓN CERVICAL**

La conización, también llamada **cono**, es un método quirúrgico mediante el cual le quitamos al cuello de la matriz una parte lesionada. La parte removida tiene forma de cono, y de ahí se deriva el nombre del procedimiento. La conización es una cirugía en todo el sentido de la palabra: requiere internamiento, anestesia y el uso de la sala de operaciones.

La salpingectomía es una cirugía sencilla que requiere una incisión de tres centímetros o menos a nivel del vello púbico o alrededor del ombligo. En la



actualidad se realiza como una cirugía ambulatoria; es decir, la paciente abandona el hospital unas horas después de operada.

También se puede efectuar en el transcurso de otra cirugía, como por ejemplo cuando se hace una cesárea o cuando se extrae un tumor pélvico

### **CIRUGIAS DE VAGINALES**

Hay varios tipos de cirugías vaginales, pero aquí mencionaremos las cuatro más frecuentes: Marsupialización del quiste de Bartolino, Resección del himen fibroso, Apertura del himen imperforado y Resección de la estenosis del orificio del anillo vaginal

### **LEGRADO UTERINO**

En cirugía, el legrado o curetaje consiste en el uso de una legra o cureta para eliminar tejido del útero mediante raspado o cucharillado. Puede utilizarse para obtener una biopsia de una masa para determinar si es un granuloma, neoplasia, u otra clase de tumor. Puede utilizarse también paliativamente para reducir masas; en muchos lugares también se sigue usando para realizar un aborto quirúrgico dentro de los primeros tres meses o como tratamiento tras un aborto espontáneo (en algunos lugares estas dos últimas intervenciones se llevan a cabo con el uso de fármacos específicos). Suele formar parte de la operación denominada dilatación y curetaje, y a menudo se usa como término equivalente de dicha operación.

### **BIOPSIAS DE MAMA**

Esta cirugía se realiza cuando se sospecha la presencia de alteraciones cancerosas o pre cancerosas en el seno. El procedimiento consiste en extraer una porción del tejido mamario lesionado, para analizarla microscópicamente y, de esta manera, realizar el diagnóstico. Algunas lesiones benignas pueden aparentar ser cancerosas, y solo se pueden diferenciar con la biopsia; tal es el caso de la mastopatía fibroquística, el fibroadenoma, la ectasia ductal, el lipoma, el papiloma intraductal y la necrosis grasa.

## **COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA ABIERTA**

### **Hemorragia post-quirúrgica**

La hemorragia post-operatoria puede manifestarse como una pérdida sanguínea por los drenajes o por hipovolemia manifestada con mareos-hipotensión o en control analítico, a las 4 -6 horas post intervención.

### **Complicaciones infecciosas**

Las infecciones postoperatorias, aunque han disminuido en su gravedad siguen siendo frecuentes, graves para el paciente y onerosas para el sistema. Hay que tener en cuenta que las operaciones con apertura de la vagina están asociadas a la contaminación con las bacterias residentes en aquella. Muchas de las infecciones postoperatorias son polimicrobianas y están causadas por microbios residentes en la vagina, así como por gérmenes anaerobios

### **Complicaciones digestivas Íleo paralítico y obstrucción intestinal**

**Dehiscencias y evisceración** Estos términos implican la separación sintomática o asintomática de los bordes de las incisiones quirúrgicas, con o sin signos de infección. Existen algunos síntomas y signos prodrómicos, especialmente un drenaje seroso o serosanguinolento por la herida.

**Complicaciones tromboembólicas** Se calcula que hasta el 20% de las muertes postoperatorias son debidas a embolismo pulmonar.

**Complicaciones urinarias** Las cifras de lesión vesical y ureteral son más altas durante los procesos oncológicos o en cirugías por procesos benignos altamente específicos.

**Formación de fistulas** el riesgo de fistula es más alto tras la histerectomía radical debido a la propia cirugía, a la presencia del tumor y en algunos casos a los cambios inducidos tras radioterapia(27)

## **PRINCIPALES CIRUGÍAS ABDOMINALES**

**APENDICECTOMÍA** Una apendicetomía es la extirpación quirúrgica del apéndice. Es una cirugía de emergencia común que se realiza para tratar la apendicitis, una condición inflamatoria del apéndice-

**COLECISTECTOMÍA** es la intervención quirúrgica que se realiza para extraer una vesícula biliar enferma: vesícula que está infectada (colecistitis), que esta inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares.

**HERNIOPLASTÍA** es un procedimiento para corregir una hernia cuando la pared muscular es débil, ya que, tras retirarla, el saco busca la reparación de la pared abdominal. Existen diferentes tipos de hernias por ejemplo la hernia femoral, hiatal, umbilical, inguinal-

**LAPAROTOMÍA EXPLORADORA** Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar, examinar y tratar los problemas que se presentan en el abdomen con el objetivo de obtener con mayor exactitud un diagnóstico en donde este involucra la cavidad

## **CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

Central de esterilización es el espacio físico donde se realiza las actividades de limpieza, preparación, desinfección, almacenamiento, control, distribución de ropas, instrumental y material médico quirúrgico que requiere desinfección o esterilización, para lograr una atención eficaz al cliente cumpliendo con los requisitos básicos y especializados de este departamento, como son el buen uso de su distribución física, métodos y equipos de esterilización funcionales, que garanticen la seguridad a la institución y al cliente tanto interno como externo.

Funcionalmente está dividida en las siguientes áreas:

- A. Área de recepción y clasificación del material no estéril
- B. Área de preparación y empaquetado del material
- D. Área de descarga, almacenamiento y entrega de material estéril

**A. Área de recepción y clasificación.** - En esta área es donde se recibe todo el material que llega de las distintas unidades del hospital. Este material se

contabiliza y comprueba que conste en el volante correspondiente, donde deberá ir reflejado el servicio de procedencia. Es clave en este proceso identificar las entradas, para poder analizar los flujos de material, verificar el estado del instrumental, su correcta limpieza y secado. Y aquí se realizan tareas de preparación para el siguiente proceso.

**B. Área de preparación y empaquetado de material.** - En esta área se clasifica todo el material que va a ser preparado y empaquetado de acuerdo a especialidad.

**C. Área de almacenamiento y entrega de material estéril.** -Aquí se encuentra la salida de todo el material estéril de las distintas autoclaves. Se comprueba la integridad de los paquetes y se verifica que el control químico externo sea correcto. Se comprueba además que cada equipo / contenedor esté perfectamente registrado:

#### **Funciones específicas**

Coordinar y ejecutar los procesos de: esterilización, desinfección a los usuarios internos y externos.

- Supervisar el uso correcto de controles (Físicos, químicos, biológicos) mediante el Programa de Aseguramiento de Esterilización y Programa de Control de Calidad.
- Participar en la elaboración del Cuadro de Necesidades del servicio.
- Elaborar informes técnicos relacionados con las funciones del servicio.
- Asistir a reuniones técnico administrativas del servicio.
- Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- Participar en actividades de prevención, protección de la salud en el campo de enfermería.
- Participar en la elaboración de normas, directivas relacionadas con las funciones del servicio.

- Participar en la elaboración, actualización e implementación de guías de procedimientos e instrumentos de gestión, en coordinación con los profesionales de la salud a fin brindar calidad en la atención al usuario.
- Cumplir con lo dispuesto en normas, guías de atención y directivas a fin de garantizar calidad de atención al usuario evitando riesgos y complicaciones.
- Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería.
- Controlar el adecuado abastecimiento, uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario.
- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería.
- Encomendar actividades de menor complejidad al personal técnico y auxiliar de enfermería bajo supervisión y responsabilidad.
- Realizar registros de actividades, producción, atención y otros a fin de sistematizar la información del servicio.
- Garantizar la integridad y buen funcionamiento de los equipos, material y enseres del servicio.

## **ESTERILIZACION**

Es el proceso mediante el cual se alcanza la muerte de todas las formas de vida microbianas, incluyendo bacterias y sus formas esporuladas altamente resistentes, hongos y sus esporos, y virus. Se entiende por muerte, la pérdida irreversible de la capacidad reproductiva del microorganismo. Se trata de un término absoluto, donde un objeto está estéril o no lo está, sin rangos intermedios.

## **GARANTIAS DE ESTERILIZACION**

El creciente uso de los sistemas de gestión ha producido un aumento de la necesidad de asegurar los procesos de los esterilizadores en los laboratorios que forman parte de industrias de alimentación, y así poder funcionar de acuerdo con un sistema de gestión de Calidad (ejemplo APPCC) El hecho de realizar un ciclo en el autoclave no significa que el instrumental o medios de cultivo (o eliminación de los medios) que se procesen estén estériles. Existen muchos factores adversos que pueden afectar el proceso de esterilización. El esterilizador puede no

funcionar adecuadamente. La temperatura o tiempo del ciclo pueden ser incorrectos, el aire no eliminado de la cámara o el vapor no alcanzar el centro de los paquetes. También puede haber problema con la colocación de los paquetes dentro de la carga o técnicas inadecuadas de empaquetado.

Por lo tanto, es imprescindible establecer un sistema de control del proceso de esterilización.

### **Indicadores de calidad de la esterilización**

Los procesos de esterilización son sometidos de modo rutinario a controles que demuestren su eficacia, los cuales pueden ser de tres tipos: - Físicos - Químicos - Biológicos Controles de inspección (se realizan con cada esterilización): Antes de prender el autoclave Revisar, enchufes, válvulas, cierre de la puerta agua entre otros Observe registro de presión, temperatura y tiempo. Si hay alguna anomalía en estos parámetros la carga no se considera estéril (llamar al ingeniero biomédico) una vez certifique que el autoclave está en óptimas condiciones se repite la esterilización de esa carga.

#### **Indicador físico**

Son los registros que se generan en el reporte de cada carga esterilizada.

#### **Indicador químico**

Control químico con cinta testigo (realiza diario): Se debe pegar un trozo de cinta externo en cada paquete envuelto listo para esterilizar Sirven para detectar anomalías en el proceso de esterilización, pero es importante señalar que no sirven para garantizar la esterilidad del material. (Thermo-sensibles al calor) Si el control químico no ha variado de color de amarillo o verde a marrón, se reprocesa el material que fue sometido al ciclo de esterilización. Colocar nuevamente cinta testigo y volver a verificar la esterilización.

### 2.3 DEFINICION DE TÉRMINOS

- **QUIRÓFANO** .- La sala de operaciones o quirófano es el lugar en el cual se lleva a cabo el acto quirúrgico. Tiene control ambiental y bacteriológico y está restringido el flujo entrante y saliente de personal.
- **EQUIPO QUIRÚRGICO**.- Es una unidad de personal capacitado que proporciona una serie continua del cuidado del paciente antes, durante y después de una cirugía, el cual está conformado por el cirujano, médicos asistentes de cirugía, el anestesiólogo, y las enfermeras quirúrgicas,
- **PERÍODO INTRAOPERATORIO**.- Etapa comprendida desde que ingresa el paciente al quirófano e inicia el acto quirúrgico hasta que el cirujano coloca el apósito en la herida operatoria hasta el traslado a la unidad de recuperación post – anestésica
- **ASEPSIA**.- Es un término médico que define al conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilidad.
- **DESINFECCIÓN**.- Destrucción de la mayoría de los organismos patógenos ubicados sobre superficies inanimadas.
- **ESTERILIZACIÓN**.- Es la destrucción de todas las formas de vida microscópicas, incluidos virus y esporas, haciendo uso de medios físicos y químicos.
- **ANESTESIA**.- Implica la abolición de toda sensación de tacto, postura, temperatura y dolor de manera temporal por la administración de sustancias químicas, sea por vía intravenosa, intramuscular, inhalatoria o una combinación de éstas.
- **QUIRÓFANO**.- sala acondicionada para realizar operaciones quirúrgicas.

- **ANESTESIA LOCAL Y REGIONAL .-** La anestesia locorregional es el bloqueo reversible y transitorio de la percepción y transmisión del dolor por la acción directa de un fármaco sobre troncos o raíces nerviosas terminales.
- **EVALUACIÓN.-** Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos, con un patrón de referencia, para constatar los avances o logros de los objetivos de un plan o programa Es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer al producto de la concepción.
- **ESTRUCTURA.-** La estructura se considera: recursos humanos (personal técnico y administrativo, número y calificación), Infraestructura (ambientes, instalaciones, equipos, insumos), normación (documentos de Gestión, manual de procedimientos, directivas, etc.). es una de las operaciones más comunes en la mujer, según la OMS Se trata de la extirpación del útero, se puede abordar a través de diferentes técnicas quirúrgicas: abdominal, vaginal y laparoscópica, la misma puede ser total parcial o radical.
- **PROCESO.-** El Proceso considera principalmente el cumplimiento de la normatividad, así como la implementación de estrategias en lo relacionado a vigilancia, prevención y control de infecciones intrahospitalarias y afines.
- **RESULTADO.-** En Resultado se incorpora un conjunto de indicadores y metas, que traducen impacto de las estrategias implementadas



### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCION DE DATOS**

- Para el presente informe se usó técnicas e instrumentos de recolección de datos como los registros de enfermería, que es la documentación escrita de los acontecimientos y las necesidades y las ocurrencias del día a día, asistencias al usuario y los resultados de las actuaciones de enfermería.
- Cuadernos de problematización, donde se registran las reuniones para el análisis del trabajo, en la que se identifican los errores y aciertos luego se establezcan en practica las soluciones
- Árbol de efectos con el que logro entender la situación en torno a su problema central, causas y efectos producidos
- Observación y análisis, revisión bibliográfica.

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

El año 2001 ingreso a laborar al Centro de salud de Luricocha, que se encuentra dentro de la Provincia de Huanta

El año 2002 ingreso a laborar al Hospital de Hospital Daniel Alcides Carrión de Mi labor desempeñada fue en consultorios externos y la parte administrativa el 2005 fui invitada a formar parte del área administrativa de la Red de Salud de Huanta que después paso a ser la Unidad ejecutora Ayacucho Norte (UERSAN) actualmente cuenta dentro de su jurisdicción 32 Establecimientos de Salud, estuve como coordinadora del área de Nutrición, Epidemiología, área niño, Adolescente, TBC, Malaria, y coodinadora de la Micro Red Huanta, el trabajo fue más de dirección, capacitación, supervisión de las áreas bajo mi cargo, así mismo fui parte de muchos comités dentro de la Red de salud hasta el 2010 que ingreso a laborar en la parte asistencial del Hospital del Huanta que tiene la categoría II – I el mismo funciona como un hospital de referencia para los establecimientos de menor capacidad resolutive, vale decir de toda la Provincia de Huanta, distritos aledaños parte del departamento de Huancavelica; tiene asignado poblaciones de toda condición socio económica y cultural.

El 2010 inicié laborando en el servicio de emergencia y Centro quirúrgico (Sala de operaciones y central de esterilización) a través de los años he podido observar el cambio en estos servicios que inicialmente estaba a cargo del personal técnico; nosotros los profesionales estábamos programados para la atención de enfermería en el servicio de emergencia general, quienes solo acudíamos al llamado en caso de cirugías muchas veces específicamente para el acto quirúrgico y en muchas oportunidades ya encontrábamos la mesa quirúrgica preparada (mesa de media luna, mesa de mayo, materiales y equipos biomédicos) para el desarrollo de la cirugía, al final de la cirugía, estaba de regreso en el servicio de emergencia esto continuó hasta el 2013 fecha en la que como profesionales pasamos al trabajo exclusivo de sala de operaciones y central de esterilización, servicio que se encuentra ubicado en un área central con acceso rápido de los servicios de emergencia sala de parto, área de hospitalización, laboratorio y farmacia, sin embargo este cuenta con dos áreas funcionales: Servicio de enfermería en centro quirúrgico y central de esterilización, el Servicio de Enfermería en recuperación no se encuentra dentro de la infraestructura de centro quirúrgico por deficiente infraestructura por lo tanto está a cargo de las Enfermeras del servicio de Cirugía.

Al integrarnos al servicio de centro quirúrgico encontramos cierta resistencia por parte del personal técnico quienes se encontraban rutinizados con su forma de trabajo desempeñado durante años, como profesionales logramos el empoderamiento del servicio. Pese a algunas dificultades dentro de nuestra realidad logramos llevar adelante el servicio de enfermería realizando muchos cambios.

Dentro del cuidado del paciente quirúrgico en las prácticas seguras de las cirugías una de las actividades de importancia es la prevención de riesgos, que el paciente sufra daños asociados a la asistencia sanitaria como por ejemplo las infecciones asociadas a la atención de Salud relacionados con el proceso de

limpieza, desinfección y esterilización. En el hospital el manejo del instrumental usado después de las cirugías era deficiente pues no se realizaba el control de calidad de la después de la limpieza y desinfección así mismo para el proceso de esterilización, se contaba con el funcionamiento del autoclave solo tres procesos semanales “esterilizando” muchas veces solo con pupinel el mismo no brinda garantía en el proceso óptimo de esterilización, en cuanto a la calidad del instrumental en las partes internas de las pinzas muchas veces se encontraba restos orgánicos por el mal lavado y por la exposición al calor seco continuo, no se realizaba el control de calidad en ninguno de los procesos de esterilización. Así mismo para el empaque de las gasas no se contaba con el papel de grado médico solo se realizaba con papel reciclado de guante quirúrgico, muchas veces no se contaba con indicadores internos y externos de esterilidad. En cuanto al almacenamiento no se realizaba un adecuado almacenamiento del material preparado y esterilizado, se almacenaba incluso en otro servicio (instrumental de Legrado uterino) en inadecuadas condiciones muchos casos, expuestos al ambiente, con una manipulación inadecuada llegando a disminuir el tiempo de vida de la esterilización. Los servicios contaban con escaso instrumental, poca capacidad de rotación. La manipulación no era adecuada. Actualmente se avanzó en estos procesos, ya que se cuenta con el funcionamiento del autoclave más de 6 procesos semanales, así mismo se “Centralizó” el área de Central de Esterilización, con personal capacitado en las que se realiza todos los procesos del adecuado manejo del instrumental desde la recepción del material contaminado, la limpieza y desinfección, verificación del instrumental, esterilización y finalmente el almacenamiento del instrumental que inicialmente estaba en un ambiente común con el material limpio y actualmente se cuenta con un espacio físico exclusivo para el material estéril con el manejo adecuado. Pese a la resistencia del personal de los otros servicios, el de manejar su instrumental y “esterilizar”, se logró centralizar y avanzar en este tema, todo con el objetivo de mejorar la calidad de servicio, disminuir los costos, disminuir los riesgos de IASS, y mejora de la bioseguridad.

El desarrollo de las mejoras se realizó mediante las reuniones de problematización y capacitación mensuales más aun con los estudios de especialización, el cual es una gran fortaleza para el logro de los objetivos inicialmente planteados, adaptando las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) en función a las competencia deseadas, Tal como es el manejo de la lista de chequeo que para dinamizar el trabajo del servicio como equipo profesional implementamos a partir del 2017 tal como está establecido mundialmente dentro de la seguridad del paciente quirúrgico, sin embargo esto no se realiza dentro de su totalidad, solo se realiza cuando se cuenta con dos enfermeras, la enfermera circulante es quien lo realiza, actualmente se cuenta con 06 licenciadas de enfermería sin embargo algunas veces realizamos funciones de asistente del cirujano e instrumentista al mismo tiempo por falta de personal médico y solo en algunas oportunidades ingresamos como circulante.

Dentro de la autoevaluación de la calidad de central de esterilización, se realiza la autoevaluación

El estudio de la especialidad es una fortaleza que nos brindó herramientas necesarias para el desarrollo de capacidades en el desempeño de las funciones dentro del servicio, pues nosotros los profesionales de enfermería por nuestra formación integral podemos integrarnos y adaptarnos a las diferentes áreas dentro de la profesión.

## **FUNCIONES DE ENFERMERIA DESEMPEÑADAS EN CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA**

En cualquier medio donde nos desempeñemos el trabajo se da la combinación de estos tipos de funciones.:

**FUNCIÓN ASISTENCIAL:** caracterizada por la prestación de cuidados integrales directos al paciente, cliente, familia y comunidad.

**FUNCIÓN DOCENTE:** consiste en el conjunto de actividades que desarrollan las enfermeras para la formación de estudiantes profesionales y técnicos, Colaborar en la formación de otros profesionales del equipo de salud. formación continua dentro del servicio

**FUNCIÓN DE ADMINISTRACIÓN:** aplicada a los servicios de enfermería, para asegurar que las funciones y actividades, que deben ser desarrolladas en los distintos campos de actuación, se realicen de forma sistemática, racional y ordenada, respondiendo a unas necesidades y asegurando el uso adecuado de los recursos.

**FUNCIÓN DE INVESTIGACIÓN:** el conjunto de actividades que se desarrolla los profesionales de enfermería para ampliar y profundizar los conocimientos profesionales y difundir y aplicar las mejoras obtenidas de los resultados de la investigación.

#### **ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA**

- Verificar la programación de cirugías
- Coordinar con el personal técnico los requerimientos a realizarse
- Coordinar con los cirujanos requerimientos para las cirugías
- Verificar la esterilidad de los paquetes textiles e instrumental
- Verificar el nombre del paciente, historia clínica diagnóstico y procedimiento.
- Ejecutar las pautas del registro de seguridad
- Apertura de los paquetes estériles, según técnica
- Realizar el lavado quirúrgico de manos
- Verificar la esterilidad de los paquetes e instrumental con el viraje de indicadores internos.
- Ordenar y preparar el campo operatorio.
- Proporcionar al equipo de cirugía la vestimenta
- Mantener y aplicar la bioseguridad.
- Participar en el acto quirúrgico aplicando la técnica para la instrumentación

- Verificar cumplimiento de la asepsia durante todo el acto operatorio
- Anticiparse a las necesidades del cirujano
- Atención durante el acto quirúrgico con recuento de gasas e instrumental desde el inicio y término de la cirugía las veces que sea necesaria en coordinación con el circulante.
- Traslado del material usado para el proceso de descontaminación.

### **ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA CIRCULANTE**

- Supervisión de la limpieza el orden y equipamiento de sala de operaciones
- Comprobar el funcionamiento adecuado de los equipos (electro bisturí, aspirador, oxígeno, etc)
- Recepción del paciente para la cirugía verificando:
  - a) Historia clínica completa
  - b) Autorización de la cirugía firmada
  - c) Riesgo quirúrgico
  - d) Análisis completo
  - e) Medicamentos e insumos a usar
  - f) Hola de seguro integral o boleta de pago
- Entrevista con el paciente, brindarle apoyo emocional.
- Aplicación de hoja de registro del paciente quirúrgico.
- Traslado al paciente a sala de operaciones
- Posicionar al paciente de acuerdo a la cirugía, con ayuda del anestesiólogo
- Aplica normas de bioseguridad.
- Proporciona el anestesiólogo los insumos para la inducción anestésica.
- Proporciona a la enfermera instrumentista los materiales e insumos para la cirugía.
- Realiza las anotaciones de enfermería en la historia clínica
- Realiza el recuento de gasas con la enfermera instrumentista
- Traslado de paciente conjuntamente con el anestesiólogo a la unidad de recuperación

## **ENFERMERA EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

### **Objetivo**

Suministrar en forma rápida y oportuna los insumos e instrumental a todos los servicios garantizando la esterilidad, cumpliendo con las normas de calidad en todas las etapas del proceso para así brindar una atención de calidad, disminuyendo los riesgos de infecciones asociadas a la atención de salud.

### **ACTIVIDADES**

- Supervisión de la recepción y la limpieza del material contaminado producto de la atención de salud.
- Supervisión y cumplimiento de las normas de bioseguridad
- Disponer del material estéril para la demanda producto de la atención de salud de la institución.
- Garantizar la calidad de los procesos de esterilización a través de la supervisión del cumplimiento de las normas de esterilización.
- Supervisar, organizar y dirigir las actividades que realiza el personal técnico a cargo
- Administrar el servicio en forma eficiente desde el punto vista costo / beneficio.
- Mantener actualizado las técnicas y procedimientos de los diferentes procesos desde la limpieza y desinfección, empaquetado, esterilización, almacenamiento entrega y del material estéril.
- Conservación y almacenamiento del material textil
- Supervisar la manipulación del material estéril
- Prevenir la contaminación durante el transporte del material estéril
- Supervisión del manejo del material estéril en todo el hospital
- Analizar y calcular la cantidad de instrumentos y ropa quirúrgica necesarios para el cumplimiento de programación de paciente quirúrgicos

- Velar por el adecuado stock de los insumos necesarios de la atención del paciente

### **TIPO DE SERVICIO**

El servicio de centro quirúrgico que se encuentra ubicado en un área central con acceso rápido de los servicio de emergencia, sala de partos, área de hospitalización, laboratorio, y farmacia, sin embargo este cuenta con dos áreas funcionales

- Servicio de enfermería en centro quirúrgico y central de esterilización
- Servicio de enfermería en recuperación el que no se encuentra dentro de la infraestructura del centro quirúrgico por deficiente infraestructura física,

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

- Primero se dio a conocer sobre mi intención de realizar informe de experiencia profesional al responsable del servicio
- Se pidió autorización al responsable del servicio de centro quirúrgico para la autorización del uso de los datos estadísticos
- Procedí a programar actividades de observación recojo de información y datos de manera periódica para ello asisti al servicio fuera de mi turno una vez por semana
- Tomados los datos se introdujo a una base de computación excel para obtener los cuadros y gráficos estadístico



## IV. RESULTADOS

### CUADRO N°4.1

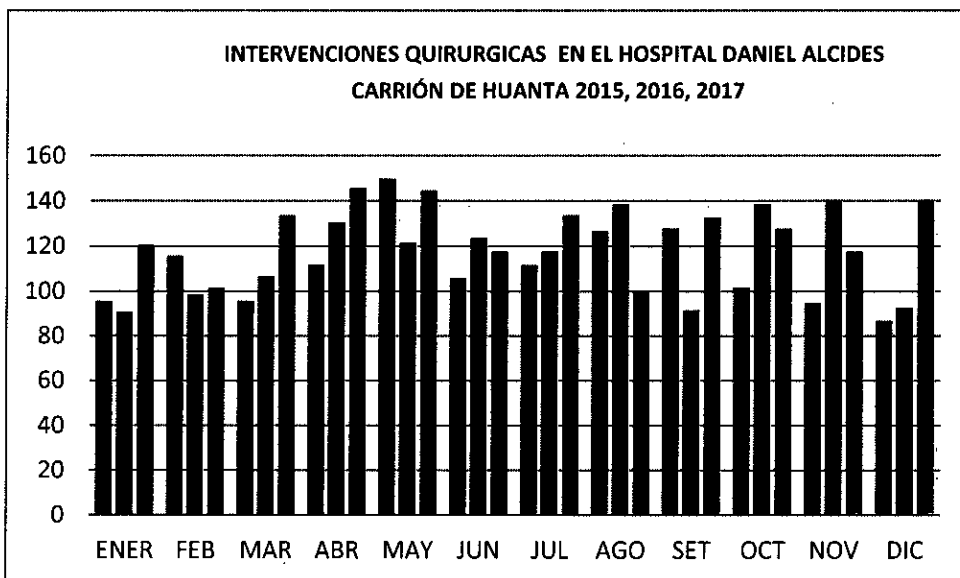
#### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADOS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA 2015, 2016, 2017

Intervenciones Quirúrgicas	ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	total
2015	96	116	96	112	150	106	112	127	128	102	95	87	1327
2016	91	99	107	131	122	124	118	139	92	139	140	93	1395
2017	121	102	134	146	145	118	134	100	133	128	118	140	1379

Fuente: Registro de Sala de Operaciones

### GRAFICO N°4.1

#### INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADOS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA 2015, 2016, 2017



Fuente: Registro de Sala de Operaciones

El presente cuadro nos muestra el número de intervenciones quirúrgicas en general realizadas mensualmente durante los tres últimos años 2015, 2016 y 2017 haciendo un total de 4101 cirugías sin considerar el mes de diciembre 2017

### CUADRO N°4.2

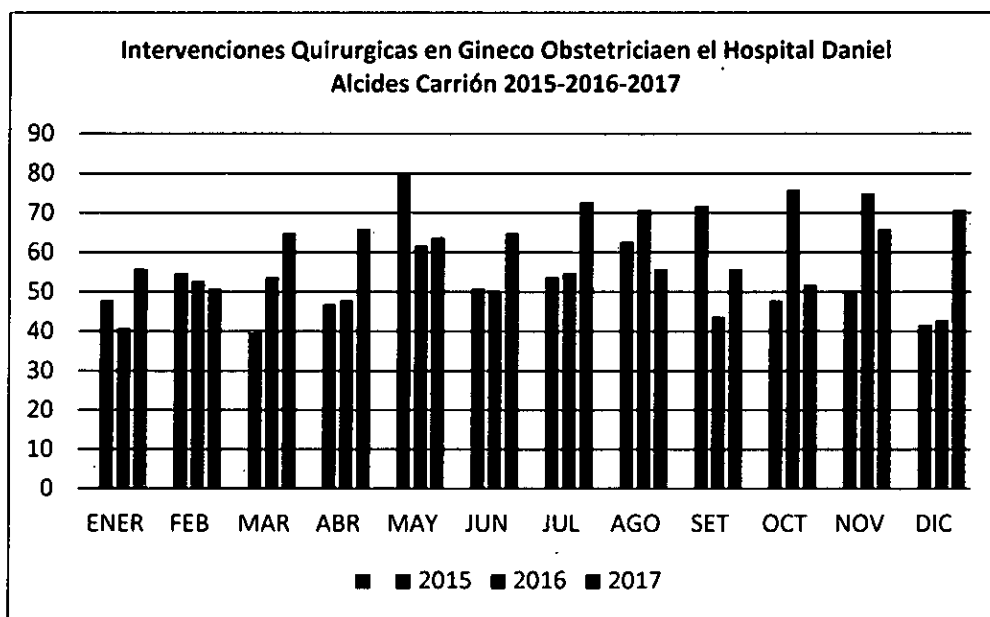
#### NÚMERO INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE CIRUGIAS GINECOLOGICAS Y OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA 2015 -2016- 2017

Intervenciones Quirúrgicas	ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	total
2015	48	55	40	47	80	51	54	63	72	48	50	42	650
2016	41	53	54	48	62	50	55	71	44	76	75	43	672
2017	56	51	65	66	64	65	73	56	56	52	66	71	741
total	145	159	159	161	206	166	182	190	172	176	191	156	2063

Fuente: Registro de Sala de Operaciones

### GRAFICO N°4.2

#### NÚMERO INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE CIRUGIAS GINECOLOGICAS Y OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA 2015 -2016- 2017



Fuente: Registro de Sala de Operaciones

El presente cuadro nos muestra el número de cirugías gineco obstétricas son las que mayor demanda tiene obteniendo un promedio de 55 intervenciones mensuales, observándose mayor numero en mes de mayo del 2005, y menor demanda en el mes de marzo del 2015 y en el mes de enero del 2016.

**CUADRO N° 4.3**

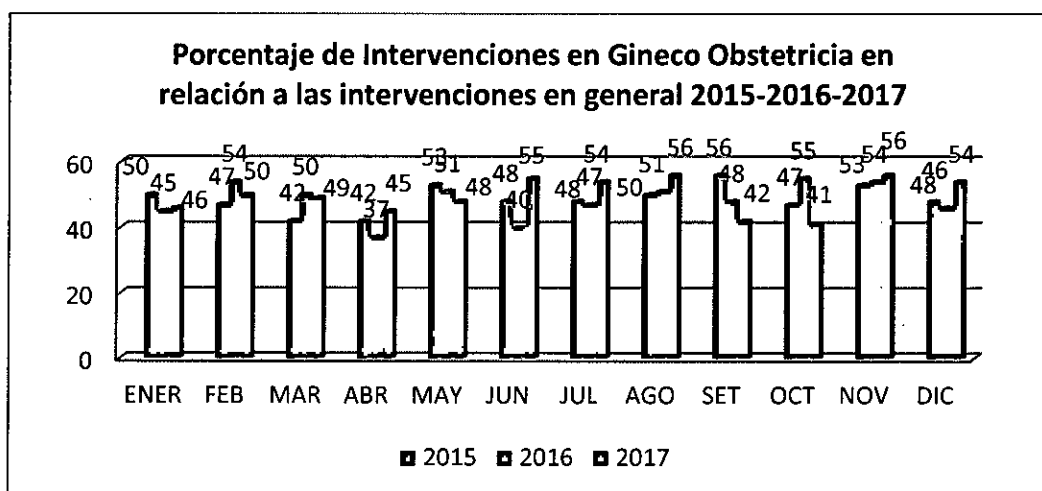
**PORCENTAJES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN GINECO OBSTETRICIA EN RELACION A LAS INTERVENCIONES EN GENERAL - HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA 2015 -2016 -2017**

INTERVENCIONES QUIRURGICAS	ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
2015	50%	47%	42%	42%	53%	48%	48%	50%	56%	47%	53%	48%
2016	45%	54%	50%	37%	51%	40%	47%	51%	48%	55%	54%	46%
2017	46%	50%	49%	45%	48%	55%	54%	56%	42%	41%	56%	54%

Fuente: Registro de Sala de Operaciones

**Gráfico N° 4.3**

**PORCENTAJES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN GINECO OBSTETRICIA EN RELACION A LAS INTERVENCIONES EN GENERAL - HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANTA 2015 -2016 -2017**



Fuente: Registro de Sala de Operaciones

El presente gráfico nos muestra el porcentaje de las intervenciones quirúrgicas realizadas mensualmente durante los años 2015, 2016 y 2017 en la que se observa que las intervenciones quirúrgicas en el área de gineco obstetricia en relación a las demás cirugías bordean y en algunos meses supera el 50%, esto debido a que el Hospital es un centro de referencia de establecimientos con menor capacidad resolutive observándose 54% como promedio anual en el 2017 .

**CUADRO N°4.4**

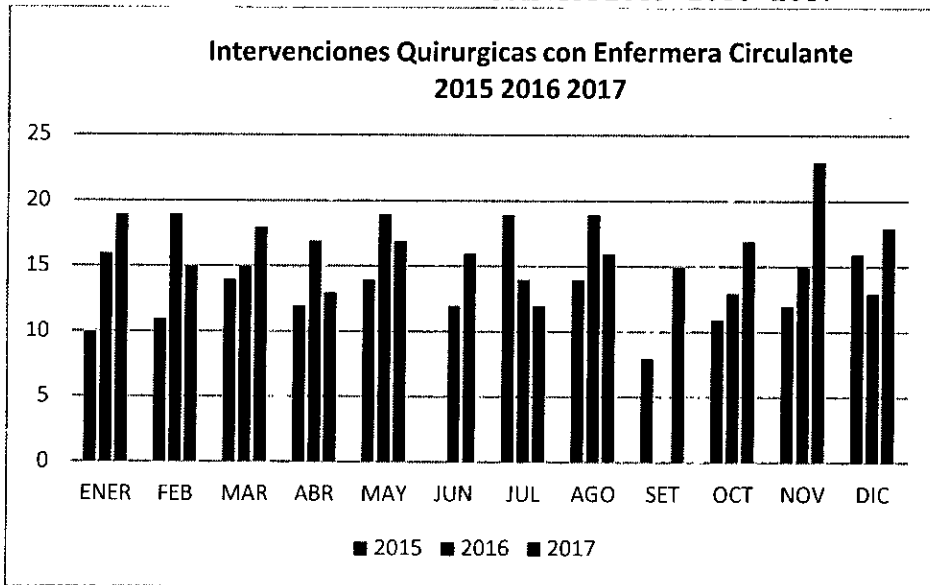
**NÚMERO INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE CIRUGIAS EN GENERAL CON ENFERMERA CIRCULANTE E INSTRUMENTISTA EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA 2015 -2016 -2017**

Intervenciones Quirúrgicas		ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	total
2015	ENFERMERA INSTRUMENTISTA	86	105	82	100	136	106	93	113	120	91	83	71	1327
	ENFERMERA CIRCULANTE	10	11	14	12	14		19	14	8	11	12	16	141
2016	ENFERMERA INSTRUMENTISTA	75	80	92	114	103	112	104	120	92	126	125	80	1395
	ENFERMERA CIRCULANTE	16	19	15	17	19	12	14	19		13	15	13	172
2017	ENFERMERA INSTRUMENTISTA	121	112	134	146	145	118	134	100	133	128	118	139	1379
	ENFERMERA CIRCULANTE	19	15	18	13	17	16	12	16	15	17	23	20	201

Fuente: Registro de Sala de Operaciones

**GRAFICO N°4.4**

**NÚMERO INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE CIRUGIAS EN GENERAL CON ENFERMERA CIRCULANTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA 2015 -2016 -2017**



Fuente: Registro de Sala de Operaciones

El presente gráfico nos muestra las intervenciones quirúrgicas realizadas con presencia de la enfermera circulante, observándose un incremento progresivo en los años 2016 y 2017 esto se debe que se programa el rol con 06 licenciadas por lo tanto en algunas oportunidades se encuentran 02 enfermeras n el turno.

**CUADRO N°4.5**

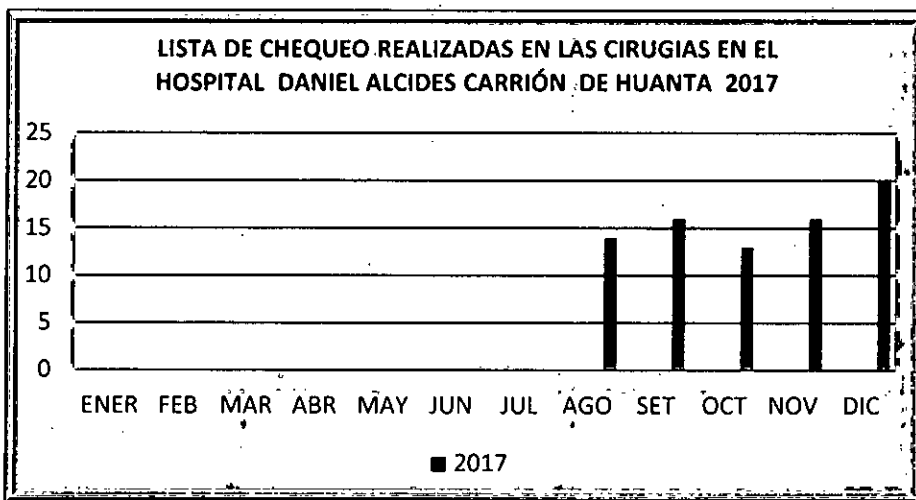
NUMERO DE LISTA DE CHEQUEO REALIZADAS DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA -2017

LISTAS DE CHEQUEO	ENER	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	total
2017								14	16	13	16	20	79

Registro de lista de chequeo

**CUADRO N°4.5**

NUMERO DE LISTA DE CHEQUEO REALIZADAS DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANTA -2017



Registro de lista de chequeo

En el presente año se implementó con la aplicación de la lista de chequeo para las cirugías seguras a partir del mes de agosto, observándose una menor cantidad en el mes de agosto, y mayor numero el mes de diciembre

**CUADRO N°4.6**

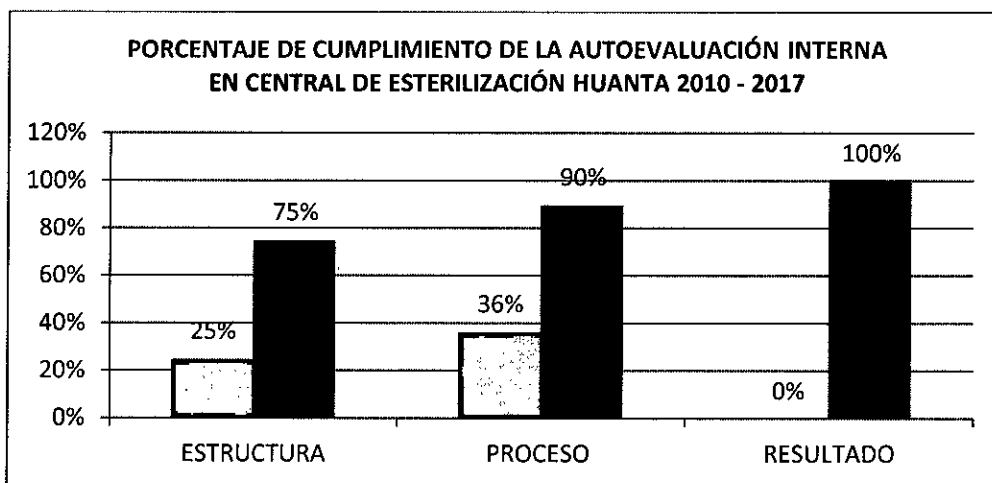
**CUMPLIMIENTO COMPARATIVO EN LOS SUB PROCESOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS SUBPROCESOS DE ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADO DE LA EVALUACIÓN EN CENTRAL DEESTERILIZACIÓN HUANTA -2010 - 2017**

SUB PROCESOS	AÑOS	
	2010	2017
ESTRUCTURA	25%	75%
PROCESO	36.4%	90.9%
RESULTADO	0%	100%

Registro de evaluación central de esterilización

**GRAFICO N°4.6**

**PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO EN LOS SUB PROCESOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS SUBPROCESOS DE ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADO DE LA EVALUACIÓN EN CENTRAL DEESTERILIZACIÓN HUANTA -2017**



Registro de evaluación central de esterilización

Dentro de los 20 ítems el año 2010 se obtuvo una calificación deficiente, esto debido a ausencia en el servicio de los profesionales de Enfermería mientras que el 2017 se obtiene una calificación satisfactoria dentro de los criterios de evaluación, observándose mejor indicador en el sub proceso de resultado ya que evalúa solo 01 ítem que es la esterilidad.

## V. CONCLUSIONES

## V. CONCLUSIONES

- a) Se concluye que en el Hospital Daniel Alcides Carrión existe una afluencia considerable de pacientes quirúrgicos que requieren atención profesional.
- b) Se concluye que en el servicio de centro quirúrgico la mitad de cirugías corresponde a cirugías ginecológicas.
- c) Se concluye que dentro del cuidado del paciente la seguridad es básica por lo tanto, la lista de verificación de cirugía segura es una herramienta importante para garantizar los procedimientos quirúrgicos.
- d) Se concluye que la bioseguridad dentro del manejo del usuario quirúrgico que ofrecemos disminuyendo los riesgos de las Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), los costos y la estancia hospitalaria.
- e) Las oportunidades para efectuar mejoras se encuentran en todos los niveles del sistema de salud. Los profesionales en forma particular o los equipos en forma colectiva pueden encontrar problemas en su labor, en las actividades que realizan o supervisan

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Gestionar ante las autoridades hospitalarias la asignación de más profesionales en el servicio de centro quirúrgico que cuenten con el perfil profesional.
- b) Incentivar a los profesionales de enfermería la especialización e implementación del servicio de ginecología para los procesos de atención con enfoque recuperativo y preventivo.
- c) Cumplimiento de la implementación con la lista de verificación de cirugía segura, considerada como indicador de la gestión de la calidad de los servicios.
- d) Capacitación y monitoreo permanente de las prácticas de las normas universales de bioseguridad
- e) La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos funciona mejor cuando se lleva a cabo como parte de un programa de garantía de la calidad (GC) en el que se formulan normas y se controlan y se generan indicadores de la calidad.



## VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Evolución de la Cirugía: La meta es lograr procedimientos seguros* . **Baridó Enriqueta, De La Torre Alethse, Macias Alejandro**. 2012, Revista Digital Universitaria, pág. 5.
2. **Diego Medina Dávalos; et al.***Procedimientos de Enfermería en el área quirúrgica*. Quito Ecuador : Edimec, 2015.
3. **Fernandez Narváez, Pilar.***Manualde Enfermería Quirúrgica*. España : Universidad Autónoma de Barcelona, 2012.
4. **M, Galvao C.***practicass basadas en evidencias*. Sao Paulo : AORN, 2012.
5. **V, Caval y M, Guarnizo.***Revista Colombianade Enfermería*. Colombia : s.n., 2012.
6. **M, García García y al., et.***Enfermería del Quirófano*. España : Madrid, 2005.
7. **OMS**. 10 datos sobre la seguridad en la cirugía. *10 datos sobre la seguridad en la cirugía*. [En línea] 29 de Mayo de 2017. [http://www.who.int/features/factfiles/safe\\_surgery/facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/).
8. *Programa de cirugía segura*. **Sociedad española de medicina preventiva** . 2014, Asociacion Española de Cirujano, pág. 111.
9. *Surgical adverse events*. **Anderson O; Hanna GB; Vicent CA**. 2013, The American Journal surgery, págs. 253- 262.
10. *Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico*. **Lucy, Campos Rubio y al, et.** 2014, sciendo, págs. 2-3.
11. **Hofer TP, Kerr Hayward**. Que es un error? [En línea] 2000. <http://ecp.acponline.org/novdec00/hofer.htm>.

12. *Ponencia del primer congreso internacional de Enfermería.* **Jean, Watson.** 2009, Actualizaciones de Enfermería, págs. 15-21.
13. *significadodel cuidado de enfermería desde las perspectivas de los profesionales.* **Rosita, Dasa de Caballero y luz, Medina.** 2008, cultura de los cuidados, págs. 55-56.
14. *Significado de la atención de profesionales del equipo de enfermería.* **María, Baggio Aparecida.** 2006, Revista electrónica Enfermagen, págs. 9-16.
15. **Begoña, Basozabal Zamakona y Angeles, Durán Díaz.***Manual de Enfermería Quirúrgica.* Comunidad autónoma : España, 2003.
16. **J Rodriguez Peres, Jaime y Morales Macias,** .*Capacitación en las organizaciones modernas.* Mexico : Universidad Autónoma Chihuahua, 2008.
17. **Silva Lira, Ivan.***Metodología de elaboración de estrategias de desarrollo local.* Santiago de Chile : ILPES, 2003.
18. **Eva, Trejo Valentin.***Evaluación de la aplicacion del listado de verificación quirúrgica como estrategia de calidad.* España : Universidad de Barcelona, 2015.

# ANEXO

Licenciadas del servicio de Centro Quirúrgico



Instrumentando en una cesárea



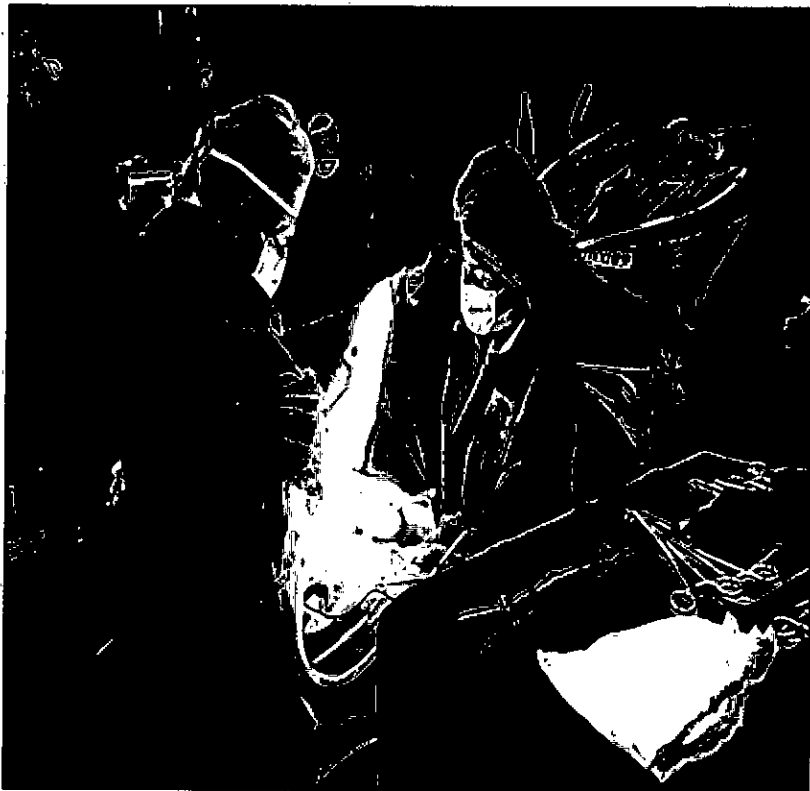
Instrumentando y asistiendo en una colecistectomía



Instrumentando y asistiendo en una Apendicectomía



Instrumentando y asistiendo una laparotomía



Control de calidad al instrumental



**ANEXO 1: FICHA DE REGISTRO DE LLEGADA Y RECEPCIÓN DEL**

**USUARIO QUIRÚRGICO**



**CENTRO QUIRÚRGICO**

**FICHA DE REGISTRO DE LLEGADA Y RECEPCIÓN DEL USUARIO QUIRÚRGICO**

**Nombres**

**Apellidos:.....Edad:.....Sexo ( )**

**Fecha:.....Hora: .....Historia Clínica Completa Sí ( ) NO ( )**

**EVALUACIÓN FÍSICA:**

- Baño anterior a la cirugía Sí ( ) NO ( )
- Libre de metales (joyas, alhajas y otros) Sí ( ) NO ( )
- Libre de prótesis Sí ( ) NO ( )
- Preparación de zona operatoria (rasurado) Sí ( ) NO ( )
- Uñas pintadas Sí ( ) NO ( )
- Vía permeable Sí ( ) NO ( )
- Vendaje de miembros inferiores Sí ( ) NO ( )
- Vestimenta de paciente Sí ( ) NO ( )
- Tiempo de ayuno en horas 3 hrs ( ) 6 hrs ( ) 8 hrs ( )

**REGISTRO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA**

HORA:	
OBSERVACIONES	

.....  
**INSTRUMENTISTA**



## ANEXO 2: REGISTRO DE INSUMOS EN EL ACTO QUIRÚRGICO



**PERÚ** Ministerio de Salud

### REGISTRO DE INSUMOS EN EL ACTO QUIRÚRGICO



**Nombres y Apellidos del usuario** : .....  
**Diagnóstico Pre Operatorio** : .....  
**Diagnóstico Post Operatorio** : .....  
**Fecha y Hora** : .....  
**Instrumentista I** : .....  
**Instrumentista II** : .....  
**Técnica en Enfermería** : .....

#### CANTIDAD DE INSUMOS Y ARTÍCULOS DE USO MÉDICO Y OTROS, ESPECIFIQUE:

**N° de paquetes de gasas** : .....  
**N ° de paquetes de Dresseng** : .....  
**Vendas elásticas** : .....  
**Venda de yeso** : .....  
**Hilos de sutura** : .....  
 .....  

<b>Pares de guantes estériles</b> : .....	<b>Gorras de Enfermera</b> : .....
<b>Pares de guantes limpios</b> : .....	<b>Botas descartables</b> : .....
<b>Alcohol 96%</b> : .....	<b>Mascarillas</b> : .....
<b>Isodine al 10 % cc</b> : .....	<b>Bolsa de bioseguridad</b> : .....
<b>Isodine al 8.5 % cc</b> : .....	<b>Frasco para muestra</b> : .....
<b>Bencina cc</b> : .....	<b>Vaselina Líquida</b> : .....

**Otros:**.....  
**Devolución de material no utilizado:** .....  
**Devolución de material retirado** : .....  
**Observación:** .....

**INSTRUMENTISTA**

## **ANÁLISIS FODA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO – SALA DE OPERACIONES – CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

### **FORTALEZAS**

- Personal con estudios de especialización
- Personal con gran predisposición al cambio
- Liderazgo en el servicio
- Reuniones de problematización periódicas
- Empoderamiento del personal profesional en sala de operaciones y central de esterilización.

### **DEBILIDADES**

- Débil unificación de criterios en técnicas quirúrgicas
- Débil unificación de criterios en lavado de mano
- Insuficiente infraestructura física
- Escaso equipamiento.
- Ausencia de espacio físico para el área administrativo
- Ausencia de sistema de recambio de aire
- Débil registro de actividades.
- Insuficiente personal médico para asistencia de las cirugías
- Funcionamiento de una sala para atención de diferentes especialidades
- Abastecimiento de vapor para esterilización de materiales y equipos solo los lunes, miércoles y viernes
- Débil programa de capacitación integral
- Escasa oferta de médicos especialistas
- Ausencia de enfermera circulante en algunas cirugías por falta de personal.
- Débil implementación de cirugía segura
- Ausencia de plan de mantenimiento preventivo de equipos
- Deterioro de instrumental quirúrgico

## **AMENAZAS**

- Presupuesto limitado para el pago de médicos especialistas
- Escaso presupuesto asignado para compras materiales y equipos
- Alto costo para el acceso a la tecnología
- Presencia de mayor tecnología en el Hospital Regional y clínicas en la capital del departamento
- Exposición permanente a materiales biocontaminados e insumos tóxicos.
- Ambientes hacinados

## **OPORTUNIDADES**

- Presencia de médicos especialistas del Hospital Regional que brindan atención las 24 horas del día
- Oferta de estudios de post grado y especialización
- Especialización del personal de enfermería en diferentes Universidades
- Construcción de una nueva infraestructura hospitalaria (centro quirúrgico moderno) el año 2018.