



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería

Trabajo Fin de Máster

Memoria-Proyecto Unidad Quirófanos Centrales B

Autora: Concepción María Moreno Sousa

Directora: Juana Hermoso de Mendoza Cantón

Pamplona
Septiembre 2014

AUTORIZACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TFM

Dña. JUANA HERMOSA MENDOZA DE CANTÓN, Profesora Asociada del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el proyecto de gestión que presenta Dña. Concepción María Moreno Sousa con el título Memoria-Proyecto Unidad: Quirófanos Centrales B, ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, 1 de septiembre de 2014

Fdo.:



AGRADECIMIENTOS

A mi marido Miguel y a mis hijos Javier y Leyre, gracias por vuestro cariño, apoyo y paciencia.

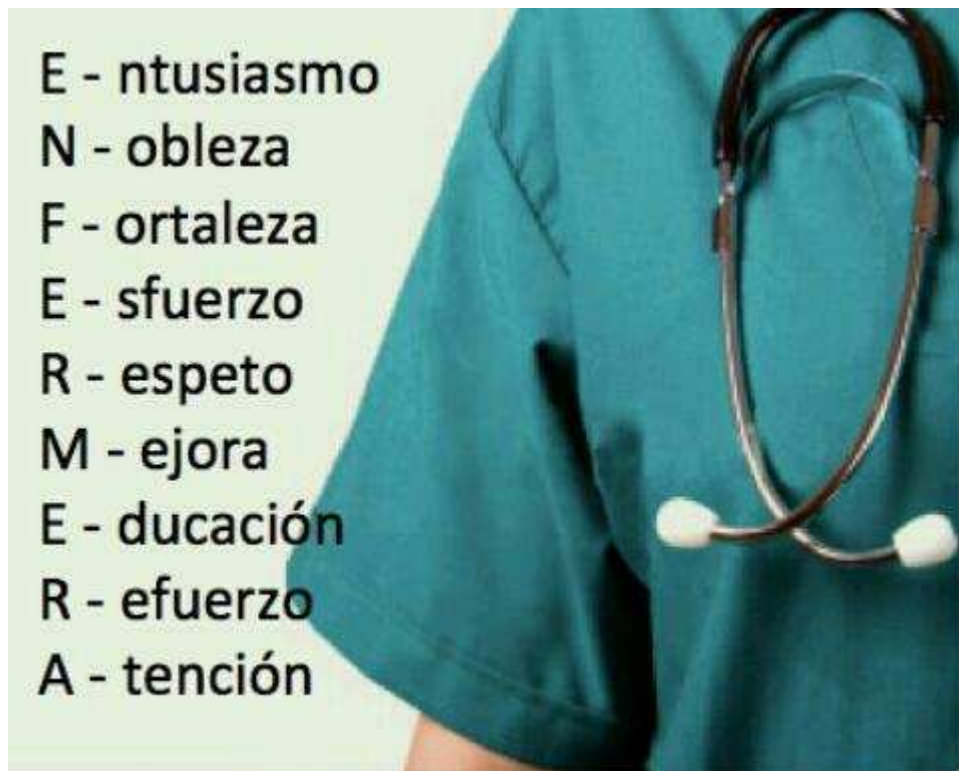
A Juana Hermoso de Mendoza, por todo el esfuerzo, cariño y dedicación que ha depositado en este proyecto.

A mis queridas compañeras y amigas Carmen e Inés, llegar hasta aquí, no hubiera sido lo mismo sin vuestra compañía y ayuda.

A todas y cada una de las personas que forman el maravilloso equipo humano de los Quirófanos Centrales B. Cada resultado aquí analizado ha sido posible gracias a ellos.

A todas aquellas personas que me han enseñado y ayudado de una u otra forma, en uno u otro momento de este hermoso y apasionante viaje, como es el de ser enfermera.

Dedicado a esta maravillosa profesión, en la que soñé desde pequeña, con formar parte de ella.



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS	11
4. SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE NAVARRA	15
4.1 Marco legislativo y organizativo	18
4.2 Estructura y organización del Servicio Navarro de Salud	19
4.3 Políticas de salud.....	21
5. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.....	25
5.1 Creación	27
5.2 Modelo organizativo y líneas estratégicas.....	30
6. UNIDAD QUIRÓFANOS CENTRALES B.....	33
6.1 Ayer y hoy de la cirugía y del quirófano.....	38
6.2 Estructura física y arquitectónica.....	41
6.3 Circuitos en quirófano	46
6.4 Recursos Humanos	49
6.4.1 Actividad docente.....	51
6.4.2 Ausencias y contrataciones.....	52
6.4.3 Herramientas utilizados por el personal.....	54
6.5 Recursos Materiales	57
6.6 Actividad asistencial.....	65
6.7 Puestos de trabajo	75
6.8 Jefatura de Unidad de Enfermería	88
6.9 Objetivos de la Unidad:.....	98
7. ANÁLISIS ESTRATÉGICO-MATRIZ DAFO	103
8. PROPUESTAS DE MEJORA.....	119
8.1 Documento de Registro de Enfermería Quirúrgica.....	121
8.2 Reestructuración de las actividades de la enfermera de anestesia	127
8.3 Sesiones formativas realizadas Par-Par enfermeras.....	136
8.4 Impreso de Petición de Paciente.....	139
8.5 Sesiones con los Jefes de Servicio Médico.....	142
8.6 Otros aspectos a mejorar en un futuro	144
8.7 Objetivos de la unidad para el año 2014	148
9. BIBLIOGRAFÍA.....	151
10. ANEXOS.....	159
ANEXO 1: Motores de búsqueda	161
ANEXO 2: Texto con formato de artículo	163
ANEXO 3: Plano Hospital B del CHN.....	179
ANEXO 4: Plano Unidad de Quirófanos Centrales B	181
ANEXO 5: Actividad docente	183
ANEXO 6: Datos de ausencias y contrataciones	189
ANEXO 7: Equipamiento por quirófano.....	191
ANEXO 8: Rendimiento quirúrgico por especialidad	199
ANEXO 9: Ocupación de los quirófanos	201
ANEXO 10: Desprogramaciones quirúrgicas por motivos	205
ANEXO 11: Lista de espera quirúrgica.....	207
ANEXO 12: Documento de Registro de Enfermería Quirúrgica	209
ANEXO 13: Clasificación ASA	213
ANEXO 14: Impreso de Solicitud de Paciente.....	215

1. RESUMEN

Este trabajo elabora una memoria de la Unidad de Quirófanos Centrales B del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), con carácter retrospectivo de cinco años. Los Quirófanos Centrales B son una unidad quirúrgica que consta de cinco quirófanos, en los que se realiza parte de la actividad quirúrgica programada del CHN.

Quiere ser un documento técnico cuyo propósito sea el describir la actividad, los recursos, la organización, los objetivos y las líneas futuras de trabajo. Es una oportunidad para realizar una reflexión profunda acerca de sus características y del contexto en el que se desarrolla la actividad. Así mismo será utilizado para definir el puesto de Jefa de Unidad de Enfermería (JUE).

Para su elaboración se ha realizado una búsqueda y consulta bibliográfica, así como una recogida organizada y sistemática de información concerniente a la unidad, del período comprendido entre los años 2009 y 2013. Tras la lectura, análisis y reflexión de la bibliografía consultada, se procederá a su elaboración en documento escrito.

A continuación, será preciso realizar un análisis estratégico utilizando la matriz DAFO, como metodología para formular áreas de mejora. Una de estas propuestas de mejora irá encaminada al registro del trabajo que realiza la enfermera quirúrgica en nuestro medio, cuya ausencia es casi total.

Otra área de mejora, será la reestructuración del trabajo de las enfermeras de anestesia, que tratará de potenciar las actividades de cuidado directo de la enfermera de anestesia, proponiendo una nueva organización de la actividad quirúrgica y consiguiendo adecuar la plantilla a la actividad real, en estos tiempos de recursos limitados.

Cómo área importante de mejora se plantea también el diseño de un impreso de petición de paciente que aporte seguridad y calidad al circuito.

Por último, una mejora encaminada al fomento y gestión del conocimiento enfermero, con la realización de sesiones formativas realizadas Par-Por enfermeras.

Palabras clave: Memoria, Proyecto, Enfermería, Quirófano, Jefatura de enfermería, Registro de enfermería., Enfermera de anestesia.

2. INTRODUCCIÓN

Con este trabajo se elabora una Memoria de la Unidad de Quirófanos Centrales B del CHN, con carácter retrospectivo de cinco años. Este documento técnico, tiene el propósito de describir la actividad, los recursos y la organización, así como los objetivos y líneas futuras de trabajo, enmarcadas dentro de las líneas estratégicas definidas por la Dirección de Enfermería del CHN: Planificación de cuidados, Calidad, Docencia e investigación, Sistemas de información y Gestión de personal.

La redacción de una Memoria-Proyecto, a pesar de la dificultad que pudiera entrañar, constituye una labor de gran utilidad puesto que obliga a una reflexión profunda acerca de las características de la unidad y del contexto en el que se desarrolla la actividad. Pretende conseguir una conjunción entre los fines propuestos y las limitaciones propias del entorno institucional y humano.

Es una oportunidad para presentar la unidad, sus motivaciones, sus logros o dificultades. La Memoria es una de las mayores y mejores oportunidades de presentar lo que hacemos y cómo lo hacemos de una manera clara y transparente.

Para su elaboración se ha realizado una búsqueda y consulta bibliográfica en diferentes bases de datos. Así mismo se ha realizado una lectura de Memorias Proyectos de compañeras del CHN, así como de los Planes de Salud de Navarra, Memorias del CHN y legislación vigente. Igualmente se ha procedido a la recogida organizada y sistemática de información concerniente a la unidad, del período comprendido entre los años 2009 y 2013. Tras la lectura, estudio, análisis y reflexión de la bibliografía consultada, se procederá a su elaboración en documento escrito.

La Unidad de Quirófanos Centrales B objeto de esta Memoria, es una unidad quirúrgica que consta de cinco quirófanos, en los que se realiza parte de la actividad quirúrgica programada del CHN. La actividad quirúrgica es el número de actos quirúrgicos llevados a cabo en la unidad, entendiendo el acto quirúrgico como el proceso consistente en la realización de unos determinados procedimientos manuales e instrumentales bien estructurados, definidos y protocolizados en el organismo, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas debido a lesiones causadas por enfermedades o accidentes. El quirófano es el lugar en el cual se lleva a cabo dicho acto quirúrgico.

Este documento además permitirá establecer un sistema de comunicación interna y externa, la consolidación del sistema de recogida de datos que documenten el trabajo enfermero, así como la evaluación y divulgación de los objetivos de la unidad, tanto con los profesionales que trabajan en ella, como con la Dirección de Enfermería, realizando así un ejercicio de responsabilidad y transparencia democrática. Su elaboración permitirá pararse y reflexionar, centrarse en lo importante, que no quiere decir lo urgente, buscando la excelencia personal y profesional.

Así mismo será utilizada para definir el puesto de JUE. Este puesto de gestión tiene como finalidad organizar personas y medios, con miras a llevar a cabo unos cuidados de enfermería de manera consciente, racional y coordinada, con el fin de alcanzar objetivos de calidad que no pueden ser logrados de manera individual. Es por ello que el desempeño del puesto de gestor, requiere una formación específica y adecuada a las cualidades necesarias para dicho puesto.

Esta Memoria tiene por tanto un doble propósito, el de reflexión de lo acontecido y el de adaptación de la unidad a la realidad cotidiana y a los cambios del entorno hospitalario que estamos viviendo, para poder seguir avanzando y mejorando como equipo. Para ello se proponen áreas de mejora y estrategias, que fomenten una cultura de calidad, seguridad y sostenibilidad.

Actualmente una unidad quirúrgica plantea importantes retos a la enfermería, como es la implementación del plan de cuidados del paciente en la unidad quirúrgica, donde podríamos obtener información a la llegada del paciente a la unidad y durante el transcurso del proceso quirúrgico, registrándola para dar continuidad al plan de cuidados. Existen muchas barreras con respecto al registro y a la documentación del trabajo que realiza la enfermera en el contexto de una cirugía y de una anestesia. Trabajamos dentro de un equipo multidisciplinar, donde el procedimiento quirúrgico y anestésico absorbe toda la atención, dejando solapado el trabajo independiente de la enfermera quirúrgica. Debemos por tanto documentar nuestra práctica clínica para poder reflexionar y demostrar nuestras buenas prácticas. (1).

En el ambiente intraoperatorio, la actividad enfermera tiene actividades independientes, aunque también colabora con otros profesionales. Una parte del trabajo es dedicado a la atención directa al paciente antes, durante o después de la cirugía, y una parte importante del trabajo es atención indirecta en todo lo que

supone una buena preparación de materiales, medicaciones, instrumental, documentación, etc.

La comunicación verbal de los cuidados entre el profesional sanitario y el usuario, no es suficiente ni constituye una prueba legal ante la justicia, solamente el registro escrito o informatizado serviría como prueba legal de los cuidados ofrecidos al paciente, además de servirnos como instrumento para dejar constancia escrita del acto del cuidado, que reflejaría el ejercicio profesional y serviría como prueba ética y científica de las intervenciones realizadas, pudiendo así aprender de la propia práctica para futuras investigaciones.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar una Memoria-Proyecto de la Unidad de Quirófanos Centrales B del CHN del período comprendido entre los años 2009 y 2013, para dejar constancia por escrito del trabajo realizado y servir para consulta y análisis, teniendo así una oportunidad para el proceso de mejora, desarrollando a su vez una herramienta de gestión y realizando un ejercicio de responsabilidad y transparencia.

Objetivos específicos

- Analizar los datos de la actividad quirúrgica, los recursos humanos y materiales disponibles en la unidad, la cartera de servicios y el modelo organizativo actual.
- Elaborar un registro para poder documentar los cuidados de la enfermera quirúrgica y dejar constancia escrita del acto del cuidado, que reflejaría el ejercicio profesional pudiendo así aprender de la propia práctica.
- Describir el puesto de trabajo de la JUE.
- Proponer áreas de mejora y estrategias que fomenten una cultura de calidad, seguridad y sostenibilidad.

4. SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE NAVARRA

Navarra, denominada oficialmente Comunidad Foral de Navarra (CFN), es una comunidad situada en el norte de la Península Ibérica. Limita al norte con Francia, al este y sureste con la Comunidad Autónoma de Aragón, por el sur con la de La Rioja y por el oeste con la del País Vasco.

Cuenta con una superficie de 10.319 km² y está dividida en 272 municipios. Alcanza 644.477 habitantes (según Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2013), de los que aproximadamente un tercio vive en la capital, Pamplona (196 955 habitantes), y más de la mitad en el área metropolitana de la misma (328 511 habitantes).

A quien corresponde atender aquellos problemas sanitarios que puedan afectar a dicha población, es a la Administración Pública de Navarra.

4.1 Marco legislativo y organizativo

La Ley General de Sanidad (LGS), da respuesta a las previsiones en materia de salud pública de la Constitución Española de 1978, que en los artículos 43 y 49 establece el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y prevé las competencias en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas (2).

Al amparo de la LGS, en Navarra se promulga la Ley Foral de Salud (LFS), que regula las actividades en materia de sanidad, higiene y asistencia sanitaria, que son responsabilidad de las Administraciones Públicas de la CFN. Así mismo le compete la creación y definición de la estructura orgánica básica del Servicio Navarro de Salud (SNS) como órgano gestor de todos los centros y servicios sanitarios propios y transferidos a la Administración Foral y la regulación general de las previsiones constitucionales sobre la salud, con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos residentes en la CFN.

Conforme a estos postulados, la LFS establece la universalización de la atención sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Navarra, sin discriminación alguna (3).

Esta ley fue complementada en el año 2003 por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud (4).

La LFS sienta los principios que informan toda la actuación del sistema sanitario: concepción integral de la salud, eficiencia, equidad, descentralización, calidad y humanización en la prestación, participación, libertad, planificación y utilización de los recursos.

4.2 Estructura y organización del Servicio Navarro de Salud

La regulación organizativa del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) se recoge en el Decreto Foral 45/2006. El SNS-O es un organismo autónomo de carácter administrativo, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Este organismo autónomo queda adscrito al Departamento de Salud que ejercerá sobre el mismo las facultades de alta dirección, control y tutela. El SNS-O se configura como un organismo creado para la gestión de la asistencia sanitaria en la CFN y desarrolla las siguientes competencias:

- Gestión y organización de los servicios y prestaciones pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria (AP) y de la Asistencia Especializada (AE), así como aquellos servicios o programas que las Administraciones Públicas le encomienden.
- Gestión de los centros y establecimientos adscritos al SNS-O.
- Promoción y programación de las actividades propias de las áreas cuya gestión se le hubiese asignado (5).

La Ley Foral de Zonificación Sanitaria de Navarra 22/1985 se sustenta en la AP como núcleo principal y función central del sistema sanitario, y considera la Zona Básica de Salud como el marco territorial idóneo para el logro de una atención integral e integradora.

En cuanto a la ordenación territorial sanitaria, se definen en la LFS:

- Zonas Básicas de Salud, en las que se estructura todo el territorio de la CFN y que constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la AP de salud, garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios primarios
- Áreas de Salud, que son las demarcaciones territoriales operativas de las actuaciones y servicios sanitarios en que se agrupan la Zonas Básicas, encomendándoles la gestión descentralizada de los centros y establecimientos del SNS en su demarcación territorial y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos.
- Región Sanitaria, como unidad de gestión responsabilizada de la gestión descentralizada de los centros y establecimientos del SNS (6).

La organización del SNS-O se basa en principios de interrelación de las dos referencias organizativas para la prestación de la asistencia sanitaria, la de carácter territorial a través de las Áreas de Salud y la de carácter funcional a través de las Zonas Básicas de Salud.

4.3 Políticas de salud

Los planes de salud de las Comunidades Autónomas se encuentran influenciados en su inicio, por las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a los objetivos y estrategias del documento “Salud para todos en el año 2000”.

La LFS encomienda al Gobierno de Navarra la elaboración y aprobación periódica de un Plan de Salud, entendido como expresión de la política de salud a desarrollar en la CFN.

El Gobierno de Navarra, aprobó en 1991 de acuerdo con la LGS, el primer Plan de Salud de Navarra, basado en las directrices de la OMS. En este primer Plan de Salud 1991-2000, Navarra no había asumido las competencias plenas en materia sanitaria, por lo que la planificación tuvo que orientarse a objetivos poblacionales de salud pública e intersectoriales, en un concepto holístico de la salud, alejado de objetivos centrados en los servicios asistenciales, que no estaban en el ámbito del Gobierno de Navarra, por lo que no era posible implicar a los servicios asistenciales en la formulación y consecución de objetivos.

Posteriormente el Plan de Salud 2001-2005, centraba sus esfuerzos en la mejora de la atención de cinco grandes grupos de enfermedades, consideradas prioritarias en nuestra comunidad: los trastornos mentales, las enfermedades neurodegenerativas, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, las enfermedades oncológicas y la accidentabilidad.

Así este Plan de Salud cubrió las insuficiencias asistenciales y aplicó medidas que favorecían los cuidados continuos del paciente e incorporó el concepto de coste-efectividad. Los objetivos de cuidados continuos introdujeron en la práctica asistencial del trabajo por procesos la protocolización de las atenciones en cuanto a equidad, evidencia científica y efectividad, propiciando la coordinación entre atención primaria y especializada, mejorando la personalización de la asistencia.

Hasta la formulación del Plan de Salud 2006-2012, la infraestructura hospitalaria mostraba servicios duplicados en distintos centros, con poca masa crítica, problemas de ubicación y sistemas organizativos que impedían en ocasiones afrontar los constantes cambios y adaptaciones que la evolución de la sanidad y de la propia sociedad demandaban.

Así se plantea en el Plan de Salud de Navarra 2006-2012 el objetivo de garantizar la necesaria coordinación y racionalización de la oferta asistencial correspondiente al área hospitalaria de Pamplona, con la necesidad de armonizar y racionalizar la gestión asistencial y el modelo organizativo de los distintos centros sanitarios. La finalidad es definir y desarrollar un modelo de organización funcional a través de la integración de los hospitales, de manera que se unifiquen los recursos humanos, financieros y tecnológicos, para alcanzar la máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente y la mejor utilización y rentabilidad desde el punto de vista de las inversiones y la tecnología.

El Plan de Salud 2006-2012 optó por una planificación de carácter estratégico centrada en los objetivos que deben promoverse y con un horizonte temporal amplio para su aplicación. Se crearon grupos de trabajo compuestos por técnicos y gestores en cada una de las áreas de planificación estratégica establecidas:

- Prevención de salud colectiva y problemas de salud emergentes.
- Cuidados por procesos según guías de práctica clínica consensuadas y basadas en la evidencia.
- Desarrollo de la organización y la gestión orientada a la eficiencia y a la corresponsabilidad.
- Orientación de las acciones dirigidas a la equidad y a la satisfacción del ciudadano.
- Utilización adecuada de medicamentos y de la Historia Clínica Informatizada (HCI) (7).

El Plan de Salud de Navarra 2014-20 iniciado recientemente, plantea los siguientes retos:

- Hacer que todos los profesionales conozcan y asuman como propios los objetivos de salud que se pretenden alcanzar y compartan los criterios para evaluar el grado de avance alcanzado. Ayudar a los sanitarios a complementar su visión asistencial, habitualmente centrada en la demanda, con una visión de salud más poblacional y centrada en las verdaderas necesidades del paciente.
- Propiciar el cambio, desarrollando un Nuevo Modelo de Atención Eficiente, centrado en el Paciente y orientado al logro de resultados medibles desde una triple perspectiva "Triple AIM": calidad técnica y resultados de salud, calidad percibida y eficiencia social.

- Reducir los daños prevenibles en los pacientes, puesto que entre el 25 y el 33% de las complicaciones que sufren los enfermos hospitalizados obedecen a eventos relacionados con la asistencia sanitaria que podrían haberse evitado. Entre ellos destacan por su frecuencia los causados por medicamentos (37,4%), las infecciones hospitalarias (25,3%) y los derivados de la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%). Las situaciones adversas prevenibles constituyen un problema de salud pública de primera magnitud ya que sobrepasan como principal causa de muerte a otras enfermedades como las cardíacas. Es por ello que herramientas y disciplinas utilizadas en este ámbito, como la epidemiología y la estadística, pueden contribuir a la mejora de la seguridad de los pacientes ya que proporcionan información útil sobre los efectos adversos y los factores de riesgo asociados, sin olvidar el papel esencial de la gestión y las políticas sanitarias (8).

Así el Plan de Salud 2014-20 considera la seguridad del paciente como una de las doce áreas estratégicas que prioriza el plan y, además, se pretende que las acciones relacionadas con ella se integren e impregnen el resto de áreas estratégicas, de manera que constituyan no solamente un conjunto de líneas de acción sino también un valor.

En Navarra se han venido realizando distintos proyectos en este campo, en línea con la Estrategia de Seguridad del Paciente desarrollada por el Ministerio de Sanidad, y que se basa en tres pilares:

- El desarrollo de una cultura de seguridad.
- El fomento de la aplicación de prácticas seguras.
- La promoción de la investigación en efectos adversos.

Entre dichos proyectos destacan los programas de:

- Bacteriemia y Resistencia zero.
- El Programa de Higiene de Manos.
- El Programa de Seguridad Quirúrgica.
- El Programa de Identificación de Pacientes.
- El Plan de Actuación ante la Urgencia Vital.
- El Programa de Seguridad de Paciente en el ámbito de Salud Mental.
- El Programa de Conciliación y Errores de Medicación.
- El Proyecto de Actuación integral, así como el de Formación en Seguridad de Pacientes y el Sistema de Notificación y Aprendizaje.

5. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

5.1 Creación

La reforma estructural y la modernización de la organización sanitaria de Navarra, ha generado como resultado la creación de una estructura sanitaria asistencial única, denominada CHN, que engloba los diferentes recursos pertenecientes al Área de Pamplona, con independencia de su ubicación actual, excluidos aquéllos que dependan de la Dirección de AP o aquellos otros que, específicamente, se determinen.

Esta propuesta de unificación se enmarcó en la profundización de una línea organizativa consistente en el desarrollo de nuevos instrumentos de gestión basados en la descentralización, la participación de los profesionales y la mejora de la eficiencia. Se trataba de desarrollar, en el ámbito de la AE, modelos organizativos basados en criterios de gestión clínica adaptados a cada área, servicio o unidad asistencial, en función de su actividad clínica y características específicas.

El objetivo era establecer un modelo organizativo novedoso, desde la perspectiva de que abordase la atención de pacientes desde el punto de vista del proceso global asistencial.

Los fines de esta unificación han sido:

- Mejorar la eficiencia desde el punto de vista asistencial.
- Analizar y proponer para cada una de las unidades asistenciales, contempladas como verdaderos centros de responsabilidad, el esquema organizativo que mejor se adapte a los objetivos de mejora de la calidad asistencial y de la eficacia de la unidad.
- Establecer el nuevo centro hospitalario como referencia asistencial de la región sanitaria y modelo del nuevo sistema organizativo.
- Adecuar la masa crítica asistencial de las unidades y servicios, de modo que se garantice la idoneidad en materia de especialización y sub especialización, e impulsar y racionalizar el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías (9).

La fusión se está realizando gradualmente:

- En una primera fase se aprueba la estructura directiva del CHN y se eliminan las duplicidades que hasta entonces existían en las estructuras de los centros que lo integran.

- En una segunda fase se irá concretando la unificación de las unidades subordinadas.

Por Decreto Foral 19/2010 se crea el CHN, que queda adscrito al SNS-O a través de la Dirección de AE (9).

Bajo la denominación de CHN se integran los recursos humanos y materiales correspondientes a los siguientes centros asistenciales del SNS-O:

- Hospital de Navarra (HN).
- Hospital Virgen del Camino (HVC), incluidos los siete Centros de Atención a la Mujer (CAM).
- Clínica Ubarmin.
- Centro de Especialidades Príncipe de Viana.
- Centro Sanitario Doctor San Martín.
- Ambulatorio de Tafalla.
- Actividad asistencial de especializada del Centro Sanitario Conde Oliveto.
- Otras consultas de asistencia especializada (9).

Con la Orden Foral 59/2010 se adoptan las denominaciones de los Servicios, Secciones y Unidades que integran el CHN. La denominación será la siguiente:

- Complejo Hospitalario de Navarra-A (CHN-A): para HN.
- Complejo Hospitalario de Navarra-B (CHN-B): para HVC.
- Complejo Hospitalario de Navarra-C (CHN-C): adscrito a la Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria.
- Complejo Hospitalario de Navarra-D (CHN-D): para Clínica Ubarmin (10).

El CHN es un hospital público general perteneciente al SNS-O:

- Cuya misión es la prestación de asistencia sanitaria especializada a los ciudadanos de la CFN y de otras Comunidades Autónomas en los servicios de referencia, y con carácter universal en la atención urgente.
- Contribuye a la docencia pregrado, postgrado, la formación especializada y la investigación. Hay que destacar el gran componente docente e investigador de los tres centros.
- Sus actividades se orientarán a satisfacer las necesidades y expectativas de la población, con criterios de equidad y máxima eficacia, apoyándose para

ello en el compromiso activo e implicación de todo su equipo de profesionales.

- Orienta su actividad a la búsqueda de la mejora del nivel de salud de la población asistida y la satisfacción de sus usuarios, aplicando un sistema de gestión adecuado a tales objetivos.
- Tiende a la evolución de su modelo organizativo asistencial constituyendo las Áreas Clínicas que supondrán una mejor atención del marco asistencial, en sustitución de los Servicios Clínicos que se consideren adecuados (9).

Un 60% de los servicios médicos del CHN ha completado ya su proceso de unificación. Se prevé que en 2015 se haya completado todo el proceso de unificación del CHN, reduciéndose a 45 el número total de servicios médicos, 26 menos que los 71 existentes en el momento de su creación. Hay que tener en cuenta que tanto el HN como el HVC ya tenían en este momento algunos servicios únicos, y que por tanto no eran susceptibles de ser unificados.

5.2 Modelo organizativo y líneas estratégicas

Estructura del CHN

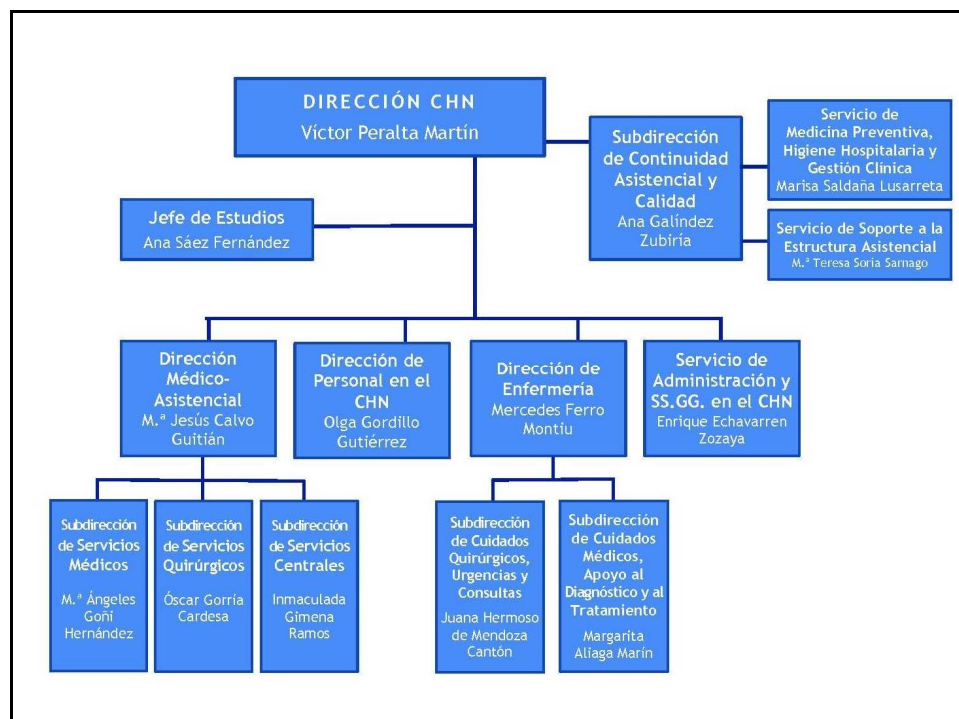


Figura nº 1

Fuente: Cuadro de mando del CHN

El modelo organizativo del actual CHN se caracteriza por los siguientes objetivos:

- Potenciar un adecuado nivel de autonomía en el área de gestión clínica.
- Avanzar hacia un nuevo modelo de gestión más flexible.
- Establecer equipos de trabajo especializados constituidos como Áreas Clínicas y/o Unidades Clínicas.
- Propiciar un entorno en el que puedan desarrollarse mecanismos de incentívación.

Los Valores hacia los que se orienta el CHN son:

- Gestión hacia los resultados.
- Eficiencia y sostenibilidad.
- Orientación al ciudadano.
- Compromiso ético y social.
- Concepción integral de la calidad.
- Innovación y tecnología.

- Participación activa de los profesionales.
- Promoción del desarrollo profesional.
- Modelo facilitador (11).

Los Principios hacia los que se orienta el CHN son:

- Compromiso de los profesionales con la organización.
- Corresponsabilidad y transparencia.
- Accesibilidad y continuidad de cuidados.
- Calidad científico técnica y percibida.
- Equidad en la distribución de recursos.
- Formación, investigación e innovación constantes.
- Sostenibilidad del sistema sanitario (12).

La Visión del CHN:

- Un hospital accesible que ejerza adecuadamente su papel en el continuo asistencial de los pacientes.
- Un hospital que tenga los procesos de gestión por objetivos y el conocimiento como principales herramientas de gestión del proceso asistencial.
- Un hospital que reoriente su misión tradicional de hospitalización convencional basada en especialidades médicas a otra centrada en procesos asistenciales integrados y multidisciplinarios.
- Un hospital que integre la actividad asistencial con la docente e investigadora para alcanzar la excelencia.
- Un hospital sostenible que mejore su eficiencia mediante procesos organizativos y de gestión orientados a satisfacer las necesidades de los pacientes (12).

Con un modelo de gestión:

- Orientado a los resultados.
- Participación e implicación de los profesionales.
- Integrador de perfiles profesionales.
- Los procesos asistenciales guían la organización (unidades funcionales).
- Generalización de las mejoras prácticas asistenciales y de gestión (12).

La Misión y Valores hacia los que se orienta la Dirección de Enfermería del CHN son los siguientes:

Misión

- Proporcionar a las personas que son atendidas en el CHN y a sus familias, cuidados de enfermería de calidad dirigidos a satisfacer sus necesidades de salud, o a conseguir el mayor nivel de bienestar en cada circunstancia.
- Proporcionar cuidados sostenibles, dirigidos a potenciar la autonomía personal, basados en la disponible evidencia científica y prestados a través de relaciones interpersonales de máximo respeto.

Valores

- Orientación al paciente y resultados.
- Compromiso con la sociedad Navarra.
- Flexibilidad e innovación.
- Calidad asistencial.
- Profesionalidad y competencia.
- Inquietud docente e investigadora.
- Transparencia, participación y confianza.
- Relaciones y comportamientos éticos (11).

6. UNIDAD QUIRÓFANOS CENTRALES B

Los Quirófanos Centrales B están ubicados en la primera planta del edificio general del Hospital B (antiguo HVC), entre el Servicio de Radiología y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Hay que reseñar que el HVC ha sido un centro hospitalario universitario de la ciudad de Pamplona desde el año 1964 hasta el año 2010. Creado como residencia hospitalaria del Instituto Nacional de Previsión, era conocido como "La Residencia". Posteriormente perteneció al Instituto Nacional de Salud. Fue uno de los dos hospitales terciarios ubicados en Pamplona que proporcionaba asistencia sanitaria pública del SNS-O en la CFN. En 2010 tras la fusión con el vecino HN para formar el CHN, pasó a convertirse en el Hospital B de dicho complejo. Tiene 455 camas, de las cuales 291 pertenecen al edificio correspondiente al área general y 164 al del área materno-infantil.

El Hospital B, es un hospital de estructura arquitectónica vertical formado por dos edificios:

- Edificio de Hospitalización Materno-Infantil: en el que se encuentran ubicadas la Unidad de Quirófano Maternal y la Unidad de Quirófano Pediátrico.
- Edificio de Hospitalización General: en este edificio se encuentran ubicadas la Unidad de Quirófanos Centrales, motivo de esta memoria y la Unidad de Quirófano de Urgencias. Plano del Hospital B (Anexo 3).

No obstante la Unidad de Quirófanos Centrales B, está integrada en el Bloque Quirúrgico del CHN compuesto por:

Composición del Bloque Quirúrgico del CHN

	UNIDADES	Nº DE QUIRÓFANOS
HOSPITAL A	Quirófanos Centrales	6
	Quirófano Urgencias	4
HOSPITAL B	Quirófanos Centrales	5
	Quirófano Urgencias	2
	Quirófano Maternal	6
	Quirófano Pediátrico	2
HOSPITAL C	Quirófanos Ubarmin	8

Figura nº 2

Fuente: Elaboración propia

La Unidad de Quirófanos Centrales B, objeto de esta Memoria Proyecto, que comenzó su andadura en julio de 1973, es un conjunto de locales e instalaciones acondicionadas y equipadas, selectivamente aisladas del hospital, que constituyen una unidad física y funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente a los pacientes.

La Unidad de Reanimación Postanestésica (aquí denominada Sala de Despertar) correspondiente a estos quirófanos, se encuentra situada en la planta baja del edificio general, junto a los Quirófanos de Urgencias B. También mantiene una comunicación vertical en el edificio general con Farmacia (situada en la planta sótano)

Igualmente la unidad establece una comunicación vertical con el edificio maternal, con otros servicios de apoyo como son Esterilización (situado en la planta baja) y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), situada en la tercera planta del mencionado edificio. La unidad comunica directamente con el resto de quirófanos del CHN, con Laboratorio y con el Servicio de Anatomía Patológica, a través de un sistema de tubo neumático. Es una lanzadera que por medio de un sistema neumático y a través de una serie de recorridos, permite el envío de muestras y material fungible de pequeño tamaño, sin necesidad de enviar un celador al lugar de destino del envío.

Los Quirófanos Centrales B, constan de una puerta única de entrada y salida que da acceso a una superficie rectangular de 859 m², con un pasillo central y dos pasillos paralelos a ambos lados (Anexo 4).

Se accede a ellos por medio de las escaleras del edificio general o a través de dos ascensores situados justo enfrente de la puerta de entrada a los quirófanos, que son los que permiten la comunicación con el resto del CHN.

Consta de cinco quirófanos en los que se realiza parte de la cirugía programada de este hospital. La cirugía programada es aquella que no precisa su realización de forma inminente, disponiéndose de tiempo para el estudio completo previo y preparación del enfermo. Los equipos médicos que se vinculan a esta unidad quirúrgica son: Anestesia, Cirugía General, Urología, Traumatología, Oftalmología y Neumología.

Además de la actividad programada, se realiza actividad de urgencia diferida (puede realizarse en el plazo de una semana) de Traumatología y actividad

quirúrgica urgente (debe realizarse lo antes posible si es emergente y en el plazo de doce horas si es inmediata) de Oftalmología, en turno de tarde y noche con el personal de Quirófano de Urgencias.

La Misión, Visión y Valores de la Unidad de Quirófanos Centrales B son:

Misión

Proporcionar una atención óptima a los pacientes que requieren intervención quirúrgica o tratamiento del dolor para satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados con la máxima calidad y seguridad.

Visión

Aspiramos, mediante la implicación de los profesionales que componemos la unidad, la iniciativa y el esfuerzo, a reforzar nuestra actuación y provisión de cuidados adaptándolos a las necesidades de la población como unidad de atención especializada, abogando por la calidad de cuidados y la seguridad del paciente.

Valores

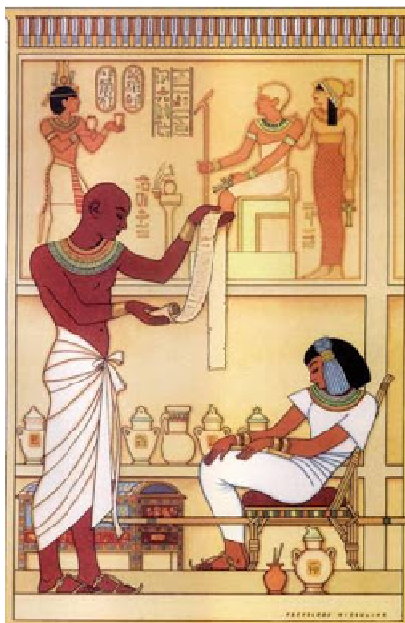
- Orientación de nuestros cuidados al usuario y familia.
- Máxima confidencialidad, respeto y eficiencia en la relación entre pacientes, profesionales y hospital.
- Respeto mutuo, trabajo en equipo y sentido de pertenencia.
- Cada persona es valiosa, es única y realiza una contribución importante.
- Comprometidos con la calidad en nuestro servicio y calidez en nuestra atención.
- Compromiso con una gestión de calidad total.
- Compromiso con el desarrollo y cultura de seguridad.
- Facilitar los recursos necesarios en un ambiente óptimo, libre de riesgos, que garantice la realización de los procedimientos quirúrgicos electivos y de emergencia.
- Colaboración y apoyo con otras unidades y niveles de atención.
- Formación y desarrollo de los profesionales.
- Debemos comprometernos incesantemente con la excelencia en lo que hacemos.

6.1 Ayer y hoy de la cirugía y del quirófano

Los antecedentes de nuestra actividad nos dan luces para el futuro...

Los primeros antecedentes relacionados con la práctica de la cirugía aparecen en la prehistoria, puesto que se han encontrado restos de cráneos humanos pertenecientes a los primeros homínidos que poblaron el planeta a los que se había practicado la trepanación, para liberar a la persona enferma del maleficio impuesto por los espíritus o las fuerzas sobrenaturales.

En el Egipto arcaico, se practicaba la momificación como procedimiento quirúrgico vinculado a la religión. Los sacerdotes de la muerte demostraban tener grandes



conocimientos sobre la anatomía humana antes de embalsamar al cadáver, pues practicaban una incisión en el tórax para extraer las vísceras con sumo cuidado y depositarlas en los vasos canópicos correspondientes; de esta forma cuerpo y vísceras se conservaban en óptimas condiciones para acceder a la vida eterna.

A través de los escritos de Herodoto, Homero o Hipócrates, se sabe que en la Grecia clásica ya se practicaban técnicas quirúrgicas complejas (cesáreas) que han perdurado hasta nuestros días.

Los romanos se convirtieron en grandes expertos en medicina militar y en el tratamiento quirúrgico de las heridas.

Los antecesores más próximos de la enfermería quirúrgica fueron los llamados barberos sangradores. Hacia el siglo XIII empiezan a proliferar gremios de cirujanos barberos y sangradores que se dedican a practicar pequeña cirugía (flebotomías, extracción de muelas, extirpación de cálculos o cura de abscesos) sin base formativa ya que adquirían los conocimientos de forma empírica, y eran transmitidos a un aprendiz.

Durante la época contemporánea el oficio de cirujano barbero se fragmenta entre



barberos y cirujanos, dando lugar a categorías distintas de personal dedicado a la medicina quirúrgica. Los cirujanos adquieren un importante reconocimiento dentro de la medicina y se consolidan como los grandes maestros de la misma, mientras que los barberos sangradores siguen siendo considerados por la sociedad como curanderos ambulantes con

poca formación teórica, que practicaban pequeña cirugía y que han ido evolucionando hacia una enfermería científica y humana como es la actual.

Así a partir del siglo XVI se documentan los oficios precursores de los barberos sangradores, los cuales evolucionaron a ministrantes (que practican una cirugía menor o intervenciones secundarias que no realiza el médico) y posteriormente a practicantes (Ley de Instrucción Pública de 1857).

En el año 1888 los practicantes asumen los procedimientos relacionados con la enfermería y la cirugía menor y en 1952 se aprueba la titulación de Ayudante Técnico Sanitario, quien adopta e íntegra, las funciones del practicante. En 1977 se consigue la Diplomatura Universitaria de Enfermería y con ella el reconocimiento a una profesión capaz de asumir un rol autónomo desde una perspectiva holística.

La vinculación de la cirugía con la enfermería se hace patente a través de la historia y han ido unidas inseparablemente a lo largo de la misma. Los espacios y las funciones profesionales se van definiendo según las necesidades que van llegando. Y de este modo, los profesionales de la enfermería han ido adaptando sus competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) a las demandas de una sociedad cambiante.

“El quirófano es la sala donde el paciente, aún bien preparado, entra con aprensión y a veces, cirujanos y ayudantes con inquietud”

Pedro Lassus, profesor de la Escuela de Salud de París, creada por la Revolución, en su Tratado de Medicina Operatoria de 1795, ya se planteaba: “...Dónde se debe de operar al enfermo, en su cama o en una silla...”. A esta época le siguieron con

frecuencia las operaciones en los anfiteatros de los hospitales universitarios, como acostumbró a hacerlo el ilustre P.J. Descault (1738-1826), en la Charité de París.



Según Mac-Dowel (1806), operar pacientes a domicilio fue una actitud largo tiempo sostenida.

Desde entonces a nuestros días, mucho ha evolucionado el concepto de quirófano. Según la Real Academia Española, el

quirófano es un local convenientemente acondicionado para hacer operaciones quirúrgicas de manera que puedan presenciarse a través de una separación de cristal y cualquier sala donde se efectúan estas operaciones.

El quirófano es una estructura que debe estar cerrada, completamente independiente del resto del hospital, debiendo quedar aislado por una serie de separaciones con las estructuras exteriores, en el cual se practican intervenciones quirúrgicas, actuaciones de anestesia y reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias, que tienen lugar generalmente en el exterior del quirófano.

Permite la atención global e individualizada de los pacientes por un equipo interdisciplinar (anestelistas, cirujanos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores,...) para todos los actos que se hacen bajo anestesia (general, local o locoregional, según el acto que deba efectuarse y el estado de salud del paciente).

6.2 Estructura física y arquitectónica

La estructura física de la unidad quirúrgica, tiene como objetivo principal proporcionar un ambiente seguro y eficaz al paciente y personal sanitario, para poder realizar la cirugía en las mejores condiciones posibles.



Su diseño es una planta rectangular, con un pasillo central y dos periféricos paralelos, que permiten la movilidad adecuada de pacientes, personal e instrumentos, materiales y equipamientos necesarios para el cuidado quirúrgico., haciendo que la circulación dentro de la unidad quirúrgica, quede perfectamente regulada.

La unidad quirúrgica se divide en cuatro áreas diferenciadas para favorecer en lo posible las medidas de asepsia y disciplina, encaminadas a minimizar la contaminación cruzada, prevenir la infección, así como para facilitar el flujo de personas y materiales. Por ello es tan importante que la unidad quirúrgica se encuentre fuera de las circulaciones generales, pero cerca de los servicios de apoyo.

Está construida de forma que las zonas limpias estén diferenciadas de las zonas contaminadas sin necesidad de efectuar cruces, así diferenciamos:

Área restringida

Es el área estéril, que tiene como objetivo poner barreras al acceso de fuentes de contaminación bacteriana a la sala de operaciones.

Comprende:

- Cinco quirófanos y cuatro pasillos intermedios donde se encuentran los cuatro lavamanos quirúrgicos (el lavamanos quirúrgico número cuatro es compartido por el quirófano número 4 y el quirófano número 5).
- Cuatro antequirófanos: zona de espera para el paciente quirúrgico y donde se realiza la preanestesia (el quirófano número 5 no tiene antequirófano).
- Dos zonas intermedias limpias, que son el lugar donde se almacenan el instrumental y material fungible estéril, así como la farmacia de la unidad y las esterilizadoras.
- Un control para la recepción de pacientes.

En esta área se exige la indumentaria quirúrgica: traje quirúrgico, gorro que cubra el pelo totalmente y calzado de uso exclusivo para la unidad quirúrgica. Dentro de quirófano y/o cuando en éstas dependencias se esté en presencia de personal ya lavado para la cirugía o se vaya a proceder a la apertura de equipos estériles, se debe llevar mascarilla que cubra totalmente la boca y la nariz. Las puertas de quirófano deberán permanecer cerradas salvo para la circulación de personal, pacientes e instrumental.

Por esta zona circula todo el personal que va a entrar en la sala operatoria.

Área semi-restringida

El personal debe ir ataviado con traje quirúrgico, gorro que cubra el pelo completamente y calzado de uso exclusivo para el área quirúrgica, para evitar la diseminación de microorganismos. Los pacientes que son trasladados en su cama a quirófano, vestirán camión abierto y gorro que les cubra el pelo completamente; la ropa de cama se pondrá limpia. Dentro de esta zona, se realizará la recepción de material fungible y material procedente de Esterilización.

Comprende:

- El pasillo de acceso a los quirófanos.
- Los almacenes.
- Área de descanso.

Área no restringida

Permite el acceso en ropa de calle, presenta un elevado potencial de contaminación cruzada por microorganismos patógenos. Comprende el hall, área de recepción de pacientes, zona de vestuarios y aseos del personal, zona administrativa y despacho de la JUE.

El personal que trabaja en la unidad debe ir ataviado con traje quirúrgico y calzado de uso exclusivo para la unidad quirúrgica, el resto del personal que acceda desde el exterior a alguna de estas zonas, vestirá ropa de trabajo del hospital o deberá colocarse una bata desechable y unas calzas cubre zapatos.

Esta zona está separada de la zona semi-restringida por el control de quirófano, donde se realiza la petición y recepción de todos los pacientes.

Área sucia

Comprende el pasillo de acceso a esta zona y las dos intermedias sucias entre quirófanos. Es la zona donde se evacuan los residuos y los equipos utilizados, y donde se limpia y desinfecta el instrumental utilizado en las intervenciones.

Así mismo, por falta de espacio en nuestra unidad, este pasillo es utilizado como almacén de aparataje y espera de las camas de los pacientes.

La estructura física posee unas características específicas de los materiales:

- Techos: son lavables, lisos, sin fisuras, no liberadores de partículas y con cantos redondeados, resistentes a los productos de limpieza. Es blanco para poder reflejar la luz.
- Paredes: son lavables, lisas, sin fisuras, no liberadores de partícula y con cantos redondeados, resistentes a los productos de limpieza.
- Las paredes son de color vainilla para no reflejar la luz pero si producir relajación. Sólo en el quirófano de oftalmología las paredes son de color gris

oscuro para no reflejar la luz y así operar sólo con la luz emitida por el microscopio y aparataje oftálmico.

- Suelos: son semiconductores en el interior del quirófano, para disipar la acumulación de cargas de electricidad estática en el mobiliario y las personas. Son lavables, resistentes al agua y de fácil limpieza, lisos, no porosos y antideslizantes.
- Tamaño: suficientemente amplios para que se adecue el mobiliario y exista una buena circulación. Los quirófanos número 1, 2 y 3, tienen una superficie de 41 m², el mayor es el quirófano número 4 con una superficie de 58 m² y el más pequeño es el quirófano número 5, que cuenta con una superficie de 28 m² (en origen este quirófano fue un almacén, se transformó en quirófano el 16 de octubre del año 1989).
- Forma: rectangular con los ángulos redondeados para evitar la acumulación de polvo.
- Temperatura: se recomienda que la temperatura tenga el valor de 21°C (-1°C en invierno y +3°C en verano). La diferencia entre verano e invierno la determina básicamente el contraste con la temperatura exterior. La temperatura es controlada por el Servicio de Mantenimiento y mediante unos termostatos instalados en los quirófanos y en la zona de pasillos. El sistema de climatización ha de estar siempre funcionando.
- Agua: al agua de las lavadoras quirúrgicas y de los lavamanos quirúrgicos, se les hacen controles bacteriológicos y de clorado más asiduamente que al resto de las instalaciones hospitalarias.
- Humedad: el grado de humedad relativa de confort oscila entre el 45 al 55%, protegiendo el tracto respiratorio de la desecación. Además cuanto más alto es el grado humedad relativa, hace que el riesgo de descarga de electricidad estática disminuya.
- Ventilación: mediante presión positiva, de manera que el movimiento del aire se produzca de la zona más limpia a la menos limpia, manteniendo un mínimo de 15 recambios de aire por hora. El aire entra por la rejilla de impulsión en la zona alta del quirófano y tiene una rejilla de salida o extracción en la zona inferior.
- Puertas: son lisas, de madera, de tipo vaivén, para poderlas abrir en los dos sentidos. Están provistas de una ventanilla y permiten el paso holgado de una cama. Las puertas de vaivén provocan turbulencias de aire con el balanceo, con el consiguiente aumento de partículas en suspensión en el aire, por ese

motivo deben permanecer el mayor tiempo posible cerradas y nunca permanecerán abiertas durante la intervención quirúrgica.

- Ruido: debe ser inferior a 40 decibelios.
- Mobiliario: el imprescindible, fácil de limpiar y lo más liso posible. Debe hacer contacto con el suelo mediante materiales conductores.

Siempre se limitará el número de personas que entran en el quirófano, puesto que el nivel microbiano en el mismo es proporcional al número de personas que circulan por él.

6.3 Circuitos en quirófano

Las circulaciones y la descripción de los circuitos tanto de acceso como internos establecidos, son fundamentales para la buena organización funcional de la unidad quirúrgica y deben asegurar que en ningún caso se podrá acceder desde la parte sucia a la limpia evitando las barreras previas o filtros de acceso. La relación de circulaciones de la unidad quirúrgica es la siguiente:

Circuitos de pacientes

Paciente hospitalizado: el paciente llega a la unidad procedente de una planta de hospitalización. Obliga a un sistema de barrera en el acceso para llegar a la zona limpia de la unidad, en nuestro caso la barrera es un espacio físico, el hall externo del quirófano, que impide la entrada de los familiares que acompañan al paciente.

Paciente ambulatorio: comporta la necesidad de vestuarios, tres en nuestro caso, para pacientes ambulatorios que actúan como barrera para el paciente que llega por sus propios medios desde su domicilio a esta zona restringida.

Circuito del paciente en quirófano

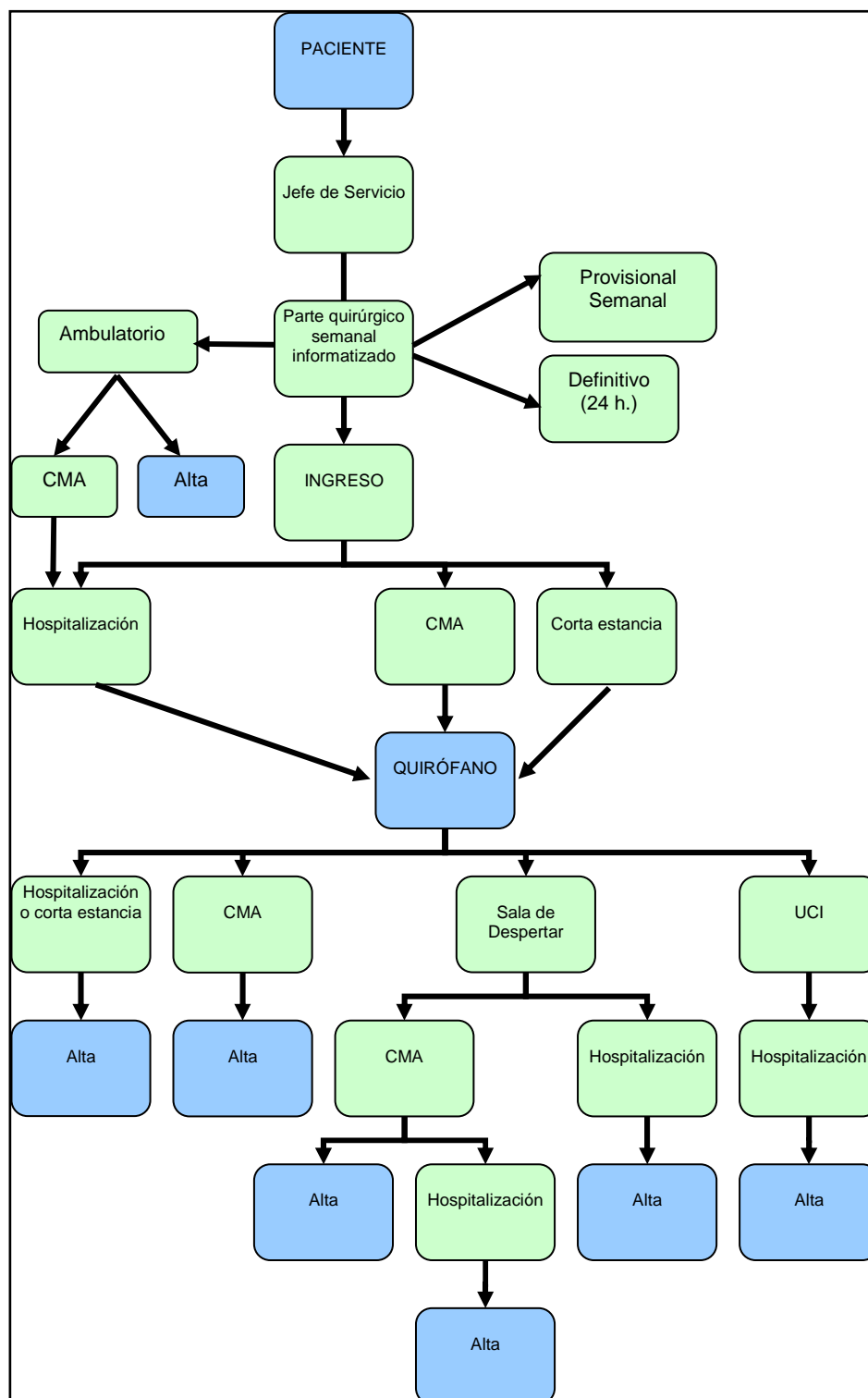


Figura nº 3

Fuente: Elaboración propia

Circuitos de personal

Circuito de personal asistencial: se realiza siempre a través del vestuario, con la obligatoriedad de usar indumentaria quirúrgica y disponiendo de un sistema de barrera con el cambio de ropa y calzado.

Circuito de personal de mantenimiento: el acceso a las instalaciones para llevar a cabo el mantenimiento preventivo y las eventuales reparaciones necesarias, se hace a través de las zonas sucias y sin interrumpir el normal funcionamiento de la unidad.

Circuito de personal de limpieza: el acceso a la limpieza y desinfección de los quirófanos se realiza desde las zonas sucias, empezando siempre por los espacios con mayor grado de asepsia y acabando por los de menor.

Circuitos de material

Circuito de material limpio: el material fungible accede desde el exterior de la unidad a través de un sistema de barrera que permite el traspaso del material y, en ningún caso, el medio de transporte con el que ha llegado desde el exterior. Tanto la ropa como el instrumental estéril tienen una circulación diferenciada desde el almacén o la central de Esterilización para acceder a la unidad quirúrgica. La situación ideal sería que los almacenes estériles estuviesen en la vertical de la unidad quirúrgica para poder acceder con montacargas específicos o en emplazamientos anexos mediante el correspondiente transfer. Así era en origen, hasta que Esterilización se trasladó al edificio maternal del Hospital B.

Circuito del material sucio: toda la actividad para el tratamiento del material sucio y contaminado se realiza en las zonas sucias. Así mismo, la evacuación del material sucio se realizará a través del pasillo sucio, diferenciado de cualquier posible acceso de material a la unidad.

6.4 Recursos Humanos

Se denomina recursos humanos al conjunto de trabajadores o empleados que forman parte de la unidad y que se caracterizan por desempeñar una variada lista de tareas específicas de quirófano. Los recursos humanos de la unidad son, una de las fuentes de riqueza más importantes, ya que son los responsables de la ejecución y desarrollo de todas las tareas y actividades que se requieren para prestar un servicio y cuidados quirúrgicos de calidad.

La plantilla total de la Unidad de Enfermería de Quirófanos Centrales B a junio de 2014 es de 28 personas, que realizan una jornada de 1592 horas, de lunes a viernes en horario de 8 a 15:20 en turno de mañana y de 14:40 a 22:00 en turno de tarde. La distribución es la siguiente:

Personal Quirófanos Centrales B

PERSONAL	T.MAÑANA	T.TARDE
Enfermeras	14	1
TCAE	6	1
Celadores	5	0
Personal de limpieza	1	1
Administrativa	1	0
JUE	1	0

Figura nº 4

Fuente: Elaboración propia

La distribución del personal es la siguiente:

- 2 enfermeras por quirófano (instrumentista y circulante).
- 4 enfermeras de anestesia para los cinco quirófanos.
- 1 TCAE en control.
- 2 TCAE en la zona limpia (una en cada intermedia).
- 2 TCAE en la zona sucia (una en cada intermedia).
- 1 TCAE de almacenes y refuerzo.

La edad media del personal en la unidad es:

- Enfermeras: 50,6 años.
- TCAE: 53,8 años.
- Celadores: 50,8 años.

Esta media de edad influye en los índices de absentismo, dado que en la franja de 50 a 65 años están comprendidas el 50% de la plantilla enfermera, el 70% de la plantilla de TCAE y el 80% de la plantilla de celadores.

Edad del personal de Quirófanos Centrales B

	ENFERMERA	TCAE
De 30 a 35	-	-
De 35 a 40	1	-
De 40 a 45	1	-
De 45 a 50	6	2
De 50 a 55	3	2
De 55 a 60	3	2
De 60 a 65	1	1

Figura nº 5

Fuente: Elaboración propia

La antigüedad media del personal es:

- Enfermeras: 11,2 años.
- TCAE: 7,9 años.
- Celadores: 13 años.

El personal que conforma la plantilla, tiene un elevado grado de conocimientos, destrezas y habilidades para desarrollar sus competencias, debido a que además de su antigüedad en la unidad, su trayectoria laboral en la mayoría de los casos ha sido quirúrgica.

Antigüedad del personal de Quirófanos Centrales B

	ENFERMERA	TCAE
De 1 a 5	5	4
De 5 a 10	1	-
De 10 a 15	6	-
De 15 a 20	2	1
De 20 a 25	-	-
De 25 a 30	-	-
De 30 a 35	-	-
De 35 a 40	1	2

Figura nº 6

Fuente: Elaboración propia

Durante los períodos de actividad ordinaria en los quirófanos programados, salvo incidencias, el personal es el mismo en cada especialidad, garantizando así la calidad de los cuidados de enfermería, dado el conocimiento y experiencia. No

obstante para cada especialidad existe un mínimo de cuatro profesionales preparados, lo que se traduce en profesionales polivalentes.

La gestión de turnos se realiza a través de un programa informático llamado SAP, establecido para todo el personal que trabaja en el SNS-O y en función del mismo se realiza la gestión de nóminas. Con este programa se realiza automáticamente el recuento horario establecido, incluidos tres días de licencia por asuntos propios que son remunerados o se computan como horas trabajadas y 27 días de vacaciones. Desde el pasado año, se ha comenzado a registrar y contabilizar las horas de prolongación de jornada en este programa, que hasta entonces se gestionaban en un programa informático de uso interno en la unidad. Estos excedentes horarios tienen un período de vigencia para su disfrute de seis meses, tiempo tras el cual se caducan. La compensación es, a demanda del trabajador.

6.4.1 Actividad docente

La docencia es uno de los pilares de la profesión enfermera, debemos transmitir nuestros conocimientos y experiencias, formando a las nuevas generaciones, al personal de nueva incorporación y a los alumnos de postgrado.

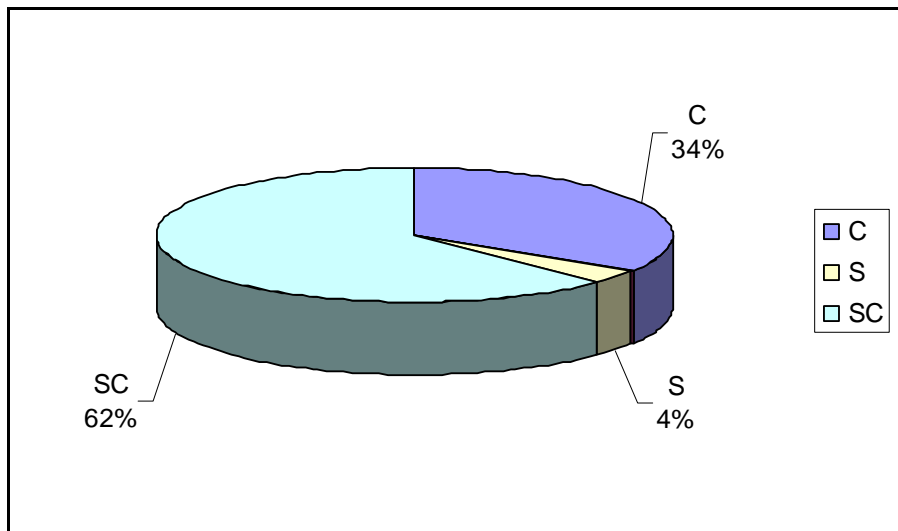
En la Unidad de Quirófanos Centrales B se realiza docencia básica de Grado de Enfermería, docencia de Postgrado, docencia básica del Título Oficial de TCAE y se fomenta la asistencia y participación a cursos de formación. Así de los años comprendidos entre el 2009 y el 2013 se han realizado:

- Docencia de formación básica de Diplomado y Grado de Enfermería: se han formado un total de 27 alumnos entre Diplomados y Grado de Enfermería en estos cinco años.
- Docencia Postgrado: se ha formado a tres alumnos del Máster en Enfermería de Quirófano de la Universidad Europea de Madrid: en 2012 y a 5 alumnos del mismo Máster en 2013.
- Docencia formación básica de TCAE: se ha formado a una alumna por año.
- Asistencia a cursos: se ha fomentado la formación y participación a todos los profesionales de la unidad (Anexo 5).

6.4.2 Ausencias y contrataciones

A mediados del año 2012, se creó un registro para recoger información sobre ausencias y contrataciones. Se realiza en un programa informático con el cual es posible analizar y evaluar los resultados (Anexo 6).

Absentismo enfermeras 2012

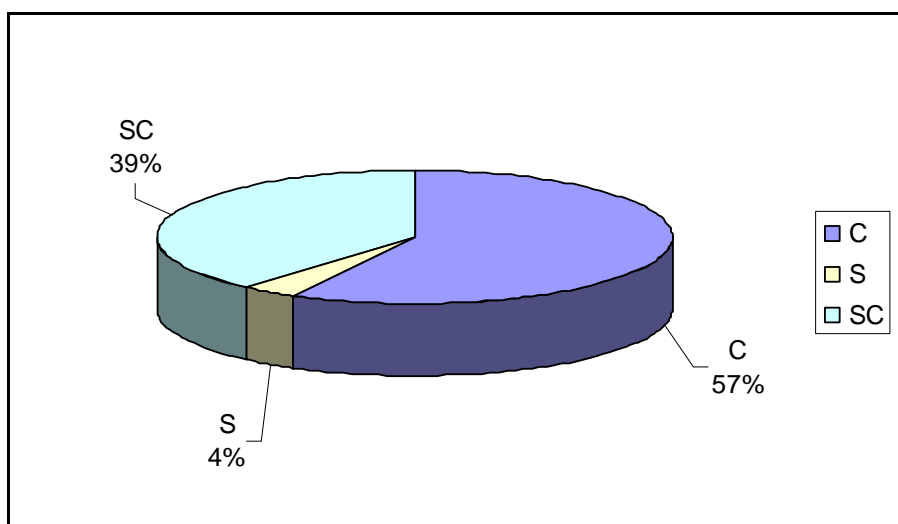


C: Contrato S: Servicio SC: Sin Cobertura

Figura nº 7

Fuente: Elaboración propia

Absentismo enfermeras 2013

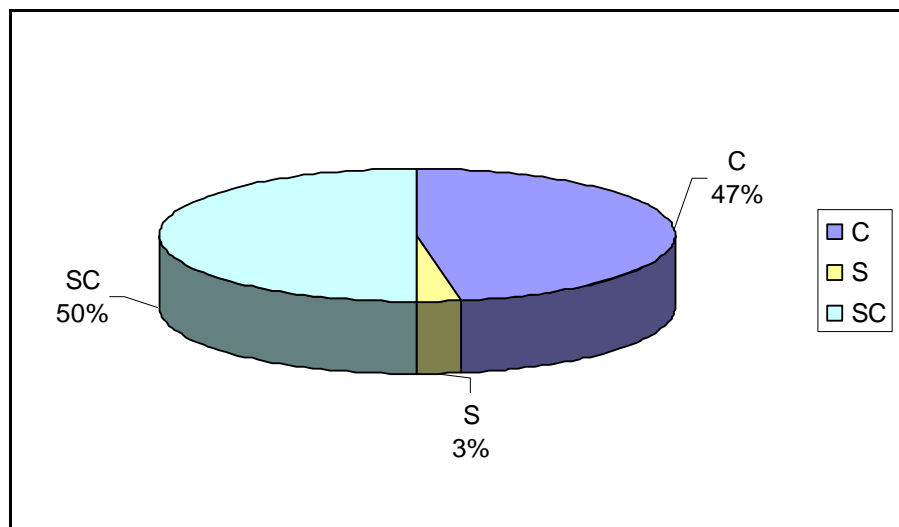


C: Contrato S: Servicio SC: Sin Cobertura

Figura nº 8

Fuente: Elaboración propia

Absentismo TCAE 2012

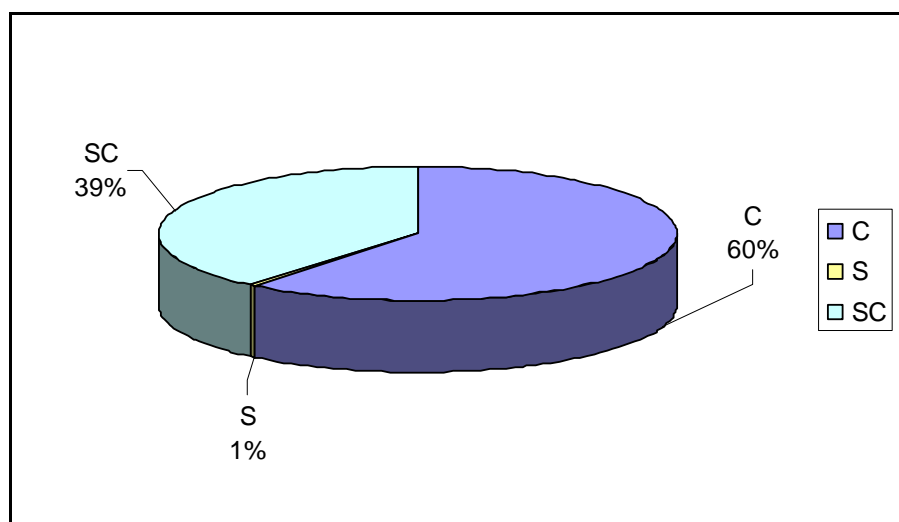


C: Contrato S: Servicio SC: Sin Cobertura

Figura nº 9

Fuente: Elaboración propia

Absentismo TCAE 2013



C: Contrato S: Servicio SC: Sin Cobertura

Figura nº 10

Fuente: Elaboración propia

Como resultado de este análisis, se observa que en el año 2012 el 62% del absentismo del personal enfermero se gestionó "sin cobertura", frente a un 39% en el 2013. En ambos períodos, la cobertura sin contrato, con el personal de la unidad, rondó el 4%.

En cuanto al personal TCAE, el 50% del absentismo se gestionó “sin cobertura” durante el año 2012, frente al 39% en 2013. En cuanto a la cobertura sin contrato, con el personal de la unidad, sigue rondando porcentajes muy pequeños.

Esta disminución en el año 2013 del porcentaje de gestión de absentismos “sin cobertura” ha sido debido a:

- En el año 2012 todo el personal tuvo que ampliar el cómputo de horas anuales estipulado según convenio, en 18 horas más. Estas fueron utilizadas para realizar coberturas de absentismos, sin contratación.
- En el año 2013 se ha dado una mayor incidencia de bajas por enfermedad de larga duración, que deben ser cubiertas en su totalidad.
- En el año 2013 comenzó su actividad quirúrgica en nuestra unidad la especialidad de Traumatología, generando un exceso de horas de prolongación de jornada, que han de ser compensadas mediante contratación.

6.4.3 Herramientas utilizados por el personal

Para el correcto ejercicio de nuestra profesión, se utilizan una serie de herramientas:

- Informáticas:
 - HCI.
 - Programa Irati: Aplicación de Gestión de Cuidados de Enfermería.
 - Intranet: guías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- Medios documentales:
 - Normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas de la unidad asistencial.
 - La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
 - Libro quirúrgico, en el que se registra:
 - ✓ Número de quirófano, número de orden, día, mes y año de intervención.
 - ✓ Personal que interviene en la operación: cirujanos (servicio), enfermeras y anestesista.

- ✓ Denominación de la intervención y si esta es programada o urgente. Tipo de anatomía si la hubiera (intra o extrahospitalaria), tipo de transfusión de hemoderivados si los hubiera (sangre, plasma, autotransfusión o concentrado de hematíes), rayos x si los hubiera (escopia o grafía), contaje si procede de gasas, compresas, instrumental (si es correcto o incorrecto).
 - ✓ Tipo de anestesia.
 - ✓ Registro de tiempos: hora de entrada, hora comienzo de anestesia, hora comienzo intervención, hora fin intervención, hora fin anestesia, hora salida de la unidad quirúrgica.
 - ✓ Implantes, prótesis, fungibles.
 - ✓ Observaciones.
- Parte Quirúrgico: el parte definitivo queda establecido sobre las 14 horas del día anterior, se imprimen tres copias, dos sin nombre de pacientes (uno para el tablón de celadores y otro para el tablón del pasillo central de la unidad) y uno con los nombre de pacientes, para el control de la unidad. Esto ayuda a proteger la confidencialidad del paciente y facilita que el personal de la unidad, conozca las intervenciones que se realizarán el día siguiente, pudiendo adelantar las necesidades de aparataje y material.
- Contenido del parte quirúrgico:
- ✓ Fecha de intervención
 - ✓ Servicio Médico, cirujano responsable y número de quirófano en el que se realiza la intervención.
 - ✓ Relativo al paciente: fecha de nacimiento, fecha de consulta, fecha de ingreso en lista de espera, planta-habitación-cama de ingreso, sexo, observaciones clínicas, número de Historia Clínica (HC) y teléfono del paciente.
 - ✓ Tipo de anestesia, tipo de ingreso, diagnóstico y procedimiento.
- Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ): son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades. Se ha demostrado su eficacia tanto en la correcta ejecución de determinadas actividades como en la prevención de errores, debido a que sirven para sistematizar las acciones y además son un recordatorio de las mismas. La OMS diseñó en el año 2008 un LVQ para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos. En el año 2009 la Comisión Quirúrgica del Hospital A del CHN, con el apoyo

del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad, realizó una adaptación del listado al centro mencionado, que está en constante actualización y que es el que a mediados del mes de diciembre de 2012, se inició en la Unidad de Quirófanos Centrales B en la especialidad de Traumatología, como pilotaje, paso previo a su extensión al resto de las especialidades quirúrgicas del Hospital B.

De una muestra analizada compuesta por 213 listados, se constata un muy alto grado de cumplimentación por parte de la enfermera de quirófano. Todos los ítems superan el 95%, con excepción de las pruebas cruzadas, que se queda un poco más atrás, aunque llegando a un más que estimable 93%. Esto significa que, entre los listados que componen la muestra analizada, en casi todos al menos se ha cumplimentado el bloque de la enfermera de quirófano, lo que evidencia la alta concienciación de este colectivo en la necesidad de verificar los diferentes momentos del proceso quirúrgico, además de un hábito en esta comprobación.

Porcentaje de cumplimentación del LVQ de la enfermera en quirófano

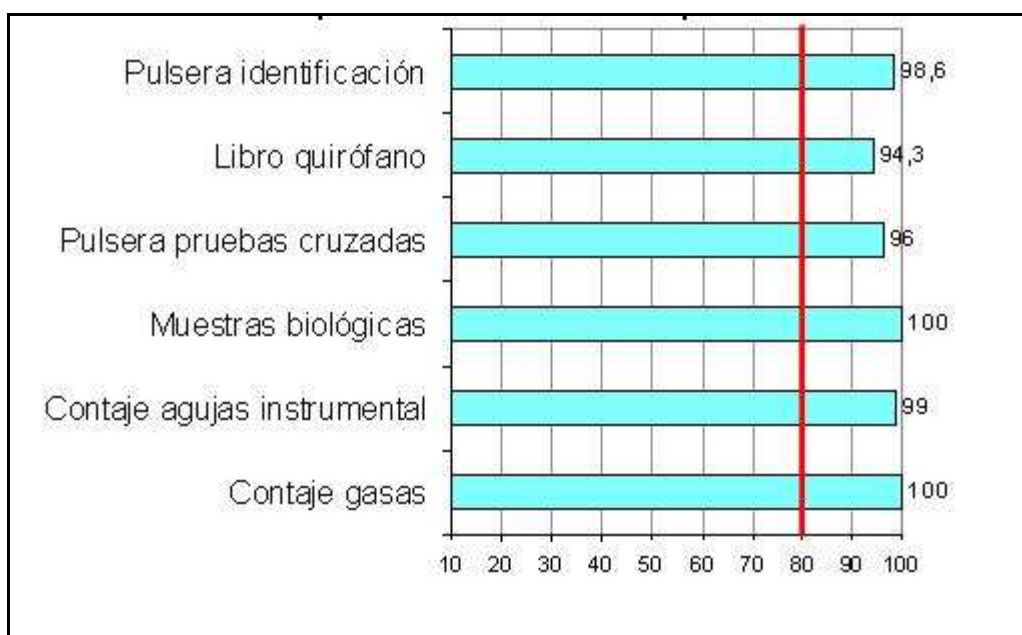


Figura nº 11

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad

6.5 Recursos Materiales

El material sanitario según Real Decreto 1591/2009, es cualquier instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, material u otro artículo, utilizado sobre el ser humano con fines terapéuticos. Son necesarios para el desempeño diario de las actividades de los trabajadores de la unidad, para poder brindar unos cuidados quirúrgicos de calidad.

Se clasifican según su uso en:

- Material de “un solo uso”: material no reutilizable por problemas de biocompatibilidad, al alterarse la naturaleza de la materia prima del producto sanitario.
- Material reutilizable: material que se puede utilizar más de una vez. Según la norma EN ISO 17664, el fabricante debe facilitar por escrito y en la lengua del país, las instrucciones del material, en las que debe constar cómo reprocesarlo (método de limpieza, desinfección y esterilización recomendada).
- Material implantable: aquel producto diseñado para ser implantado en el cuerpo humano, mediante una intervención quirúrgica para sustituir una parte dañada y que está destinado a permanecer allí después de la intervención durante un período de 30 días o de manera indefinida.

Se clasifican según su petición:

- Almacén general: el material fungible de uso habitual es suministrado por el almacén general del hospital. La solicitud se realiza de un catálogo clasificado en diferentes grupos por afinidad. Se solicita dos veces por semana, se sirven a primera hora de la mañana y es la TCAE de almacenes y refuerzo, la encargada de colocarlo y distribuirlo. Las peticiones se realizan en función de la actividad quirúrgica que es la que determina el consumo, teniendo en cuenta los períodos vacacionales, el control de stockajes y los cambios de actividad.
- Farmacia:
 - Provisión de toda la medicación y sueros que se precisan en la unidad. Se realiza a través de dos pedidos semanales que se sirven los martes y los viernes sobre las 14 horas, en cuanto a medicación se refiere. Los

- sueros se pueden solicitar a diario antes de las 12 horas, siendo distribuidos en la unidad a primera hora del día siguiente.
- **Estupefacientes:** se realiza un control exhaustivo de los estupefacientes por parte del personal propio de la unidad, el servicio de Farmacia y la JUE. Los estupefacientes se custodian en una caja fuerte, retirándose según necesidad. Al final de la jornada se deben devolver los envases vacíos de los estupefacientes utilizados, para con ellos y con un vale firmado con número de colegiado por un adjunto de anestesia, realizar la petición a demanda, según consumo al servicio de Farmacia.
 - **Lencería:** se realiza a diario la demanda de pijamas quirúrgicos de diferentes tallas, sabanillas blancas para cubrir la mesa quirúrgica y poner entremetidas en la misma, paños blancos con punto verde, sábanas blancas para las camas y sacos de color azul para retirar la ropa utilizada.
 - **Compras directas** (material que no está en el almacén): este material es solicitado por la JUE según necesidades, es enviado al almacén general y de ahí es suministrado directamente a la unidad. Mucho de este material, pertenece al stockaje protésico (lentes, mallas y prótesis) que utilizan algunas especialidades quirúrgicas. El stockaje es propiedad de la casa suministradora, facturándose únicamente el material implantado

Petición de materiales

En el año 2009, la gestión de los materiales era una labor muy costosa, que consumía buena parte del tiempo dedicado a la gestión, teniendo que realizar todas las peticiones de manera unitaria, rellenando impresos a mano. En un catálogo de casi 2000 productos, era una labor ardua y difícil.

Se diferenciaba la petición de almacén (productos que estaban en el almacén del propio hospital), de la petición de “compras directas”, de productos que por su uso poco frecuente, o por falta de espacio en el almacén del hospital, se compraban directamente a las casas comerciales (a través de la Sección de Compras), previa petición con un impreso específico cumplimentado en la unidad por la JUE. Cada día, era necesario enviar un celador desde la unidad hasta Suministros, con los impresos para la realización de compras.

La petición de almacenes, tenía un registro informático y esta se realizaba, creando un listado ordenado según la disposición establecida en los almacenes de la unidad.

Tras evaluar la gran cantidad de tiempo que la petición y gestión de materiales ocupaba en la gestión, se solicitó a la Sección de Suministros implantar la petición de materiales fungibles e implantables, por medio de lectoras de códigos de barras. El código de barras, agiliza notablemente los pedidos y disminuye notablemente el margen de error.

Fue un proceso muy laborioso, hubo que crear todo el registro de los productos de material fungible del catálogo con su denominación oficial, su referencia y su código correspondiente. Una vez realizado este registro, se transfirió a un programa informático de Suministros, lo que permitió en una segunda fase, realizar un pacto de petición almacenes y materiales, de tal forma que al leer el código de barras de un producto, se creaba de inmediato la petición con la cantidad pactada con almacén. Una vez leídos todos los códigos, se descargaban a través de un programa informático y se enviaba vía correo electrónico a la Sección de Compras. Al principio hubo que diferenciar la petición informática de almacén y la de “compras directas”, pero hoy en día se realizan conjuntamente, siendo el propio programa quien selecciona las peticiones. El almacén y las “compras directas” se realizan conjuntamente dos veces por semana, los lunes y los jueves, pudiendo según necesidades, realizar pedidos de “compras directas” cualquier día de la semana.

En cuanto a los implantables:

- Se creó un programa informático y un listado con sus denominaciones oficiales, referencias, lotes y códigos, de tal forma que cuando un material de estos es implantado, se pide de manera casi inmediata junto con el número de HC del paciente, número de albarán de la casa comercial, número de referencia y número de lote del producto que ha sido implantado. Esto ha permitido establecer un registro informático para la trazabilidad de los implantables, una reposición rápida de los mismos, una disminución del stock de la unidad y que esta labor pueda ser realizada por la secretaria de la unidad aunque siga siendo controlada y supervisado por la JUE.
- Se han empezado a utilizar diferentes centros de coste, lo que permitirá en un futuro no muy lejano, separar los costes por especialidades y si esto se acompaña de lectoras de códigos de barras dentro de los propios quirófanos, llegaremos a saber con total precisión, el coste por paciente o intervención, pudiendo afinar aún más el gasto sanitario por proceso.
- Se eligió un sistema de control de caducidades manual y sencillo, pero que ha dado muy buenos resultados. En concreto, a los materiales de caducidad en

los próximos seis meses, se les coloca un punto rojo de pegatina y se colocan en primer orden. Así los profesionales en el momento que ven un punto rojo, saben de inmediato que ese es el primer producto que deben consumir. Se sigue con el mismo sistema hasta ahora, por su sencillez, sus buenos resultados y la ausencia de coste alguno.

En estos momentos en que la crisis económica marca las actuaciones de todas las políticas, la sanidad pública de Navarra, no puede mantenerse al margen y está inmersa en un esfuerzo constante para mantener la calidad y la innovación en un contexto económicamente desfavorable, trabajando en la racionalización del gasto y de las inversiones, y en la innovación en la gestión para asegurar la sostenibilidad del sistema.

Comparativa de gastos con respecto a intervenciones del período 2009-2013.

Gastos anuales de 2009 a 2013

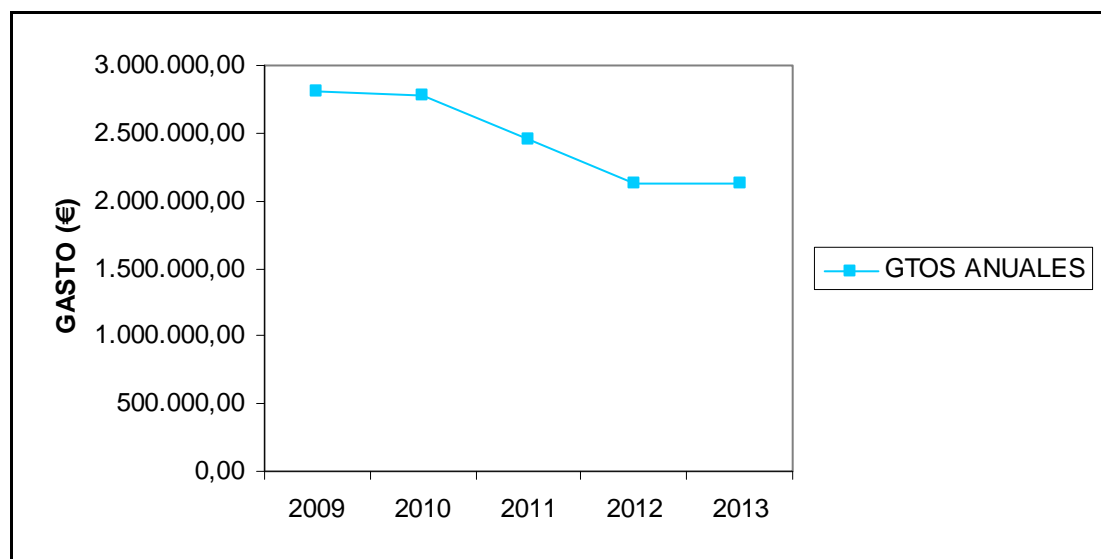


Figura nº 12

Fuente: Elaboración propia

Gastos anuales y número intervenciones de 2009 a 2013

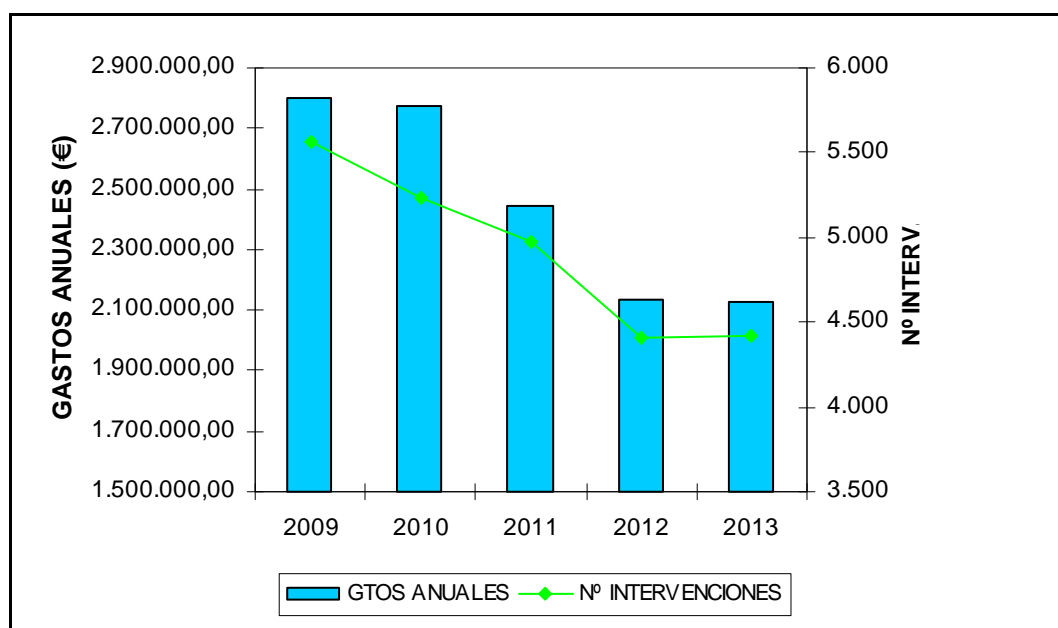


Figura nº 13

Fuente: Elaboración propia

En relación al período 2009-2013, hay que reseñar que aunque el consumo ha ido disminuyendo paulativamente y aunque este descenso ha ido correlativo al descenso del número de intervenciones, hay que señalar que aunque en el año 2013 ha habido un pequeño incremento del número de intervenciones, el gasto ha sido menor. También se debe tener en cuenta en este análisis, los cambios que se han producido en la actividad quirúrgica, llegando a la unidad especialidades como Traumatología, que conllevan un alto coste económico por intervención. Se puede decir que el gasto se ha contenido y mantenido, teniendo en cuenta siempre, la actividad quirúrgica a realizar.

Recursos tecnológicos

La disponibilidad de recursos técnicos/equipamientos en esta unidad, corresponde a la dotación básica de cinco quirófanos y la específica de las especialidades quirúrgicas y de anestesia que desarrollan en ellos su actividad.

En alguna ocasión la actividad se ve influenciada directamente porque la dotación de equipamientos en algunos casos es insuficiente y en otras, el equipamiento tiene muchos años de uso, lo que conlleva que no existan en el mercado piezas de recambio. He de decir que hasta ahora no hemos tenido que parar la actividad por

falta de aparataje, pero si hemos tenido algunas dificultades teniendo que cambiar el orden de las intervenciones. Igualmente no podemos estar a la par de los avances tecnológicos que acompañan a muchos avances de la cirugía.

El hospital tiene determinado de forma anual un presupuesto para la adquisición o reposición de material inventariable de alto coste económico a través del Plan de Necesidades. Estas propuestas las realizan los Jefes de Sección de los diferentes servicios quirúrgicos. La JUE es la encargada de realizar la solicitud de aquellas dotaciones propias de enfermería. La Dirección del centro determina las adquisiciones a realizar en función del presupuesto con el que cuenta, las prioridades y necesidades de cada servicio solicitante.

Sabemos de muchas dotaciones que facilitarían nuestra labor, pero llevamos unos años en los que no ha sido posible llevar a cabo el Plan de Necesidades anual y este año 2014 que de nuevo había presupuesto, este ha sido escaso para cubrir todas las necesidades existentes, arrastradas de años anteriores.

De momento no disponemos de la capacidad de tener quirófanos versátiles al cien por cien. Es por ello que cada quirófano dispone de un equipamiento específico (Anexo 7).



Sistema de reparaciones

Las reparaciones y las revisiones periódicas de las instalaciones, son realizadas por el Servicio de Mantenimiento del hospital. Las notificaciones de las averías se realizan a través de un formulario electrónico denominado “Parte de averías” y el personal de mantenimiento acude a demanda. Si el requerimiento es urgente, se realiza a través de petición telefónica y posterior envío del “Parte de averías”.

La reparación de instrumental quirúrgico, se solicita a través del Servicio de Mantenimiento una vez por semana, a una empresa externa al hospital y se rellena así mismo, un “Parte de averías”. El instrumental debe estar estéril, protegido en las zonas punzantes y enviado en un contenedor específico para tal efecto. Una vez reparado se devuelve a la unidad y es comprobado por la JUE.

Revisiones del Servicio de Mantenimiento mensuales:

- Funcionamiento de las lámparas quirúrgicas en red y en batería.
- Funcionamiento del pulsador de prueba.
- Verificación de la actuación del medidor de aislamiento.
- Estado de las bases de enchufes y cables de conexión de los equipos.
- Funcionamiento de las protecciones magnetotérmicas y diferencial.
- Toma de tierra de las mesas quirúrgicas.

La reparación del aparataje es realizada por una empresa contrata por el hospital, el Servicio de Electromedicina, que está establecido en el propio centro, para poder ofrecer un servicio rápido y eficaz, pudiendo requerir su presencia en situaciones de mucha urgencia. Las notificaciones de las averías se realizan a través de un formulario electrónico denominado “Aviso a electromedicina”. Si el requerimiento es urgente, se realiza a través de petición telefónica y posterior envío del “Aviso a electromedicina”. Si el aparataje es cedido por una casa comercial, es esta la encargada de las revisiones reglamentarias así como de las reparaciones.

Esta petición es realizada por la TCAE de control, previa petición de la JUE, o si esta no está, cualquier profesional que notifique una avería o desperfecto que será puesto en conocimiento de la JUE lo antes posible para su control y requerimiento de actuación. El material que no tiene arreglo es dado de baja y se le adjudica un número para la petición de la adquisición de uno de repuesto, petición que realiza la JUE.

Revisiones semanales del aparataje médico quirúrgico por el Servicio de Electromedicina:

- Equipos de anestesia: mesas, monitor, respirador...
- Lámparas quirúrgicas.
- Mesas quirúrgicas.
- Bisturís eléctricos.
- Aspiradores eléctricos.
- Bombas de infusión.
- Otros equipos.

El aparataje así como el instrumental, deben tener un trato específico. Son generalmente instrumentos de alto valor económico y muy delicados, lo cual ha de tenerse en cuenta con respecto a su uso, manipulación, limpieza adecuada y esterilización.

6.6 Actividad asistencial

La cartera de servicios ofertados, es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendidos como tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de la unidad (13).

En nuestra unidad la cartera de servicios consta de las siguientes especialidades:

- Oftalmología.
- Cirugía de Endocrino.
- Cirugía de Pared Abdominal.
- Cirugía de Mama.
- Traumatología.
- Urología.
- Neumología (realización de Criobiopsias).

La actividad quirúrgica se distribuye de la siguiente manera:

- Quirófano número 1: Oftalmología.
- Quirófano número 2: lunes y jueves Urología laparoscópica, martes, miércoles y viernes, Cirugía de Endocrino y martes alternos Cirugía de Pared Abdominal.
- Quirófano número 3: Cirugía de Mama de lunes a viernes con un miércoles alternativo de Cirugía de Pared Abdominal.
- Quirófano número 4: Traumatología y Neumología según necesidad.
- Quirófano número 5: Urología endoscópica de martes a viernes y los lunes Urología local.

A lo largo de los años 2009 a 2011, se ha realizado actividad quirúrgica en turno de tarde, denominada "Tardes extraordinarias", para disminuir las listas de espera quirúrgica. Se dejaron de realizar durante la mitad del año 2012, volviéndose a retomar a mediados del 2013 hasta nuestros días, realizando todos los lunes actividad de Cirugía de Mama, con personal de enfermería, TCAE y celador, contratado a tal efecto.

Como resultado de la unificación de los Servicios Médicos, se produjeron traslados de actividad quirúrgica que hasta ese momento se realizaba en la unidad de Quirófanos Centrales B:

- En octubre de 2012 se trasladó la Cirugía Esofagogástrica al Quirófano de Urgencias A, aumentando en nuestra unidad la actividad de Cirugía de Endocrino y Cirugía de Pared Abdominal que se hacía en el Hospital A.
- En enero de 2013 se trasladó la Cirugía Colorectal al Quirófano Central A, llegando a nuestra unidad la actividad de Traumatología que se realizaba en el Hospital A.
- En mayo de 2013 se trasladó la Cirugía de la Sección de Urgencias al Quirófano de Urgencias A, aumentando en nuestra unidad la Cirugía de Mama que se hacía en el Hospital A.

Programación Quirúrgica: en términos generales, esta es la distribución de la actividad quirúrgica en los quirófanos centrales programados de mañana.

Programación Quirúrgica

Día Semana	GENERAL				
	G1	G2	G3	G4	G5
L	Oftalmo	Urología	Cir. Mama	Trauma	Urología local
M	Oftalmo	Cir. Endocrino	Cir. Mama	Trauma	Urología
X	Oftalmo	Cir. Endocrino	Cir Pared	Trauma CU	Urología
J	Oftalmo	Urología	Cir. Mama	Trauma	Urología
V	Oftalmo	Cir. Endocrino	Cir. Mama	Trauma	Urología

Día Semana	GENERAL				
	G1	G2	G3	G4	G5
L	Oftalmo	Urología	Cir. Mama	Trauma	Urología local
M	Oftalmo	Cir. Endocrino	Cir. Mama	Trauma	Urología
X	Oftalmo	Cir. Pared	Cir. Mama	Trauma CU	Urología
J	Oftalmo	Urología	Cir. Mama	Respi	Trauma
V	Oftalmo	Cir. Endocrino	Cir. Mama	Trauma	Urología

Figura nº 14

Fuente: Comisión Quirúrgica del CHN

Durante los períodos vacacionales de Navidad, Semana Santa, verano y Puente Foral, se reduce la programación quirúrgica. La disminución de los quirófanos se realiza de manera porcentual con respecto a las especialidades.

La distribución del personal en los quirófanos se realiza diariamente, en unas planillas a tal efecto, durante estos períodos.

El área de quirófanos posee una vital importancia estratégica. En los últimos cuarenta años la actividad quirúrgica ha representado uno de los aspectos más importantes del conjunto de la actividad de un hospital general (14).

Resultados de actividad: según datos extraídos de la memoria de 2013 del CHN, la actividad quirúrgica en su conjunto presentó un incremento del 3,6% a costa de la actividad quirúrgica programada que aumentó en +248 intervenciones, ya que la actividad quirúrgica urgente disminuyó en -105 intervenciones (15).

Comparativa intervenciones programadas/urgentes años 2012/2013

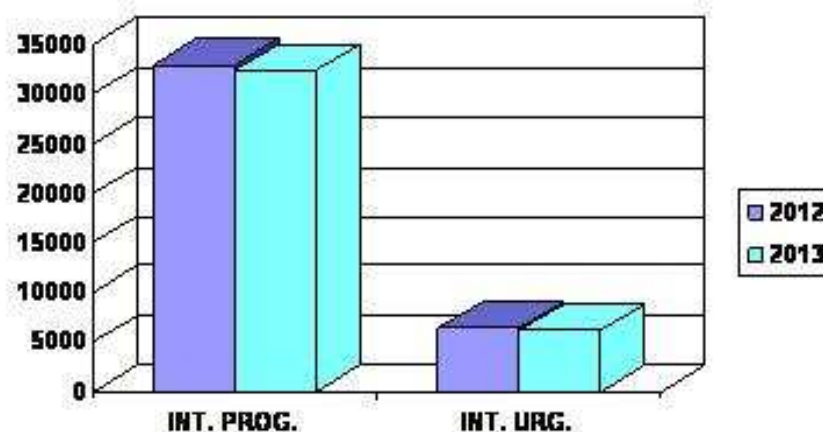


Figura nº 15

Fuente: Memoria CHN 2013

Número de intervenciones quirúrgicas anuales desglosadas por quirófanos.

Intervenciones quirúrgicas del año 2009 al 2013

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
2009	1343	668	882	538	2134
2010	1081	648	837	564	2102
2011	944	549	744	561	2171
2012	1001	458	659	467	1821
2013	962	502	599	576	1779

Figura nº 16

Fuente: Elaboración propia

En estos datos hay que tener en cuenta como se ha mencionado anteriormente, que a lo largo de los años 2009 a 2011, se ha realizado actividad quirúrgica en turno de tarde, denominada “Tardes extraordinarias”, que se dejaron de realizar durante a mitad del año 2012, volviéndose a retomar a mediados del 2013.

Número intervenciones anuales del Quirófano nº 1 de los años comprendidos entre 2009 y 2013

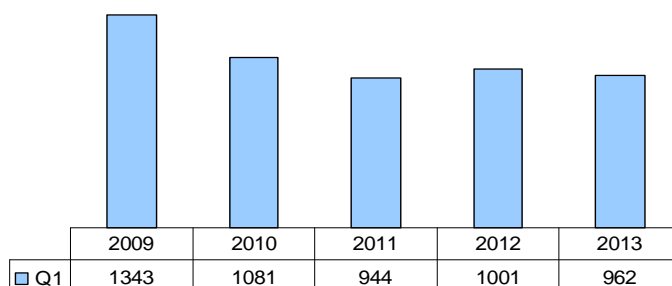


Figura nº 17

Fuente: Elaboración propia

Las intervenciones en el quirófano número 1, descendieron llamativamente en el 2010, para mantenerse constante desde entonces. Las causas son varias, motivos puramente médicos que dependen de la lista de espera quirúrgica y organización médica, al hecho de finalizar el parte quirúrgico diario de manera temprana en muchas ocasiones e incluso ceder días de quirófano a otras especialidades.

Número intervenciones anuales del Quirófano nº2 de los años comprendidos entre 2009 y 2013

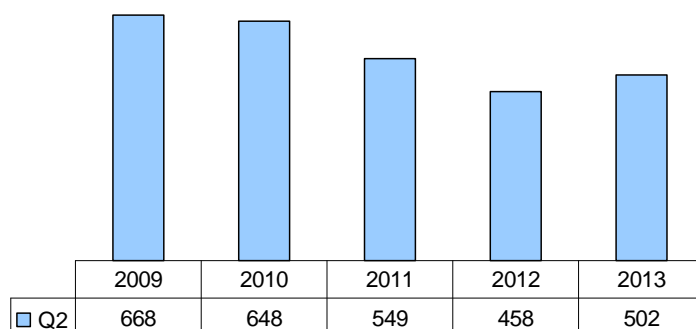


Figura nº 18

Fuente: Elaboración propia

Es difícil realizar un análisis en una actividad que ha ido cambiando de especialidad. En este quirófano se realizaba la Cirugía Colorectal y con la unificación y los diferentes reajustes de especialidades en los diferentes quirófanos, han ido cambiando las especialidades hasta que en el año 2013 se establecieron las de Urología, Cirugía de Endocrino y Cirugía de Pared Abdominal.

Número intervenciones anuales del Quirófano nº3 de los años comprendidos entre 2009 y 2013

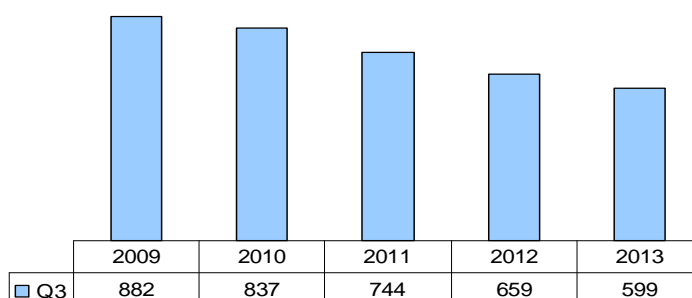


Figura nº 19

Fuente: Elaboración propia

En este quirófano ocurre lo anteriormente descrito, han cambiado las especialidades que en él se realizan. En 2012 el descenso se debe al traslado de la especialidad de Cirugía Esofagogástrica y en 2013 el de la Cirugía de la Sección de Urgencias, llegando la Cirugía de Mama, con menor número de pacientes.

Número intervenciones anuales del Quirófano nº4 de los años comprendidos entre 2009 y 2013

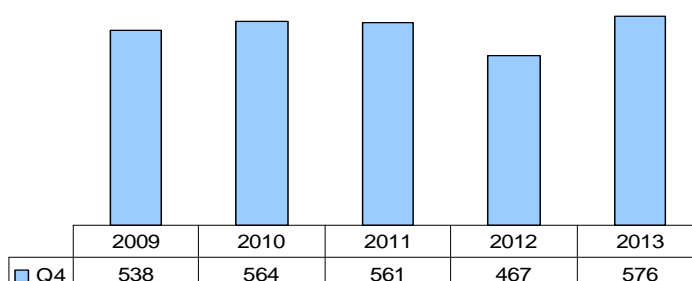


Figura nº 20

Fuente: Elaboración propia

En este quirófano la actividad se ha mantenido de manera constante pues en él se han realizado las mismas especialidades hasta el año 2012, cuando se traslada la actividad de Urología y Cirugía de Endocrino al quirófano número 2 y llega a este quirófano la actividad de Traumatología.

Número intervenciones anuales del Quirófano nº5 de los años comprendidos entre 2009 y 2013

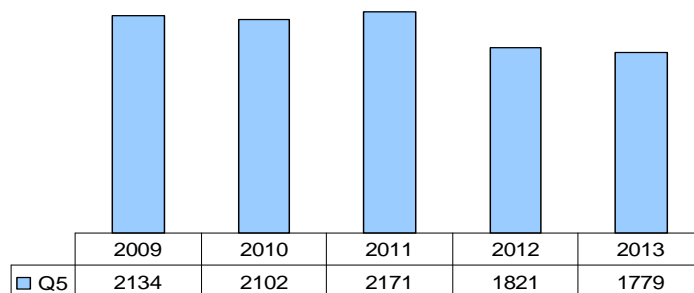


Figura nº 21

Fuente: Elaboración propia

En este quirófano se ha realizado siempre actividad de la especialidad de Urología con un repunte de actividad en el año 2011 y un descenso en los años 2012 y 2013, debido al cambio de intervenciones dentro de la propia especialidad.

Los indicadores de resultados y rendimientos más importantes en cuanto a la utilización de quirófanos son:

- Rendimiento quirúrgico (Anexo 8).

Porcentaje de sesiones utilizadas

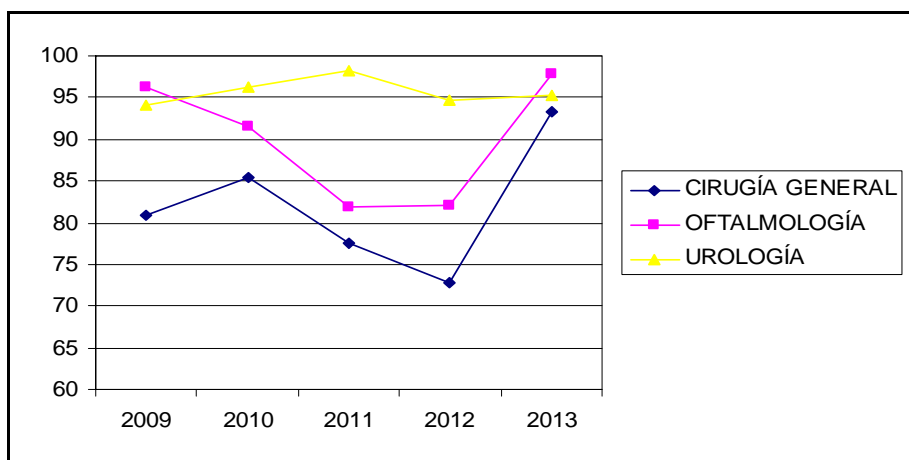


Figura nº 22

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad del CHN

Como se puede observar en el gráfico, Urología es la especialidad que ronda porcentajes entre el 95% y 100% de sesiones utilizadas a lo largo de todo el período. Oftalmología sufre un importante descenso durante los años 2011 y 2012, para en el año 2013 acabar con un porcentaje de sesiones utilizadas que ronda el 100%. Cirugía general se mantiene con unos porcentajes que rondan el 80% y con un importante aumento en el 2013, llegando a casi un 95% de sesiones utilizadas.

- Ocupación (Anexo 9).

Porcentaje de tiempo ocupado sobre tiempo asignado

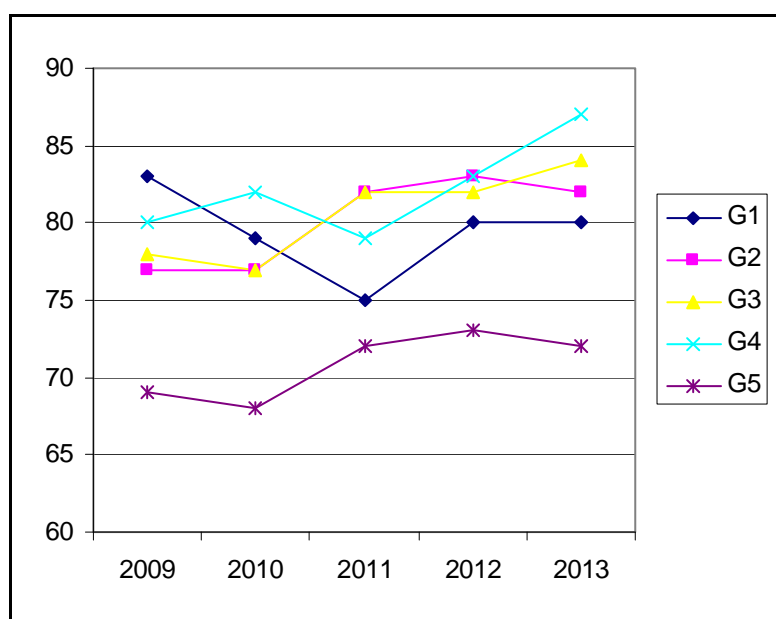


Figura nº 23

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad del CHN

En cuanto al porcentaje de tiempo ocupado sobre tiempo asignado, son los quirófanos número 4, número 3 y número 2, con las especialidades de Cirugía y Urología, los que mantienen los mayores porcentajes de ocupación, entre el 80%-85%. Reseñar el aumento de ocupación de los quirófanos número 3 y número 4 del último año, tras aumentar la Cirugía de Mama y llegar la actividad de Traumatología respectivamente.

- Desprogramaciones (Anexo 10).

Desprogramaciones quirúrgicas por motivos

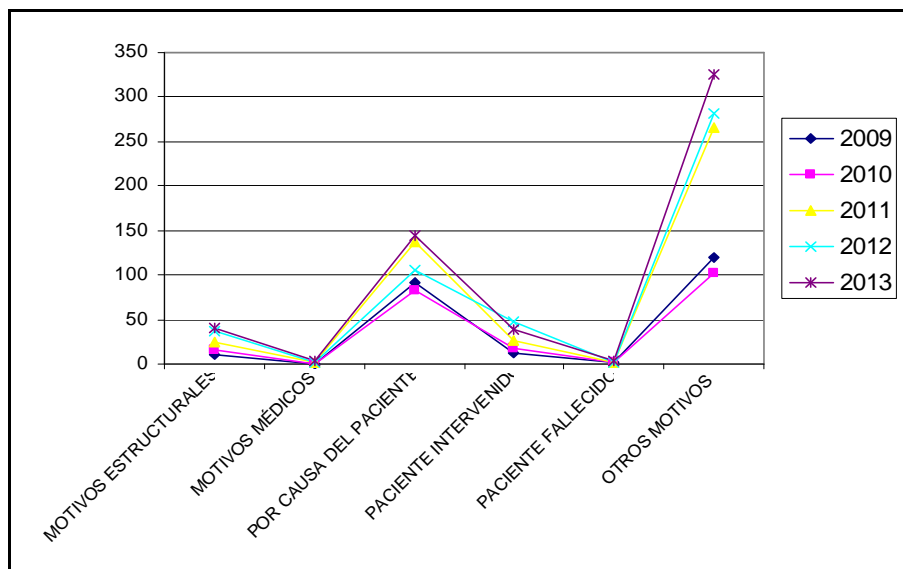


Figura nº 24

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad del CHN

Como se puede observar en la gráfica, los motivos de desprogramaciones son varios y siguen patrones similares en los distintos períodos. Si es de reseñar que en todos los períodos aquí señalados, la causa otros motivos, tiene una elevada incidencia.

- Listas de espera (Anexo 11).

Evolución de la lista de espera en días

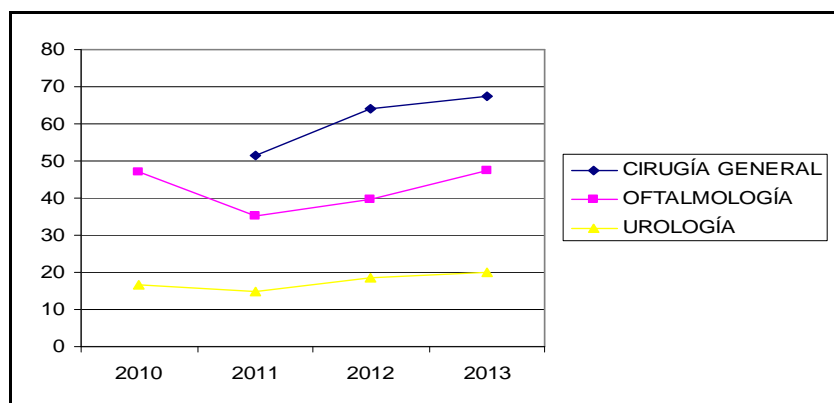


Figura nº 25

Fuente: Datos procedentes del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad del CHN

Media de espera de los pacientes

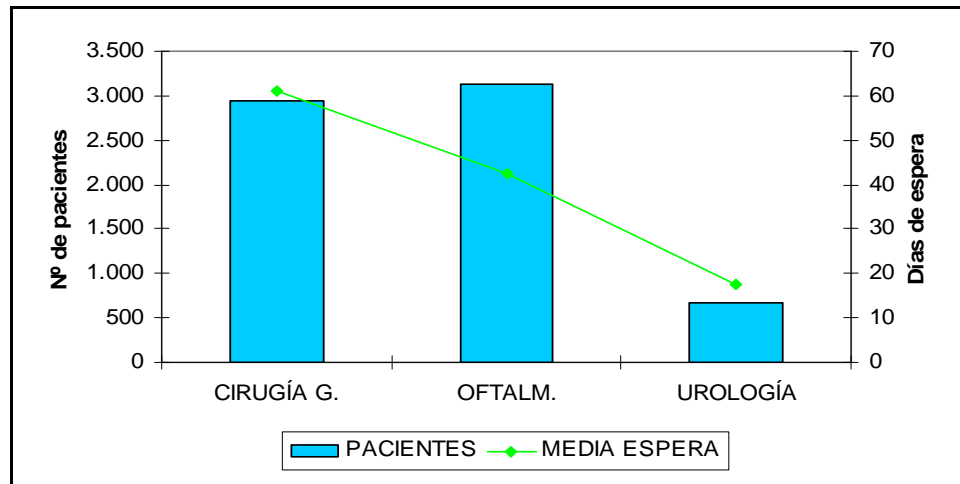


Figura nº 26

Fuente: Datos procedentes del Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad del CHN

El promedio de espera de los pacientes en la especialidad de Urología es de 18 días frente a los 61 de Cirugía general o los 42 de Oftalmología. Estas gráficas son representativas de dichos datos.

Puntualizar que los datos procedentes de los años 2011, 2012 y 2013 correspondiente a la especialidad de Cirugía General, son datos de la especialidad ya unificada para todas las tablas.

- Incidencias en el parte quirúrgico

Incidencias en el parte quirúrgico

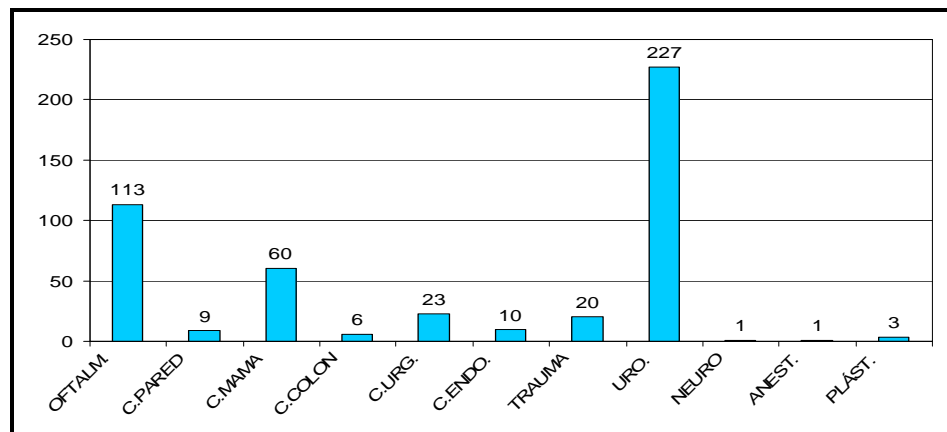


Figura nº 27

Fuente: Elaboración propia

En esta gráfica se reflejan las incidencias o cambios producidos en el orden del parte quirúrgico diario, reflejando claramente, que son las especialidades de Urología con 227 cambios y la de Oftalmología con 113 cambios, las especialidades que más cambios han realizado en el parte quirúrgico diario, lo que provoca conflictos con los servicios de apoyo y problemas internos de organización.

- Mortalidad Operatoria: no ha habido ningún fallecimiento operatorio en el período comprendido entre 2009 y 2013.

6.7 Puestos de trabajo

El equipo quirúrgico se divide en:

- Equipo estéril: son los miembros del equipo quirúrgico que llevan a cabo la intervención en el campo estéril. Está formado por el cirujano, sus ayudantes y la enfermera instrumentista.
- Equipo no estéril: son los miembros del equipo quirúrgico que actúan fuera del campo estéril, asumiendo la responsabilidad de mantener una técnica estéril durante la intervención quirúrgica. Está formado por el anestesista, la enfermera circulante y la enfermera de anestesia, así como cualquier personal necesario para el funcionamiento de aparatos específicos o pruebas diagnósticas determinadas durante la intervención quirúrgica.

CIRUJANO: lleva a cabo la intervención. Dirige la valoración médica preoperatoria, realiza la técnica operatoria y establece el tratamiento postoperatorio del paciente.

ANESTESISTA: lleva a cabo la atención y cuidados especiales de los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas u otros procesos que puedan resultar molestos o dolorosos. Abarca también el tratamiento del paciente en el área de la recuperación postoperatoria.

ENFERMERA: las actividades del personal de enfermería de quirófano son muy variadas y deben seguir una normas perfectamente establecidas que requieren además una preparación específica, por tanto dentro de una unidad quirúrgica, pueden desempeñar el puesto de enfermera de anestesia (figura aún no vigente en nuestro país), enfermera instrumentista y enfermera circulante. La enfermera quirúrgica desarrolla un trabajo muy importante para que las intervenciones se desarrollen de la mejor forma posible y sin ningún tipo de daño.

Las principales funciones de la enfermera en quirófano son:

- Función asistencial: atención y cuidado del paciente durante el proceso quirúrgico.
- Función de relación: la enfermera instrumentista y la circulante forman parte de un equipo quirúrgico caracterizado por la interdependencia, es decir, sin los otros miembros del equipo, es imposible alcanzar los objetivos. Debe

crearse además un vínculo entre enfermera-paciente, para poder brindarle la mayor calidad y excelencia en los cuidados.

- Función administrativa: con la cumplimentación del libro quirúrgico, impresos de anatomía patológica, microbiología...
- Función docente: colaborar activamente en el aprendizaje del personal de nueva incorporación, formación a estudiantes y realización de cursos para colaborar y mejorar su formación de manera continua.
- Función investigadora: cada vez coge más fuerza esta función, en aras de brindar unos cuidados de máxima calidad basados en la mejor evidencia científica disponible.

ENFERMERA DE ANESTESIA: proporciona los cuidados necesarios para que el proceso anestésico se lleve a cabo de forma eficaz y eficiente. Debe anticiparse y estar preparada para posibles complicaciones que pueden surgir en el campo quirúrgico y que repercuten directa o indirectamente en el anestésico. La enfermera de anestesia debe tener la capacidad de reaccionar rápidamente, una gran responsabilidad y la capacidad para trabajar bajo presión, puesto que se pueden dar situaciones agudas incluso en medio de cualquier cirugía rutinaria. Debe:

- Controlar el correcto funcionamiento y calibración del aparataje.
- Preparar el material y la medicación de anestesia necesaria.
- Recibir al paciente en el antequirófano:
 - Presentarse ante el paciente.
 - Comprobar la HC y el Parte Quirúrgico: comprobar las Cuatro "C": Paciente Correcto, Cirugía o Procedimiento Correcto, Sitio Quirúrgico Correcto y Momento Correcto.
 - Comprobar el preoperatorio: antecedentes personales, alergias o enfermedades de interés, estudios complementarios realizados, así como el consentimiento informado y la profilaxis antibiótica.
 - Valorar el estado físico y psicológico, invitándole a que exprese sus preocupaciones, aclarando conceptos o dudas que pueda plantear.
 - Informar al paciente de lo que se le va a hacer, por respeto y porque la información disminuye la ansiedad y el temor, aumentando así la capacidad de colaboración.
 - Comprobar el cumplimiento del protocolo quirúrgico: ausencia de joyas, objetos metálicos, prótesis, ayunas y aseo

- Canalizar vía venosa periférica, administrar la sueroterapia y antibioterapia adecuada.
- Colaborar y supervisar el traspaso del paciente a la mesa quirúrgica, procurando que la postura en la posición quirúrgica necesaria para la intervención, sea lo más anatómica posible para evitar lesiones óseas, articulares, nerviosas o vasculares (protegiendo y almohadillando las posibles zonas de lesión), y preservando su intimidad.
- Realizar la monitorización hemodinámica del paciente: electrocardiograma, frecuencia cardíaca, pulsioximetría, tensión arterial, presiones invasivas (presión venosa central y presión arterial) si el procedimiento lo requiere, así como aquellos parámetros que sean requeridos por el anestesista.
- Ayudar al anestesista a realizar el procedimiento anestésico requerido (administración de medicación, fijación del tubo endotraqueal y de catéteres, extracción de analíticas, colocación de vía central o arterial, colocación del manguito de isquemia doble, gasto cardíaco...).
- Mantener la temperatura corporal del paciente durante la intervención, utilizando los medios adecuados para su calentamiento.
- Colaborar con el anestesista hasta que el paciente esté en condiciones de salir del quirófano, retirando previamente la monitorización. Verificar el estado del paciente, funcionamiento de vías, catéteres, sondas, drenajes. Adjuntar la HC del paciente, para enviarla con él a su lugar de destino.
- Avisar al celador y ayudar al traslado del paciente a su cama.
- Debe saber dónde están localizados:
 - Carro de intubación difícil.
 - Desfibrilador.
 - Monitor y pulsioxímetro de traslado.
 - Fibroscopio más torre.
 - Maletín laringoscopio con mango corto, más palas Mackoy.
- Reponer el material utilizado y asegurar la limpieza del aparataje.

ENFERMERA INSTRUMENTISTA: es la responsable de mantener la integridad y la seguridad del campo estéril durante la intervención quirúrgica. Debe tener el conocimiento de las técnicas asépticas y estériles para preparar correctamente el instrumental adecuado y proporcionar la máxima eficacia en el manejo del mismo durante la intervención quirúrgica, anticipándose y preparando con tiempo cualquier situación. Las complicaciones que pueden surgir en el campo quirúrgico, exigen de la instrumentista la capacidad de reaccionar rápidamente, la destreza manual, la resistencia física, la responsabilidad y la capacidad para trabajar bajo presión, puesto que se pueden dar situaciones agudas incluso en medio de cualquier cirugía rutinaria. Debe:

- Conocer la intervención a realizar, técnica quirúrgica y suturas o cualquier dispositivo necesario, realizando un repaso mental de todos los tiempos de la intervención.
- Preparar todo el instrumental y material necesario para la realización de la intervención según protocolo, de manera ordenada y controlando que no falte nada antes del inicio de la misma. Tener preparado el material e instrumental necesario para posibles eventualidades.
- Abrir los paquetes de campos quirúrgicos y cajas estériles, verificando los testigos químicos y la integridad de los paquetes.
- Realizar el lavado quirúrgico, y ponerse la bata y guantes siguiendo las técnicas adecuadas. Colocación de las mesas quirúrgicas.
- Realizar junto con la enfermera circulante el contaje de gasas, compresas y torundas, agujas e instrumental inicial, separando gasas y compresas una a una. Se repetirá cada vez que la enfermera circulante le proporcione más gasas o compresas. Se realizará un contaje antes de comenzar a cerrar cavidades y de cerrar piel. Deberá realizarse un recuento adicional si por algún motivo se produce un cambio de instrumentista. Avisará al cirujano tanto si es correcto como si no lo es, en cuyo caso se revisan cavidades y se hará un control radiológico.
- Comprobar el instrumental y el material antes de entregarlo
- Ofrecer las batas y guantes a los cirujanos para extremar las medidas asépticas.
- Ayudar a colocar el campo quirúrgico cuidando del manejo de la ropa estéril.

- Proporcionar al cirujano y ayudantes, todo lo necesario durante la intervención, controlando el campo quirúrgico (sangrados, necesidades imprevistas) y los tiempos operatorios para anticiparse a las necesidades.
- Vigilar la esterilidad del campo operatorio y del material, comprobando que se siguen todas las normas y protocolos establecidos:
 - No dar nunca la espalda al campo.
 - Considerar como no estéril todo aquello que esté situado por debajo del nivel de la mesa.
 - Si hay duda sobre si se ha producido una contaminación, considerar que si la ha habido.
- Mantener la organización en el campo operatorio y en la mesa de instrumental, de tal manera que pueda entregar los materiales de forma rápida y eficaz. Retirar del campo el instrumental pesado o punzante, para prevenir cualquier daño al paciente.
- Evitar situaciones que creen tensión (las diferencias se arreglan fuera del campo operatorio).
- Avisar a la enfermera circulante de la recogida de muestras y vigilar que no se extravíen. Es responsable de la custodia de la muestra y de que se le da el tratamiento adecuado de conservación hasta su envío.
- Limpiar y desinfectar la herida quirúrgica, colocar apósitos, reservorios de drenajes, etc.
- Retirar las mesas de instrumental, así como todo el material del campo quirúrgico, cuidando que no quede nada entre los paños. Retirar las agujas y objetos punzantes a su correspondiente contenedor
- Preservar la intimidad del paciente manteniéndolo tapado hasta su traslado.
- Entregar al TCAE de la zona de sucio el instrumental utilizado, comunicándole qué instrumentos son de la caja de instrumental utilizada y cuáles son sueltos.
- El instrumental articulado se debe sacar abierto para su correcta limpieza y desinfección. Verificar que se desmontan y lubrican aquellos instrumentos que así lo requieren.
- Revisar la caja de instrumental que se va a enviar a Esterilización firmando en la tarjeta interior, si es correcto. Sustituir si falta alguna pieza para completar la caja.
- Ayudar a traspasar al paciente a su cama, cuidando las vías, sondas, drenajes... y asegurando la posición adecuada del paciente.

ENFERMERA CIRCULANTE: es la responsable de administrar y organizar el quirófano, velar por la seguridad y la intimidad del paciente. Debe vigilar las actividades del equipo quirúrgico, revisar las condiciones del quirófano y valorar continuamente al paciente. La enfermera circulante es una pieza clave del equipo quirúrgico, debe tener un gran conocimiento de la intervención y sus pasos, así como de la localización de todos los materiales y aparataje, para poder disponer de ellos de manera rápida y eficaz. Debe:

- Conocer las intervenciones para ese día, así como el tipo de cirugía que se va a realizar.
- Controlar y coordinar todas las actividades dentro del quirófano y vigilar los cuidados requeridos por el paciente.
- Preparar el material e instrumental necesario para la intervención.
- Revisar el funcionamiento del aparataje necesario junto con la enfermera instrumentista (lámparas quirúrgicas, mesa quirúrgica, aspiradores, bisturí eléctrico, torre de laparoscopia...).
- Asegurar la colocación de la manta de calor en la mesa quirúrgica antes de la cirugía para recibir al paciente con la mesa quirúrgica caliente.
- Asegurar que el equipo estéril dispone de cada uno de los materiales y equipamientos necesarios para desempeñar el proceso quirúrgico de forma eficaz. Conocer los suministros, instrumentos y equipamientos, ser capaz de obtenerlos rápidamente, prevenir peligros potenciales en su uso y conservación.
- Preparar toda la documentación necesaria: libro de registro quirúrgico, petición de anatomía patológica, microbiología, etc.
- Recibir, saludar e identificar al paciente en el antequirófano.
- Comprobar el cumplimiento del protocolo quirúrgico: ausencia de joyas, objetos metálicos, prótesis, ayunas y aseo.
- Ayudar a la colocación del paciente en la posición quirúrgica necesaria para la intervención, cuidando de que esta sea anatómica y no afecte a vasos, articulaciones o nervios, almohadillando todas las zonas propensas a una lesión. Mantener caliente al paciente en todo momento.
- Preparar la zona quirúrgica: rasurado, lavado y exposición de zona quirúrgica libre.
- Ajustar las lámparas quirúrgicas, ayudar a vestirse y atar las batas de la enfermera instrumentista y los cirujanos.

- Conectar el aparataje necesario (bisturí eléctrico, aspirador, motores, tomas de laparoscopia...).
- Proporcionar el material requerido por la instrumentista. Realizar la apertura del material guardando pautas de asepsia rigurosa.
- Vigilar el campo operatorio, anticipándose a las necesidades, reponiendo el material según se va usando con criterios de no mal utilizar los mismos o gastarlos innecesariamente.
- Vigilar los cuidados requeridos por cada paciente.
- Mantener y comprobar el cumplimiento de las normas asépticas en el quirófano:
 - Nadie puede acercarse al campo quirúrgico a menos de 50 centímetros de distancia.
 - Toda persona que entra en quirófano debe estar adecuadamente vestida.
 - Control de la circulación en el quirófano: entradas, salidas, cruces o movimientos innecesarios
- Mantener el quirófano limpio y ordenado.
- Permanecer siempre en el quirófano mientras dure la intervención. Si tuviese que ausentarse, avisará de la ausencia y se alternará con la enfermera de anestesia para no dejar nunca el quirófano sólo, volviendo lo antes posible.
- Rellenar el libro quirúrgico.
- Realizar llamadas de teléfono a los servicios de radiología, mamógrafo, anatomía patológica,..., siempre que sea necesario.
- Realizar junto con la enfermera instrumentista el conteo de gasas, compresas y torundas antes de comenzar la intervención, separando gasas y compresas una a una, así como agujas e instrumental igualmente antes de comenzar a cerrar cavidades y cerrar piel.
- El conteo y recuento, siempre es recomendable hacerlo las dos enfermeras juntas, si es correcto, registrarlo y si no lo fuese, avisar al cirujano para que revise y en caso de no encontrarlo, de acuerdo con el cirujano, llamar para realizar una radiografía de control y registrar todo el proceso.
- Asegurar el correcto manejo y etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención, así como su registro, identificación y envío a los laboratorios correspondientes.
- Planificar los cuidados en el postoperatorio inmediato: mascarilla, bombona de oxígeno, pulsioxímetro de traslado, ambú, drenajes, etc.
- Avisar al celador y ayudar al traslado del paciente a su cama.

- Tramitar la reposición de implantes o prótesis si los hubiera.
- Avisar al personal de limpieza.
- Preparar la siguiente intervención o reponer el quirófano si se ha terminado la jornada y retirar el excedente de materiales a la intermedia limpia para poder realizar la limpieza adecuadamente.

Al finalizar la intervención, las enfermeras deberán notificar a la JUE, cualquier incidencia o necesidad que haya surgido durante el proceso quirúrgico. Así mismo, cualquier avería que se haya producido, para iniciar a la mayor brevedad posible la tramitación de su reparación. Si la incidencia es urgente se notificará y tramitará de inmediato.

Para cualquier enfermera el conocimiento de su trabajo es fundamental, ya sea para la rutina como para las situaciones de emergencia, donde “la velocidad y la precisión son imperativas”. Por eso es tan importante el trabajo en equipo, ya que un equipo experimentado trabajando en conjunto, puede solventar situaciones de urgencia con gran celeridad.

TCAE ZONA LIMPIA

- Todos los lunes a primera hora y en el primer ciclo, realizar los controles biológicos que llegan desde Esterilización a las autoclaves
- Autoclaves:
 - Cartuchos deben estar limpios y secos.
 - Controlar que haya agua destilada para su funcionamiento.
 - Comprobar su correcto funcionamiento.
- Realizar una desinfección de alto grado en el procesador Steris®, a los cistoscopios flexibles, fibroscopio de anestesia y ureteroscopio:
 - Realizar el test de fugas.
 - Limpieza según protocolo disponible en la unidad.
- Mantener la intermedia en todo momento limpia y ordenada con la mesa de trabajo despejada.
- Abastecer a los quirófanos del material necesario para las intervenciones.
- Esterilizar distintos instrumentales que se necesitan de manera urgente.
- Reponer la intermedia de material, ropa o instrumental que se recibe de los servicios de Esterilización y almacén, comprobando la existencia de material en cantidad suficiente y razonada.
- Cotejar y recoger el instrumental que llega de Esterilización.

- Controlar la caducidad de materiales e instrumentales semanalmente.
- Preparar almohadillas y protectores para la colocación del paciente.
- Limpiar el quirófano entre intervenciones. Se limpia todo el aparataje utilizado, incluyendo los cables de monitores y aparataje, ambos se deben dejar recogidos y sujetos. Cambio de bolsa de ropa y contendedores de aspiración en cada intervención.
- Colaborar en la recogida de la medicación suministrada de Farmacia los martes y los viernes.
- No abandonar la intermedia al finalizar la jornada, mientras quede funcionando un quirófano, hasta verificar el relevo.
- Comunicar siempre al personal de los quirófanos, la ausencia de la intermedia, buscando siempre el momento más adecuado y minimizando el tiempo al máximo.

TCAE ZONA SUCIA

- Realizar un test de lavado todos los lunes en el primer ciclo de las lavadoras. De inmediato se comunicará cualquier incidencia en el resultado del test.
- Verificar que las lavadoras tengan cantidad suficiente de sal, jabón, neutralizador y lubricante, así como su correcto funcionamiento, notificando en control y registrando en el cuaderno de incidencias, cualquier tipo de avería.
- Revisar los filtros a diario y al final de la semana limpiarlos en profundidad.
- Limpiar y organizar el instrumental usado en las intervenciones, controlándolo y enviándolo al servicio de Esterilización, con el impreso correspondiente debidamente firmado y fechado. No anotar nada en la hoja de Esterilización hasta su envío.
- Colaborar en la recogida del suministro del almacén.
- Preparar la bañera de ultrasonidos: preparar la dilución, sumergir durante 10 minutos el instrumental y una vez terminado el ciclo, apagar la bañera para evitar vapores. En ultrasonidos sólo se introducirá instrumental que sea metálico.
- Limpiar las cajas de instrumental de Oftalmología por dentro y por fuera incluidas las planchetas de silicona.
- Limpieza de lentes de Oftalmología, con especial cuidado. Una vez aclaradas con agua se secan cuidadosamente con aire comprimido de manera suave. No hacerlo con gasa o paño porque raya la lente.

- Mantener limpia, ordenada y despejada la zona de trabajo.
- Las camas se mantendrán con la ropa de cama estirada, limpia y caliente para recepcionar al paciente y con una inclinación de 45°.
- Revisar las torres de laparoscopia y aparataje diverso, incluyendo los calentadores, situados en el pasillo sucio, confirmando que se encuentran limpios y ordenados.

TCAE DE CONTROL

- Preparar las tarjetas para identificación y petición de pacientes con el nombre y dos apellidos, número de habitación y número de quirófano al que va destinado, entregando ésta en mano al celador que trasladará al paciente hasta el antequirófano.
- Recibir, saludar y comprobar la identificación del paciente, así como la realización del protocolo de preparación quirúrgica.
- Preparar los impresos necesarios para la intervención (anatomía patológica, impreso de anestesia, etc.).
- Atención/interlocución con los familiares de pacientes, durante la actividad quirúrgica. Aviso a los familiares al finalizar la intervención, para ser informados por el facultativo.
- Realizar partes de avería para Electromedicina y Mantenimiento, avisando a los diferentes especialistas cuando se produzca cualquier avería, llevando un registro minucioso de las mismas. Se informará en todo momento a la JUE para su conocimiento, control y seguimiento.
- Solicitar y atender los requerimientos de otros quirófanos sobre aparataje y material fungible, registrarlo y comprobar su devolución.
- Colaborar en la recogida de material suministrado.
- Atender y gestionar las numerosas llamadas telefónicas y visitas que se producen en la unidad.
- Control exhaustivo y requerimiento de identificación, de todo el personal que accede a quirófano.
- Llamamiento, recepción y atención de los pacientes ambulatorios. Atender necesidades durante la espera quirúrgica de los pacientes en los boxes.
- Reposición/colocación de batas, gorros y calzas en los boxes para pacientes ambulatorios.
- Controlar las horas de entrada /salida de los pacientes en quirófano y comienzo/fin de las intervenciones.

- Pedir a diario la lencería (pijamas quirúrgicos, batas para pacientes ambulatorios, sábanillas, etc.).

TCAE DE ALMACENES Y REFUERZO

- Reponer y controlar a diario los almacenes, manteniéndolos limpios y ordenados.
- Revisar el material fungible, controlar el stock de manera ajustada.
- Realizar el pedido de material fungible al almacén o a Suministros junto con la JUE, dos veces por semana.
- Recoger y cotejar el pedido de almacén o Suministros, dos veces por semana.
- Recoger y cotejar el pedido de Farmacia dos veces por semana.
- Recoger y cotejar el pedido de sueros.
- Recoger y cotejar todo tipo de prótesis o implantes.
- Atender las necesidades de apoyo en las intermedias limpias o sucias.
- Controlar la caducidad de suturas, material fungible y prótesis.
- Llevar un registro, control y archivo de todas las peticiones y llegadas de material, así como de los materiales en depósito e implantados.
- Colaborar con la JUE en todo aquello que sea necesario para el mantenimiento y buen funcionamiento de la unidad.
- Será la persona de referencia para el mantenimiento, control y reposición del instrumental quirúrgico y aparataje en colaboración con la JUE.

TCAE DE TARDE

- Atender las prolongaciones de las intervenciones de la mañana. Solicitará refuerzo a la Jefa de Guardia de Enfermería en caso necesario.
- Limpiar el aparataje quirúrgico de los quirófanos, manteniendo éstos ordenados y colocados en su sitio correspondiente. Todo tipo de cableado estará recogido y sujeto.
- Vestir la mesa quirúrgica según tipo de intervención.
- Recoger la ropa sucia de vestuarios y reposición en estos de jabón, pijamas quirúrgicos, gorros, mascarillas y calzas.
- Reponer las intermedias en caso necesario de material fungible o lencería.
- Vaciar una estantería/armario diariamente para su limpieza, revisando a su vez fechas de caducidad.
- Reponer los lavabos quirúrgicos de cepillos y jabones.

- Colaborar con la enfermera de tarde en la preparación de los quirófanos.
- Recepcionar material y aparataje que devuelven de otros quirófanos, revisar que estén limpios y ordenados, y en caso de que sea instrumental quirúrgico, mandarlo a Esterilización.
- Atender tanto las llamadas telefónicas como el timbre de la puerta, así como a los diferentes técnicos de Mantenimiento o Electromedicina que tuviesen que realizar algún trabajo o revisión.
- Cotejar y recoger el material proveniente de Esterilización.
- Registrar y anotar en control cualquier tipo de avería o incidencia ocurrida en el turno de tarde.

CELADOR: forman parte del equipo multidisciplinar que atiende la actividad que se desarrolla en la unidad quirúrgica. Sus responsabilidades se desarrollan de forma directa con el paciente o como apoyo a las necesidades de la unidad. Debe:

- Dar soporte al resto del equipo quirúrgico y ser nexo de unión con el exterior de la unidad.
- Comprobar las balas de oxígeno y reponer las mascarillas.
- Preparar las mesas quirúrgicas con los accesorios básicos y según intervención, preparar los accesorios específicos.
- Trasladar los pacientes desde su lugar de ingreso hasta el quirófano:
 - Comprobar la identificación del paciente (nombre, apellidos y número de habitación) al recoger la HC y en el primer contacto con el paciente.
 - Comprobar insitu el cumplimiento del protocolo de preparación quirúrgica (no joyas, no prótesis, ayunas).
 - Comprobar la correcta ubicación en el quirófano correspondiente.
- Pasar al paciente a la mesa quirúrgica junto con las enfermeras, colocando al paciente en la posición quirúrgica adecuada, siempre bajo la supervisión de la enfermera. Al final de la intervención se le avisará para que traslade al paciente de nuevo a su cama.
- Colaborar en los procedimientos anestésicos que requieren determinadas posiciones del paciente, o la inmovilización del mismo. Colaborar en la realización de isquemias, pincelado de una extremidad, etc.
- Trasladar al paciente una vez intervenido a la Sala de Despertar, UCI o CMA, según esté estipulado.
- Desplazar aparataje voluminoso y/o pesado al interior del quirófano y devolución a su lugar de origen cuando finaliza su uso en quirófano.

- Trasladar el pedido de sueros y el de almacén.
- Efectuar las salidas fuera de quirófano: peticiones a hemoterapia, anatomía patológica (intraoperatorias), Farmacia, Mantenimiento, Electromedicina, o a otros quirófanos.
- Ordenar los soportes de las mesas quirúrgicas utilizados, en las estanterías destinadas a tal fin.

ADMINISTRATIVA: dar soporte a las necesidades de gestiones administrativas que se generan en los quirófanos. Así mismo realizar los pedidos de la unidad junto con la JUE.

PERSONAL DE LIMPIEZA: es la encargada del mantenimiento de la limpieza en la unidad quirúrgica, al igual que el personal auxiliar. Su labor es fundamental ya que sin una buena limpieza, el trabajo del equipo de quirófano puede quedar comprometido. La distribución de este personal es la siguiente:

- Un empleado de la limpieza en turno de mañana, responsable de la limpieza de los quirófanos entre intervenciones.
- Un empleado de la limpieza en turno de tarde, responsable de la limpieza general de los quirófanos, y un personal de refuerzo para las limpiezas a fondo.

6.8 Jefatura de Unidad de Enfermería

La JUE es el mando intermedio de gestión operativa en la Dirección de Enfermería, responsable de coordinar y dirigir el equipo de personal sanitario no facultativo, asegurando que los medios materiales y humanos estén disponibles para realizar los actos asistenciales y cubrir las necesidades de los pacientes.

Su objetivo es asegurar el más alto nivel de calidad asistencial de enfermería, planificando las actividades, los recursos humanos y materiales.

Es la impulsora del logro de los objetivos y de hacer realidad la eficacia ante la demanda de cuidados y satisfacción de los pacientes.

El estilo de gestión empleado a lo largo de estos cinco años desempeñando el puesto de JUE de Quirófanos Centrales B, ha compartido un estilo persuasivo (dando prioridad a la comunicación y a la relación) y un estilo democrático (cultivando la moral del grupo, desarrollando las relaciones y fomentando la participación de todos).

Liderar un equipo es conducir hacia la meta deseada, convenciendo y facilitando para la acción y para el logro de resultados. Es tener la capacidad de sacar lo mejor de nosotros mismos y de los demás, teniendo conocimientos de uno mismo, de la naturaleza humana, además de conocimientos teóricos.

Las características de un buen líder deberían ser:

- El sentido común.
- La conducta asertiva.
- La capacidad de buenas relaciones interpersonales.
- La confianza en sí mismo y merecer la confianza del equipo.
- La capacidad de adaptación.
- Las dotes de comunicación.
- El carisma, magnetismo personal.
- El respeto a los valores personales.
- La motivación, ilusión, entusiasmo, entrega, disciplina.

La JUE como líder de un grupo de profesionales enfermeros debe:

- Tener experiencia en la práctica enfermera.

- Aplicar la objetividad.
- Desarrollar la inteligencia.
- Asumir la responsabilidad.
- Tener autoridad respetuosa.
- Promover un clima de trabajo grato.
- Estar motivada en ampliar su formación y transmitir sus conocimientos.
- Tener interés por mantener la práctica de cuidados de calidad.
- Conocer, motivar y apoyar al grupo de trabajo.
- Ser capaz de resolver problemas y tomar decisiones.
- Tener iniciativa y saber delegar el trabajo de acuerdo con la preparación y cualidades del personal.

Pero sólo las características no son suficientes, se requiere realizar una gestión por competencias de personas y gestión de valores:

- Las competencias: son los pilares sobre las que se debe construir el desarrollo profesional de las personas y su gestión, como elemento principal de la organización.
- Los valores: es gestionar el equipo a través de su capital humano.
- Evaluar el desempeño: es la necesidad de reconocer el saber y el hacer de una persona, profesión u organización.

La descripción del puesto de JUE debo realizarla, basándome en el conocimiento y la experiencia en gestión adquirida a lo largo de estos años como JUE de Quirófanos Centrales B, sin olvidar que desde la década de los ochenta, los nuevos conceptos de gestión en los servicios de enfermería han ido ganando fuerza en la organización sanitaria.

En estos nuevos conceptos de gestión, es importante destacar la transición del papel del gestor desde el control a la facilitación del trabajo y desde la cantidad de actividades hacia la calidad de cuidados. Adquiere gran relevancia la preocupación por el bienestar y la mejora continua del personal, la comunicación con el paciente y su satisfacción, estando siempre presente los aspectos éticos y legales en el trabajo de gestión. Además, la gestión enfermera debe enriquecerse con habilidades directivas, para llevar a cabo los procesos de gestión dirigidos a la movilización del potencial de las personas y de los recursos a su alcance.

El planteamiento de Pla Poveda sobre la clasificación de las habilidades directivas, propone seis habilidades que se agrupan en tres apartados:

- En relación con la dirección de equipo:
 - Liderazgo.
 - Conducción de reuniones.
- En la relación comunicativa con un interlocutor:
 - La negociación.
 - La gestión del conflicto.
 - Técnicas de entrevistas.
- En relación con uno mismo:
 - La gestión del tiempo (16).

Para desarrollar estas habilidades de manera eficaz, el directivo debe poseer una capacidad suficiente de comunicación, siendo esta el nexo común entre las seis planteadas, considerándola como una habilidad transversal.

Los gestores de enfermería, ayudados por las habilidades directivas y al margen del lugar que ocupen en la estructura de la organización, deben dirigir los esfuerzos hacia la consecución de unos objetivos comunes:

- Cumplir las metas de la Organización y de la Dirección de Enfermería.
- Mantener la calidad de la atención al paciente
- Potenciar la motivación del personal y la satisfacción de los pacientes.
- Incrementar las capacidades de las personas.
- Desarrollar el trabajo en equipo.
- Responder a las necesidades de cambio de la Organización y de las personas (16).

Sin olvidar lo anteriormente descrito, para realizar la descripción del puesto de JUE de Quirófanos Centrales B, me he apoyado en el modelo que propone el Proyecto Leonardo da Vinci (17).

Siguiendo las pautas del modelo, he planteado tres ámbitos competenciales:

- Gestionar los cuidados enfermeros.
- Gestionar las personas.
- Gestionar los recursos materiales.

A continuación desarrollo cada uno de estos ámbitos.

GESTIONAR LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Trata de promover los contextos más favorables para el cuidado de la persona.

Las capacidades necesarias para lograr esta competencia son:

- Participar en las políticas del centro.
- Garantizar el respeto a los marcos referenciales y al cumplimiento de las normas y procedimientos que permitan realizar buenas prácticas y obtener resultados de conformidad con un compromiso ético de la persona.
- Garantizar la prestación de cuidados enfermeros de calidad.

Capacidad I. Participar en las políticas del centro.

ACTIVIDADES:

- Colaborar con los objetivos de la Dirección de Enfermería y Jefatura del Área del Bloque Quirúrgico, llevando a cabo todas aquellas actividades que posibiliten la consecución de estos objetivos.
- Elaborar anualmente los objetivos de la unidad, teniendo en cuenta los objetivos institucionales y todos aquellos aspectos que supongan mejoras para la unidad.
- Participar semanalmente en la Comisión de Programación Quirúrgica y en la Comisión Quirúrgica.
- Participar en las reuniones planteadas por la Jefatura de Área del Bloque Quirúrgico:
 - Reuniones programadas mensualmente, en las que participa todo el equipo con carácter general y reuniones particulares relativas al seguimiento e incidencias de la unidad.
 - Reuniones sin programación, monográficas para tratar problemas y necesidades que surjan puntualmente, en unas ocasiones con participación de todo el equipo y en otras con solo una parte del mismo.
- Realizar reuniones semanales con el personal de la unidad que según el tema a tratar, se llevaran a cabo con la totalidad del personal o bien se realizaran reuniones con grupos más reducidos (enfermeras, TCAE, celadores). Estas reuniones se celebrarán los miércoles en horario de 8 a 9, aprovechando la ausencia de actividad quirúrgica, dado que los anestesiistas hacen también su sesión semanal Los contenidos de las reuniones pueden ser para:

- La transmisión de información sobre cambios de actividades a realizar, innovaciones, nuevas normativas,..., provenientes de la Dirección de Enfermería.
 - La recogida de sugerencias sobre diferentes aspectos relacionados con actividades y necesidades de la unidad, tanto asistenciales como docentes.
 - La planificación de los cambios que se vayan a producir en la unidad.
 - La resolución de problemas y conflictos que surjan.
 - La evaluación de resultados conjuntamente o para exponer los resultados obtenidos de las actividades realizadas en la unidad.
 - Reuniones programadas semanalmente que pueden ser de carácter general o relativas al seguimiento de incidencias o tratamiento de un problema o necesidad.
 - Reuniones semanales formativas de temas relacionados con la unidad quirúrgica y las especialidades que en ella se desarrollan.
- Realizar reuniones con los Jefes de los Servicios Médicos en las ocasiones que fuere necesario.
 - Realizar reuniones con otras secciones y unidades del centro cuando la situación lo requiera.
 - Participar en grupos de trabajos institucionales propuestos por la Jefatura de Área del Bloque Quirúrgico o la Dirección de Enfermería.
 - Sustituir a otras JUE cuando así lo indique la Jefatura de Área del Bloque Quirúrgico.

Capacidad II. Garantizar el respecto a los marcos referenciales y al cumplimiento de las normas y procedimientos que permitan realizar buenas prácticas y obtener resultados de conformidad con un compromiso ético de la persona.

ACTIVIDADES:

- Promover la constante mejora de normativas, protocolos y procedimientos que permitan desarrollar buenas prácticas por parte del personal de enfermería para garantizar los resultados esperados por los pacientes.
- Participar en el diseño de instrumentos y procesos asistenciales que garanticen la realización de intervenciones seguras por parte de los profesionales.
- Coordinar y evaluar el cumplimiento de protocolos y procedimientos de la unidad para la realización de las diferentes actividades enfermeras.

- Coordinar y controlar el cumplimiento de las normas institucionales, del centro y de la unidad.
- Solicitar y controlar los accesos a la HCI, de tal forma que toda persona que necesite acceder a los datos del paciente lo pueda realizar.
- Velar por mantener la confidencialidad. Para cumplir con la obligatoriedad de confidencialidad, la solicitud y concesión del acceso a HCI tiene que existir relación exclusiva con el puesto de trabajo que se ocupa.
- Informar al personal de la unidad sobre la utilización que debe hacerse de los datos del paciente.
- Garantizar los derechos de los pacientes.
- Promover relaciones éticas interpersonales.

Capacidad II. Garantizar la prestación de cuidados enfermeros de calidad.

ACTIVIDADES:

- Asegurar que las condiciones de trabajo, tanto ambientales como de recursos, sean adecuadas para que cada profesional de la unidad desarrolle su trabajo en la mejor situación.
- Facilitar la colaboración interdisciplinar para todas aquellas actividades que conlleven la participación de diversos profesionales.
- Asegurar la aplicación del proceso de atención como metodología de trabajo para la prestación de cuidados enfermeros de calidad.
- Evaluar la actividad realizada por el personal de la unidad y sobre los resultados plantear las medidas correctoras que fueran necesarias.
- Colaborar con otras unidades de enfermería para determinadas actividades que se realizan en la unidad y que es preciso organizar o coordinar conjuntamente.
- Garantizar la seguridad de los pacientes mediante prácticas seguras, de acuerdo con el marco planteado por el convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Identificar propuestas de mejora relacionadas con la atención al paciente, con las personas que trabajan en la unidad, con la organización de la unidad y con los recursos necesarios.
- Prestar atención directa y colaborar en los cuidados siempre que la situación lo requiera.

GESTIONAR A LAS PERSONAS

Este apartado tiene que ver con la organización, capacitación, desarrollo, evaluación del desempeño y compensación de las personas de la unidad.

Las capacidades necesarias para lograr esta competencia son:

- Asignar recursos según necesidades.
- Desarrollar estrategias para la organización, planificación y evaluación de los recursos humanos, saber tratar a las personas según sus situaciones y reacciones emocionales.
- Desarrollar la función docente e investigadora.

Capacidad I. Asignar recursos según necesidades.

ACTIVIDADES:

- Calcular los requerimientos de personal teniendo en cuenta la actividad quirúrgica planteada en la unidad.
- Participar en la descripción de puestos de trabajo con todos aquellos organismos que lo requieran.
- Organizar al personal de enfermería según la actividad prevista en los diferentes quirófanos y puestos, según la actividad quirúrgica a desarrollar.
- Controlar el absentismo generado en la unidad.
- Resolver ausencias del personal.
- Planificar vacaciones.
- Autorizar permisos, vacaciones, asuntos propios y salidas del personal.
- Colaborar con el Departamento de Personal en aquellos asuntos que tengan relación con las personas de la unidad.
- Introducir la información generada por vacaciones, horas extras y diferentes permisos en el programa informático SAP.

Capacidad II. Desarrollar estrategias para la organización, planificación y evaluación de las personas.

ACTIVIDADES:

- Dar soporte al equipo de la unidad para que desarrollen sus competencias, proporcionándoles los recursos necesarios.

- Coordinar el ejercicio de los derechos laborales del personal de la unidad.
- Supervisar el cumplimiento de las obligaciones del personal en relación con los horarios, dedicación y permanencia en el trabajo.
- Impulsar los procesos de comunicación entre los profesionales de la unidad.
- Dirigir y coordinar todas aquellas actividades, tareas y funciones que desarrolla el personal de la unidad en su trabajo diario.
- Facilitar la promoción de un clima laboral favorable para el desarrollo de las personas y para mejorar el rendimiento y la productividad.
- Colaborar con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en la aplicación del Plan de Prevención de Riesgos Laborales, en la evaluación de puestos de trabajo, en la valoración ergonómica de lugares de trabajo y en todas aquellas actividades relacionadas con la unidad.

Capacidad III. Saber tratar a las personas según sus situaciones y reacciones emocionales.

ACTIVIDADES:

- Captar los sentimientos y los puntos de vista de las personas que conforman la unidad.
- Mostrar interés activo por las cosas que preocupan al personal.
- Valorar la diversidad, aprovechando las oportunidades que brindan los diferentes tipos de personas.
- Gestionar las situaciones conflictivas, individuales o colectivas que se presenten en la unidad y que tengan que ver tanto con actitudes como con aptitudes en el trabajo desempeñado.

Capacidad IV. Desarrollar la función docente e investigadora.

ACTIVIDADES:

Identificar las necesidades formativas del personal y proponer actividades de formación continuada.

- Colaborar con los responsables de formación en la planificación, organización y difusión de actividades formativas.
- Participar en la orientación del personal de nueva incorporación, colaborando en la información general, realizando formación específica de la unidad y facilitando el reciclaje en la actividad a realizar.

- Colaborar en la formación práctica de estudiantes de Grado de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra y estudiantes de otras entidades docentes.
- Promover y facilitar la asistencia a actividades formativas organizadas por la Dirección de Enfermería, por organismos de la Administración Pública de Navarra o por otros organismos.
- Colaborar en la realización de estancias en otros centros para el aprendizaje de procedimientos innovadores de futura implantación en la unidad.
- Favorecer y coordinar el aprendizaje en la unidad de personas de otros centros que lo soliciten.
- Fomentar la formación polivalente del personal en las distintas actividades realizadas en la unidad.
- Impulsar la autoformación del personal, proporcionándoles artículos e información de interés para su actividad.
- Colaborar en la recogida de información sobre actividades docentes, formativas e investigadoras realizadas en la unidad, para incluirla en la página Web del CHN.
- Apoyar y estimular la investigación basada en la práctica.
- Difundir y aplicar innovaciones y mejoras obtenidas en diferentes investigaciones.

GESTIONAR LOS RECURSOS MATERILES

Esta competencia está relacionada con la adecuación de los medios materiales necesarios para realizar las actividades planificadas.

Capacidad I. Asegurar la planificación, organización, coordinación, previsión y evaluación de los recursos materiales.

ACTIVIDADES:

- Elaborar el Plan Anual de Necesidades de la unidad para la renovación, innovación o ampliación de mobiliario, instrumental y aparataje.
- Seleccionar junto con el personal implicado las características técnicas del material solicitado.
- Revisar y proponer soluciones a los desperfectos en la estructura física de la unidad.
- Proponer la inclusión de nuevos productos necesarios para realizar las actividades planificadas en la unidad.

- Gestionar el material inventariable, fungible e implantable.
- Controlar la adecuada utilización de los recursos materiales y tecnológicos.
- Garantizar el buen funcionamiento de los aparatos, controlando las revisiones periódicas.
- Gestionar los avisos al servicio de Electromedicina y Mantenimiento para las reparaciones que surjan.
- Controlar y firmar los albaranes de entrega de material y aparataje cotejando con las solicitudes realizadas.
- Realizar pedidos de mobiliario, instrumental y aparataje de renovación por deterioro de los mismos.

6.9 Objetivos de la Unidad:

Desde el año 2010, la Dirección de Enfermería ha sido una Dirección participativa por objetivos. Desde entonces, los objetivos se han pactado anualmente con la Dirección de Enfermería. Se detallan a continuación los objetivos de la unidad de los últimos cuatro años.

AÑO 2010

- Implicar al personal de enfermería de asistencia especializada, en el conocimiento del consumo del material fungible utilizado en la unidad y el coste que genera.
 - Analizar los recursos y costes generados en la unidad en relación a las intervenciones.
 - Informe de evaluación elaborado por la JUE.
- Actualizar el procedimiento de recambio de tubuladoras de los respiradores de anestesia.
 - Procedimiento de recambio actualizado y disponible en la unidad.

AÑO 2011

- Posicionar correctamente a la paciente de Cirugía de Mama en la mesa quirúrgica para evitar lesiones musculo-esqueléticas:
 - Realizar plantilla fotográfica de las posiciones quirúrgicas en Cirugía de Mama.
 - Verificar la correcta posición antes de comenzar la cirugía.
 - Revisar la HC en el postoperatorio inmediato.
 - Medición del número de mujeres intervenidas con lesión músculo-esquelética/número de mujeres intervenidas.
- Garantizar la temperatura óptima del paciente durante el perioperatorio:
 - Tomar de temperatura al paciente a su llegada a la unidad, durante la intervención y al abandonar el quirófano.
 - Mantener al paciente caliente durante todo el proceso:
 - ✓ Se mantendrá al paciente tapado.
 - ✓ La mesa quirúrgica estará caliente.
 - ✓ Aplicar durante la intervención sistemas de aire caliente.
 - ✓ Mantener la cama del paciente caliente con sistemas de aire caliente.

- Registrar las mediciones durante seis meses.
- Evitar errores de medicación
 - Identificar la medicación y sus vías de administración por medio de pegatinas con códigos de colores según las normas de la Agencia Americana para la Regulación de los Alimentos y las Medicinas (FDA).
 - Estudiar implantación conjuntamente con la Jefa de Área de Recursos Materiales.
- Implantar LVQ.

AÑO 2012

- Aumentar la seguridad del paciente quirúrgico mediante el seguimiento y control de la esterilidad de las cajas de instrumental.
 - Procedimiento actualizado y disponible en la unidad.
 - Todos los registros de los libros quirúrgicos de todos los quirófanos de la unidad.
- Establecer un sistema de identificación del traslado del paciente quirúrgico de la unidad de origen al quirófano, para garantizar la correcta identificación del paciente quirúrgico.
 - Elaborar las tarjetas de identificación.
- Valorar si la actuación enfermera contribuye a disminuir la ansiedad del paciente antes del procedimiento quirúrgico, a través de una adecuada comunicación entre el paciente y el personal de enfermería.
 - Modificar el proceso de atención en el antequirófano.
 - Medición del número de observaciones con intervención enfermera/número de observaciones totales.
- Reducir en un 0,5% el coste del material sanitario utilizado en la unidad, en concreto: contenedor desechable para objetos punzantes de 60 litros, Instrunet Anioxide 1000® y el uso de la esterilización para las bateas de anestesia.
 - Coste del material sanitario de la unidad.
 - Coste del material sanitario/número de intervenciones.
- Contribuir mediante la actividad asistencial del equipo de enfermería a la consecución de la actividad del servicio.
 - Número de sesiones quirúrgicas.
- Elaboración de un Manual de Enfermería Quirúrgica para el personal de nueva incorporación.

- Implantación del sistema de código de barras para petición del material.

AÑO 2013

- Contribuir mediante la actividad asistencial del equipo de enfermería a la consecución de la actividad del servicio.
 - Actividad.
- Utilizar racionalmente el material sanitario manteniendo y/o disminuyendo el coste de material fungible por estancia y/o actividad.
 - Identificación del precio/producto de mayor uso.
 - Utilización adecuada del producto a la necesidad.
 - Stock de material adecuado al consumo de la unidad.
 - Control de caducidad de los productos de alto coste.
- Cumplimentar los items del LVQ quirúrgico que dependan de enfermería.
 - Número de registros realizados.
- Comprometerse y facilitar una adecuada transferencia en la reorganización de las especialidades en la unidad.
 - Actualización de procedimientos específicos de las nuevas especialidades atendidas en la unidad.
 - Disposición de los materiales fungibles e inventariables necesarios.
 - Formación de los profesionales en las especialidades afectadas por el cambio.
 - Gestión de los desplazamientos necesarios vinculados al cambio de actividad en la unidad.
- Prevenir la formación de úlceras por presión (grado 1), derivadas del acto quirúrgico de la Nefrectomía Parcial Abierta y Laparoscópica, mediante la elaboración de una plantilla fotográfica del posicionamiento quirúrgico en dichas intervenciones.
 - Evitar lesiones músculo-esqueléticas derivadas de una posición no correcta en su totalidad. La plantilla fotográfica servirá como guía para posicionar correctamente al paciente.
- Racionalización de una encuesta de satisfacción de los usuarios.
- Registro de incidencias en el parte quirúrgico por especialidad quirúrgica.

La consecución de los objetivos facilita la continuidad de cuidados. Se realizan con la participación e implicación de todo el personal de la unidad. Al final de cada año, se evalúan junto con la Dirección de Enfermería teniendo en cuenta:

- Los objetivos cuantitativos: para cada objetivo se calcula la diferencia entre lo pactado y lo conseguido en términos de porcentaje.
- Los objetivos cualitativos: aquellos objetivos que precisan la presentación de los documentos con la información solicitada o necesaria, se dan como cumplidos.

A lo largo de estos años, casi la totalidad de los objetivos se han cumplido al 100% y el resto han sido favorables. Todos han supuesto un ejercicio de trabajo en equipo, una mejora continua en los cuidados ofertados y una búsqueda de la más alta calidad y seguridad, realizando una gestión de recursos eficiente. Ciertamente es que han supuesto en algún momento un esfuerzo extraordinario, que ha sido del todo recompensado con los buenos resultados obtenidos en cuanto a mejoras en los cuidados ofertados y en la organización de la unidad.

7. ANÁLISIS ESTRATÉGICO-MATRIZ DAFO

Una vez descrito el entorno inmediato, la estructura, los recursos y la actividad de la Unidad de Quirófanos Centrales B, es preciso realizar un análisis estratégico y a partir del mismo, plantear posibles áreas de mejora. Este análisis pretende obtener una perspectiva de los condicionantes en el presente y futuro de la unidad.

Para realizar este análisis, se utiliza la matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) como metodología para formular las estrategias o áreas de mejora. La matriz DAFO es una estructura conceptual para el análisis sistemático que facilita la comparación de las amenazas y oportunidades externas, con las fortalezas y debilidades internas de la Organización.

El análisis interno pone de manifiesto las fortalezas y debilidades de la unidad, permitiendo el conocimiento de las habilidades y carencias, para hacer frente al entorno exterior.

El análisis externo facilita la identificación de amenazas y oportunidades del medio, permitiendo conocer los problemas a afrontar así como las posibles soluciones o retos.

A continuación se presenta un cuadro resumen del análisis realizado.

AMENAZAS	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica. • Envejecimiento población. • Mayor exigencia en la atención. • Sistema de contratación actual. • Imposibilidad de gestionar el conocimiento. • Comunicación vertical con Sala de Despertar, CMA y Esterilización. • Ingresos en el mismo día de pacientes con intervenciones complejas. • Traslados interhospitalarios de larga duración. • Sistema de envío de muestras con problemas de funcionamiento. • Escasa comunicación con el Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad. • Ausencia de reuniones periódicas con los Jefes de Servicio Médico. • Ausencia de protocolo de mantenimiento de aparataje. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal altamente cualificado. • Cuidados técnicos y humanos de calidad. • Potencial de trabajo en equipo. • Colaboración en los proyectos y objetivos de la unidad. • Adaptación a los cambios derivados de la unificación. • Sesiones de formación multidisciplinar. • Óptima relación entre el equipo. • Comunicación fluida con la JUE. • Comunicación fluida con Dirección de Enfermería y con el resto de servicios. • Objetivos de la unidad pactados con la Dirección de Enfermería. • Técnicas, procedimientos y protocolos existentes en la unidad. • Zonas de trabajo bien estructuradas y organizadas. • Adecuado control de materiales fungibles y protésicos. • Sistema de petición de materiales por código de barras. • Sesiones semanales, formativas e informativas sistemáticas.
OPORTUNIDADES	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Salud 2014-20. • Política de Salud. • Moderno sistema de gestión sanitaria. • Formación continuada. • Reuniones sistemáticas con Dirección de Enfermería. • Página Web el CHN. • Proximidad de los Servicios de UCI y Radiología. • Nuevo Bloque Quirúrgico. • Suministro fluido de materiales. • Unificación de los servicios. • Grupos de Trabajo de Mejoras. • Programa de Seguridad Transfusional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias arquitectónicas con deterioro del recinto quirúrgico. • Material y aparataje muy complejo. • Incorporación continua de nuevos materiales y aparataje. • Ausencia de sistema transfer. • Sistema de climatización antiguo. • Retrasos en el comienzo de la actividad quirúrgica. • Intervenciones complejas donde los pacientes requieren muchos cuidados. • Escasa comunicación con el exterior. • Rotación considerable del personal. • Formación no realizada por el propio personal de la unidad. • Ausencia de Registro de Enfermería Quirúrgica. • Ausencia de impreso de solicitud de paciente.

ANÁLISIS EXTERNO

Amenazas

Sociedad:

- La actual crisis económica, obliga a una contención del gasto sanitario.
- Envejecimiento de la población, lo que se traduce en un aumento de patologías crónicas, lo que aumenta el requerimiento de cuidados de estos pacientes.
- Paciente más informado y más exigente con la asistencia recibida.

Sistema de contrataciones:

- El sistema de contratación actual vigente, no favorece las necesidades asistenciales.
- Imposibilidad de gestionar adecuadamente el conocimiento de los profesionales.

Estructura arquitectónica:

- Comunicación vertical con la Sala de Despertar a través de un ascensor (de los dos existentes en el edificio) además de tener que recorrer el pasillo de acceso a los Quirófanos de Urgencias B para llegar a ella. El hecho de que se encuentra en el piso inferior, hace que el traslado de los pacientes recién intervenidos sea más laborioso y requiera estar disponible de inmediato uno de los dos ascensores que comunican la unidad con el resto del CHN, normalmente saturados. Esto afecta a las circulaciones adecuadas en la unidad quirúrgica, pues hace que celadores y anestesistas, deban salir de la unidad vestidos con la indumentaria quirúrgica.
- La ubicación del servicio de Esterilización en el edificio maternal, es decir, comunicación vertical y en el otro edificio del Hospital B, lo que alarga los tiempos de envío y recepción del instrumental, y aumenta los eslabones del proceso.
- La Unidad de CMA se encuentra en el tercer piso del edificio maternal, con lo que los desplazamientos son largos y dilatados en el tiempo. Exige una coordinación máxima para ajustar los tiempos quirúrgicos en pacientes

usuarios de CMA, como son la mayoría de pacientes de la especialidad de Oftalmología.

Ingresos:

- Llegada del paciente a planta procedente de admisión poco antes de las ocho de la mañana, lo que provoca que, entre la recepción del paciente, la preparación quirúrgica y el cambio de turno de enfermería, se imposibilite que la intervención pueda empezar a primera hora del parte.

Celadores:

- Los celadores tienen que desplazarse un trayecto de veinte minutos cuando tienen que entregar una biopsia intraoperatoria en Anatomía Patológica del Hospital A, lo que conlleva que en la unidad haya un celador menos durante mínimo un intervalo de cuarenta minutos. Sin qué decir si hubiese que mandar varias biopsias intraoperatorias en momentos diferentes.

Muestras biológicas:

- El nexo de unión con el Laboratorio y Anatomía Patológica, a través del sistema neumático por parte de todo el CHN sin preferencia para servicios especiales y urgencias, hace que se demore muchísimo el envío de piezas de anatomía y muestras de laboratorio, sea cual fuere su nivel de urgencia. Ocurre que el sistema está frecuentemente saturado y sufre continuas averías. Normalmente para el envío de una muestra, obliga a esperas de entre doce a quince minutos para la salida del envío, haciendo que la enfermera circulante abandone el quirófano durante ese tiempo hasta cerciorarse que el envío ha sido efectuado. Además es de reseñar las numerosas llamadas que se deben efectuar para la comprobación de la llegada de las muestras.

Comunicación con otros servicios:

- Escasa comunicación con el Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad.
- Ausencia de reuniones periódicas con los Jefes de Servicio Médico para optimizar el rendimiento quirúrgico.
- Ausencia de normativa y protocolos de reparación y revisiones de mantenimiento del mobiliario quirúrgico y aparataje.

Oportunidades

Ámbito político:

- Plan de Salud 2014-20 dirigido a la seguridad del paciente como una prioridad del plan, pretendiendo además que las acciones relacionadas con ella, se integren e impregnen el resto de áreas estratégicas, de manera que constituyan un valor. Además este plan esta dirigido a la mejora de la atención, de los cuidados y de los servicios prestados.
- Las políticas de salud van orientadas hacia la actuación sobre los factores que afecten a la salud, trascendiendo el sistema sanitario, para convertirse en una política global intersectorial.
- Los principios de eficiencia social, descentralización, calidad y humanización de la asistencia sanitaria, participación, libertad, planificación y utilización de los recursos sanitarios, orientan hacia un moderno sistema de gestión sanitaria en el cual, desde una actuación autónoma y participativa de los servicios sanitarios, se utilicen eficientemente todos los recursos sanitarios disponibles por los responsables de la sanidad pública.

Formación:

- Programas de formación continuada para los profesionales. Fomento, potenciación y facilitación de acceso a formación por parte de la unidad de Desarrollo en Cuidados e Innovación.

Comunicación con otros equipos:

- Reuniones mensuales con la Dirección de Enfermería.
- Página web del CHN, que favorece la comunicación enfermera y la distribución de información.

Estructura arquitectónica:

- Proximidad de los Servicios de Radiología y UCI.
- La construcción del nuevo Bloque Quirúrgico, que sustituirá a la actual Unidad de Quirófanos Centrales B.

Recursos materiales:

- Suministro fluido de materiales de almacén y farmacia. Pedidos a demanda de compras directas.

Personal:

- La unificación ha hecho posible que se mezcle el personal de enfermería TCAE y celador contratados de ambos centros, lo que ha enriquecido la actividad y ha ayudado a la unificación de procedimientos. Igualmente ha permitido gestionar materiales, aparataje y conocimiento, que de otra forma no hubiera sido posible
- Existencia de Grupos de Trabajo para la mejora de los servicios y atenciones prestadas.
- Implantación del programa de Seguridad Transfusional.

ANÁLISIS INTERNO

Debilidades

Estructura arquitectónica:

- Inexistencia de una sala de información y espera de familiares, teniendo que dar información relevante y delicada en la puerta de entrada a la unidad y los familiares deben esperar en la propia habitación del paciente.
- Inexistencia de un aseo para los pacientes que se van a intervenir con anestesia local, siendo la mayoría de estos pacientes de la especialidad de Urología.
- Inexistencia de almacenes adecuados para el material fungible y el aparataje, lo que conlleva a la dispersión de los mismos y dificulta su acceso y localización.
- Ausencia de una zona de vertedero adecuada, aislada y alejada de los quirófanos.
- Ausencia de una sala adecuada de reuniones y trabajo.
- Ausencia de espacio en las intermedias sucias para el lavado y preparación del instrumental.
- No existe puerta de evacuación de emergencia, hay una única puerta de entrada y salida de la unidad.

- Son quirófanos con escasa iluminación, lo que dificulta sobre todo, la labor de las enfermeras instrumentistas que tiene problemas para acomodar la visión cuando están instrumentando.
- Las paredes de los quirófanos no están plomadas y la actividad radiológica es importante con dos especialidades con actividad radiológica diaria, Traumatología y Urología.
- Las dimensiones reducidas del quirófano número cinco y la falta en ese mismo quirófano del antequirófano pertinente, condicionan la actividad que en él se realiza, así como que los pacientes a intervenir en este quirófano deban esperar en el pasillo central.

Por encontrarse fuera de la alineación de los quirófanos, no tiene conexión directa con la intermedia limpia y sucia correspondiente, aumentando los desplazamientos y salidas del personal enfermero.

Es en este quirófano, el más alejado de la puerta de entrada, donde se realizan hasta veintidós procedimientos diarios con anestesia local, teniendo que recorrer los pacientes todo el pasillo limpio hasta llegar a él.

- Continuos deterioros generales del recinto quirúrgico, debido a que lleva 41 años funcionando, sin apenas obras de adecuación. Toda la estructura en sí es muy antigua, lo que condiciona la actividad que en ella se realiza

Recursos Materiales:

- Existencia de material y aparataje de uso específico, poco común y de alta complejidad y avanzada tecnología.
- Incorporación continuada de nuevo material y aparataje.
- Ausencia de un sistema de transfer, para impedir que entren las camas de los pacientes a los quirófanos.
- Escasez de taquillas y la existencia de un solo baño, para el aumento cada vez más notable, de profesionales femeninos.
- Sistema de climatización antiguo, que dificulta alcanzar la temperatura y humedad óptima en los quirófanos, dependiendo de la temperatura exterior.

Servicios de Apoyo:

- Ausencia de normativa y protocolos de revisiones que regulen el mantenimiento y la demanda de reparaciones ordinarias del mobiliario quirúrgico y del aparataje.

Actividad:

- Desde que llegase a la unidad la actividad de Traumatología diferida se ha dado que:
 - El comienzo del parte quirúrgico se realiza con retraso, debido a que no es un parte programado y frecuentemente, los pacientes tienen situaciones clínicas a resolver antes de la intervención quirúrgica o no ha dado tiempo de realizarles el preoperatorio.
 - Es una especialidad que moviliza mucha cantidad de instrumental y muy complejo, con grandes cargas de trabajo para todos los componentes del equipo quirúrgico y que requieren un conocimiento exhaustivo de técnicas e instrumental.
 - Los pacientes requieren muchos cuidados debido a su edad avanzada o a sus problemas o situaciones clínicas añadidas.
 - Incluso los requerimientos anestésicos son mayores debido a la frecuencia de realización de plexos para anestesia locorregional.

Relaciones:

- El hecho de ser una unidad cerrada con un alto nivel de estrés y gran número de personal y en turno fijo, puede favorecer la aparición de conflictos y que estos permanezcan en el tiempo.

Formación enfermera quirúrgica:

- En los últimos años la rotación del personal de enfermería en la unidad, ha sido considerable. La preparación de una enfermera quirúrgica es muy compleja, es necesario invertir mucho tiempo y dedicación, lo que supone un incremento importante de la actividad para todo el personal.
- La formación que se imparte en la unidad no es realizada por el propio personal enfermero, a pesar de que el capital de conocimiento entre el personal que trabaja en la unidad, es muy variado y extenso.

Registros:

- Ausencia de un registro adecuado de las actividades de las enfermeras quirúrgicas, que permitiría trasladar la información a la enfermera de la Sala de Despertar, UCI, CMA y planta de hospitalización, de lo acontecido durante el proceso quirúrgico, lo que favorecería la continuidad de cuidados.

- Ausencia de un impreso adecuado para la petición del paciente, que registre la unidad peticionaria, la persona responsable de la confirmación del traslado a quirófano y la entrega de la HC y documentación necesaria.

Fortalezas

Personal:

- Personal altamente cualificado con un elevado nivel de conocimientos y dilatada experiencia. Capital humano, comprometido y entregado con su trabajo. Motivado en:
 - Ofrecer unos cuidados humanos y técnicos de calidad.
 - Adquirir nuevos conocimientos y habilidades.
 - Potencial de trabajo en equipo.
 - Colaborar en la consecución de los objetivos y proyectos de la unidad.
 - Aceptación y adaptación a los continuos cambios derivados de la continuidad en la unificación.
 - Realizar sesiones de formación conjunta con el personal médico de las diferentes especialidades.
- Disposición diaria de todo el personal para la prolongación de jornada.

Comunicación con otros equipos:

- Buena relación entre los componentes del equipo quirúrgico.
- Comunicación fluida de todo el personal que trabaja en la unidad, con la JUE.
- Comunicación fluida con la Dirección de Enfermería.
- Óptima comunicación con el resto de servicios de la Organización.
- Objetivos de la unidad pactados con la Dirección de Enfermería.

Herramientas asistenciales:

- La existencia en la unidad de técnicas, procedimientos y protocolos que son actualizados anualmente.

Estructura arquitectónica:

- Zonas de trabajo bien estructuradas y organizadas.

Recursos materiales:

- Buen control de materiales fungibles, protésicos y almacenes.
- Sistema de pedido de materiales a través de código de barras.

Formación:

- Sesiones semanales programadas informativas y/o formativas.

Posibles áreas de mejora

Nada puede considerarse como algo terminado o mejorado de forma definitiva. Estamos inmersos en un continuo proceso de cambio, de desarrollo y de posibilidades de mejorar. La vida no es algo estático, sino más bien un proceso dinámico en constante evolución, como parte de la naturaleza del universo. Y este criterio se aplica tanto a las personas, como a las organizaciones y sus actividades.

El esfuerzo de mejora continua, es un ciclo interrumpido, a través del cual identificamos un área de mejora, planeamos cómo realizarla, la implementamos, verificamos los resultados y actuamos de acuerdo con ellos, ya sea para corregir desviaciones o para proponer otras metas más retadoras.

Este ciclo permite la renovación, el desarrollo, el progreso y la posibilidad de responder a las necesidades cambiantes de nuestro entorno, para dar un mejor servicio o producto a nuestros clientes o usuarios.

Para elaborar las propuestas de mejora, se debe tener en cuenta la visión, misión y valores de la unidad, identificando así tres grupos de protagonistas, el paciente, el profesional y la Organización.

La atención integral al paciente con la máxima calidad, velando por su seguridad a lo largo de todo el proceso quirúrgico, es el fin último de nuestros cuidados. Todo ello sin olvidar que son los profesionales de la unidad los que prestan dichos cuidados de calidad, y que para que esto sea posible, el cuidado comienza en ellos, en el sentido de procurarles las herramientas necesarias, un entorno de trabajo favorable y la atención personal, como profesionales y antes, como personas.

Este análisis DAFO por tanto, es una herramienta de gran utilidad para la toma de decisiones y la formulación de objetivos. Así pues, para la formulación de las áreas de mejora, nos basaremos en una clasificación de cuatro áreas o grupos:

- Actividad asistencial.
- Recursos humanos.
- Servicios ofertados.
- Recursos materiales y estructurales.

Como puede comprobarse en el análisis, son varias las áreas posibles de mejora, pero atendiendo a la realidad en la consecución de las posibles soluciones, todas las posibles áreas de mejora en cuanto a estructura física se refiere, se solucionarían con la no muy lejana apertura del nuevo Bloque Quirúrgico, dotado con ocho quirófanos y una estructura moderna, adecuada a las necesidades actuales de la actividad quirúrgica.

Priorizando en aquellas áreas de mejora que supongan unos cuidados de mayor calidad y seguridad, las propuestas de mejora irán encaminadas a:

- Los cuidados que se brindan al paciente: documento de Registro de la Enfermera Quirúrgica para favorecer la continuidad de cuidados.
- Los profesionales:
 - Reestructuración de las actividades de la enfermera de anestesia.
 - Sesiones formativas realizadas Par-Por Enfermeras.
- La organización de la unidad:
 - Impreso de solicitud del paciente quirúrgico
 - Definición de objetivos de la unidad para el año 2014.
- La actividad quirúrgica: sesiones con los diferentes Jefes de Servicio Médico para optimizar el rendimiento de los quirófanos.
- Relaciones con los servicios de apoyo: sistema de revisión y mantenimiento de la unidad y del aparataje.

8. PROPUESTAS DE MEJORA

8.1 Documento de Registro de Enfermería Quirúrgica

Los primeros registros de enfermería de los que se tiene conocimiento, provienen de la época de Florence Nightingale, quien durante la guerra de Crimea, llevó a cabo las primeras anotaciones de las condiciones de salud de los soldados heridos. Desde entonces se estableció que el adecuado manejo de la información, permite mejorar la práctica enfermera (18).

En la actualidad, una de las prioridades de los sistemas de salud de todo el mundo, es brindar servicios con altos estándares de calidad, en los cuales el personal de enfermería tiene un papel indispensable y valioso. Uno de los instrumentos utilizados frecuentemente por las agencias internacionales certificadoras de calidad para evaluar la eficacia de la atención asistencial brindada, es el análisis de la HC, dentro del cual los registros de enfermería son elementos que reflejan la profesionalidad documentada del quehacer cotidiana.(19).

La HC del paciente, es el documento en el que los cirujanos y anestesistas que intervienen en la actividad quirúrgica, registran su actividad.

La responsabilidad legal de las actuaciones enfermeras está regulada por la legislación vigente y por el propio Código Deontológico de la Enfermería Española, que en su capítulo V regula la responsabilidad del profesional con los registros de enfermería.

Es mucho el trabajo que realiza la enfermera quirúrgica en la Unidad de Quirófanos Centrales B de forma autónoma y que bien por falta de un documento destinado a tal fin o por la actividad frenética del quirófano, quedan sin registrar, no pudiendo garantizar la continuidad de cuidados. Es por ello que la creación de un Registro de Enfermería Quirúrgica, es ya hoy una necesidad latente.

La enfermera desarrolla su labor durante el pre, intra y postoperatorio inmediato, acompañando al paciente durante todo el proceso quirúrgico, pero todo ello no consta en ningún documento, porque no se registra, a excepción de los pocos datos que se incluyen en el libro quirúrgico, pero que no trascienden a las enfermeras de las unidades de destino del paciente para dar continuidad al cuidado. Es por ello que el trabajo realizado que no es registrado, es trabajo oficialmente no realizado, sin posibilidad de demostrarlo, analizarlo, ni evaluarlo, es un trabajo además que no

favorece la continuidad de los cuidados y el desarrollo de la profesión enfermera y que en un momento dado, no podemos demostrar legalmente.

Es por todo lo anterior mencionado, que una de las más importantes áreas de mejora en nuestra unidad, debe ser la creación de un documento de Registro de Enfermería Quirúrgica estructurado, lo que favorecería las pautas a seguir, y en el que se incluirían los datos procedentes de HC, los resultantes de la entrevista de enfermería con el paciente a su llegada a quirófano, los derivados de la observación directa del paciente y los extraídos del propio desarrollo de la actividad de la enfermera quirúrgica. Sería así, un nexo de unión con la enfermera de Sala de Despertar, UCI, planta o CMA, lo que resultaría en un mayor conocimiento del paciente, de sus necesidades y de los cuidados prestados. Esto favorecería el desarrollo de la evaluación de los cuidados enfermeros, lo que se traduciría en la garantía de la calidad de los mismos de cara al paciente, el poder personalizar nuestra atención y el desarrollo de los cuidados enfermeros en el área quirúrgica, es decir, el desarrollo de su rol autónomo y por tanto, el desarrollo de la enfermera quirúrgica.

La cumplimentación de este documento, permitiría la integración de la información y su posterior explotación, y si se hace de manera informática, mejoraría la legibilidad de la misma, el acceso a la información, la durabilidad y un mejor análisis y explotación de los datos, gracias a la tecnología, aunque esto sería en un futuro, cuando el registro de los cuidados en soporte papel estuviese implementado y evaluado.

Así mismo supondría un documento de validez legal para demostrar los cuidados enfermeros en la unidad quirúrgica.

Objetivos

Objetivo General:

- Creación de un Registro de Enfermería Quirúrgica para asegurar la continuidad del cuidado de la enfermería quirúrgica, en todos los pacientes que van a ser intervenidos con anestesia general, en la Unidad de Quirófanos Centrales B.

Objetivos específicos:

- Disponer de una herramienta para la continuidad asistencial.
- Establecer un canal de comunicación entre las enfermeras quirúrgicas y las de los servicios de destino del paciente quirúrgico.
- Minimizar y controlar los factores de riesgo que influyen en la seguridad del paciente.
- Disminuir la variabilidad en la práctica de la enfermera quirúrgica.
- Garantizar la calidad y el desarrollo de los cuidados enfermeros quirúrgicos.

Metodología

- Creación de un grupo de trabajo, previa selección de profesionales enfermeros, por la JUE de los Quirófanos Centrales B, de entre los profesionales que se presten voluntarios, y que cumplan con los criterios de situación laboral fija con una antigüedad mínima en el servicio de cinco años. Primeramente se realizará una sesión informativa del proyecto en las unidades seleccionadas según relación directa con la Unidad de Quirófanos Centrales B: Sala de Despertar, Quirófano de Urgencias B (por las eventuales reintervenciones), UCI B, CMA y 4ª Planta General del Hospital B (en esta planta están hospitalizadas las pacientes de Cirugía de Mama, especialidad que interviene en nuestra unidad los cinco días de la semana), que son normalmente las mayores receptoras del pacientes intervenidos en la Unidad de Quirófanos Centrales B.

En estas sesiones participaran los siguientes profesionales:

- Una enfermera de anestesia, una circulante y una instrumentista de Quirófanos Centrales B.
- Una enfermera del Quirófano de Urgencias B.
- Una enfermera de UCI B.
- Una enfermera de la Sala de Despertar B.
- Una enfermera de la 4ª Planta General del Hospital B.
- Una enfermera de CMA.
- Una enfermera Jefe de Unidad de Quirófanos Centrales B:

La metodología empleada será la realización de sesiones grupales y el registro de las aportaciones en dichas sesiones. Se llevarán a cabo 5 reuniones con el grupo de enfermeras seleccionadas, los miércoles en horario de ocho a nueve de la mañana, con una duración de una hora. Estas reuniones se distribuirán de la siguiente manera:

- Sesión informativa del proyecto a los profesionales seleccionados: justificación, objetivos y metodología. Motivar e implicar al personal.
- Sesión de revisión bibliográfica sobre registros enfermeros en unidades quirúrgicas.
- Sesión de aportaciones individuales de cada profesional enfermero perteneciente al grupo de trabajo sobre el tema en cuestión.
- Sesión de síntesis y consenso sobre la información que debe recoger el registro.
- Creación del documento de Registro de la Enfermera Quirúrgica.

Seguidamente se procederá a la implementación del pilotaje del documento de Registro de la Enfermera Quirúrgica:

- Experiencia piloto de la implementación del documento de Registro de Enfermera Quirúrgica, en el quirófano número tres de la unidad, dedicado a la actividad quirúrgica de Cirugía de Mama en todas las pacientes intervenidas con anestesia general durante un período de tres meses.
- El registro del documento se iniciará en la Unidad de Quirófanos Centrales B, con continuidad en las unidades elegidas: UCI B, Sala de Despertar B, CMA y 4ª Planta General del Hospital B. El documento una vez finalizado el ingreso, se enviará a la atención de la JUE de Quirófanos Centrales B, para su custodia, recopilación y evaluación por parte del grupo de trabajo.

Evaluación de los resultados de la implementación de la prueba piloto:

- Cumplimentación del documento de registro superior al 75%.
- Valoración de la utilidad en relación a los objetivos planteados, por parte de las enfermeras que han cumplimentado el registro, y que pertenecen al grupo de trabajo.
- Propuestas de mejora del documento del registro.
- Creación del documento de Registro de Enfermería Quirúrgica definitivo (Anexo 12).

Si la evaluación es positiva en términos de crear un canal de comunicación de cuidados, facilitar a las enfermeras la continuidad de esos cuidados, aumentar la seguridad del paciente y disminuir la variabilidad de la práctica de la enfermera quirúrgica, procederemos a su implementación en todos los pacientes intervenidos en la Unidad de Quirófanos Centrales B, aunque previamente se realizarán:

- Sesiones para informar al personal de todas las unidades de destino de pacientes: Sala de Despertar, UCI, hospitalización y CMA.
- Reunión informativa con todo el personal de la Unidad de Quirófanos Centrales B.
- Validación del documento de Registro de la Enfermera Quirúrgica con la Dirección de Enfermería.
- Delimitar el seguimiento y evaluación de los resultados mensualmente.
- El documento será incluido en inicio, en el control de enfermería de la Unidad de Quirófanos Centrales B. Una vez intervenido el paciente, irá junto con la HC en soporte papel. Será utilizado en primera instancia por las enfermeras de la Sala de despertar, UCI o CMA y posteriormente por la enfermera de planta, que podrá incluir los cuidados comenzados en quirófano en el Programa Irati, que es un programa para la aplicación de gestión de cuidados de enfermería y continuarlos.
- Tras la implementación, se estudiará junto con la Dirección de Enfermería y la Sección de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad, la posibilidad de realizar el registro del documento de manera informático y poder incluirlo en la HCI del paciente.

Cronograma

DIAGRAMA DE GANTT

	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	6ª S	7ª-19ª S	20ª S	21ª S	22ª S	23ª S	24ª S
Sesión informativa del proyecto en las unidades seleccionadas												
Composición del grupo de trabajo												
Sesión informativa del proyecto a los profesionales seleccionados												
Sesión de revisión bibliográfica sobre Registros Enfermeros en unidades Quirúrgicos.												
Sesión de aportaciones individuales de cada profesional enfermero												
Sesión de síntesis y consenso sobre la información que debe recoger el registro.												
Creación del documento de Registro de la Enfermera Quirúrgica												
Experiencia piloto de la implementación del documento de Registro de Enfermería Quirúrgica												
Evaluación de los resultados obtenidos de la implementación												
Creación del documento de Registro de Enfermería Quirúrgica definitivo												
Sesiones informativas para formar al personal de las unidades seleccionadas												
Reunión formativa a todo el personal de la Unidad de Quirófanos Centrales B												
Inclusión del Registro en la documentación utilizada por la enfermería en la Unidad de Quirófanos Centrales B												
Estudio junto con la Dirección de Enfermería y la Sección de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad del CHN de su inclusión en HCI												

Evaluación

- Número de pacientes intervenidos en la unidad con documento de Registro de Enfermería Quirúrgica cumplimentado/ Número total de pacientes intervenidos en la unidad, por 100.
Estándar del 100%.
- Realizar una encuesta (pendiente de diseño) para evaluar la comunicación de los cuidados entre las enfermeras quirúrgicas y la de los servicios de destino del paciente quirúrgico, evaluando el resultado de los datos extraídos de estas encuestas.

8.2 Reestructuración de las actividades de la enfermera de anestesia

La formación, homologación y oficialidad de la formación de especialidad en enfermería quirúrgica viene desde lejos y sigue sin resolverse.

En Europa sólo hay tres países en los que no existe una especialización de enfermería de anestesia (España, Grecia y Croacia) (20). Esto lleva a no poder definir en cuanto a tareas y funciones se refiere, el quehacer de una enfermera quirúrgica en relación a la anestesia, a diferencia de lo que sucede en la mayoría de países europeos y de los Estados Unidos. En estos países, la enfermera de anestesia es una enfermera cualificada y especializada en el ejercicio de la práctica anestésica y su preparación es tal, que está capacitada para proveer o participar en la realización de técnicas avanzadas o especializadas, así como en la aplicación de diferentes técnicas analgésicas. La falta de desarrollo de las especialidades de enfermería en nuestro ámbito, hace que en la actualidad sólo cabe la especialidad de enfermería médico-quirúrgica (21).

La anestesia es una especialidad médica que trata de proteger al enfermo durante todo el proceso quirúrgico. Dentro de esta especialidad, hace pocos años que se han incorporado los profesionales de enfermería y ha pasado de ser una especialidad exclusivamente practicada por personal médico y dirigida a facilitar la realización de actos quirúrgicos, a ser una rama donde la enfermera desarrolla un papel como ayudante de anestesia. Pero no podemos quedarnos en meros ayudantes de anestesia, de apoyo al acto anestésico, debemos potenciar el rol autónomo de la enfermera quirúrgica de anestesia. De todos los puestos de la enfermera quirúrgica, es quizás, la enfermera de anestesia, la más dependiente de la actividad del profesional médico en nuestro ámbito.

La Asociación Internacional de Enfermería de Anestesia (IFNA) define a la enfermera de anestesia como: “Una enfermera que provee o participa en la realización de técnicas avanzadas o especializadas y servicios de anestesia a pacientes que requieran de los mismos, cuidados respiratorios, resucitación cardiopulmonar y/o, otras emergencias o servicios de mantenimiento de la vida cuando sea necesario”.

La enfermera de anestesia es aquella que a partir de la aplicación de las bases comunes de la enfermería, desarrolla actividades propias y específicas que exigen una determinada capacitación para poder ser aplicadas. Y de eso versa esta

propuesta de mejora, de desarrollar esas actividades propias y específicas de la enfermera de anestesia, y no ser mayoritariamente, una ayudante o colaboradora del anestesista, se debe desarrollar y potenciar el rol autónomo de las enfermeras de anestesia, desarrollando y potenciando aquellas actividades autónomas y específicas de la profesión enfermera.

Para ello, debemos reestructurar las actividades de la enfermera de anestesia que hemos descrito anteriormente en la Memoria en el apartado “Puestos de trabajo”, describiendo las áreas a desarrollar y potenciar por las enfermeras de anestesia, acompañando esta reestructuración de una distribución por tipo de intervención quirúrgica.

Objetivos

Objetivo general:

- Reestructurar las actividades de la enfermera de anestesia en quirófano, para potenciar su autonomía y desarrollar actividades que resulten en unos cuidados de alta calidad centrados en la atención directa e integral al paciente.

Objetivos específicos:

- Potenciar el cuidado directo de enfermería al paciente durante todo el proceso perioperatorio.
- Delimitar las actividades de atención indirecta a través de colaboraciones, en aquellas actividades que puede realizar el propio anestesista.
- Conseguir reducir el grado de preocupación y el nivel de ansiedad del paciente gracias a al desarrollo del cuidado directo.
- Orientar los cuidados de manera individualizada y personalizada.

Metodología

A través de la creación de un grupo de trabajo con sesiones grupales de estudio de la situación y propuestas de cambio, análisis de los tiempos que la enfermera de anestesia dedica a cada actividad o cuidado, y estudio de reestructuración de las mismas.

La primera acción a realizar es:

- Creación de un grupo de trabajo compuesto por la JUE de los Quirófanos Centrales B, las cuatro enfermeras de anestesia de la unidad, y dos enfermeras quirúrgicas circulantes de la unidad. En la sesión de creación del grupo, se explicará la propuesta de mejora, en cuanto a justificación se refiere, trasladando en todo momento la motivación por conseguir desarrollar el rol autónomo de la enfermera de anestesia y potenciando a su vez la calidad de los cuidados directos que ofrece la enfermera quirúrgica de anestesia. Deben participar enfermeras circulantes, porque son las que deben ayudar al anestesista en caso de no estar presente la enfermera de anestesia.
- En la siguiente reunión, se realizará una revisión bibliográfica de la evidencia científica sobre el desarrollo autónomo del trabajo de la enfermera quirúrgica de anestesia y se recogerán todas las aportaciones al respecto de las enfermeras que componen el grupo.
- De los resultados de la revisión bibliográfica y aportaciones individuales, se hará una comparativa entre las acciones que de normal realiza la enfermera de anestesia, con aquellas que se deben potenciar como cuidado directo al paciente y desarrollo de la autonomía de la enfermería de anestesia, consensuando la priorización de esas acciones.
- Se realizará una recogida de datos durante dos semanas por parte de dos enfermeras de anestesia de los datos referentes a:
 - Tiempo asignado a la realización de cuidados directos e indirectos al paciente.
 - Tiempo asignado a la realización de colaboración y ayuda al anestesista.
 - Tiempo asignado a la entrevista y atención inicial al paciente.

La información recogida será analizada, y se estudiará cuáles son las actividades de cuidado indirecto que se pueden reducir y cuáles de cuidado directo se pueden aumentar o potenciar.

- En otra sesión se estudiará en profundidad la programación quirúrgica semanal y la distribución de dicha programación en los diferentes quirófanos, en base a la complejidad de los procedimientos quirúrgicos y sus requerimientos anestésicos.

- Para la siguiente reunión y con todos los datos recogidos, se preparará un listado de cuidados directos a potenciar y el planteamiento de reestructuración.
- Se llevará a cabo una experiencia piloto de tres meses de duración, se procederá a la evaluación de la nueva reestructuración a través de tres cuestionarios para:
 - Medir la satisfacción de los pacientes.
 - Medir la satisfacción de las propias enfermeras de anestesia.
 - Medir la satisfacción de los anestesiólogos y de las enfermeras circulantes, así como el buen desarrollo de la actividad quirúrgica dentro del quirófano.

Posteriormente a esta reunión, la JUE se reunirá con el Jefe de Anestesia para comunicarle la reestructuración de las enfermeras de anestesia, solicitando la colaboración e implicación del resto de profesionales de anestesia para conseguir su total consecución.

Se realizará una reunión con todo el equipo de Quirófanos Centrales B, para informar al personal y solicitar su apoyo en la reestructuración.

Se procederá a la implementación definitiva de la nueva reestructuración.

Listado de actividades propias de la enfermera de anestesia

- Realizar la visita prequirúrgica previa presentación de la enfermera responsable al paciente.
- Atención en el preoperatorio inmediato: recepción, identificación y verificación del paciente y de la preparación quirúrgica. Comprobación de los datos personales y de HC.
- Describir y comunicar la preparación preoperatoria del paciente, trasladando los datos de interés al resto del equipo quirúrgico.
- Desarrollar un plan de enseñanza, diseñado para fomentar la recuperación del paciente y evitar complicaciones postanestésicas y postoperatorias.
- Orientar al paciente, con respecto a las diferentes fases referentes a su proceso.
- Dar a conocer la coordinación global de asistencia de enfermería durante todo el período perioperatorio.

- Soporte psicoemocional durante todo el proceso quirúrgico, mientras el paciente esté despierto, no dejándolo sólo nunca:
 - Establecer una relación de empatía.
 - Procurar un clima de cordialidad y confianza.
 - Cuidar el tono y contenido de las conversaciones.
 - Preservar en todo momento la intimidad del paciente.
 - Valorar el nivel de ansiedad: estado mental, temores, creencias religiosas. Identificar las causas de ansiedad preoperatoria y proceder a las medidas realizadas por la enfermería, para minimizar el grado de ansiedad o temor del momento.
 - Preparar al paciente para la técnica anestésica.
 - Conseguir la máxima colaboración del paciente.
- Realizar una valoración pre anestésica extensa, junto con el anestesista, para identificar los factores de riesgo anestésico quirúrgico.
- Tener en cuenta las consideraciones legales y éticas relacionadas con el consentimiento informado.
- Acomodar al paciente en la mesa de quirófano, protegiéndolo de los posibles riesgos de lesión (infección, hipotermia, traumatismo). Revisar los sistemas de protección y seguridad.
- Conseguir que el paciente se duerma tranquilo y con el máximo confort.
- Proporcionar los cuidados de enfermería adecuados en cada momento.
- Canalizar vías venosas y arteriales, siendo solo exclusiva del anestesista la vía venosa central, cuando el acceso es vía yugular interna, externa o subclavia. El resto pueden ser colocadas de forma indistinta por la enfermera de anestesia o el anestesista.
- Cumplimentación del documento del Registro de la Enfermera Quirúrgica, del curso clínico del paciente durante todo el acto anestésico. La gráfica de anestesia se cumplimentará de forma indistinta.
- Acompañar al paciente a la Sala de Despertar, transmitiendo las incidencias intraoperatorias y los datos de interés para los cuidados postquirúrgicos.

Reestructuración

Consistirá en:

- Se reestructurará a su vez el trabajo de la enfermera de tarde para que pueda realizar la visita prequirúrgica (se elaborará un guión de entrevista y un folleto explicativo para el paciente con imágenes del quirófano) a los pacientes que estén ingresados y que vayan a ser intervenidos en primer orden.
- Por la mañana, de las cuatro enfermeras de anestesia:
 - Dos darán soporte a los cinco quirófanos, centrándose en dejar el material necesario para los procedimientos anestésicos, la comprobación del aparataje y la medicación anestésica, preparados en los cinco quirófanos, para lo cual, se cambiará el horario de entrada al trabajo a las 7:40 horas en vez de las 8:00 horas actuales. Estos veinte minutos al comienzo de la jornada en vez de al final de la jornada, nos permitirá realizar dichos preparativos.
 - Los dos quirófanos que se asignarán a una misma enfermera de anestesia, serán elegidos por:
 - ✓ Proximidad física.
 - ✓ Actividad quirúrgica que se realiza en estos quirófanos, intentando que uno de los dos sea de procesos quirúrgicos de baja complejidad, con actividades, recursos, y fases semejantes y ciclos de tiempos parecidos.
 - ✓ Lo ideal sería llevar esta propuesta a la Comisión Quirúrgica y poder organizar las sesiones quirúrgicas según complejidad, ya desde la propia Comisión.

Tras estudiar la programación repartida en los quirófanos según complejidad, restaría atender a la clasificación del riesgo anestésico para finalizar el planteamiento. En la siguiente tabla se refleja la posible distribución de las enfermeras:

Reestructuración de las enfermeras de anestesia

Actividad Quirúrgica	Personal de enfermería	Día de la semana	Nº Q	Complejidad	Requerimientos anestésicos
Oftalmología	2 enfermeras	L,M,X,J y V.	Q.1	Baja	Asa I, Asa II
Urología Laparoscópica	2 enfermeras+ 1 enfermera de anestesia	L y J.	Q.2	Alta	Asa III, Asa IV, Asa V
Cirugía Endocrino-Pared Abdominal Compleja	2 enfermeras+ 1 enfermera de anestesia	M, X y V.	Q.2	Alta	Asa III, Asa IV, Asa V
Cirugía Mama	2 enfermeras	L,M,X,J y V.	Q.3	Baja	Asa I, Asa II
Traumatología	2 enfermeras+ 1 enfermera de anestesia	L,M,X,J y V.	Q.4	Alta	Asa III, Asa IV, Asa V
Urología Endoscópica	2 enfermeras	L,M,X,J y V.	Q.5	Baja	Asa I, Asa II

Figura nº 28

Fuente: Elaboración propia

ASA: Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente (Anexo 13)

- La tercera enfermera de anestesia a primera hora de la jornada, actuará como apoyo al comienzo de las intervenciones y seguirá con la visita prequirúrgica de los sucesivos pacientes que van a ser intervenidos, siguiendo el orden del parte quirúrgico, trasladando los datos de mayor interés y relevancia para el acto anestésico a las compañeras que están en quirófano. Los tiempos en que no esté realizando la visita prequirúrgica, estará localizada en quirófano para organizar y dar apoyo al equipo de enfermeras de anestesia según necesidades y realizar una pequeña entrevista prequirúrgica a los pacientes ambulatorios si los hubiese.
- Se tendrá en cuenta siempre, la actividad anestésica que se realiza en los procedimientos quirúrgicos, según la clasificación de la ASA, para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente y así la tercera enfermera de anestesia se destinará a los procedimientos más complejos y con mayores requerimientos de anestesia.
- La cuarta enfermera de anestesia estará a disposición de las necesidades del Bloque Quirúrgico para cubrir eventualidades.
- Estos tres puestos de enfermera de anestesia, irán rotando semanalmente.

- Se realizará formación en anestesia al resto de enfermeras de la unidad, a ser posible, por los propios anestesistas del servicio y enfermeras de anestesia de la unidad, implicándoles así más en el proyecto.
- Se prepararán kits de sondajes vesicales, sondajes nasogástricos, vía periférica, vía venosa central, vía arterial, bloqueos nerviosos, anestesia epidural y anestesia raquídea, para agilizar el trabajo de la enfermera de anestesia, minimizando el tiempo empleado en los preparativos de los procesos anestésicos y pudiendo dedicar ese tiempo a la atención directa y a la colaboración en los momentos indispensables de técnicas avanzadas y complejas.
- Si se prepara un protocolo de lo que debe contener cada kit, esto podrá ser realizado por la TCAE de la zona limpia.
- Así mismo, preparando con tiempo las intervenciones en cestillos, se liberaría a la enfermera circulante de este trabajo, pudiendo disponer de más tiempo para atender al proceso anestésico.
- Las TCAE, al liberarse de parte del trabajo de la intermedia limpia, podrían entrar a ayudar en quirófano, pudiendo disponer la enfermera circulante de más tiempo para colaborar en anestesia.

Cronograma

DIAGRAMA DE GANTT

	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	6ª S	7ª S	8ª-20ª S	21ª S	22ª S	23ª S	24ª S
Creación grupo de trabajo												
Revisión bibliográfica-recogida aportaciones												
Identificación de las actividades propias de la enfermera de anestesia en la atención directa												
Recogida de datos sobre asignación de tiempos a la realización de actividades directas, indirectas y colaboraciones.												
Análisis de la información recogida												
Análisis de la programación quirúrgica y de la distribución en quirófanos												
Creación listado de las actividades propias de cuidado directo-Planteamiento de reestructuración												
Experiencia piloto de la nueva reestructuración												
Evaluación de la nueva reestructuración												
Reunión con el Jefe de Anestesia												
Reunión con el personal de Quirófanos Centrales B												
Implementación de la reestructuración												

Sin que exista repercusión alguna en la calidad y seguridad del paciente, se consigue una reorganización en las actividades de la enfermera de anestesia potenciando el rol autónomo, una mayor atención directa al paciente y una asignación racional de los recursos humanos.

Evaluación

- Número de pacientes intervenidos en la unidad a los que se les ha realizado la visita prequirúrgica / Número de pacientes intervenidos en la unidad, por 100.
Estándar del 95%.
- Realizar una encuesta de satisfacción de enfermeras y de satisfacción de pacientes (pendiente de diseño), evaluando el resultado de los datos extraídos de estas encuestas de satisfacción.
- Medición de la disminución del número de contrataciones por ausencias que han sido cubiertas por la cuarta enfermera de anestesia.

8.3 Sesiones formativas realizadas Par-Por enfermeras

El capital de conocimiento entre el personal que trabaja en la unidad, es muy variado y extenso. En ocasiones para la realización de sesiones formativas en la propia unidad, se buscan profesionales de prestigio, algunos llegados de fuera de nuestra comunidad, especialistas de productos y aparataje de las casas comerciales y cirujanos de renombre. Pero ocurre que en muchas ocasiones se busca fuera lo que en ocasiones se tiene dentro. Y es así, la formación del personal enfermero de la unidad, es amplia, extensa y muy variada. Se puede potenciar que trasladen sus conocimientos así como su experiencia al resto de profesionales. Lo más importante sería la motivación e implicación de los profesionales, el apoyo y respaldo por parte de la JUE y de la Unidad de Desarrollo en Cuidados e Innovación, así como el reconocimiento de dicha formación. Es necesario conocer, gestionar y facilitar la transmisión adecuada del capital de conocimiento enfermero de los profesionales de la unidad.

Objetivos

Objetivo general:

- Realizar una sesión formativa, como mínimo, por parte de cada profesional enfermero de la unidad.

Objetivos específicos:

- Fomentar la relación entre los profesionales enfermeros y la Unidad de Desarrollo en Cuidados e Innovación.
- Fomentar la realización de búsquedas bibliográficas sobre la mejor evidencia científica disponible y la realización de presentaciones.
- Fomentar la participación e implicación de todos los profesionales, reconociendo sus conocimientos y labor formativa.

Metodología

La primera acción a realizar, es conocer el capital de conocimiento del personal enfermero de la unidad. Esto se realizará mediante consulta de la Memoria de la Unidad y una pequeña entrevista de la JUE con cada profesional.

Con la información obtenida se realizará una clasificación del conocimiento según especialidades y temas, y un asesoramiento y petición de colaboración a la Unidad de Desarrollo en Cuidados e Innovación.

Seguidamente se realizará una reunión con el personal enfermero de la unidad, donde se explicará el Proyecto de Formación Par-Por Enfermeras y se incidirá en motivar e implicar a los profesionales, prestando todo el apoyo humano, científico y tecnológico disponible, por parte de la JUE y de la Unidad de Desarrollo en Cuidados e Innovación.

En la siguiente sesión, se cumplimentará un cuestionario de consulta sobre aquellas áreas que supongan de interés para los profesionales.

Analizada la información, se procederá a realizar un calendario de sesiones formativas de entre el capital de conocimiento enfermero existente en la unidad, priorizando aquellas áreas que son de mayor interés según ha quedado reflejado en la entrevista personal con la JUE y en el cuestionario de consulta.

Las sesiones se realizarán siguiendo un guión, asegurando el traspaso del conocimiento, utilizando los medios audiovisuales necesarios. Todas las sesiones deberán contener revisión de la evidencia científica disponible sobre el tema en cuestión. Se realizará una sesión previa formativa sobre búsquedas bibliográficas y presentación de sesiones con word.

Se realizarán 14 sesiones formativas para dar oportunidad a todo el personal enfermero de la unidad, tras las cuales se cumplimentará un cuestionario anónimo para medir el grado de satisfacción de los profesionales e intentar medir la cantidad-calidad de los conocimientos adquiridos o reforzados. Estas sesiones se realizarán los miércoles a las ocho de la mañana con una duración de una hora, siendo los últimos veinte minutos para la realización de preguntas y aportaciones individuales, fomentando la comunicación y el debate.

Si los resultados son favorables, se continuarán realizando estas sesiones, invitando a personal enfermero de otras unidades quirúrgicas tanto en participación como en realización, pudiendo así aumentar el conocimiento en general de todos los profesionales del Bloque Quirúrgico, ayudando de esta forma al proceso de unificación.

Se pueden plantear para el año 2015, incluir estas sesiones como uno de los Objetivos de la Unidad de Quirófanos Centrales B.

Cronograma

DIAGRAMA DE GANTT

	1ª S	2ªS	3ªS	4ªS	5ªS	6ªS	7ª-21ªS	8ªS
Consulta memoria de la unidad y entrevista personal con la JUE								
Clasificación del conocimiento y asesoramiento por la Unidad de Desarrollo de Cuidados e Innovación								
Reunión con el personal enfermero de la Unidad de Quirófanos Centrales B para explicar el proyecto de formación Par-Por Enfermeras								
Realización de un cuestionario de consulta								
Análisis de la información recogida								
Diseño del calendario de sesiones formativas								
Sesiones formativas								
Cuestionario grado de satisfacción								

Evaluación

- Número de sesiones formativas año por enfermera/Número de sesiones formativas totales, por 100.
Estándar: que el 75% de los profesionales enfermeros de la unidad, haya realizado 1 sesión formativa.
- Número de sesiones formativas preparadas con dos fuentes de datos consultadas/Número de sesiones formativas totales, por 100.
Estándar del 90%.
- Grado de satisfacción del personal enfermero tanto en la versión docente como discente mediante una encuesta de satisfacción (pendiente de diseño).
- Grado de conocimientos adquiridos o refuerzo de los ya existentes, del personal enfermero mediante un cuestionario de adquisición de conocimientos (escala Likert, pendiente de diseño).

8.4 Impreso de Petición de Paciente

Es curioso que con todo lo que han avanzado las nuevas tecnologías, la forma de solicitar un paciente desde la unidad quirúrgica, en un momento tan importante en la vida del paciente y desde un servicio con tanto aparataje de última tecnología, sea una rudimentaria cartulina en la que se escribe el nombre y dos apellidos del paciente, la planta y el número de habitación en el que está ingresado y el número de quirófano al que va destinado, a mano, por la persona responsable del control de la unidad.

Aunque con buenos resultados, no deja de ser un método rudimentario y que no aporta seguridad ni calidad al proceso. Eso sin tener en cuenta, cómo se produce la recogida del paciente en la planta, en la que en ocasiones, si la enfermera responsable está ocupada, es el propio celador el que recoge la HC, lo que ha provocado en algunos casos que la HC no fuese la correcta y va él mismo a por el paciente a la habitación, lo que deja en manos del celador, toda la responsabilidad y seguridad del proceso. Además, pueden darse múltiples circunstancias que favorezcan la aparición de un error.

El hecho de que exista un impreso de solicitud a rellenar por los profesionales implicados, en el que conste los datos del profesional y exija la presencia de este a tal fin, refuerza, da seguridad, garantía y calidad al proceso.

Objetivos

Objetivo General:

- Diseñar e implementar un impreso de petición de paciente con el registro de profesionales implicados en el proceso, para asegurar la llegada del paciente e HC correctos a quirófano.

Objetivos Específicos:

- Garantizar la seguridad y calidad del proceso.
- Realizar un estudio de tiempos empleados en este proceso.
- Implicar al personal que interviene en el proceso.

Metodología

Desde la Unidad de Quirófanos Centrales B, se diseñará un impreso de petición de traslado desde hospitalización a quirófano. Este diseño será realizado conjuntamente por la JUE, la persona responsable del control, uno de los celadores de mayor antigüedad en la unidad y una enfermera de la 4ª Planta General del Hospital B. En esta petición se especificará: nombre del enfermo, planta de hospitalización, número de habitación y cama, número de quirófano en el que va a ser intervenido, la intervención que se le va a realizar y el día y hora en el que se realiza. Igualmente constarán los datos de la persona peticionaria con fecha y hora, así como los del enfermero/a de planta responsable del paciente con número de colegiado. Se dejará un apartado para observaciones.

También se incluirá el nombre y firma del celador, hora de llegada a planta y hora de llegada a quirófano, lo cual también nos ayudará para estudiar los tiempos empleados en este proceso y poder gestionar mejor la petición y llegada de los pacientes a quirófano para optimizar los tiempos quirúrgicos.

El deber de cumplimentar el impreso es una realidad legal y además conlleva la obligación de identificarse, independientemente del soporte utilizado (22).

Tras la primera sesión en la que se planteará la problemática y se realizará el diseño del impreso, se procederá a una sesión conjunta para definir los pasos del circuito:

- El impreso será cumplimentado y firmado por la persona responsable del control de la Unidad de Quirófanos Centrales B, quien lo entregará al celador de la unidad, encargado de ir a buscar al paciente.
- Una vez en planta, el celador le entregará el impreso de petición al enfermero/a responsable del paciente, quien entregará la HC del paciente en mano en ese momento y firmará el impreso ya en la propia habitación del paciente, quedando constatado de esta forma, que conoce que el enfermo es trasladado a quirófano y dando seguridad al proceso.
- El mismo celador, trasladará al paciente junto con su HC a quirófano, donde será recepcionado por la responsable de control, verificando la identidad del enfermo, la preparación quirúrgica y la firma del enfermero/a responsable.
- El impreso será custodiado en la unidad y servirá como garantía legal y seguridad del proceso.

Para que esto sea posible, se tendrá que informar a las plantas de hospitalización quirúrgica del nuevo procedimiento y de la obligatoriedad de la firma del enfermero/a responsable, con letra legible y número de colegiado en la misma habitación del paciente.

Así mismo, se indicará un número de teléfono para agilizar el trámite del contacto telefónico, en caso de que el enfermero/a responsable del paciente en una u otra unidad, tengan que ponerse en contacto.

Tras un pilotaje de dos meses de duración y según resultados, se implementará de forma definitiva y se le dará validez oficial a través de la Dirección de Enfermería.

Impreso de solicitud de paciente (Anexo 14).

Cronograma

DIAGRAMA DE GANTT

	1ª S	2ªS	3ª S	4ªS	5ª-13ªS	14ªS
Definición del área de mejora y diseño del impreso de petición de traslado						
Definición de los pasos de circuito						
Información del nuevo procedimiento a las plantas de hospitalización quirúrgica y al personal de la Unidad de Quirófanos Centrales B						
Implementación						
Validación con la Dirección de Enfermería						

Evaluación

- Número de pacientes a intervenir solicitados con impreso/Número de pacientes totales a intervenir, por 100.
- Estándar: 100%.
- Número de apartados cumplimentados de los impresos utilizados/Número de apartados totales de los impresos utilizados, por 100.
- Estándar: 96%.
- Cuestionario de satisfacción de los profesionales implicados en la cumplimentación del registro (pendiente de diseño).

8.5 Sesiones con los Jefes de Servicio Médico

Una cuestión que siempre ha suscitado preocupación, es cómo alinear el trabajo paralelo, dependiente e interrelacionado de médicos y enfermeras, que a diario pasan trabajando más de siete horas seguidas, sin que este trabajo esté debidamente planificado con antelación.

Uno de los puntos clave para el buen desarrollo de nuestro trabajo, es la comunicación y el trabajo en equipo. Uno de los requisitos de la comunicación, es usar los canales y el entorno adecuado, siguiendo unas bases previamente establecidas. Para el trabajo en equipo, lo más importante es considerar el trabajo de otros tan importante y necesario como el nuestro, entendiendo que sin uno de los eslabones, la consecución de la cadena no es posible.

Planificar el acto quirúrgico comunicándose previamente los participantes en el mismo, debería ser de obligado cumplimiento. Lo que aquí se propone es una sesión semanal conjunta con todos los Jefes de Servicio Médico y la JUE para planificar la programación quirúrgica, evitando en lo posible la aparición de situaciones imprevistas que puedan comprometer la seguridad del acto quirúrgico y por tanto, la seguridad del paciente, así como para optimizar el rendimiento quirúrgico.

Además estas sesiones servirían para poder analizar los incidentes pasados y prevenir los futuros, y poder planificar correctamente los casos más complejos.

Deben servir para analizar el rendimiento quirúrgico, la ocupación de quirófanos de cada especialidad, las desprogramaciones y sus causas, incidencias, horas de comienzo de quirófano, prolongaciones de jornada,..., todo ello para obtener como resultado una gestión eficiente de los quirófanos y una atención de calidad y seguridad para los pacientes.

Serían sesiones semanales de una hora de duración, los viernes a ser posible, para planificar la siguiente semana. Se empezarán estas reuniones de manera experimental para según resultados, poder implantarlas con carácter obligatorio.

Es preciso pensar y reflexionar sobre lo que se hace y cómo se hace. No se puede dejar el trabajo en manos de la improvisación, ni dejarse arrastrar por la actividad frenética. Siempre hay una manera de hacerlo mejor, sólo hay que encontrarla.

También sería importante que en estas reuniones estuviese el Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad, un servicio que debería estar en permanente contacto con la unidad quirúrgica.

Objetivos

Objetivo general:

- Realizar una sesión semanal conjunta entre los Jefes de Servicio Médico y la JUE, para planificar adecuadamente la programación quirúrgica.

Objetivos específicos:

- Planificar correctamente las intervenciones quirúrgicas más complejas.
- Realizar una gestión eficiente de los quirófanos, proporcionando una atención de calidad.

Evaluación

- Número de sesiones al año realizadas/Número de sesiones anuales totales, por 100.
Actas de las sesiones semanales.
- Comparativa del análisis de los datos de rendimiento quirúrgico, ocupación de quirófanos por especialidad, desprogramaciones, incidencias, horas de comienzo de quirófano, prolongaciones de jornada,..., al final de la evaluación con respecto a los datos del año anterior.
Mejora en todos los apartados.

8.6 Otros aspectos a mejorar en un futuro

De los demás aspectos a mejorar en un futuro que pueden afectar al funcionamiento del personal enfermero y a la dinámica quirúrgica de la unidad, debe comentarse:

Sistema de revisión y mantenimiento del aparataje, mobiliario e instalaciones: es mucho y variado el mobiliario y aparataje existente en un quirófano. Para el buen desarrollo de las intervenciones, estos deben estar revisados con una periodicidad y tener un mantenimiento que aseguren el buen funcionamiento y la durabilidad. Esto a priori, puede parecer algo comprensible y razonable, pero debe convertirse en algo prioritario, debido a la cantidad de retrasos e incidencias en la actividad quirúrgica que puede provocar la falta de estas revisiones y mantenimiento.

En los últimos tiempos, quizás como consecuencia de la crisis económica pero también por la falta de protocolos, estamos trabajando con un modelo de mantenimiento que únicamente es paliativo, es decir, subsana la deficiencia cuando esta ha ocurrido, lo que inminentemente, provoca un incidente de mayor o menor medida en la actividad quirúrgica. Mi propuesta es que intentemos no llegar a este punto, o en caso de llegar, que sea la excepción y no la regla.

Desde el servicio de mantenimiento se debe analizar:

- Número de averías. tipo, causas y repercusiones en la actividad quirúrgica.
- Estimación económica de esas averías y comparativa con el importe económico del contrato de mantenimiento y revisión.
- Estimación de qué averías hubieran sido prevenibles con un sistema de revisión y mantenimiento, periódico y sistemático.

Con estos resultados se debería:

- Establecer una clasificación de mobiliario y aparataje.
- Establecer una clasificación de tipo de averías y según tipo, actuar de manera protocolarizada.
- Protocolizar las revisiones de ruedas, piezas y protectores de mesas quirúrgicas, cableados, mobiliario, aparataje, suelos, paredes, rejillas y puertas.

Sistema de contratación actual: es necesario aprovechar las reuniones mensuales con Dirección de Enfermería, para trasladar nuestras preocupaciones, así como poder transmitir las propuestas y sugerencias al respecto. Debería ser primordial la gestión del conocimiento de los profesionales de manera complementaria al actual sistema vigente de listas de contratación y no debería de ninguna manera, primar el tiempo de duración del contrato y lugar ocupado en la lista, para efectuarse la contratación, que es lo que hasta ahora está implantado.

Ingreso del paciente: lo ideal sería que el primer paciente en el orden de la programación quirúrgica, estuviese ingresado el día anterior, sobre todo si se trata de intervenciones complejas. En caso de ingresar el mismo día, debe efectuarse el ingreso con tiempo suficiente como para garantizar que el paciente pueda estar a las ocho en punto en quirófano. Esta problemática ha sido trasladada a la Comisión Quirúrgica en varias ocasiones y al Grupo de Reordenación de la Actividad Quirúrgica, y se han propuesto las posibles soluciones existentes, sin que se hayan obtenido resultados aunque se hayan implementado diferentes medidas.

Debe hacerse un estudio en profundidad de las posibles causas por las que empieza con retraso un quirófano, implicando a profesionales y directivos, para poder rentabilizar los quirófanos y el tiempo quirúrgico, así como los recursos humanos y materiales, dando un servicio quirúrgico de calidad y eficiencia.

Así mismo, debe realizarse un estudio del número y causas de desprogramaciones y cambios de orden en el parte quirúrgico. La creación de una normativa escrita de funcionamiento con respecto a la actividad quirúrgica y de una comisión de seguimiento del cumplimiento de dicha reglamentación, son indispensables para el buen funcionamiento de la programación.

Sistema neumático de envío de muestras. La problemática actual se resolvería con:

- La creación de otro recorrido de sistema neumático exclusivo para quirófanos y servicios especiales, con el cual se podría garantizar la urgencia en estos servicios.
- Estudiar las necesidades de celadores en cuanto a traslados interhospitalarios con respecto a materiales y muestras se refiere, garantizando así la unificación de los servicios y dando solución a las necesidades existentes. Con la unificación se pueden reducir determinados puestos de trabajo, pero otros en cambio, deben ser reforzados para dar respuesta a las nuevas necesidades.

Recursos materiales: la existencia de material y aparataje de uso específico, poco común y de alta complejidad y avanzada tecnología, exige una actualización continua del conocimiento sobre el aparataje y material existente, sesiones específicas de formación en los nuevos aparatajes y materiales e incluso sesiones de entrenamiento adecuadas, para que la respuesta en caso de urgencia sea inmediata y no se demore, algo que puede ocurrir si no existe un entrenamiento exhaustivo y un conocimiento específico

El problema reside en la falta de tiempo suficiente y adecuado, dedicado a tal fin. Sólo disponemos de una hora semanal, que es totalmente insuficiente. Igualmente se necesita un mantenimiento, revisión y reposición de las cajas de instrumental y del aparataje específico, que es difícil de realizar durante la jornada de actividad quirúrgica. El tiempo que habitualmente se no se ocupa el quirófano por falta de una programación adecuada, debería estar controlado y derivarse a una rentabilización adecuada, dejando un tiempo definido ya programado para estas actividades.

Formación: la rotación del personal de enfermería es muy alta, debido tanto a los movimientos laborales del propio personal de la unidad como debido a la contratación del personal sustituto.

La preparación de una enfermera quirúrgica es muy compleja, es necesario invertir mucho tiempo y esfuerzo, lo que supone un incremento de actividad para todo el personal cada vez que hay que formar a un profesional de nueva incorporación, algo que por diversas circunstancias ha ocurrido frecuentemente en los últimos cinco años en la Unidad de Quirófanos Centrales B. Aunque la docencia es un pilar básico en nuestra profesión, cierto es, que esta debe darse en unas condiciones adecuadas. Sabemos que las circunstancias de la actual crisis económica, no permite disponer de personal dedicado expresamente a la formación, esto unido a la frecuencia en la que esta debe realizarse, hace que el esfuerzo sea mayor por parte de todos los profesionales y que en algunos momentos incluso, pueda verse resentida la actividad.

Además el actual sistema de contrataciones, en contratos de duración inferior a seis meses, permite la contratación de personal experimentado, no así, en contratos de larga duración (superior a seis meses). La explicación es la normativa vigente, pero igual deberemos plantearnos esa normativa para poder dar unos cuidados de calidad. No es lógico aunque así ocurra, que una persona sin conocimiento alguno

en quirófano, entre a trabajar de un día para otro, como un profesional más. Quizás la solución sea tener una escuela de preparación y entrenamiento de ese personal que puede tener opción a trabajar, tener una bolsa de profesionales preparados y realizar una buena gestión de contratación para mantener a ese personal en nuestro ámbito.

Además el personal fijo debería tener una formación actualizada, lo que se traduce en la necesidad de más horas de formación mensualmente y en la obligatoriedad de una formación y entrenamiento en situaciones de Emergencia Vital y Maniobras de Resucitación Cardiopulmonar, de manera sistemática y programada. Así mismo, debería ser obligatoria una formación en relaciones humanas y laborales. Que trabajemos con y para personas, no quiere decir que dispongamos de esa formación.

8.7 Objetivos de la unidad para el año 2014

Nuestro objetivo es conseguir la más alta calidad y seguridad en los cuidados y atención prestada a los pacientes. Mejorando continuamente, logrando una coordinación interunidades e interniveles para dar una atención eficaz y donde se fomenten el uso racional de los recursos y el desarrollo de la formación.

Los objetivos planteados en la Unidad de Quirófanos Centrales B para este año 2014, pactados con la Dirección de Enfermería son:

– **Eficiencia en la asistencia sanitaria:**

- Mejorar la eficiencia y la atención, cuidados y autocuidados
 - ✓ Plan de cuidados individualizados con enseñanza de autocuidados.
Indicador a evaluar: plan de cuidados escrito estandarizado.
Fuente: documento consensuado en la unidad.
 - ✓ Implementar circuito de información estandarizado a los familiares de los pacientes quirúrgicos de larga duración.
Indicador a evaluar: registro de acción o actividad
Fuente: libro de registro
- Mejorar la calidad y seguridad de pacientes.
 - ✓ Guía de acogida al personal de nueva incorporación en la unidad.
Indicador a evaluar: existencia de guía adaptada a la unidad.
Fuente: documento disponible.

– **Formación, docencia y desarrollo:**

- Colaboración en las actividades docentes.
 - ✓ Colaborar en la máxima capacidad docente de los alumnos.
Indicador a evaluar: respuesta adaptada al mapa docente del departamento.
Fuente: mapa y programación.
- Desarrollo de la Formación Continuada.
 - ✓ Formación interestamental en sesiones quincenales.
Indicador a evaluar: número de actividades de formación en servicio.
Fuente: informe actividad realizada.
 - ✓ Registro centralizado de actividades de profesionales en Intranet.
Indicador a evaluar: utilización de los registros de la Intranet.
Fuente: explotación de intranet

– **Coordinación:**

- Mejora de la coordinación interunidades e interniveles.

- ✓ Participación en Comisiones y/o Grupos de Trabajo para coordinación.

Indicador a evaluar: Grupo de Trabajo de Reorganización Quirúrgica (1 enfermera), Grupo de Trabajo de Sostenibilidad (1 JUE), Comisión Seguridad del CHN (1 JUE).

Fuente: actas reuniones.

- ✓ Coordinar con el Quirófano Central B el ingreso de pacientes en la Sala de Despertar, para agilizar el ingreso en planta de hospitalización.

Indicador a evaluar: existencia de la medida y actividad.

Fuente: existencia de la actividad.

– **Sostenibilidad:**

- Mejorar consumos y uso adecuado de recursos.

- ✓ Mejorar la concienciación profesional sobre uso adecuado de recursos humanos y materiales.

Indicador a evaluar: información oral o escrita al respecto.

Fuente: documento de la reunión.

- ✓ Mantener un consumo de materiales adecuado a la actividad.

Indicador a evaluar: registro de consumos de la unidad.

9. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía referenciada

- (1) Bellido Vallejo, JC. Proyecto de mejora asistencial. Creación de un documento de cuidados intraoperatorios bajo el proceso enfermero. Biblioteca Las Casas, 2013 (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0694.php>
- (2). Gobierno de España. Ley General 14/1986 de Sanidad, de 25 de abril. BOE 102 de 29 de abril de 1986.
- (3). Gobierno de Navarra. Ley Foral 10/1990 de Salud, de 23 de noviembre. BON 146 de 3 de diciembre de 1990.
- (4). Gobierno de España. Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo. BOE 128 de 29 mayo 2003.
- (5). Gobierno de Navarra. Decreto Foral 45/2006 por el que se Aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de 3 de julio. BOE 88 de 24 de julio de 2006.
- (6). Gobierno de Navarra. Ley Foral 22/1985 de Zonificación Sanitaria de Navarra, de 13 de noviembre. BOE 140 de 20 de noviembre de 1985.
- (7). Plan de Salud de Navarra 2006-2012 (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+de+Salud+de+Navarra+2006-2012/
- (8). Plan de Salud de Navarra 2014-2020 (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: <http://blog.saludnavarra.es/plan-de-salud-navarra-2014-2020/>
- (9). Gobierno de Navarra. Decreto Foral 19/2010 por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva, de 12 abril. BON 50 de 23 de abril de 2010; corr.err. BON de 14 de mayo de 2010.
- (10). Gobierno de Navarra. Orden Foral 59/2010, de 18 de Junio, por la que se adaptan las denominaciones de los Servicios y Secciones y Unidades que integran el Complejo Hospitalario de Navarra a lo previsto en el Decreto Foral 19/2010, de 18 de junio. BON 28 de 28 de junio de 2010.
- (11). Intranet Sanitaria del Complejo Hospitalario de Navarra.
- (12). Peralta Martín, V. Presentación del Plan de Acción del CHN 2013-2015, 13 de Septiembre de 2013.
- (13). Bloque Quirúrgico. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

- (14). Telmes J.L., Pastor V. y Díaz J.L. Manual de Gestión Hospitalaria. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1992.
- (15). Memoria 2012 y 2013 del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en:
http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2011/Servicio+Navarro+de+Salud+-+Osasunbidea.htm
- (16). Gené Badía, J., Contel Segura, JC. Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la Práctica Directiva en el Liderazgo asistencial. Barcelona: Masson, 2001.
- (17). Teixidor M. (dir). Proyecto Leonardo da Vinci. Barcelona: EUE Santa Madrona (Fundación la Caixa), Hospital Universitario Germans Trias i Puyol (Instituto Catalán de la salud). Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, 2004.
- (18). Garofalo ME, Fee E. Florence Nightingale (1820-1910): feminism and hospital reform. Am J Public Health. 2010; 100: 1588.
- (19). Navarro Arnedo, JM., Orgiler Uranga, PE. De Haro Marín S. Intensive care nursingdischarge reports in Spain: present situation and analysis. Enfermería Intensiva. 2005; 16:62-72.
- (20). Canet J., Gomar C., Castro A., Montero A. Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del dolor en Cataluña. Análisis de la situación actual. Revista Española Anestesiología Reanimación. 2006; 53(6):337-45.
- (21). Gobierno de España. Real Decreto 450/2005 sobre Especialidades de Enfermería de 22 de abril (consulta el 31 de julio de 2014). Disponible en <http://tinyurl.com/yo22rk>.
- (22). Gobierno de España. Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de 14 de noviembre. BOE 274, de 15 de noviembre de 2002.

Bibliografía consultada

- Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial de Enfermería. Consejo Colegial de Madrid: Diplomados de Enfermería de España, 1989.
- Dee Ann Gillies, R.N. Gestión de Enfermería. Una Aproximación a los Sistemas. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.; 1994.
- Donahue, P. Historia de la Enfermería. Madrid: Harcourt, 1985.
- Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales del Servicio Nacional de Salud. Proyecto Séneca. Informe Técnico Diciembre 2008 (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>
- Estrategia Para el Desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra. Resumen Ejecutivo. Gobierno de Navarra.
- Ferrer Arnedo, C. Valores que orientan el liderazgo en organizaciones de proceso de cambio. Medical Economics, 2013.
- Gabilondo L. Apuntes del curso de Elaboración y Redacción de Memorias de Actividades y de Gestión, impartido en el Instituto Navarro de Administración Pública. Realizado en Pamplona. Noviembre de 2013.
- García García, M.A, Hernández Hernández, V., Ranz González R., Montero Arroyo, R.; Principios de ética y legislación quirúrgica. Serie Cuidados Avanzados: Enfermería de quirófano. Valencia: DAE; 2005.
- Gobierno de Navarra. Ley Foral 17/2010 de Derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, de 8 de noviembre. BON 139 de 15 de noviembre de 2010.
- Gobierno de España. Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias, de 21 de noviembre. BOE 280 de 22 de noviembre de 2003.
- Historia de la Medicina. El Quirófano, historia, evolución y perspectivas. Atch Neurocien (Mex). 2008; 13 (1):43-53.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2009. Navarra. Informes Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad Gobierno de Navarra.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Navarra. Informes Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad Gobierno de Navarra.

- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2011. Navarra. Informes Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad Gobierno de Navarra.
- Jefatura de Servicio de Enfermería (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.defensamedica.org/?p=398>
- Memoria EFQM 2010. Fundación Hospital Calahorra (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: http://fhcalahorra.com/files/doc/mem_efqm_2010.pdf
- Memoria 2011 del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/Ano+2011/Servicio+Navarro+de+Salud+-+Osasunbidea.htm
- Memoria Salud Mental de Navarra 2012 (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/alud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memoras/Ano+2012/Salud+Mental+de+Navarra.htm
- Memoria 2013. Fundación Hospital Calahorra (consulta el 7 de mayo de 2014). Disponible en: http://www.larioja.org/upload/documents/739328_V02D55.PDF
- Serra Sutton V., Solans Domènech M., Espallargues Carreras M. Eficiencia en la utilización de los Bloques Quirúrgicos. Definición de indicadores. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011. Informe de Evaluación de Tecnologías sanitarias: AIAQS, abril 2010.
- Valls, R. Història de la professió d'Infermeria. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, 2006.

Memorias del CHN consultada en soporte papel

- Aranda Merino Asunción. Memoria Quirófano Maternal del Hospital Virgen del Camino, 2010.
- Elizondo Soto, Aránzazu. Memoria Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Navarra, 2006.
- Hermoso de Mendoza Cantón Juana. Memoria-Trabajo del Centro de Consultas Príncipe de Viana, 2009.
- Liceaga Tapia Consuelo. Memoria Quirófano Urgencias del Hospital de Navarra, 2010.
- Ubani Alzqueta Socorro. Memoria Unidad Quirófanos Centrales del Hospital Virgen del Camino, 2007.
- Zunzarren Uriaque Flor. Memoria Quirófanos Centrales del Hospital de Navarra. Pamplona: 2010.

SIGLAS

- CHN: Complejo Hospitalario de Navarra
- JUE: Jefa de Unidad de Enfermería
- CFN: Comunidad Foral de Navarra
- LGS: Ley General de Sanidad
- LFS: Ley Foral de Salud
- S.N.S: Servicio Navarro de Salud
- S.N.S-O: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- AP: Atención Primaria
- AE: Atención Especializada
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- HCI: Historia Clínica Informatizada
- HN: Hospital de Navarra
- HVC: Hospital Virgen del Camino
- CAM: Centro de Atención a la Mujer
- CHN-A: Complejo Hospitalario de Navarra-A
- CHN-B: Complejo Hospitalario de Navarra-B
- CHN-C: Complejo Hospitalario de Navarra-C
- CHN-D: Complejo Hospitalario de Navarra-D
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria
- TCAE: Técnico en Cuidados de Auxiliar de Enfermería
- HC: Historia Clínica
- LVQ: Listado de Verificación Quirúrgica
- DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades
- FDA: Agencia americana para la regulación de los alimentos y las medicinas (Food And Drug Administration)
- IFNA: Asociación internacional de Enfermería de anestesia
- ASA: American Society of Anesthesiologists

10. ANEXOS

ANEXO 1: Motores de búsqueda

Bases de datos electrónicos

- Cochrane Plus: <http://www.cochrane.es>
- Cuiden: <http://www.index-f.com>
- Enfispo: <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/Enfispo.asp>
- Fundación Index : <http://www.index-f.com/>
- JBI ConNect: <http://es.connect.jbiconnectplus.org>
- Medline: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>
- PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Scielo : <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>
- www.infermeravirtual.com
- Términos: para la búsqueda bibliográfica en las bases de datos online se utilizaron las palabras clave: Memoria, Proyecto, Enfermería, Quirófano, Jefatura de enfermería, Registro de enfermería, Enfermera de anestesia.
- Criterios de elección final: revisión de la literatura con una delimitación temporal de los últimos diez años, consultando las principales bases de datos bibliográficos en el ámbito de la salud. Selección de aquella información necesaria para la realización de esta Memoria-Proyecto y de la que por su relevancia, era su inclusión de gran interés. Además se ha consultado en formato papel, diversa información necesaria para las reseñas históricas que podían no cumplir el criterio temporal.

El anexo 2 de este documento se ha eliminado para cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril).

Si desea obtener más información, puede ponerse en contacto con el autor o el tutor de este documento.

ANEXO 3: Plano Hospital B del CHN

Plano Hospital B del CHN

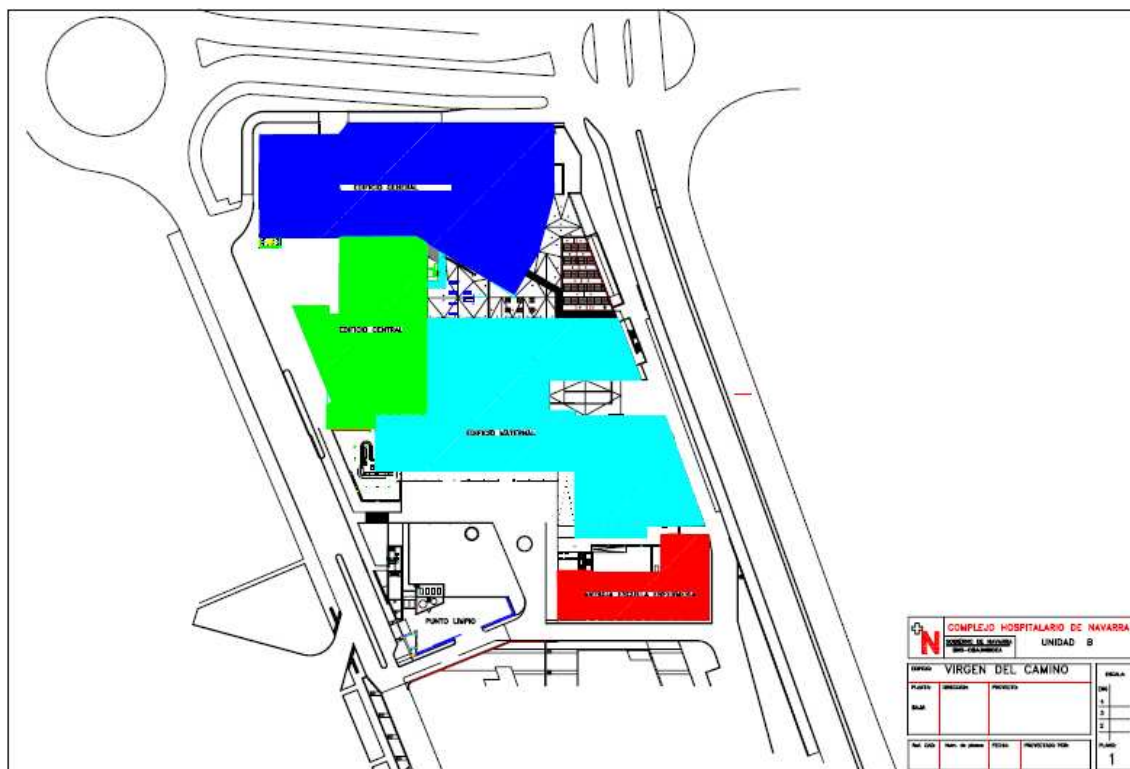


Figura nº 29

Fuente: Intranet Sanitaria del CHN

ANEXO 4: Plano Unidad de Quirófanos Centrales B

Plano Unidad de Quirófanos Centrales B

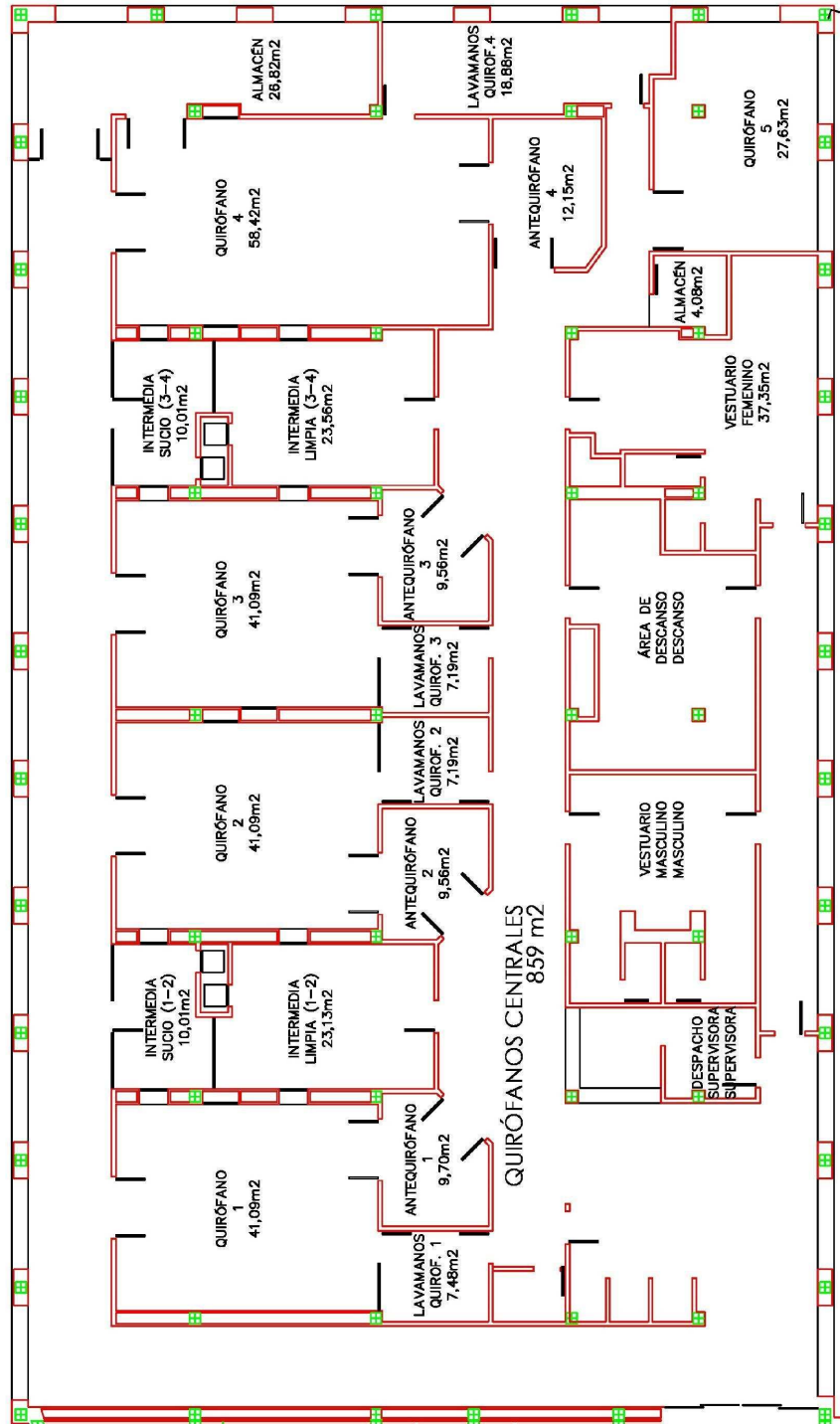


Figura nº 30

Fuente: Intranet Sanitaria del CHN

El anexo 5 de este documento se ha eliminado para cumplir con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Si desea obtener más información, puede ponerse en contacto con el autor o el tutor de este documento.

ANEXO 6: Datos de ausencias y contrataciones

Datos de ausencias y contrataciones de enfermeras y TCAE, año 2012

	ENFERMERAS					TCAE			
	C	P	S	SC	TOTAL	C	S	SC	TOTAL
V	92	0	13	274	379	67	6	101	174
PF	2	1	1	0	4	11	0	0	11
AP	6	0	4	23	33	6	1	10	17
IT	71	0	0	6	77	21	0	0	21
FO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CH	8	0	2	41	51	7	0	12	19
AH	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OT	14	0	0	12	26	4	0	0	4
TOTAL	193	1	20	356	570	116	7	123	246

Figura nº 31

Fuente: Elaboración propia

V: Vacaciones PF: Permiso Familiar AP: Asunto Propio IT: Incapacidad Transitoria FO: Formación CH: Compensación Horaria AH: Ajuste Horario OT: Otros

C: Contrato P: Pool S: Servicio SC: Sin cobertura

Datos de ausencias y contrataciones de enfermeras y TCAE, año 2013

	ENFERMERAS					TCAE			
	C	P	S	SC	TOTAL	C	S	SC	TOTAL
V	165	0	3	263	431	87	1	107	195
PF	17	1	10	6	34	13	0	2	15
AP	8	0	0	24	32	4	1	12	17
IT	334	0	9	5	348	121	0	9	130
FO	2	0	2	0	4	0	0	0	0
CH	43	0	13	57	113	2	0	4	6
AH	0	0	1	4	5	0	0	2	2
OT	43	0	0	51	94	0	0	9	9
TOTAL	612	1	38	410	1061	227	2	145	374

Figura nº 32

Fuente: Elaboración propia

V: Vacaciones PF: Permiso Familiar AP: Asunto Propio IT: Incapacidad Transitoria FO: Formación CH: Compensación Horaria AH: Ajuste Horario OT: Otros

C: Contrato P: Pool S: Servicio SC: Sin cobertura

ANEXO 7: Equipamiento por quirófano

Aparataje y mobiliario Quirófano nº1

Nº QUIRÓFANO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
1	LÁMPARA QUIRÚRGICA	HANAULUX 2004	9203023		
1	LÁMPARA QUIRÚRGICA	HANAULUX 2004	9203024		
1	MESA QUIRÚRGICA	MIDMARC 527			
1	MESA QUIRÚRGICA	MIDMARC 527			
1	UNIDAD DE ANESTESIA	OHMEDA Excel 210SE	AMAZ02769	396	RESPIRADOR
1	MESA ANESTESIA RESPIRADOR	OHMEDA Excel 210SE	AMAZ02671	397	RESPIRADOR
1	CAPNOGRAFO+ANALIZADOR DE GASES	PHILIPS M1026B	4614A24401	4129	RESPIRADOR
1	BOMBA DE JERINGA	FRESENIUS PILOTE A2 SP2	18122456	263	
1	BOMBA DE JERINGA	FRESENIUS PILOTE DELTA SP	17946392	2507	
1	BIS	ANGILENT M1205A	4006A81466		PRÉSTAMO
1	ACCESORIO BIS	185-0145-PH	3805G91504		PRÉSTAMO
1	CONSTELEISON	8065751150	1201973101X		
1	EQUIPO DE FACOEMULSIFICACION	ALCON INFINITI	0601978901X	2730	
1	SILLA ELÉCTRICA	TREADLITE	T-51-S		
1	MICROSCOPIO	LEICA F40	DOMO-9B-170-680-0041820N		
1	EQUIPO DE CRIOCIRUGÍA	OPTIKON 200 CRYO-LINE	1415AO	2136	
1	MONITOR TV	SONY pvm-2130qm	2037134	529	
1	VEDO SONY	RDR-HX725	4509201		
1	LUZ XENON		522		
1	ERBE	DIACAPSUTO M			
1	LÁSER DE ARGÓN	ZEISS Visulas Diode II	260685	513	
1	ORDENADOR	ACER	LXRHV02008208297261601		
1	MANTA DE CALOR	LEVEL EQ5000	S10003293		
1	ASPIRADOR DE PARED				
ANT. 1	PULSIOSÍMETRO	Datex ohmeda 3800	FBFC01514	519	
ANT. 1	APARATO DE TENSIÓN	WELCH ALLYN OSZ5	200943551		

	MOBILIARIO				
1	2 FLEXOS				
1	5 MESAS				
1	1 CARRO DE ANESTESIA (MEDICACIÓN)				
1	6 SILLAS				
1	1 BALA NITRÓGENO				
ANT. LAVABOS	ARMARIOS				
ANT. LAVABOS	ESCALERA				
ANT. 1	ARMARIO				
ANT. 1	MESA				
ANT. 1	PALO DE GOTERO				

Figura nº 33

Fuente: Elaboración propia

Aparataje y mobiliario Quirófano n 2

Nº QUIRÓFANO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
2	LÁMPARA QUIRÚRGICA BERCHTOLD	X65 CHROMOPHARE	6211000-L100074		
2	LÁMPARA QUIRÚRGICA BERCHTOLD	X65 CHROMOPHARE	6211000-L100075	2316	
2	MESA QUIRÚRGICA	MAQUET 112000	3718	539	
2	IMAGEN Y SONIDO, MONITOR TV	DATEX D-LCC15..03	MDT15PN07050288	2971	RESPIRADOR
2	Monitor ecg/resp/sp O2/PANI/Temp+gases+entropia+estimu	G.E. S/5 F-CV8-11	6318071	2970	RESPIRADOR
2	EQUIPO DE ANESTESIA	G.E. Avance S/5	ANBL01454	2972	RESPIRADOR
2	UNIDAD DE ANESTESIA	G.E. Avance		2973	RESPIRADOR
2	BOMBA DE JERINGA	FRESENIUS Modulo DPS + 082380	20431485	3779	
2	BOMBA DE JERINGA	FRESENIUS Modulo DPS + 082580	19380505		
2	BIS		VT23951		PRÉSTAMO
2	ACCESORIO BIS		BX57562		PRÉSTAMO
2	MANTA DE CALOR	LEVEL EQ5000	S10000940		
2	ASPIRADOR DE PARED				
2	ASPIRADOR DE ANESTESIA	ORDISI A-70	17697		
2	ORDENADOR	PLANILUX S-CAPE	31MC091	0012812	INFORMÁTICA
ANT. 2	PULSIOXIMETRO	MEGOS HOUSE BPM-200		1915	
ANT. 2	ACCESORIOS MESA MAQUET				
ANT. 2	CALENTADOR SUEROS	ORDISI P-20/R			
ANT. 2	CALENTADOR FLUIDOS APARATO	121 REF. 980121	10432035		
ANT. 2	CALENTADOR FLUIDOS MANUAL	122 REF. 980121	10310152		

	MOBILIARIO				
2	3 PALOS DE GOTERO				
2	8 MESAS				
2	6 SILLAS				
2	1 CARRO ANESTESIA MEDICACIÓN				
ANT. 2	ARMARIO				
ANT. 2	3 PELDAÑOS				
ANT. 2	2 PERNERAS				
ANT. 2	ÁRBOL ACCESORIOS MAQUET				
ANT. 2	MESA DE MAYO				

Figura nº 34

Fuente: Elaboración propia

Aparataje y mobiliario Quirófano nº3

Nº QUIRÓFANO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
3	LÁMPARAS QUIRÚRGICA BERCHTOLD	CHROMOPHARE D650 PLUS	6046040-K12601	2135	
3	LÁMPARAS QUIRÚRGICA BERCHTOLD	CHROMOPHARE D650 PLUS	6046040-K12602		
3	MESA QUIRÚRGICA	MAQUET	311109033-2082	428	
3	RESPIRADOR	DATEX-OHHEDA UFOSA/5		2255	
3	MONITOR		M0019PN3460201	2257	
3	BISTURÍ ELÉCTRICO	VALLEYLAB FORCETRIAD COVIDIEN	T1F23471EX		
3	ORDENADOR	HP WINDOWS 7	584048-001		
3	MANTA CALOR	LEVEL EQ.5000	S10000462		
3	GAMMA CÁMARA	NEOPROBE Ref. NEO 2000		3114	
3	TORRE GAMMA CÁMARA	UFOSALA 102	539	4067	
3	ASPIRADOR PARED				
3	ASPIRADOR ANESTESIA	ORDISI A70	16738		
3	BOMBAS TORRE + BASE	PRIMEA		2614	
3	FRESENIUS KABI	REF. 082380	19380506 Y 19380507		
3	BIS	APARATO UT23947			
3	BIS	MANUAL BX51372			
ANT. 3	ACCESORIOS MESA MAQUET				

	MOBILIARIO				
3	7 MESAS				
3	8 SILLAS				
3	1 CARRO ANESTESIA MEDICACIÓN				
3	1 CARRO ANESTESIA PREPARACIÓN				
3	2 GOTEROS				
ANT. 3	2 ESTANTERÍAS				
ANT. 3	1 ÁRBOL PIEZAS MAQUET GANGLIO CENTINELA MANUAL				
ANT. 3	MESA MAYO				
ANT. 3	3 PELDAÑOS				

Figura nº 35

Fuente: Elaboración propia

Aparataje y mobiliario Quirófano nº4

Nº QUIRÓFANO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
4	LÁMPARAS	HANAULUX BLUE 180		502	
4	LÁMPARAS	HANAULUX BLUE 90		391	
4	MESA QUIRÚRGICA	MAQUET MAGNUS 118001º0	108	3627	
4	MANDO MESA	118091º0	317		
4	RESPIRADOR	DATEX-OHMEDA ºUFOSAº 15		544	
4	BOMBAS	(faltan 2, prestadas a Q. Inf y Maternal)			
4	BISTURÍ ELÉCTRICO	VALLEYLAB FORCE FX	F7F54477A	2930	
4	ORDENADOR	X13-04660 MICROSOFT 0088822	144570-109-580		
4	MANTA CALOR	LEVEL EQ-5000	S10001021		
4	ASPIRADOR	PARED			
4	ASPIRADOR	ANESTESIS ORDISI	15331-A		
4	RX	GE MEDICAL SYSTEMS OEC FLUOROSTAR 7900C0/IPACT2	79-C5315D	4363	
4	CARGADOR	SYNTHES SW-REV. 140	7043		
4	CARGADOR	UNIVERSAL BATTERY CHARGER III			
4	CONSOLA MOTOR STRYKER			4500	Nº INV. ºUFOS. 2144
4	ISQUEMIA	TORNIQUETE 2X500 ELC MODELO UBM		3788	
4	CALENTADOR FLUIDOS	APARATO EN FLOW MOD. 121 REF. 980121	10431755		
4	CALENTADOR FLUIDOS	MANUAL	1031339		
4	BIS	COVIDIEN APARATO ROTO VT30350			
4	BIS	MANUAL B X 71013			
ANT. 4	PULSIOSÍMETRO TRASLADO	OHMEDA ºUFOSA TS-F1-H REF. 6051-0000-160		5013?	
ANT. 4	ACCESORIOS MESA MAQUET				

	MOBILIARIO				
4	6 SILLAS				
4	9 MESAS				
4	3 GOTEROS				
4	INTENSIFICADOR RX				
ANT. 4	ESTANTERÍAS LAVABO				
ANT. 4	ÁRBOL PIEZAS + MESA DE LÍQUIDO DESINFECTANTE				
ANT. 4	ARMARIOS + 3 PELDAÑOS				

Figura nº 36

Fuente: Elaboración propia

Aparataje y mobiliario Quirófano nº5

Nº QUIRÓFANO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
5	LÁMPARAS	MAQUET REF. 56750 1285	ON 41582		
5	LÁMPARAS	PRISMALIX	ON 62963		
5	MESA QUIRÚRGICA	MAQUET ALPHACLASSIC		2054	
5	RESPIRADOR	OHMEDA AESTIVA 3000		569	
5	TORRE CISTOSCOPIO	STORZ MONITOR		2979	
5	TORRE CISTOSCOPIO	FUENTE LUZ STORZ 20043020		3023	
5	TORRE CISTOSCOPIO	FUENTE CÁMARA OLYMPUS OTV-S7	7354397		
5	TORRE CISTOSCOPIO	TECLADO OLYMPUS	1014094		
5	TORRE CISTOSCOPIO	FUENTE LUZ LUTEX		2704	
5	TORRE CISTOSCOPIO	GYRUS OLUMPUS	820252	3734	
5	TORRE BISTURÍ	BIOLITEC	2312-G	3964	
5	TORRE BISTURÍ	PEDAL G252-DAER BBZ0			
5	TORRE BISTURÍ	OLYMPUS VES-40		3025	
5	TORRE BISTURÍ	PEDAL HAJ-1258			
5	ASPIRADOR	PARED			
5	ASPIRADOR	ANESTESIA ORDISI A-70	17412		
5	CALENTADOR	SUEROS RINGER IRRIGATION MOD. 247	735		
5	ORDENADOR	WINDOWS XP	10993		
5	MONITOR	TRINKI VISION 82075			
5	TECLADO	HP BC3290BQVLC5M			
5	BOMBA	BRAUN PERFUSOR SECURA	1177	393	
5	BIS	APARATO VT2413			
5	BIS	MANUAL BX57639			

	MOBILIARIO				
5	6 MESAS				
5	5 SILLAS				
5	1 CARRO ANESTESIA				
5	1 CARRO PREPARACIÓN				
5	1 TORRE BISTURÍ				
5	1 CALENTADOR SUEROS				
5	2 GOTEROS				

	MOBILIARIO				
5	1 PELDAÑO ESCALERA				
CELADORES	2 CARROS ROPA LIMPIA				
CELADORES	1 CARRO ESTERILIZACIÓN				
CELADORES	2 CARROS BASURA				
CELADORES	1 CARRO TRANSPORTAR				
CELADORES	1 ARMARIO ROPA				
CELADORES	1 SILLA RUEDAS				
CELADORES	1 CARRO ROPA SUCIA				
CELADORES	1 TORRE DE BALDAS				

Figura nº 37

Fuente: Elaboración propia

Aparataje pasillo limpio

PASILLO LIMPIO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
ENTRADA	1 CAMILLA	MERIVAARA EMERGO			
	2 EXTINTORES	ALCA BILI			
TORRE DE FIBROSCOPIO	PANTALLA	SONY PVM-1450QM		1035	
TORRE DE FIBROSCOPIO	FUENTE DE LUZ	LUXTEC CLX-T		4138	
TORRE DE FIBROSCOPIO	TELECAM	STORZ PAL 20210020		1036	
TORRE DE FIBROSCOPIO	CÁMARA	STORZ TELECAM PAL 20210030			
TORRE DE FIBROSCOPIO	FIBROSCOPIO	STORZ 11301BN1	1033729	2454	
INTERMEDIA LIMPIA 3-4	LITOTRIPTOR	WALTZ EL27-COMPACT A2545	1415	412	
INTERMEDIA LIMPIA 3-4	MICROONDAS	WHITE-WESTINGHOUSE MWM20G			
LAVABOS Q4	LÁSER	HOLMIUM DORNIER MEDILAS H20		2642	
LAVABOS Q4	LIDCO	RAPID HM81-01			
PASILLO INTERM. 3-4	DEFIBRILADOR	PHILIPS HEARTSTART-XL		3800	
PASILLO INTERM. 3-4	PULSIOSÍMETRO TRASLADO	OHMEDA 6051-000-160	FCB07410318SA	3079	
PASILLO INTERM. 3-4	EQUIPO TRASLADO	PHILIPS HPD-71034		166	
PASILLO INTERM. 3-4	APARATO TENSIÓN	CRITIKON 18465X		520	
PASILLO INTERM. 3-4	NEVERA	MATACHANA			
PASILLO INTERM. 3-4	CONGELADOR	LIEBHER			
SALITA	MICROONDAS	LG GRILL			
SALITA	NEVERA	LIEBHER			
ANTEQUIRÓFANO 4	PULSIOSÍMETRO TRASLADO	OHMEDA 6051-000-160	FCB13090159SA		

ORDENADORES, IMPRESORAS.....				
CONTROL	MONITOR	BM TRINKVISION	11517	
	TECLADO	COMPAD B288AOPQRNZQA		
	CPU	IBM TRINKVISION	15484	
ADMINISTRATIVA	MONITOR	HLP1706	12537	
	TECLADO	KB-0316		
	CPU	HP COMPAQ CZC7204T85	12536	
	IMPRESORA	LEXMARK T430	10818	
	DESTRUCTORA	FELLOWES POWER SHRED 320-2 38321- 72		
	IMPRESORA PULSERAS IDENTIFICACIÓN	ZEBRA HC100	94287	
DESPACHO SUPERVISORA	MONITOR	HPL1706	88693	
	TECLADO	HPSK-2885		
	CPU	LENOVO TRINKCENTRE LMT6- VV1	88636	
	IMPRESORA	HP DESKJET 5550	88621	
	ESCÁNER	HP SCANJET	12841	
PASILLO INT. 1-2	MONITOR	IBM TRINKVISION	10669	
	TECLADO	IBM 06061050		
	CPU	IMB TRINKCENTRE	10668	
SALITA	MONITOR	HP L1706	94108	
	TECLADO	HP DC3290BQRUK549		
	CPU	HP COMPAQ	94107	
	IMPRESORA	LEXMARK E450dn	94083	
	MONITOR	HP L1706	88587	
	TECLADO	IBM 06061305		
	CPU	IBM	13006	

Figura nº 38

Fuente: Elaboración propia

Aparataje pasillo sucio

PASILLO SUCIO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
CELADORES	INTENSIFICADOR RX	PHILIPS BV ENDURA	172	4788	
CELADORES	INTENSIFICADOR RX PANTALLA	MMM17AB	AN160648005386		
CELADORES	INTENSIFICADOR RX PANTALLA	MMM17AB	AN030226001424		
CELADORES	INTENSIFICADOR RX VÍDEO	DATA MP3000	69680		
CELADORES	INTENSIFICADOR RX IMPRESORA	SONY UP-960CE			
BISTURÍS ELÉCTRICOS	VALLEYLAB FORCETRIAD	TOL19735E			
BISTURÍS ELÉCTRICOS	VALLEYLAB FORCE FX-8C	F7F54600A		2028	
BISTURÍS ELÉCTRICOS	VALLEYLAB FORCE ARGÓN	11-8	G8C1966V		
BISTURÍS ELÉCTRICOS	VALLEYLAB FORCE 300		F6F613B	558	
BISTURÍS ELÉCTRICOS	VALLEYLAB ARGÓN II		G8A240V	557	
BISTURÍS ELÉCTRICOS	VALLEYLAB FALTA: DEJADO A CCI EL 22-10-2013			2929	
TORRE OLYMPUS	PANTALLA	OEV261H	7350312		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS	TECLADO	MAJ-1922 RU3202			PRÉSTAMO

PASILLO SUCIO	APARATAJE	MARCA-MODELO	Nº SERIE	Nº INVENTARIO	OBSERVACIONES
TORRE OLYMPUS	CÁMARA	EVIS EXERA III CV190	7300817		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS	FUENTE DE LUZ	VISERA CLV-S190	7305195		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS	TORRE	GW5100	51001234		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS	ADAPTADOR	VEKON 57	7350312		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	PANTALLA	SONY LMD-2451 MT	3100519		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	MEDICAP	USB300			PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	INSUFLADOR	VHI-4			PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	TECLADO	MAJ-1922			PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	EVIS EXER III	CV-190	7388287		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	EVIS EXER III	CVL-190	7337584		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	EVIS EXER III	CV-190	7388651		PRÉSTAMO
TORRE OLYMPUS 3D	EVIS EXER III	3DV-190	1300137		PRÉSTAMO
BISTURÍ OLYMPUS	CARRO	TC-E400			PRÉSTAMO
BISTURÍ OLYMPUS		ESG400	12131W		PRÉSTAMO
BISTURÍ OLYMPUS		USG400	9200907		PRÉSTAMO
BISTURÍ OLYMPUS	PEDAL	MAJ-1870			PRÉSTAMO
BISTURÍ OLYMPUS	PEDAL	WB50403W			PRÉSTAMO
BISTURÍ OLYMPUS	PEDAL	WB50402W			PRÉSTAMO
ULTRACISION	ETHICON	GEN11	1111117569		
ULTRACISION	ETHICON	GEN11	1111113552		
LAVADORA INTERM. 1-2	MIELE AUTOMÁTICA	G7735			
LAVADORA INTERM. 3-4	MATACHANA	DS610/1			
ULTRASONIDOS INTERM. 1-2	BRANSON	8501E-MTH	EPB120737344G	3012	
ULTRASONIDOS INTERM. 3-4	BRANSON	8510	EPB01126155H	4432	
MANTAS DE CALOR Q1		LEVEL EQ5000	S10002017		PRÉSTAMO
MANTAS DE CALOR Q2		LEVEL EQ5000	20050064		PRÉSTAMO
MANTAS DE CALOR Q3		LEVEL EQ5000	S10004454		PRÉSTAMO
MANTAS DE CALOR Q4		LEVEL EQ5000	S10005111		PRÉSTAMO
RESERVA	RESPIRADOR OMHEDA	EXCEL 210	1002-9063-000	1110	
RESERVA	CAPNÓGRAFO	HPM1026A		399	
RESERVA	MONITOR 7900	1503-8000-000	CBBA02262		
YESOS	ASPIRADOR RESERVA	ORDISI A-70	9939		
YESOS	GENERADOR ULTRASONIDOS ANTIGUO	STORZ 27035K		425	
YESOS	GENERADOR ULTRASONIDOS SISTEMA SUCCIÓN	STORZ 27085X			
YESOS	APARATO TISSUCOL BAXTER	SPRAY A-1221 VIENNA	EO2338		
YESOS	APARATO TISSUCOL BAXTER	LAPAROSCOPIA DUPLOSRAY MIS	600032		

Figura nº 39

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 8: Rendimiento quirúrgico por especialidad

Rendimiento quirúrgico por especialidad

Nº DE SESIONES									
AÑOS	CIRUGÍA GENERAL			OFTALMOLOGÍA			UROLOGÍA		
	Disp.	Util.	% Util.	Disp.	Util.	% Util.	Disp.	Util.	% Util.
2009	816	660	81	268	258	96	302	284	94
2010	726	620	85	469	429	91	325	313	96
2011	1346	1043	77	636	521	82	332	326	98
2012	1345	978	73	672	551	82	336	318	95
2013	1502	1400	93	670	655	98	381	363	95

Figura nº 40

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Calidad

ANEXO 9: Ocupación de los quirófanos

Ocupación de los quirófanos

G1 CENTRAL 1	2009	2010	2011	2012	2013
Nº días hábiles	239	261	260	255	260
Nº días asignados	206	229	232	222	214
Tiempo disponible en días hábiles (h.)	1.673	1.827	1.820	1.785	1.820
Tiempo asignado mañanas (h.)	1.442	1.603	1.624	1.550	1.498
Tiempo ocupado mañanas (h.)	1.202	1.259	1.218	1.235	1.200
Tiempo asignado sobre disponible total (%)	86	88	89	87	82
Tiempo ocupado mañana sobre asignado en mañana (%)	83	79	75	80	80
Tiempo asignado tardes (h.)	237	13	0	44	0
Tiempo ocupación tardes (h.)	226	64	35	52	27
Tiempo ocupación noches (h.)	10	21	5	4	14
Nº int. Programadas mañana	1.111	1.040	929	968	942
Nº int. Programadas tarde	205	8	2	12	1
Nº int. Urgentes mañana	14	10	3	9	3
Nº int. Urgentes tarde	11	13	7	10	8
Nº int. Urgentes noche	2	10	3	2	8
Int. Programadas mañana/día	5	5	4	4	4
Media de tiempo p/int. Programada mañana (min.)	65	73	79	77	76

G2 CENTRAL 2	2009	2010	2011	2012	2013
Nº días hábiles	260	261	260	255	260
Nº días asignados	273	319	311	216	235
Tiempo disponible en días hábiles (h.)	1.820	1.827	1.820	1.785	1.820
Tiempo asignado mañanas (h.)	1.540	1.687	1.673	1.512	1.624
Tiempo ocupado mañanas (h.)	1.181	1.296	1.373	1.259	1.327
Tiempo asignado sobre disponible total (%)	85	92	92	85	89
Tiempo ocupado mañana sobre asignado en mañana (%)	77	77	82	83	82
Tiempo asignado tardes (h.)	537	583	368	59	10
Tiempo ocupación tardes (h.)	484	462	240	122	69
Tiempo ocupación noches (h.)	1	3	0	12	0
Nº int. Programadas mañana	350	377	432	424	490
Nº int. Programadas tarde	307	267	111	11	4
Nº int. Urgentes mañana	6	2	4	9	6
Nº int. Urgentes tarde	5	0	2	8	2
Nº int. Urgentes noche	0	2	0	4	0
Int. Programadas mañana/día	1	1	1	2	2
Media de tiempo p/int. Programada mañana (min.)	202	206	191	178	162

G3 CENTRAL 3	2009	2010	2011	2012	2013
Nº días hábiles	260	261	260	255	260
Nº días asignados	291	261	237	237	218
Tiempo disponible en días hábiles (h.)	1.820	1.827	1.820	1.785	1.820
Tiempo asignado mañanas (h.)	1.441	1.584	1.645	1.646	1.509
Tiempo ocupado mañanas (h.)	1.124	1.215	1.345	1.357	1.273
Tiempo asignado sobre disponible total (%)	79	87	90	92	83
Tiempo ocupado mañana sobre asignado en mañana (%)	78	77	82	82	84
Tiempo asignado tardes (h.)	445	324	8	75	66
Tiempo ocupación tardes (h.)	418	463	191	87	117
Tiempo ocupación noches (h.)	0	0	0	5	1
Nº int. Programadas mañana	454	517	640	628	574
Nº int. Programadas tarde	423	314	102	13	39
Nº int. Urgentes mañana	3	5	1	13	6
Nº int. Urgentes tarde	2	1	1	4	0
Nº int. Urgentes noche	0	0	0	1	0
Int. Programadas mañana/día	2	2	3	3	3
Media de tiempo p/int. Programada mañana (min.)	149	141	126	130	133

G4 CENTRAL 4	2009	2010	2011	2012	2013
Nº días hábiles	239	261	260	255	260
Nº días asignados	209	225	236	237	222
Tiempo disponible en días hábiles (h.)	1.673	1.827	1.820	1.785	1.820
Tiempo asignado mañanas (h.)	1.435	1.561	1.645	1.569	1.438
Tiempo ocupado mañanas (h.)	1.143	1.275	1.300	1.302	1.248
Tiempo asignado sobre disponible total (%)	86	85	90	88	79
Tiempo ocupado mañana sobre asignado en mañana (%)	80	82	79	83	87
Tiempo asignado tardes (h.)	18	13	4	45	0
Tiempo ocupación tardes (h.)	308	227	197	86	43
Tiempo ocupación noches (h.)	0	0	0	2	0
Nº int. Programadas mañana	352	435	488	448	509
Nº int. Programadas tarde	184	126	69	4	1
Nº int. Urgentes mañana	2	1	3	9	66
Nº int. Urgentes tarde	0	2	0	5	0
Nº int. Urgentes noche	0	0	0	1	0
Int. Programadas mañana/día	2	2	2	2	2
Media de tiempo p/int. Programada mañana (min.)	195	176	160	174	147

G5 CENTRAL 5	2009	2010	2011	2012	2013
Nº días hábiles	239	261	260	255	260
Nº días asignados	211	228	221	222	219
Tiempo disponible en días hábiles (h.)	1.673	1.827	1.820	1.785	1.820
Tiempo asignado mañanas (h.)	1.458	1.596	1.547	1.554	1.533
Tiempo ocupado mañanas (h.)	1.000	1.085	1.119	1.129	1.099
Tiempo asignado sobre disponible total (%)	87	87	85	87	84
Tiempo ocupado mañana sobre asignado en mañana (%)	69	68	72	73	72
Tiempo asignado tardes (h.)	352	159	135	27	0
Tiempo ocupación tardes (h.)	136	56	98	57	37
Tiempo ocupación noches (h.)	7	6	0	0	0
Nº int. Programadas mañana	1.623	1.920	1.871	1.770	1.768
Nº int. Programadas tarde	504	175	297	60	7
Nº int. Urgentes mañana	6	7	3	4	3
Nº int. Urgentes tarde	0	0	0	0	1
Nº int. Urgentes noche	1	0	0	0	0
Int. Programadas mañana/día	8	8	8	8	8
Media de tiempo p/int. Programada mañana (min.)	37	34	36	38	37

Figura nº 41

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Calidad

ANEXO 10: Desprogramaciones quirúrgicas por motivos

Desprogramaciones quirúrgicas por motivos

MOTIVO	AÑO	CIRUGÍA	OFTALMOLOGÍA	UROLOGIA
MOTIVOS ESTRUCTURALES	2009	2	5	4
	2010	7	7	2
	2011	14	9	2
	2012	12	20	5
	2013	19	14	7
MOTIVOS MÉDICOS	2009	0	0	0
	2010	0	0	0
	2011	0	0	1
	2012	1	0	0
	2013	2	0	1
POR CAUSA DEL PACIENTE	2009	9	18	65
	2010	14	25	43
	2011	41	39	57
	2012	34	38	33
	2013	46	42	56
PACIENTE INTERVENIDO	2009	8	0	5
	2010	6	8	4
	2011	5	16	6
	2012	13	15	20
	2013	17	6	15
PACIENTE FALLECIDO	2009	0	0	1
	2010	0	1	0
	2011	1	1	0
	2012	0	1	1
	2013	1	1	1
OTROS MOTIVOS	2009	29	55	36
	2010	31	47	24
	2011	136	90	40
	2012	137	106	39
	2013	179	111	36

Figura nº 42

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Calidad

ANEXO 11: Lista de espera quirúrgica

Lista de espera quirúrgica

PACIENTES INTERVENIDOS						
AÑOS	ESPERA MEDIA	PACIENTES	ESPERA MEDIA	PACIENTES	ESPERA MEDIA	PACIENTES
	CIRUGÍA GENERAL		OFTALMOLOGÍA		UROLOGÍA	
2010			47,00	2.343	16,80	660
2011	51,60	2.216	35,30	2.884	14,90	692
2012	64,00	2.142	39,50	3.462	18,40	637
2013	67,50	4.454	47,30	3.797	20,00	662

Figura nº 43

Fuente: Servicio de Medicina Preventiva y Calidad

ANEXO 12: Documento de Registro de Enfermería Quirúrgica

DOCUMENTO DE REGISTRO DE ENFERMERIA QUIRURGICA

ETIQUETA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

- Diagnostico Preoperatorio: _____
- Intervención Propuesta: _____
- Tipo de intervención:
 - Programada
 - Urgente
 - Ingresado. Fecha: ___/___/___
 - C.M.A.
 - Ambulatorio
- Entrevista con el paciente:
 - SI NO
 - Valoración Psíquica Valoración Física
 - Ansiedad HTA
 - Temor Diabetes
 - Tranquilidad Alergias
 - Irritado Tt^o anticoagulante. Fecha: ___/___/___
 - Otros
 - Hora: ___/___
- Comprobación-verificación de datos del paciente.
 - Identificación del parte
 - Identificación de la intervención
 - Identificación del lugar de incisión
 - Historia Clínica:
 - Completa Incompleta
 - Consentimiento informado: SI NO
 - Estudio Preanestésico completo: SI NO
 - Estudios Complementarios: SI NO
- Constantes vitales:
 - TA: ___/___/___ FC: _____
 - T^a: _____ °C L. p.m. : _____
- Cateterización vías:
 - Periférica Fecha: ___/___/___ Permeable SI NO
 - Central Fecha: ___/___/___ Permeable SI NO
 - Arterial Fecha: ___/___/___ Permeable SI NO

Profilaxis Antibiótica: SI NO

• Preparación del campo quirúrgico:

Ayunas

Baño Ropa quirúrgica

Enema Sondajes

Retirada de:

Esmalte de uñas

Prótesis

Joyas

Entregado a: _____

Campo preparado: SI NO

Rasurado: SI NO

• Entrada a quirófano:

Hora de entrada a quirófano: ____/____

Hora comienzo anestesia: ____/____

Tipo de anestesia

Local Tópico

Raquídea

Locorregional

Sedación

General

Plexos: Brilma

Plexular

Nervio Periférico

T.A.C.

Otros _____

Mascarilla Laríngea nº: _____

Intubación Tubo nº: _____

Normal Dificultosa

Observaciones: _____

Posición quirúrgica:

Decubito supino

Decubito prono

Decubito lateral derecho.

Decubito lateral izquierdo.

Trendelemburg

Anti-trendelemburg

Ortopédica

Pillé

Lumbotomía

Ginecológica

Otros

Placa bisturí eléctrico:

Protecciones: SI NO

Hora comienzo intervención: ____/____

Incisión Tipo: _____

Piezas de Anatomía Patológica: SI NO Cuántas: _____

Intraoperatorias: SI NO Cuántas: _____

Ganglio Centinela: SI NO Cuántas: _____

Microbiología: SI NO Cuántas: _____

RX: SI NO
Taponamiento: SI NO
Analíticas: SI NO
Pruebas cruzadas SI NO
Transfusiones: Sangre N° Hemoderivados: _____
 Plasma Unidades: _____
 Plaquetas Unidades: _____

Isquemia: Inicio: ____/____/____ Fin: ____/____/____

Sondaje Nasogástrico: SI NO N° _____
Sondaje Vesical: SI NO N° _____

Sueros empleados en el campo:
Cantidad: _____ Tipo: _____

Líquidos aspirados en el campo:
Cantidad: _____ Tipo: _____

Recuento de:

Gasas: Correcto Incorrecto
Compresas: Correcto Incorrecto
Torundas: Correcto Incorrecto
Agujas: Correcto Incorrecto
Instrumental: Correcto Incorrecto
Observaciones: _____

Drenajes:

Con aspiración Bola
 Sin aspiración Botella
 Sujeto a cama Petaca

Apósito quirúrgico:

Compresivo Limpio
 No compresivo Sucio

Traslado a UCI: SI NO

Hora fin intervención: ____/____
Hora fin anestesia: ____/____

Observación enfermera quirúrgica:

Nombre:

N° Colegiada:

ANEXO 13: Clasificación ASA

- Clase I: Paciente saludable no sometido a cirugía electiva.
- Clase II: Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
- Clase III: Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.
- Clase IV: Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía.
- Clase V: Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico.

ANEXO 14: Impreso de Solicitud de Paciente.

IMPRESO SOLICITUD DE PACIENTE

PEGATINA IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

- Planta de Hospitalización : _____
- Nº habitación : _____ Cama: _____
- Intervención: _____
Nº Quirófano en el que va a ser intervenido: _____
- Servicio Solicitante: Quirófano Central B.
Persona que solicita: _____
Fecha: ___/___/_____
Hora: ___/____ Firma: _____
Teléfono: 29491
- Enfermero/a planta: _____
Nº Colegiado/a: _____ Firma: _____
Hora: ___/____
Teléfono: _____
Observaciones: _____

- Celador: _____ Firma: _____
Hora llegada a quirófano: ___ / ____

