

Implantación supervisión de tarde en el área quirúrgica

Autor: Siles Ortiz, Dionisio (Diplomado en enfermería, Enfermero área quirúrgica).

Público: "Enfermería". **Materia:** Gestión recursos humanos. **Idioma:** Español.

Título: Implantación supervisión de tarde en el área quirúrgica.

Resumen

La implantación de la figura de la supervisión de tarde en el área quirúrgica es fundamental para la continuidad y la calidad de los cuidados. Así como la resolución de las diferentes eventualidades que pueda sufrir tanto el personal de tarde, como el área quirúrgica. Éste trabajo ha sido abordado desde la planificación, organización, coordinación y control, tomando como referencia un hospital con el área quirúrgica gestionada por cinco supervisores de mañana.

Palabras clave: supervisión de tarde, enfermería, área quirúrgica.

Title: Implantation supervision of afternoon in the surgical area.

Abstract

The implantation of the figure of the supervision of afternoon in the surgical area is fundamental for the continuity and the quality of the cares. As well as the resolution of the different eventualities that may suffer both the afternoon staff, as the surgical area. This work has been approached from the planning, organization, coordination and control, taking as reference a hospital with the surgical area managed by five supervisors of tomorrow.

Keywords: supervision of afternoon, nursing, surgical area.

Recibido 2017-10-31; Aceptado 2017-11-08; Publicado 2017-11-25; Código PD: 089123

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), popularmente conocido todavía por su antiguo nombre: La Residencia o también como La Candelaria, es un centro hospitalario público de alcance general que, junto con el Hospital Universitario de Canarias, constituyen los dos hospitales principales (tercer nivel) de la isla de Tenerife. Fundado en el año 1966 está ubicado en el municipio y ciudad de Santa Cruz de Tenerife. El nombre del hospital es en honor a la Virgen de Candelaria (Patrona de Canarias) y se trata del hospital más grande de las Islas Canarias.

Es el complejo hospitalario más grande de las Islas Canarias y es junto al ya citado Hospital Universitario de Canarias, un hospital de referencia en algunas especialidades para toda Canarias e incluso España.²

Dispone de una superficie útil construida de 82.035 m², de los que 26.930 corresponden al edificio central, 23.980 a los bloques de hospitalización, 3.532 al servicio de urgencias, y dos edificios de 19.663 y 7.430 destinados a consultas externas. Aparte del centro principal dispone de otro edificio situado a unos 900 metros del anterior, denominado hospital de Ofra, de 12.069 m² orientado a la hospitalización de mayor estancia. El complejo hospitalario se encuentra bien comunicado con las autopistas del Norte y del Sur de Tenerife.

Con una plantilla de 3.391 profesionales, está orientado a la asistencia médica de la zona sur de Tenerife, y es hospital de referencia para las islas de La Gomera y El Hierro. Además, por sus características estructurales y tecnológicas y en función de las necesidades que de él se demandan, está acreditado como de referencia para todas las Áreas de Salud de Canarias, el servicio de Trasplante Hepático y el servicio de Alergología para la provincia de Santa Cruz de Tenerife. El Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria cuenta con:

- 960 camas de las que 24 son camas de Hospital de día y de menos de 24 horas.
- 90 locales de consulta externa y áreas de procedimiento de diagnóstico y terapéutica.
- 66 locales de consulta en centro de atención especializada.
- 22 quirófanos

Cuando nos paramos a reflexionar sobre la situación actual del área quirúrgica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), observamos que para reducir la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) cada día aumenta el número de cirugías programadas en turno de tarde, por lo que el personal de enfermería de tarde ha aumentado considerablemente realizando la mayoría de turnos de trabajo en ese horario para el que han sido contratados. El supervisor de referencia es el supervisor de la mañana en cuanto a días libres, vacaciones, baja laboral... con los inconvenientes que conlleva trabajar en turnos distintos tanto para el enfermero como para el supervisor ya que éste tampoco puede llevar un seguimiento directo sobre sus enfermeros. La implantación de un supervisor de tarde en el área quirúrgica sería una herramienta muy interesante a considerar pudiendo mejorar notoriamente aspectos sobre los trabajadores, sobre el hospital, y sobre todo por la satisfacción del paciente.

PLANIFICACIÓN

Según Alberdi: "Proceso que, partiendo del análisis del pasado y actual de la situación de un sistema y tras una evaluación de fines y métodos, define objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y control de las actividades a desarrollar durante un periodo de tiempo determinado."

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

La naturaleza dinámica de los procesos quirúrgicos unida a situaciones como el absentismo, los días libres y las bajas por enfermedad, así como el aumento en el número de personas ingresadas o en su gravedad, requieren que las programaciones del personal enfermero de las unidades se reconsideren y reajusten a corto plazo, casi de un turno a otro. De ahí surge la cuestión de disponer de un personal adicional al que poder recurrir ante los imprevistos, y de ahí surgieron los llamados "EQUIPOS DE TARDE" Compuestos por 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería.

Cuando hablamos de "EQUIPOS DE TARDE" parece que nos referimos al personal que no tiene una asignación fija de unidad o servicio y va rotando de un lugar a otro del área quirúrgica o incluso a otras áreas del hospital en función de las necesidades, normalmente para reforzar cuando hay sobrecarga de trabajo o cubrir al personal enfermero ausente.

No podemos obviar, que aunque éste personal tiene la suficiente preparación y cualificación para pertenecer al área quirúrgica, cada jornada laboral van a un quirófano diferente, corriendo el riesgo de no proporcionar cuidados de calidad. Además, este personal se caracteriza por padecer niveles elevados de estrés y/o ansiedad sobre todo al tener que ir a trabajar a otras áreas distintas de la quirúrgica (hospitalización, urgencias, reanimación) debido a que no participan en la evolución del proceso del cuidado, sólo aparecen y desaparecen de escena con todo lo que ello conlleva.

En cuanto a la actividad quirúrgica del primer semestre de este año hay que destacar que se realizaron 54.197 intervenciones quirúrgicas, lo que supone que se hicieron 2.743 operaciones más y un incremento del 5,3 por ciento con respecto a las realizadas en el primer semestre de 2016.

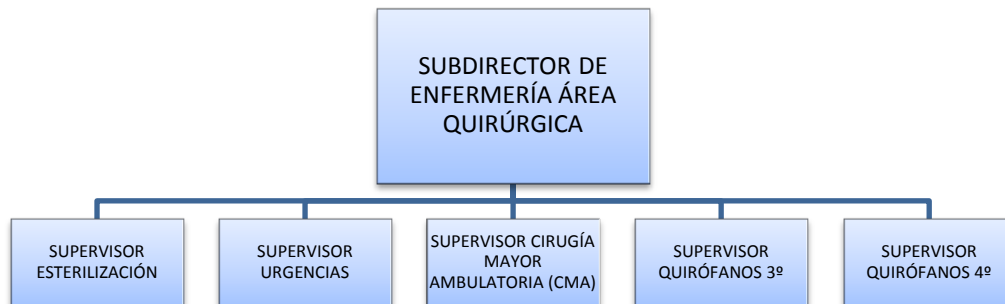
Un dato significativo es el incremento del 6,6 por ciento de las intervenciones ambulatorias, registrado con la puesta en marcha del programa CMA24, por su implicación en la eficiencia de los recursos y satisfacción de los pacientes. En total, suman 22.320 intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Asimismo, hay que reseñar que más del 60 por ciento de la actividad quirúrgica realizada en este primer semestre, se corresponde con procesos relacionados con el sistema osteo-muscular y nervioso (6.407 operaciones) en el que se incluyen 1.873 fracturas o luxaciones, 828 artroplastias, 583 procedimientos terapéuticos en quirófano sobre articulaciones, 579 descompresiones de nervio periférico, entre otros. Intervenciones oftalmológicas (8.727), entre las que se encuentran 2.504 cataratas, 764 procedimientos intraoculares y 4.545 procedimientos sobre córnea, conjuntiva y párpados entre otros. E intervenciones del aparato digestivo (5.422) con 762 colecistectomías y exploraciones del conducto común, 1.034 reparaciones de hernias y 538 resecciones colorrectal, entre otras.

Con los datos del balance definitivo del primer semestre de este año, se deduce que se ha registrado un descenso en la LEQ de más de seis meses del 18 por ciento, lo que supone que 2.324 personas vieron su proceso quirúrgico solucionado. El porcentaje de estos pacientes ha pasado del 37,3 al 32,3 por ciento del total de pacientes en lista de espera.

Otro dato a destacar es la reducción de la demora media para ser intervenido que se ha reducido en 7,56 días.

Para llevar a cabo estas excelentes noticias del primer semestre de 2017 el Área Quirúrgica del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) cuenta con 22 quirófanos activos que se dividen en 5 bloques, cada uno de ellos gestionado por un supervisor de enfermería en turno fijo de mañana.



1. SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN.

- **PERSONAL:** 14 ENFERMEROS Y 28 AUXILIARES
- **TURNO:** ROTATORIO (M/T/N)

2. QUIRÓFANOS DE URGENCIAS.

- **Nº QUIRÓFANOS:** 3
- **PERSONAL:** 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería en cada quirófano
- **TURNO:** ROTATORIO (M/T/N)

3. QUIRÓFANOS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA).

- **Nº QUIRÓFANOS:** 3
- **URPA:** 1 enfermero y 1 auxiliar
- **EQUIPOS DE TARDE:** 2 (Cada equipo se compone de 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería).
- **TURNO:** FIJO DE MAÑANA Y TARDES

4. QUIRÓFANOS 3ª PLANTA ÁREA QUIRÚRGICA:

- **Nº QUIRÓFANOS:** 7
- **URPA:** 2 enfermeros y 1 auxiliar en turno fijo de mañana
- **SERVICIO IMPLANTES:** 2 enfermeros en turno fijo de mañana.
- **EQUIPOS DE TARDE:** 7 (Cada equipo se compone de 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería).
- **TURNO:** FIJO DE MAÑANA Y TARDES

5. QUIRÓFANOS 4º PLANTA ÁREA QUIRÚRGICA.

- **Nº QUIRÓFANOS:** 9
- **SERVICIO DE IMPLANTES:** 1 enfermero y 1 auxiliar en turno fijo de mañana.
- **EQUIPOS DE TARDE:** 7 (Cada equipo de tarde se compone de 2 enfermeros y 1 auxiliar de enfermería)
- **TURNO:** FIJO DE MAÑANA Y TARDES

***TABLA RESUMEN DEL Nº ENFERMEROS EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO POR TURNO**

	ESTERILIZACIÓN	URGENCIAS	CMA	3º PLANTA	4º PLANTA
ENFERMEROS MAÑANA	4	6	6	18	19
ENFERMEROS TARDE	4	6	4	14	14
ENFERMEROS NOCHE	2	6	0	0	0

***TABLA RESUMEN DEL Nº AUXILIARES EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO POR TURNO**

	ESTERILIZACIÓN	URGENCIAS	CMA	3º PLANTA	4º PLANTA
AUXILIARES MAÑANA	14	3	4	8	10
AUXILIARES TARDE	14	3	2	7	7
AUXILIARES NOCHE	4	3	0	0	

OBJETIVO GENERAL Y ACTIVIDADES.

El objetivo general de éste proyecto es la implantación de un supervisor de Tarde en quirófano cuya misión sea la de velar por la continuidad de la asistencia según los criterios generales de la dirección de enfermería.

Dependencia jerárquica: Supervisor de área o subdirección de enfermería.

Funciones y actividades:

- Supervisa la continuidad de los procesos de atención y detecta los problemas asistenciales, coordinándose con sus superiores, para la solución de los mismos.
- Resuelve la incidencia asistencial y organizativa de su turno, así como la que haya quedado pendiente y requiera toma de decisión inmediata.
- Toma las medidas necesarias para la reposición de fármacos u otro material que se precise con urgencia para la realización de la actividad asistencial.
- Controla la calidad de los servicios de enfermería y el cumplimiento de las normas de funcionamiento generales del hospital y específicas de la Dirección de Enfermería.
- Vigila el correcto uso de instalaciones y materiales y detecta las necesidades de los mismos o los problemas de utilización.
- Mantiene la relación oficial como responsable de enfermería en su turno de trabajo con los responsables facultativos y de servicios técnicos de apoyo a la actividad asistencial en todo lo indicado para la correcta dinámica asistencial del hospital.

- Elabora los informes pertinentes a su actividad que le sean requeridos por el supervisor de área correspondiente.
- Asume todas las responsabilidades inherentes al puesto y realiza todas las funciones que le sean delegadas por la subdirección correspondiente.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA LOS “EQUIPOS DE TARDE”:

Personal de enfermería debidamente formado en teoría y práctica en el área quirúrgica

Estrategias:

- Ofrecer formación general y de cada especialidad quirúrgica al personal de nueva incorporación.
- Rotación por el resto de quirófanos para conocer el funcionamiento básico de todos los quirófanos.
- Conocer el funcionamiento del equipamiento básico y específico (respiradores, lámparas de luz, bisturíes eléctricos, fuentes de luz, torres de laparoscopia....) del quirófano.

Métodos de trabajo definidos para cada categoría.

Estrategias:

- Explicar la función de cada miembro del equipo quirúrgico para tener claro cuál es la función de cada uno.
- Reuniones mensuales donde los equipos quirúrgicos expongan dudas, necesidades, logros, objetivos etc, etc....
- Actuar en la práctica clínica bajo el principio de seguridad del paciente.
- Formar grupos de trabajo que revisen y actualicen los indicadores quirúrgicos para evaluar y mejorar los resultados.
- Revisión de los documentos informativos de los pacientes, preoperatorio, check-list, consentimientos informados.

Excelente calidad asistencial.

Estrategias:

- Mejorar la información a usuarios
- Mejorar el confort a los pacientes y el tratamiento del dolor
- Mejorar los accesos y los circuitos en el bloque quirúrgico
- Optimizar el tiempo de estancia
- Medir mejor los resultados con nuevos indicadores que expliquen los factores que impactan en los resultados y la calidad

Potenciar la investigación y la docencia.

Estrategias:

- Favorecer la investigación promoviendo la difusión de los proyectos en los que se encuentra involucrado el hospital, procurando que éstos tengan aplicación práctica en quirófano.
- Potenciar la cultura de la investigación promoviendo líderes referentes dentro y fuera del hospital y dar a conocer los beneficios que tiene para el quirófano esta actividad investigadora.
- Potenciar la incentivación y motivación por parte de las supervisoras del servicio a aquellas personas que dedican su tiempo a la investigación.
- Promover alianzas con otros hospitales quirúrgicos que permita desarrollar investigaciones conjuntas y acreditadas.

Priorización y sostenibilidad económica.

Estrategias:

- Maximizar aún más la utilización del bloque quirúrgico realizando cirugía programada en el turno de tarde también.
- Tender a optimizar los quirófanos haciendo de ellos un uso polivalente.
- Profundizar en la idea de sostenibilidad ya que el crecimiento de la demanda pone en riesgo la supervivencia del sistema sanitario público.
- Reforzar la idea de equidad y la justa distribución de los recursos.
- Ser eficientes para atender adecuadamente al mayor número de pacientes.
- Avanzar en herramientas de gestión y medición (indicadores de eficiencia, integración de datos asistenciales, impacto económico de las inversiones...)
- Comunicar la relevancia de sostener entre todos los profesionales el sistema.
- Conocer los costes en los que incurre el hospital y el bloque quirúrgico.

ORGANIZACIÓN

EQUIPO QUIRÚRGICO

Equipo quirúrgico es una unidad, formada por dos o más personas con habilidades complementarias que se comprometen en un propósito común y fijan objetivos y expectativas de desempeño.

El equipo quirúrgico se subdivide, según las funciones de sus miembros, en:

- **EQUIPO ESTÉRIL:**

Es aquel que tiene acceso al campo estéril. Está formado por diferentes profesionales de distintas áreas, cumpliendo cada uno de ellos unas funciones bien diferenciadas. Todos los miembros que forman el equipo estéril realizan el lavado quirúrgico de manos y antebrazos, se ponen batas y guantes estériles y entran en el campo quirúrgico.

Los miembros que conforman el equipo estéril son los siguientes:

- **Cirujano:**

Es el responsable del acto quirúrgico. Debe poseer los conocimientos, habilidades y el juicio clínico necesario para desempeñar con éxito la intervención quirúrgica prevista y cualquier desviación necesaria por dificultades imprevistas. Las responsabilidades del cirujano son el diagnóstico y los cuidados preoperatorios, la selección y la realización del procedimiento quirúrgico y el control de los cuidados postoperatorios.

- **Ayudantes del cirujano.**

Colaboran con el cirujano contribuyendo a mantener la visibilidad de la zona quirúrgica, el control de la hemorragia y la sutura de las heridas.

- **Enfermero/a instrumentista.**

Mantiene la seguridad, integridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. Los conocimientos y experiencia con las técnicas asépticas y estériles capacitan al enfermero/a instrumentista para manejar los instrumentos y suministros y ayudar al cirujano y sus ayudantes proporcionándoles los instrumentos y suministros requeridos.

- **EQUIPO NO ESTÉRIL:**

Es aquel que no tiene acceso al campo estéril. Asume la responsabilidad de mantener una técnica estéril durante la intervención quirúrgica, pero maneja materiales y equipos que no se consideran estériles.

Los miembros que conforman el equipo no estéril son los siguientes:

- **Anestesiista:**

Profesional encargado de inducir la anestesia, mantenerla en los niveles necesarios y tratar las reacciones adversas producidas por ésta durante todo el procedimiento quirúrgico.

- **Enfermero/a Circulante:**

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

- **Enfermera supervisora turno mañana y tarde:**

Debe tener conocimientos generales de técnicas de quirófano y de gestión tanto en el aspecto teórico como práctico. La supervisora debe poseer capacidad de liderazgo para supervisar y dirigir los cuidados de enfermería de los pacientes que proporciona el personal a su cargo, según los principios y estándares de la enfermería. Abarca funciones de dirección como la planificación, organización, contratación, dirección y control, junto con los procesos de resolución de problemas, toma de decisiones, coordinación y comunicación.

Los deberes de la supervisora de enfermería incluirán, pero no se limitarán a:

- Provisión de personal competente y de servicios de auxiliares, preparado de forma adecuada para lograr los objetivos de calidad en los cuidados del paciente.
- Delegación de responsabilidades en los profesionales de enfermería y asignación de obligaciones al personal sanitario auxiliar.
- Planificación y supervisión de las actividades de enfermería dentro del quirófano o puesto al que haya sido asignado.
- Coordinación de las actividades de enfermería con los cirujanos y anesthesiólogos.
- Gestión de recursos humanos para asegurar la atención de enfermería.
- Provisión, control y mantenimiento de los materiales, suministros y equipamientos, realizando recomendaciones de uso adecuado.
- Actuación de nexo de comunicación del personal de enfermería con la dirección.
- Coordinación del área quirúrgica con otros servicios.
- Provisión de oportunidades formativas para aumentar los conocimientos y las habilidades de todo el personal.
- Elaboración y difusión de normas y procedimientos adoptados por el servicio y el hospital.
- Identificación de las necesidades y los problemas que surjan en el servicio y resolución de los mismos, siempre que estén en su campo jerárquico de actuación.
- Ayuda en la orientación del personal de nuevo ingreso.
- En algunos hospitales, incluido el nuestro, la supervisora es la tutora de las prácticas de los alumnos de enfermería, teniendo a su cargo establecer el programa de formación teórica y organizativa de las prácticas.
- Debe favorecer la creación de un ambiente que fomente el trabajo en equipo y la comunicación interpersonal.
- **Otros:** Auxiliar de enfermería, celador, técnicos...

Estos profesionales forman el equipo quirúrgico, trabajando de manera inter y multidisciplinar. Todos ellos son los encargados de la atención del paciente. Cada uno, cumple con una tarea bien definida. Trabajan de forma coordinada

ya que luchan por un objetivo común. Centrándonos una vez más en la persona, que es el centro de nuestra atención, proporcionando cuidados de una manera eficiente, oportuna y segura, cumpliéndose así la definición de personal de enfermería de quirófano que según la Association of periOperative Registered Nurses (AORN) StamentCommitte, puede definirse como “Personal que identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la persona y pone en práctica un programa individualizado que coordine los cuidados de enfermería a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después del acto quirúrgico” .

La comunicación y el respeto mutuo son dos herramientas claves en el éxito del trabajo en equipo. La comunicación debe de ser entre los propios profesionales y entre los pacientes, ya que debemos ser conscientes de las necesidades de información de éstos últimos. El respeto mutuo se demuestra mediante la cooperación, coordinación y la información veraz

TRABAJO EN EQUIPO

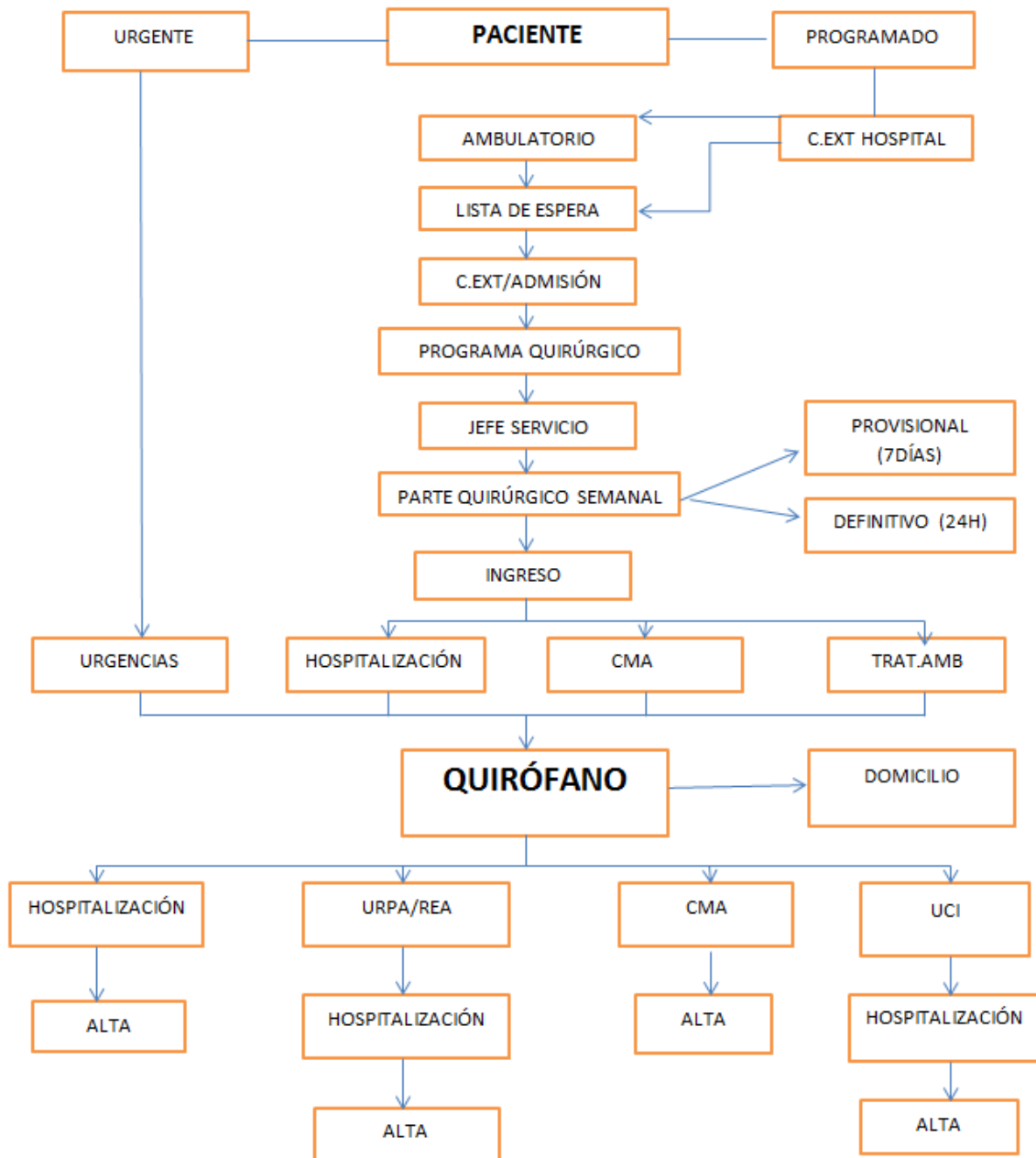
El concepto de trabajo en equipo es fundamental para el buen funcionamiento del bloque quirúrgico. El equipo quirúrgico se caracteriza por su interdependencia, porque los distintos miembros dependen unos de otros para alcanzar los objetivos del bloque quirúrgico.

Los miembros del equipo deben tener una buena comunicación y tener una buena distribución de la funciones a realizar, para desempeñar las tareas especificadas como una única entidad. El fracaso de cualquiera de los miembros del equipo en el desarrollo de sus funciones puede incidir negativamente en el éxito de todo el equipo. Cada una de las acciones individuales es importante. El objetivo común del equipo quirúrgico es proporcionar al paciente unos cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura.

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

Las diferencias de pensamiento del personal pueden ser a veces una fuente de conflictos, el trabajo en equipo y la tarea asignada en cada momento deben superar cualquier diferencia. De igual forma, los problemas ocasionados ante ciertos procedimientos complejos, una fuerte carga de trabajo o la escasez de personal no deben interferir en un cuidado eficaz e individualizado del paciente.

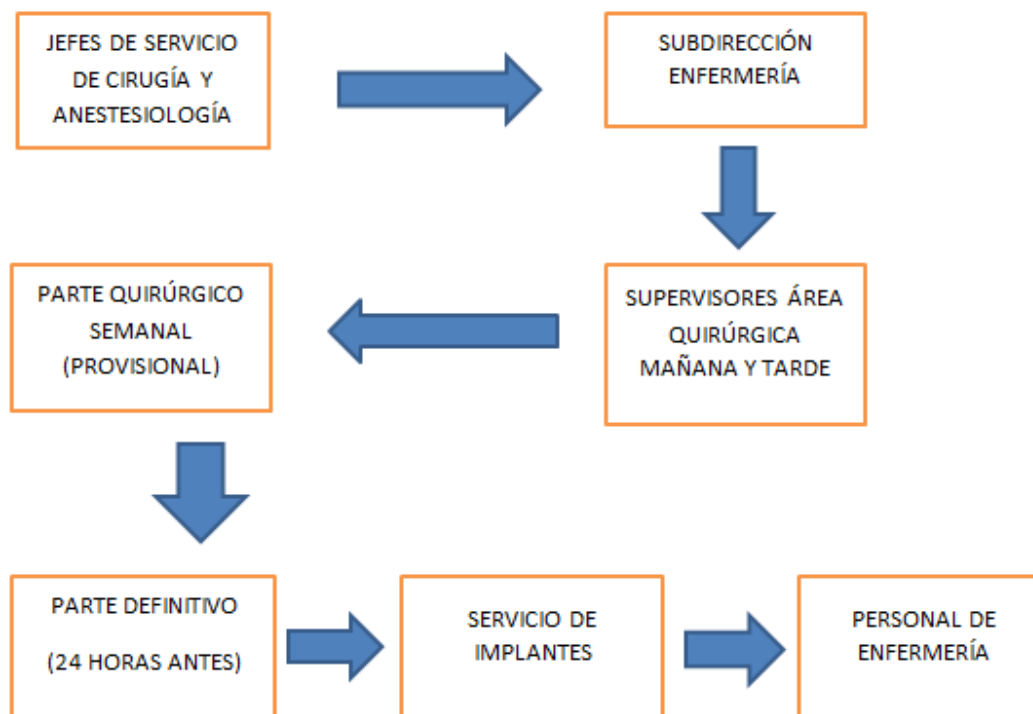
CIRCUITO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO. PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA



En el esquema anterior se describe el proceso que debe seguir un paciente para ser programado quirúrgicamente y ser incluido en el Parte Quirúrgico semanal.

El parte quirúrgico semanal se determina de forma individual los Miércoles de cada semana, se establece una reunión entre los Jefes de Servicio y la Subdirección de Enfermería, los jueves se produce otra reunión ésta vez el Subdirector de Enfermería con los distintos supervisores del área quirúrgica (aquí incluiríamos la nueva figura de Supervisor de Tarde) para la distribución por especialidades del personal, teniendo en cuenta el personal disponible con los quirófanos propuestos, teniendo especial relevancia los "EQUIPOS DE TARDE " junto con la formación de éstos equipos para la máxima realización de quirófanos posible y la consecuente disminución de LEQ.

El parte quirúrgico definitivo se determina habitualmente 24 horas antes, dado que siempre puede haber cambios de última hora. Éste se comunica al Servicio de Admisión que se encarga de avisar a los pacientes, al unísono se comunica el parte quirúrgico al Servicio de Implantes que se encargará de avisar a los diferentes proveedores y se encargarán de la reposición de materiales e implantes de la cirugía del día siguiente y avisará a los quirófanos para la petición de Protocolos al servicio de Esterilización. El Parte definitivo se podrá consultar sobre las 14.00 del día anterior en el sistema informático DRAGO AE.



COORDINACIÓN

Ésta etapa pasa a la acción tal y como se ha planificado y organizado. Cobran gran importancia los principios motivación, formación continuada y comunicación.

- **MOTIVACIÓN.**

La motivación de todo el personal del quirófano es fundamental para conseguir la implicación del equipo quirúrgico con el buen desarrollo del trabajo. Es necesario identificar las necesidades de cada uno de los miembros que forman el equipo, creando las condiciones para que las personas puedan satisfacerlas. En la medida que logremos esto estaremos motivando. La motivación, es propia de cada persona y cada uno tenemos unos factores de motivación concretos y en muchos casos diferentes al resto, que el responsable del equipo (supervisor de tarde en éste caso...) debe encontrar y potenciar. La comunicación, la escucha activa, y la generación de confianza entre las personas del equipo y los responsables son fundamentales en este proceso. La implantación de una supervisión para el personal de tarde es fundamental para conseguir un mayor grado de motivación éste.

- **FORMACIÓN CONTINUADA.**

“Según el Código Deontológico de la Enfermería Española, será responsabilidad de la enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende (Art. 60), y añade que la enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día mediante la educación continuada y el desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional (Art. 70) y deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación” (Art. 71).

“Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, señala la formación de los profesionales como un factor fundamental en la mejora de la cualificación profesional. En este sentido, reconoce la importancia de la formación continuada, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario”

Actualmente, los continuos cambios científicos y tecnológicos motivan que el conocimiento se quede obsoleto a un ritmo acelerado, además la eventualidad del personal de tarde y su menor experiencia profesional con respecto al turno de la mañana hacen que éste personal necesite especial hincapié en el aspecto de la formación, siendo el Supervisor de Tarde el referente formativo, dirigiendo, colaborando, y gestionando talleres y cursos formativos con respecto al área quirúrgica (talleres de técnicas quirúrgicas, instrumentación, desarrollo de protocolos..) pudiendo colaborar con casas comerciales que sean clientes del HUNSC. Los cursos serán de obligatoria asistencia para todos los “Equipos de Tarde” pertenecientes al área quirúrgica, se programarán en sesiones de 2,5 horas, realizándose 3- 4 ediciones de cada curso a lo largo del año.

PLAN FORMACIÓN ANUAL EQUIPO QUIRÚRGICO

NOMBRE DEL CURSO	PERSONAL AL QUE VA DIRIGIDO	DURACIÓN DEL CURSO
LIMPIEZA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	AUXILIARES ENFERMERÍA	5 HORAS
MANEJO EQUIPOS ELECTROQUIRÚRGICOS Y DE SOPORTE	AUXILIARES ENFERMERÍA	5 HORAS
POSICIONES DEL PACIENTE EN LA MESA QUIRÚRGICA	CELADORES AUXILIARES ENFERMERÍA	5 HORAS
SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB)	CELADORES AUXILIARES	5 HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)	ENFERMERÍA	10 HORAS
INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA BÁSICA	ENFERMERÍA	10 HORAS
TÉCNICAS QUIRÚRGICAS COT	ENFERMERÍA	10 HORAS
LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMIA	ENFERMERÍA	5 HORAS
URGENCIAS VASCULARES Y TORÁCICAS	AUXILIARES ENFERMERÍA	5 HORAS
ACTUACIÓN ANTE UNA CESÁREA URGENTE	CELADORES AUXILIARES ENFERMERÍA	5 HORAS
URGENCIAS NEUROCIRUGÍA	AUXILIARES ENFERMERÍA	5 HORAS

- **COMUNICACIÓN.**

El trabajo en equipo es un punto fundamental para el desarrollo adecuado del quirófano y para alcanzar el objetivo fundamental, que es el cuidado integral al paciente.

Es una herramienta muy potente de gestión. Por lo tanto debemos reforzar los canales de comunicación interna (comunicación ascendente, descendente y horizontal entre los miembros de una organización) con los distintos profesionales del hospital, por lo tanto con la implantación de tarde de una supervisión del área quirúrgica, mejoraría considerablemente con respecto a eventualidades que se producen a diario (accidente laboral, suspensión de quirófanos, necesidad de un refuerzo, prolongación de quirófano...)

- Propongo para la supervisión de tarde:
 - Reunión semanal de la supervisora de tarde con personal de enfermería.
 - Acudir a reuniones de coordinación quirófanos
 - Potenciar formación médico-enfermera, enfermera-enfermera, y enfermera-auxiliar de enfermería.
 - Incentivar en Investigación
 - Todos los problemas deberán quedar reflejados en un parte de incidencias que se comunicarán al supervisor de mañana en cuestión.

CONTROL

Última etapa del proceso del proceso de gestión, su desarrollo permitirá tener toda la información útil sobre los resultados de la actividad que se está desarrollando en quirófano, aportando información de la calidad con la que prestamos los servicios a las personas atendidas. Es un proceso de retroalimentación.

Daremos importancia a la estandarización de la práctica asistencial y a la monitorización de los indicadores asistenciales y de calidad.

El área quirúrgica es una de las áreas con mayor concentración de personal y recursos tecnológicos. Es un recurso escaso, caro y complejo, de ahí la importancia de optimizarlo con una adecuada programación de su actividad.

La protocolización de la asistencia es una estrategia utilizada para mejorar la calidad de todo el proceso, cuyo objetivo es estandarizar las actuaciones dentro y fuera del quirófano. Para ello se cuenta con guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos, que deben estar disponibles, ser conocidos y seguidos fielmente por las personas implicadas. Todas estas herramientas tienen como elemento común la idea de que el conocimiento y la experiencia permiten generar decisiones acertadas en la práctica diaria.

MONITORIZACIÓN ESTÁNDARES DE CALIDAD

La actividad quirúrgica, centra su interés en la consecución de indicadores que consigan reflejar las circunstancias que condicionan dicha actividad.

El tiempo constituye un elemento primordial sobre el que giran algunos indicadores de utilización del bloque quirúrgico. El análisis de estos constituye una de las claves para mejorar la eficiencia de la planificación y funcionamiento del área quirúrgica.

Indicadores de la actividad quirúrgica:

- Tiempo diario disponible:

Valor teórico fijado por el hospital en función de la disponibilidad del personal.

- Intervenciones quirúrgicas programadas por turno:

Número de intervenciones quirúrgicas programadas que se realizan en cada turno de quirófano.

- Rendimiento quirúrgico > 75%:

Relación existente entre el tiempo quirúrgico utilizado y el tiempo quirúrgico disponible. Es el porcentaje del tiempo disponible de quirófano que realmente se utiliza para la actividad quirúrgica.

- Suspensiones quirúrgicas <10%

Otros indicadores

- **Indicadores del personal:**
 - Horas de formación por empleado
 - Porcentaje de empleados que han recibido formación
 - Valoración de los cursos de formación
- **Indicadores de resultados:**
 - Tasa de complicaciones por número de operaciones
 - Tasa de mortalidad intraquirófano
 - Porcentaje de intervenciones suspendidas

Una vez establecidos los indicadores monitorizables, el siguiente paso es conseguir la información necesaria para medir resultados. Para ello se utilizarán los registros existentes en quirófano siendo todos ellos registrados en el sistema informático DRAGO AE, lo cual permite una mejor y mayor rapidez y gestión de la información. El departamento de calidad será el encargado de manejar esa información para conseguir los valores exactos de los indicadores pasando mensualmente los informes al comité de quirófano y a supervisión y si hay desviaciones de lo previsto incorporar áreas de mejora y volver a comenzar el ciclo.

Bibliografía

- <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
- "Manual CTO de Enfermería. Grupo CTO Editorial, 2011.
- "Quintanas A, Gómez-Arnau J, González A. El bloque quirúrgico. En: Ruiz P, Alcalde J, Landa JI. Gestión Clínica en Cirugía. Sociedad Española de Cirujanos". Madrid: Arán; 2005.
- "Bloque Quirúrgico-Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2010". Ministerio de Sanidad y Política Social
- "La gestión de Enfermería y los servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias". Diego Ayuso Murillo-Rodolfo F. Grande Sellera. Ed. Díaz de Santos, 2006.
- "La Gestión de Enfermería y la división Médica como Dirección Asistencial". Diego Ayuso Murillo. Ed. Díaz de Santos, 2007.
- "El Proyecto de Gestión en la apertura de un Hospital". Diego Ayuso Murillo-Luis Carretero Alcántara. Capítulo 1.
- "Manual de Enfermería Quirúrgica". Begoña Basozabal Zamakona, M^a Angeles Durán Díaz de Real. Edita Hospital de Galdakao, 2003.