

Manual Institucional

Normas de Atención

Perioperatoria

Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.001

Versión 02

Caja Costarricense de Seguro Social

Gerencia Médica.

Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.

Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento.

Coordinación Nacional de Enfermería

2018



**ELABORADO
POR******

Dra. Loaiza Madriz Carmen PhD.	ARSDT, jefe Coordinación Nacional de Enfermería.
Dra. Ramírez Moya Shirley	ARSDT, Coordinación Nacional de Enfermería.
Dra. Araya Serrano Lizbeth	Programa de Perioperatorio. Hospital San Juan de Dios. San José.
Dra. Barrantes Marín Cecilia	Enfermera de Sala de Operaciones. Hospital Monseñor Sanabria. Puntarenas.
Dra. Debernardi Williams Xinia	Enfermera de Sala de Operaciones. Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera.
Dra. Calderón Cerdas Olga	Enfermera de Sala de Operaciones. Hospital México.
Dra. Zúñiga Díaz Dixie	Jefatura de Sala de Operaciones. Hospital San Vicente de Paúl. Heredia.
Dr. Zamora Mena Hubert	Programa de Perioperatorio Hospital Calderón Guardia.

VALIDADO POR

Dr. Diego Alfaro Alvarez.	Jefe de Enfermería. Región Chorotega.
Dra. Adriana Aguilar Baltodano	Enfermera. Región Chorotega.
Dra. Alejandra Trejos Chacón	Jefe de Enfermería. Región Central Sur.
Dra. Mayela Monge Hernández	Jefe de Enfermería. Región Huetar Norte.
Dra. Viriam Mejías Padilla	Directora de Enfermería. Hospital San Juan de Dios.
Dra. Mercedes Bejarano Jarquín	Subdirectora de Enfermería.



Dra. Silvia Beirute Bonilla	Hospital San Juan de Dios. Directora de Enfermería. Hospital
Dra. Guiselle Molina Juárez	México. Subdirectora de Enfermería.
Dr. Juan Miguel Rojas Arias	Hospital México. Subdirector de Enfermería.
Dra. Jeanneth Quirós Quesada	Hospital México. Directora de Enfermería. Hospital
Dra. Marjorie Valverde Esquivel	Max Peralta. Directora de Enfermería. Hospital
Dra. Jeannette Gutiérrez Arias	Escalante Pradilla. Directora de Enfermería. Hospital
Dra. Sonia Murillo Cerdas	de Nicoya. Enfermera. Hospital de Ciudad
Dra. Margarita Mejías Romero	Neilly.
Dr. Carlos Matarrita Leal	Enfermera. Hospital de Ciudad
Dr. Gilbert Jiménez Canales.	Neilly Director de Enfermería. Hospital
Dra. Carol Montero Carrillo	Manuel Mora Valverde de Golfito. Enfermero. Hospital Manuel Mora
Dra. Ana Matarrita Cambroner	Valverde de Golfito.
Dr. Noel Ortiz Cerdas	Hospital de San Vito.
Dra. M° Luisa Badilla Chinchilla	Hospital Enrique Baltodano. Liberia
Dra. Eva Hurtado García	Enfermero. Hospital de Upala.
Dr. Guillermo Valverde Fernández	Directora de Enfermería. CENARE. Enfermera. CENARE.
Dra. Jeannette Vargas	Enfermero. CENARE.
Dra. Alejandra Retana	
Dra. Tania Soto.	Enfermera. CENARE.
Dra. Ingrid Rojas	Enfermera. CENARE.



	Dr. Lidbererg F. Menocal Moya	Enfermera. CENARE. Enfermera. CENARE. Director de Enfermería. Clínica Oftalmológica.
REVISADO POR:	Dr. Hugo Chacón Ramírez Dr. Mario Mora Ulloa. Dra. Xiomara Badilla Vargas Dra. Catalina Ramírez Dra. Patricia Redondo Escalante Dra. Soraya Solano Acuña Arq. Ana Gabriela Echavarría Chacón Ing. Jorge Granados Soto	Director DDSS. Jefe ARSDT. Sub área Vigilancia Epidemiológica. Sub área Vigilancia y Epidemiología. Área de Salud Ocupacional. D.B.L. Área de Salud Ocupacional. D.B. L. Jefe Área de Diseño. Dirección de Arquitectura y Ingeniería (DAI).
APROBADO POR:	<i>Dr. Roberto Cervantes Barrantes</i>	<i>Gerente Médico.</i>
FECHA DE EMISIÓN:	2018	
PRÓXIMA REVISIÓN:	2023	
OBSERVACIONES:	<i>Se permite la reproducción parcial o total de este manual con fines educativos y sin fines de lucro, con la autorización del representante de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la CCSS. Respetando la propiedad intelectual de los autores del documento.</i>	



INDICE

1. Presentación.	9
2. Introducción.	13
3. Definiciones, abreviaturas y símbolos.	18
4. Referencias normativas.	30
5. Alcance y aplicación.	32
6. Objetivo general.	32
6.1 Objetivos específicos.	32
7. Metodología: Procedimientos de actualización del manual.	34
7.1 Etapas del procedimiento de actualización del manual institucional de normas de atención perioperatoria.	35
8. Responsable del cumplimiento.	38
8.1. Responsable de verificar el cumplimiento.	38
CAPÍTULO I Historia y Teorizantes.	
9. Historia de enfermería.	40
10. Historia de la cirugía.	41
11. Historia de la enfermería perioperatoria	43
12. Concepto del perioperatorio.	43
12.1 La práctica preoperatoria.	43
13. Teorizantes de enfermería aplicadas al campo quirúrgico.	44
13.1 Teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow.	44
13.2 Teoría psicodinámica de Hildegart Peplou.	46
13.4 Teoría del autocuidado. Dorothea Oren.	49
14. El proceso de atención de enfermería.	51
15. Proceso de atención de enfermería aplicado al perioperatorio.	53
15.1 Etapas para la práctica clínica perioperatoria.	57
16. Sub proceso de la gestión del cuidado quirúrgico.	58
17. Intervención del profesional de Enfermería en programa perioperatorio.	71
18. Etapas del proceso de atención perioperatorio.	77
18.1 Atención al usuario(a) según etapa pre, intra y postquirúrgica.	78
CAPÍTULO II Ambiente perioperatorio	
19. Diseño e infra estructura del bloque quirúrgico.	101
19.1 Infraestructura de un quirófano.	102
20. Equipo y mobiliario médico quirúrgico requerido.	111
21. Traje del personal quirúrgico.	114
CAPÍTULO III Generalidades quirúrgicas	
22. Tipos y clasificación de las cirugías.	128



23. Factores clínicos a considerar en usuarios sometidos a cirugías.	133
CAPÍTULO IV Miembros e intervención del equipo quirúrgico	
24. Integrantes del equipo quirúrgico.	137
25. Intervención del profesional de Enfermería en el programa perioperatorio en los diferentes escenarios.	139
26. Intervención de enfermería en el equipo quirúrgico.	145
27. Intervención del equipo de apoyo quirúrgico.	164
CAPÍTULO V Aspectos relacionados con el área quirúrgica	
28. Principios de asepsia y técnica estéril.	174
29. Principios de la técnica médica quirúrgica.	181
30. Descontaminación y desinfección de áreas quirúrgicas.	188
31. Principios de esterilidad.	192
32. Gestión de residuos.	192
CAPÍTULO VI Principios de ética y legislación quirúrgica	
33. Aspectos legales.	206
34. Principios éticos y responsabilidad profesional.	208
35. Derecho a la información.	211
36. Consentimiento Informado.	212
37. Deberes y derechos del usuario.	216
CAPÍTULO VII Normativa quirúrgica	
38. Indicadores de enfermería perioperatorio.	220
39. Norma general del área quirúrgica	222
40. Lineamientos general dentro del bloque quirúrgico.	224
40.1. instrumentos y guías perioperatorias	227
40.2. Lineamientos básicos del bloque quirúrgico	328
CAPÍTULO VIII Lineamientos de procedimientos quirúrgicos más frecuentes	
41. Lineamientos de salas quirúrgicas libre de látex.	281
CAPÍTULO IX	
Recomendaciones.	288
Contacto para consulta.	293
Referencias.	294
Anexos.	300



Índice de tablas

Tabla N° 1	Subproceso de la gestión de cuidado quirúrgico.	59
Tabla N° 2	Complicaciones frecuentes en el posoperatorio.	90
Tabla N° 3	Clasificación de procedimientos quirúrgicos.	130
Tabla N° 4	Factores clínicos por considerar en usuarios sometidos a cirugía.	133
Tabla N° 5	Segregación de los desechos hospitalarios.	199
Tabla N° 6	Recomendaciones para la utilización del Hipoclorito de sodio como desinfectante	258

Listado de esquemas

Esquema N°1	Pirámide de Maslow.	46
Esquema N°2	Diagrama del subproceso de la gestión del cuidado quirúrgico.	68
Esquema N°3	El proceso de enfermería integrado en las fases del perioperatorio.	99
Esquema N° 4	Clasificación de los desechos sólidos hospitalarios.	194

Figuras

Figura N°1	Sistema eléctrico aislado dentro de un quirófano.	110
Figura N° 2	Enfermería de quirófano	113
Figura N°3	Ropa verde quirúrgica de hospital	345

Listado de anexo

Anexo N° 1	Instrumento de entrevista etapa preoperatoria e instructivo.	301
Anexo N° 2	Listas de verificación de prácticas quirúrgicas seguras e instructivo.	307
Anexo N° 3	Instrumento de entrevista etapa Intraoperatoria e instructivo.	312



Anexo N° 4	Registro de enfermería etapa post operatorio usuario(a) hospitalizado. Recuperación. Instructivo para el uso y llenado del mismo.	320
Anexo N° 5	Registro de enfermería etapa post operatorio usuario(a) ambulatorio. Recuperación.	331
Anexo N° 6	Encuesta e Instructivo de satisfacción al usuario(a) quirúrgico y familia en el perioperatorio.	332
Anexo N° 7	Indumentaria quirúrgica. Normas y procedimientos institucionales para la prevención y control de infecciones nosocomiales.	338
Anexo N° 8	Recomendaciones sobre actividades de la enfermera circulante.	346
Anexo N° 9	Circular ADAPS-299-2011 del 27 de junio 2011.	351
Anexo N° 10	Medidas para el control de paquetes estériles.	353
Anexo N° 11	Cronograma de limpieza área quirúrgica.	358
Anexo N° 12	Recuento de gasas.	359
Anexo N° 13	Biopsia muestra y llenado.	360
Anexo N° 14	Hoja para reporte de accidente en hospitales.	362
Anexo N° 15	Normativa institucional relacionada con el uso del celular y otros.	364
Anexo N° 16	Instrumento de registro de las suspensiones de cirugía.	367
Anexo N° 17	Guías de supervisión de sala de operaciones.	369



1. Presentación

Como parte integral de la atención pública, que se basó en el Plan de Acción de la Gerencia Médica 2007-2012, en respuesta a la Política de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, la Coordinación Nacional de Enfermería, juntamente con las integrantes de la comisión institucional de enfermería perioperatoria, construyeron el primer **Manual Institucional de Normas de Atención Perioperatoria**, que contenía los lineamientos, directrices, normativas y una serie de acciones u otros.

Los avances tecnológicos y políticas de salud de la institución de ese momento; que fueron el punto de partida para la aplicabilidad de técnicas, que fortalecían el accionar de enfermería perioperatoria, el cual se compone de tres fases en la experiencia quirúrgica: atención al usuario(a) antes de la operación, durante ésta y la fase ulterior (preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio). Estas tres fases incluyen actividades asistenciales del personal de salud, que se ejecutan por medio de procedimientos y prácticas, descritas en el contenido del documento.

El Manual normativo; constituyó el principal instrumento, para la operacionalización de la Política, planificada en el Plan Bianual Operativo (PBO) 2008-2009, a desarrollar y dar cumplimiento en cuyo contenido indica; en el punto 1.2.2 Fortalecimiento de procesos de educación continua, según las necesidades del país. Lo que permitió dar respuestas claras y oportunas, a los problemas y necesidades detectadas en el usuario(a) perioperatorio, en un tiempo perentorio.

El éxito en el cumplimiento del Manual institucional de normas de atención perioperatoria requirió del compromiso de las diferentes autoridades de la Institución, tanto médicas como de enfermería; para dar respuesta a los retos que se presentan en la atención del usuario(a) y familia, que iba a ser intervenido quirúrgicamente.



Pero sobre todo fue sumamente necesario, la dedicación y entrega de todos los funcionarios(as), que trabajan en el nivel local, regional y central de la Caja Costarricense de Seguro Social, quienes, con su actitud de responsabilidad, favorecieron el logro conjunto de las metas, que permitan impulsar la formación de agentes multiplicadores, mediante acciones y lineamientos; para dar educación a la familia y usuario.

La Caja Costarricense de Seguro Social, a través de la Coordinación Nacional de Enfermería, es responsable de proveer las herramientas técnico-administrativas para la “*Gestión del cuidado de enfermería a los usuarios(as)*” de los diferentes servicios de salud en los tres niveles de atención, que permitan asegurar la calidad y calidez dentro del proceso de la intervención quirúrgica, que proporciona el personal a través de un trato humanizado y oportuno.

Todo lo anterior se fundamenta en la necesidad de actualizar el presente documento para que el personal quirúrgico se apoye científicamente, el quehacer del personal profesional de Enfermería en el fortalecimiento de las acciones que se desarrollan para el bienestar de los usuarios(as) y de quienes laboran en la institución, externos o por contratación a terceros.

El Manual aplica para los tres niveles de atención, describe el proceso de atención perioperatoria, donde se lleve a cabo actos quirúrgicos, como parte de la función sustantiva de enfermería que es la gestión del cuidado, facilitando cuidados oportunos, seguros e integrales.

Enfermería se convierte en un instrumento de cambio, con una visión dimensionada de la salud país, aspecto clave en todos los cargos de puesto en los que se desempeña un profesional de Enfermería con relación a su autonomía, visibilidad social y rescate de la identidad, del usuario(a), asumiendo siempre con compromiso la gestión de la mejora de la calidad y del cuidado, misión fundamental de la



profesión. Una de las premisas básicas, de la Coordinación Nacional de Enfermería, es crear instrumentos, proyectos, protocolos, manuales u otros que sirvan como herramientas de trabajo, para el personal de enfermería y otros funcionarios que se desempeñan en el sector salud.

Las normas contenidas en el actual documento están basadas en un proceso de educación y en la política institucional de calidad y seguridad del usuario, Junta Directiva, Caja Costarricense de Seguro Social, artículo 2º de la sesión No 8139, celebrada el 22 de marzo del 2007, que se desarrollará en etapas; según el momento operatorio. Así mismo van dirigidas a brindar una atención de calidad, calidez y alto grado de humanización. Del mismo modo se enuncian las responsabilidades que les corresponden a los profesionales, involucrados en la atención del usuario(a) quirúrgico.

Como puede observarse, el eje central del entorno es el usuario(a) y su familia. La dimensión de la aplicabilidad de estas normas, comprenden, desde la valoración y planificación preoperatorio; la intervención intraoperatoria, hasta la evaluación y documentación posoperatoria que se lleva a cabo en diferentes escenarios.

Estas normas están dirigidas la práctica administrativa y clínica de enfermería quirúrgica, por la importancia y la relevancia que conllevan, han sido elaborados conjuntamente por un grupo de profesionales de Enfermería, expertos en la materia y que a la vez integran el grupo de la comisión de enfermería perioperatoria; que direcciona esta dependencia.

Este Manual normativo constituye la base, sobre la cual se organiza y administra, el entorno perioperatorio, así mismo, este documento ha sido actualizado para guiar a los profesionales de Enfermería, personal médico, técnico o estudiantes, que se desempeña en diferentes áreas quirúrgicas, para orientar, apoyar y fortalecer el desarrollo y accionar, en el campo operativo, de las diferentes etapas aquí



mencionadas. Por consiguiente, se realiza una revisión exhaustiva, de documentos referentes a la atención del usuario(a) perioperatorio; donde se determina la necesidad de crear el presente documento.

Por tanto, enfermería tiene la responsabilidad de cumplir con estas normas, ya que el presente manual es vinculante con los servicios de cirugía y sala de operaciones, de los diferentes establecimientos de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para lograr el producto final de este documento, se ha efectuado una exhaustiva lectura, análisis, compendio de literatura y coordinaciones para obtener el apoyo del recurso humano. Así como la revisión y validación por el Área de Salud Ocupacional, Sub área de Gestión Ambiental y Sub área de Vigilancia Epidemiológica.

Dra. Carmen Loaiza Madriz. PhD.

Jefe Nacional de Enfermería

Coordinación Nacional de Enfermería



2. Introducción

Enfermería a través de la historia, se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando, consecuentemente a las necesidades de la atención, que la población y el sistema de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social ha ido generando, producto de la transformación de estilos de vida saludable, ley general de control interno, compromisos de gestión y consentimiento Informado, entre otros

Es importante mencionar que nuestro país, ocupa desde hace varios años un lugar de privilegio en América Latina en materia de salud y de la seguridad social, lo anterior debido a la universalización de los servicios, que presta la Caja Costarricense de Seguro Social.

El sistema de salud con base en las políticas del país y de la institución, responde a los problemas y necesidades actuales de salud de la población, por lo anterior la importancia de incorporar la actualización del presente manual institucional de normas de atención perioperatoria, que permita la utilización efectiva de los recursos humanos y materiales.

Al ser un programa de impacto a nivel internacional y probada su efectividad a nivel Institucional, en el año 2008 se elabora el primer manual institucional de normas de atención perioperatoria, mismo que fue oficializado el 06 de noviembre del año 2008 por la Gerencia Médica. Se realizaron las gestiones pertinentes con las jefaturas correspondientes, para la puesta en marcha e implementación del manual normativo, a partir del año (2009).

La Coordinación Nacional de Enfermería de la Caja Costarricense de Seguro Social, proporciona la segunda versión del manual institucional de normas de atención perioperatoria, documento que es un esfuerzo mancomunado del personal de



enfermería y la Coordinación, que conjuntamente las integrantes del programa institucional de enfermería perioperatoria proceden a la revisión, análisis y modificación del documento anterior; acordes con la atención de enfermería perioperatoria actual.

Uno de los objetivos básicos de la Coordinación Nacional de Enfermería, es planificar las acciones necesarias e indispensables para orientar el quehacer de enfermería hacia la mejora en la calidad de la atención de los usuarios; así como el logro de las metas planteadas en el PAO.

También es una prioridad el crear, readecuar e implementar instrumentos, proyectos, protocolos, manuales y otros que sirvan como herramientas de trabajo para el personal que brinda atención de enfermería, en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

El manual se sustentó en una revisión bibliográfica exhaustiva de sus componentes, con el fin de extraer los elementos necesarios para fortalecer el quehacer, de frente al acontecer social, económico, tecnológico, epidemiológico y de las demandas de la población y que sirva de referencia a los actuales y futuros profesionales.

Al ser un área altamente especializada de enfermería, se hace necesario no solo la confección de un manual técnico, sino que además induzca a un fortalecimiento continuo en la práctica quirúrgica, razón por la cual los integrantes del programa institucional de enfermería perioperatoria como grupo de profesionales de enfermería expertos en la materia participo activamente, conducido y direccionado por la Coordinación Nacional de Enfermería.

La dimensión de la aplicabilidad de este manual, con relación a la intervención de Enfermería perioperatoria estará enfocada en la valoración, planificación



preoperatoria; la intervención intraoperatoria, la recuperación post anestésica, la evaluación del usuario(a), (inmediata, mediata, tardía) y la atención recibida.

Se hace necesario señalar que este manual busca estandarizar las prácticas de la enfermería perioperatoria y servir de referencias a los diferentes establecimientos de salud que así lo requieren. Son pautas que seguir que deben ser adaptadas a las características de los diferentes centros según sus condiciones y necesidades.

La puesta en práctica de la normativa contenida en este documento incorpora objetivos e indicadores, que favorecen la medición, a mediano o largo plazo, de tal manera que permite ser dinámico, abierto y flexible, e incorporar planes innovadores, basados en la aplicación y validación de los criterios, que evalúan el nivel normativo de la atención.

La puesta en práctica de este manual normativo, en sus diferentes etapas, procura dar continuidad al proceso quirúrgico en la etapa; pre, intra y posoperatoria, que favorece:

- La gestión administrativa del recurso humano de enfermería en el área quirúrgica.
- Política institucional de calidad y seguridad del usuario(a) y cirugía segura salva vidas.
- La planificación de la intervención de enfermería, en el acto quirúrgico.
- Permite la trazabilidad del proceso, para establecer líneas de responsabilidad e identificar, en cuál de las etapas del perioperatorio, se encuentran debilidades, para aplicar las acciones correctivas.

Los mecanismos enfocados en esta normativa permitirán reforzar la capacitación del recurso humano, para lograr equipos de alto rendimiento de acuerdo con las necesidades de educación según cargo de puesto, dirigidos a desarrollar procesos de capacitación en el pre -trans y posoperatorio, al usuario (a) y familia que va a ser



intervenido quirúrgicamente. Educación que va a estar basada en las normativas establecidas en este documento; con el propósito de dar respuesta, a las necesidades detectadas en la población usuaria de este servicio.

La información contenida en el presente manual orienta y guía la función de enfermería perioperatoria, para el personal en ejercicio y para todos aquellos en el proceso de formación. El deber del profesional de Enfermería en este campo es conceder la debida importancia a los servicios que se brindan; el usuario(a) debe tener la seguridad de que los cuidados que recibe en las diferentes fases de la cirugía son de óptima calidad, calidez y humanización.

Actualmente, los profesionales en el área quirúrgica se superan y adquieren mayores conocimientos debido a las exigencias tecnológicas, avances científicos y nuevos procedimientos quirúrgicos entre otros, esto viene a contribuir a la atención especializada del usuario(a) y su entorno. La atención perioperatoria centrada en el usuario(a) se brinda conforme a principios científicos, éticos, legales y morales.

Estos principios son inherentes y sirven de base para la práctica de la enfermería y son primordiales para lograr resultados óptimos en la atención. El objetivo de los profesionales de enfermería que se desempeñan en los quirófanos es prestar servicios quirúrgicos de forma continua, con estándares de seguridad y con la máxima eficacia.

La Caja Costarricense de Seguro Social, a través de la universalización de los servicios y la elaboración e implementación de los manuales técnicos, contribuye a fortalecer la atención en la gestión quirúrgica y a estandarizar la prestación de los servicios que se ofrecen.

La Normativa contenida en este documento, está programado en el Plan Bianual Operativo del año 2014-2015, como objetivo de la Coordinación Nacional de



Enfermería, dándose continuidad en el Plan Bianual Operativo 2017-2018. Las estrategias de atención descritas en el presente documento permitirán fortalecer los procesos en torno a la modernización de los servicios y los cambios que se generan en el sector salud, como producto de la reforma.

Se denomina esta herramienta de trabajo “**Manual Institucional de Normas de Atención Perioperatoria**”, que constituye un plan de trabajo claro, concreto, coherente y productivo, pero que, sobre todo, responde a las necesidades de la sociedad costarricense.

Este manual normativo, contribuye al crecimiento y formación, tanto del personal que trabaja en el área de enfermería, como de otros profesionales y técnicos, del equipo de salud; como una herramienta para fortalecer el sistema de control interno, ya que permite evaluar la calidad, por tanto medir los alcances y el grado de compromiso que se ha adquirido en la aplicabilidad, el desarrollo, el mejoramiento en los servicios que se brindan, buscando asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Enfermería se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad experimenta, las necesidades de atención de la población y el sistema de salud de la CCSS; esto se ha ido generando como parte de los procesos de globalización, así como los cambios epidemiológicos de la población entre otros



3. Definiciones - abreviaturas y símbolos

Definiciones

Asepsia: Para Berry y Kohn es: *“Ausencia de microorganismos que causan enfermedad; libre de infección; exclusión de microorganismos”* (6, p. 249).

Aséptica quirúrgica: Son las técnicas y prácticas estériles que constituyen la base de la mayoría de los procedimientos llevados a cabo en los entornos quirúrgicos, los cuales son esenciales para eliminar, la presencia de microorganismos. Cuando el medio séptico quiere transformarse en aséptico, se precisa realizar una desinfección.

Aséptico: Se considera como medio aséptico cuando se está exento de microorganismos patógenos.

Antisepsia: Proceso de destrucción de los microorganismos contaminantes de los tejidos vivos. Conjunto de procedimientos destinados a destruir los gérmenes patógenos. Ejemplos: antisépticos y desinfectantes.

Antiséptico: Es un compuesto químico desinfectante utilizado en tejidos vivos en un intento de limitar la colonización que pudiera causar la infección. Sustancia química para inhibir o destruir el crecimiento de microorganismos cuyo propósito es prevenir la infección, la descomposición o la putrefacción.

Bactericida: Agente que destruye a las bacterias.

Bacteriostático: Agente que inhibe el crecimiento bacteriano sin llegar a destruirlas.



Calidez: La calidez se refiere a la cordialidad, al afecto humano. Es una actitud que tiene que ver con la formación, con los valores, la solidaridad, la generosidad, la humildad, la tolerancia, la vocación de servicio, la capacidad de escuchar, el respeto. La calidez, entonces, es la parte de la cultura organizacional que se relaciona directamente con el trato a las personas.

Cirugía: Rama de la medicina que comprende el cuidado preoperatorio, intraoperatoria y postoperatorio de los usuarios.” *Es tanto una ciencia como un arte, su naturaleza consiste en alcanzar la curación mediante la intervención manual, acción que se ve reforzada con el auxilio instrumental y equipo tecnológico. El ingrediente esencial del acto quirúrgico es la intervención del Recurso Humano*” (6, p.2).

Cirugía electiva o programada: Es cuando el usuario(a) tiene el tiempo necesario para evaluar cuidadosamente los riesgos y beneficios del procedimiento e identificar lo más adecuado y se puede encontrar entre médico y al usuario(a) el mejor momento para efectuar el procedimiento.

Cirugía de emergencia: Es aquella en que la enfermedad o lesiones por accidente ponen en riesgo la vida o la función de alguna parte del cuerpo, por lo que se requiere una inmediata valoración y acción para salvar a la persona usuaria.

Cirugía de sustitución: Es aquella cirugía que no está programada y que se realiza en el momento que un procedimiento quirúrgico se suspende dentro de la programación.

Circulante: Miembro no estéril del equipo quirúrgico; que verifica, abre y entrega los implementos quirúrgicos requeridos para el procedimiento. Proporciona los insumos y el equipo adicional necesario durante la operación. Se mantiene circulando el área del quirófano, con el objetivo de brindar cuidado directo al



usuario(a), vigilante del desarrollo de la cirugía y es el encargado del llenado de la documentación transoperatoria.

Clasificación de los artículos según Spaulding: Dividió el cuidado de los usuarios(as) en tres categorías, de acuerdo con la naturaleza de los artículos, la manera en que se van a usar y el grado de riesgo de infección implicado en su uso. *“Los mismos fueron divididos en críticos, semi críticos y no críticos”. (3, p. 83 – 84)*

Comisión: Conjunto de personas elegidas o asignadas de acuerdo con sus habilidades, conocimientos y competencias específicas, para cumplir una determinada meta bajo la conducción de un coordinador. Interactúan directamente con una finalidad perseguida por todos. Para la consecución de las metas, establecen normas de funcionamiento acordadas por todos los miembros del equipo del cual se sienten parte.

Contaminación: Es la existencia de microorganismos patógenos sobre superficies corporales o de objetos inanimados como: pisos, paredes u otros elementos como: aire, agua y alimentos.

Campo operativo: Lugar donde se realizan los procedimientos técnicos no administrativos, por el personal de apoyo de cada disciplina.

Datos de producción perioperatoria: Es el control digital que lleva el profesional de Enfermería del servicio perioperatorio donde se reciben, se gestionan y se coordinan todas las personas usuarias que entran al quirófano, el mismo debe incluir datos de identificación del usuario(a), tipo de cirugía, cirujano, anestesiólogo, número de sala. Se anota si la cirugía se realiza, si se suspende, si no ingresa, las causas y las cirugías de emergencia que se presentan en cada turno.



Desinfectante: Producto químico diseñado para disminuir o destruir microorganismos, excepto esporas, en objetos inanimados.

Descontaminación: Retirar, inactivar o destruir microorganismos patógenos de una superficie o equipo haciéndolo más seguro para su manejo.

Desinfección: Gruendemann lo define como: *“Es el proceso que elimina muchos o todos los microorganismos patógenos, con excepción de las esporas bacterianas de los objetos y las superficies inanimadas”* (29, p.16)

Estéril: *“Libre de microorganismos vivos, incluyendo las esporas”*. (6, p.249).

Esterilización: Es el proceso que destruye todas las formas de vida microbiana, esporas incluidas de las superficies inanimadas o los fluidos. Los instrumentos no pueden estar parcialmente esterilizados. La esterilización puede ser mediante agentes químicos o físicos. *“La esterilización física, se puede hacer, por ejemplo, con calor seco o húmedo, en un esterilizador de gravedad o pre vacío. La esterilización química implica la utilización de productos químicos tales como óxido de Etileno, plasma/gas y el Peróxido de Hidrogeno”*. (29, p.16)

Esporicida: Agente que destruye a las esporas.

Estructura: La estructura (del latín estructura) es la disposición y orden de las partes dentro de un todo. También puede entenderse como un sistema de conceptos coherentes enlazados, cuyo objetivo es precisar la esencia del objeto de estudio.

Establecimiento: Es un edificio destinado a la atención integral de la población. El tipo de actividad asistencial y la calificación del personal pueden variar según el centro y la región.



Estándar: Puede ser conceptualizado como la definición clara de un modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Fungicida: Agente que destruye a los hongos.

Humanización: Es la acción y efecto de fomentar que las personas hagan sus labores a través de un buen trato.

Involucramiento: Para Safford et al. Lo definen como: *"el grado en que una persona "quiere" tomar parte en las actividades de la organización para la cual trabajan" (52.p.6). Muller, Wallace & Prince refieren, asimismo, como "la participación de la mano de obra para mejorar el entorno de trabajo, calidad del producto, productividad del equipo, y eventual, competitividad de la compañía" (52, p. 16).*

Instrumental quirúrgico: Es el conjunto de instrumentos que utiliza el cirujano como herramientas para realizar el procedimiento quirúrgico. Herramienta o implemento especialmente diseñado para realizar acciones específicas durante una cirugía.

Infección Nosocomial: *"Es la infección que presenta un paciente que se encuentra hospitalizado después de 48-72 horas de haber permanecido en la Institución y que no se encontraba en período de incubación antes de su ingreso" (12, p. 25).*

Quirófano: Es una sala independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación (generalmente en situaciones de emergencia), necesarias para el buen desarrollo de una intervención médica-quirúrgica y de sus consecuencias. Se llama quirófano a aquella sala o habitación



que se halla en hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos usuarios(as) que así lo demanden.

Normas: Regla o conjunto de reglas que hay que seguir para llevar a cabo una acción, porque está establecido o ha sido ordenado de ese modo.

Limpieza: Eliminación física de materia orgánica, polvo y material extraño de los objetos.

Oblitos quirúrgicos: Artículo que queda inadvertidamente dentro del usuario(a) durante una cirugía que significa olvidar.

Operación: *“Es un acto invasivo que se realiza con fines beneficiosos, que pretende minimizar los efectos secundarios (biológico y psicológico), donde participa todo un equipo de salud, para alcanzar los objetivos propuestos, en la atención integral del usuario”. (6, p. 249).*

Planificación: La planificación es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos. Proceso continuo que refleja los cambios del ambiente en torno a cada organización y busca adaptarse a ellos. Es el proceso que se sigue para determinar en forma exacta lo que la organización hará para alcanzar sus objetivos.

Protocolo: Documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de **"acuerdo a cumplir"** y se adapta al entorno y a los medios disponibles.



Proceso de formación: Es el proceso cultural por el que el hombre se adapta al medio de una manera determinada, no sólo biológicamente, sino también a través de la cultura.

Polvo y pelusa: Son partículas en el aire que se agrupan y se depositan en muebles, pisos, paredes y demás superficies, pueden contener y trasladar microorganismos patógenos y depositarse en superficies, instrumental, equipos, heridas, tejidos, campos estériles expuestos durante los procedimientos quirúrgicos mayores o menores. Cuando se acumula se endurece y se aglomera, favoreciendo el crecimiento de los microorganismos y diseminación de infección.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Según Potter y Griffin *“El Proceso de Enfermería es un método ordenado y sistemático, para obtener información e identificar los problemas del individuo, con el fin de planear, ejecutar y evaluar, la atención que brinda enfermería. Asegura la calidad de intervención de enfermería, proporcionando la base, para el control técnico, administrativo de los procesos. Este proceso de enfermería se da en cinco pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación”* (48, p. 248).

Técnica Aséptica Médica: Un método basado en el principio central de que las enfermedades por microorganismos se transmiten desde los objetos, las superficies, el aire y polvo hacia el usuario(a) y el personal.

Técnica Aséptica Quirúrgica: *“Método por los cuales se previene la contaminación con microorganismos”* (6, p. 249), a fin de mantener la esterilidad a través de todo el procedimiento quirúrgico.

Técnicas de asepsia y estériles:

- **Según Berry & Kohn:** *“Las técnicas de asepsia y técnicas estériles están basadas en conocidos principios científicos, y se realizan principalmente para*



prevenir la transmisión de microorganismos capaces de causar infecciones.” (6, p. 248). Por otra parte, son: “Los términos aséptico y estéril no son sinónimos, aunque algunos aspectos de ambos están estrechamente relacionados.” (6, p. 248).

- **Técnica Aséptica es:** Según K Fuller es *“Una forma de hacer y de pensar que se emplea durante toda la cirugía” (24, p. 153).* Una manera de actuar que reduce el riesgo de infección en el usuario(a) y en los miembros del equipo.

“Un método basado en el principio central de que las enfermedades por microorganismos se transmiten desde los objetos, las superficies, el aire y el polvo hacia el usuario(a) y el personal. Una forma de lograr la contención, el confinamiento, la reducción o la eliminación de los microorganismos para evitar su contacto con el campo estéril” (24, p. 153).

“Las técnicas estériles son la base de la cirugía moderna. El usuario(a) es el centro del campo estéril que incluye al personal que lleva el atuendo estéril y las áreas del usuario, la mesa del quirófano y el mobiliario que está cubierto con los paños estériles” (29, p. 171).

Las prácticas asépticas pre, intra y post operatorias se implementan para minimizar la contaminación de la herida.

Técnica Aséptica: Métodos por los cuales se previene la contaminación con microorganismos. (como término alternativo se usa la práctica aséptica, para mantener la asepsia).

La Técnica Estéril: *“Método por el cual se evita la contaminación con microorganismos a fin de mantener la esterilidad a través de todo el procedimiento*



quirúrgico” (29, p. 59).

Trazabilidad: Serie de procedimientos que permiten seguir el proceso de evolución de un producto o actividad en cada una de sus etapas. Se define como la posibilidad de encontrar y seguir el rastro, a través de todas las etapas de una actividad o servicio.

Séptico: Se considera como medio séptico cuando existen microorganismos patógenos.

Sanitización: Reducción sustancial del contenido microbiano, sin que se llegue a la desaparición completa de microorganismos patógenos.

Abreviaturas

AORN: Asociación de enfermeras tituladas perioperatorias. (siglas en inglés).

AENOR: Asociación Española de normalización y certificación.

ASA: Asociación de anestesiología.

ASHRAE: La sociedad americana de aire acondicionado, refrigeración y calefacción.

BQ: Bloque quirúrgico.

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.

CDC: Centro para el control y la prevención de enfermedades.

CEYE: Central de esterilización y equipos.

CIAAS: Control de Infecciones asociadas a la atención de salud.

CMV: Citomegalovirus.



CR: Con respuesta a la luz.

DAI: Dirección de arquitectura e ingeniería (Caja Costarricense de Seguro Social).

DAN: Desinfección de alto nivel.

DBN: Desinfección de bajo nivel.

DM: Diabetes Mellitus.

DNI: Desinfección de nivel intermedio.

DSH: Desecho sólidos hospitalarios.

DSHP: Desecho sólido hospitalario peligroso.

EKG: Electrocardiograma.

EPA: “Environmental Protection Agency”, Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés).

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

EPP: Equipo de protección personal.

FC: Frecuencia cardiaca.

FR: Frecuencia respiratoria.

HCV: Virus de la Hepatitis C (por sus siglas en inglés).

HSV: Virus del Herpes simple (por sus siglas en inglés)

HTA: Hipertensión arterial.

INS. RENAL: Insuficiencia renal.

ITU: Infección del tracto urinario.

LAB: Exámenes de laboratorio.

M.O: Microorganismo.

Mg/l: Miligramos por litro.



MRSA: Staphylococcus aureus meticilino resistente. (Siglas internacionales).

NM: Unidad de longitud que equivale a una mil millonésima parte de un metro (1nm=10⁻⁹m). Utilizada para medir la radiación ultravioleta, radiación infra roja y la luz.

OSHA: “Occupational Safety and Health Administration”, Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés).

PA: Presión Arterial.

PAE: Proceso de atención de enfermería.

PAM: Presión arterial media.

PAO: Plan anual operativo.

PAP: Prueba de papanicolaou.

PD: Pupila derecha.

PE: Prácticas estándar.

PI: Pupila izquierda.

PPM: Partículas por millón.

PU: Prácticas universales.

R.MAG: Resonancia magnética.

RX: Rayos X.

SAT.O2: Saturación de oxígeno.

SOP: Sala de operaciones.

SR: Sin respuesta a la luz.

TAC: Tomografía axial computarizada.

TB: Tuberculosis.



UNE: Unión Nacional Española.

URPA: Unidad de recuperación posanestésica.

VHB: Virus de la hepatitis B.

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.

VRE: Enterococcus vancomycino resistente (Siglas internacionales).

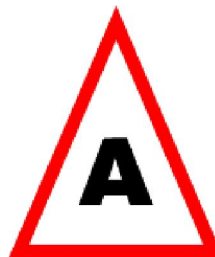
Símbolos

“>” = se lee mayor que.

“<” = se lee menor que.



Libre de látex



Alérgico al látex



4. Referencias normativas

En este apartado se hace mención al fundamento normativo que respalda el desarrollo del presente manual.

Número	Nombre de Normativas	Año
NA	Constitución Política de la República de Costa Rica.	1949
L-5395	Ley General de Salud, artículos 20- 22.	1973
L-6227	Ley General de la Administración Pública.	1978
7085	Ley Estatuto de los Servicios de Enfermería.	1987
L-7494	Ley de Contratación Administrativa.	1995
	Manual Normativo del Programa Institucional de Estándares de Salud dirigida a los tres niveles de atención.	2006
	Declaración de derechos del usuario (a) adoptado por la asociación americana de hospitales.	1973.
L-8239	Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud.	2002
L-8292	Ley de Control Interno.	2002
	Manual de auditoría general de servicios de salud.	2002.
	La Declaración de Lisboa, sobre los derechos del usuario(a).	1981
Junta Directiva Sesión 7364	Reglamento del Expediente de Salud. C.C.S.S.	1999



Número	Nombre de Normativas	Año
Junta Directiva, Sesión 7308	Código de ética del servidor de la CCSS.	1999
Junta Directiva. Sesión N° 8139 Artículo 2°	Política Institucional de Calidad y Seguridad del usuario(a).	2007.
OPS	Listado de Verificación Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud.	2009
Coordinación Nacional de Enfermería.	Plan Anual Operativo (PAO).	2014 - 15
	Normas y procedimientos de limpieza y desinfección de áreas en establecimientos de salud. 2017.	
OPS	Listado de Verificación Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud.	2009
Decreto No 30694-S	Normas de Habilitación Ministerio del Ministerio de Salud.	
8839	Ley para la gestión integral de residuos.	2010
	Normas para el manejo de residuos peligrosos en establecimientos de salud.	2011
	Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS.	2007
	Normas y procedimientos institucionales para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias.	2007
	Manual de Procedimientos de Enfermería.	2014
	Manual institucional de normas técnicas y procedimientos de la central de esterilización y suministros de material y equipo.	2005
	Manual Técnico para el manejo de ropa utilizada en la prestación de servicios de salud de la CCSS.	2015
Ver otras normativas en el Sub proceso de Gestión de Enfermería.		



5. Alcance y campo de aplicación

El Manual Institucional de enfermería perioperatoria es de acatamiento obligatorio para todos los trabajadores de la Institución, estudiantes, servicios contratados a terceros, u otras personas involucradas en el proceso de atención al usuario(a) quirúrgico, a efectos de garantizar la calidad, eficacia en la atención directa o indirecta, de manera humanizada.

Debido a que los cambios tecnológicos tienen un proceso permanente de evolución; se define un horizonte de cinco años de referencia, para la posible modificación de su contenido, por el motivo antes expuesto.

6. Objetivo general

Proporcionar y homologar un manual actualizado al personal de enfermería del área quirúrgica de la CCSS, que permita implementar buenas prácticas de atención, con el fin de fortalecer la calidad, calidez y humanización, brindando atención integral, antes, durante y después de cada intervención quirúrgica, en búsqueda de una evolución postoperatoria satisfactoria dirigida al usuario(a) y familia.

6.1 Objetivos específicos

- Fortalecer las acciones cotidianas que realiza el personal de salud, que atiende al usuario(a) que va a ser intervenido quirúrgicamente, como lo son: cuidados de enfermería, lavado de manos, entre otros
- Facilitar y divulgar la aplicabilidad, del manual institucional de normas de atención perioperatoria, mantener al personal comprometido en la implementación y la administración efectiva y eficiente de las normas descritas en el mismo.



- Fomentar en el personal de salud, involucrado en el desarrollo de esta normativa, la importancia de la participación del usuario(a) y su familia, en el autocuidado de su salud.
- Evaluar, dar seguimiento e Informar a la jefatura superior, sobre el cumplimiento de los cuidados básicos que requiere el usuario(a), en el pre – Intra y postoperatorio Inmediato.
- Evaluar en el campo operativo, el avance de las normas de implementación del manual.
- Desarrollar acciones sistematizadas y estandarizadas de las prácticas de enfermería quirúrgica, en los servicios de la Institución, que brindan atención quirúrgica, dirigidas a mejorar la calidad de la atención mediante la realización de prácticas cotidianas de atención segura.
- Contribuir a reducir el número de cirugías suspendidas y los días de estancia hospitalaria a través del cumplimiento de la normativa contenida en el citado manual.
- Establecer, mantener y proporcionar normativas actualizadas de atención, para la práctica de enfermería perioperatoria, con el fin de ofrecer una atención óptima.



7. Metodología: Procedimiento de actualización del manual

Para la actualización de este manual, se requirió de la participación de los integrantes del programa institucional de enfermería perioperatoria, la cual trabajó recopilando información bibliográfica actualizada, emite criterios basados en la experiencia y evidencia, lo que indujo a la readecuación del manual de enfermería perioperatoria de octubre 2008.

Este proceso fue direccionado y conducido por la Coordinación Nacional de Enfermería, fortalecido por:

- El apoyo incondicional brindado por la Gerencia Médica, la Dirección Desarrollo de Servicios de Salud y las diferentes Jefaturas de Enfermería.
- Involucramiento y participación de los profesionales de Enfermería y el personal de enfermería, relacionados con la prestación de servicios de salud, en el campo operativo (área quirúrgica); mediante los aportes y la revisión del documento.
- Incorporación al documento datos recientes (bibliográficos), algunos provenientes de fuentes de información oficiales de la Institución.
- Readecuación de Instrumentos, para el cumplimiento de normas técnicas perioperatorias, administrativas y clínicas.
- La experiencia de profesionales de Enfermería que se desarrollan en el área perioperatoria, así como el criterio de algunos miembros con especialidad universitaria en el campo, dando su aporte a la comisión institucional.
- La participación indirecta del usuario(a), familia y del equipo multidisciplinario



que lo atiende, lo que permitió coordinar acciones de acuerdo con las necesidades de cada uno.

- Los criterios propuestos por los grupos de personas, que participaron en los talleres realizados a nivel nacional.
- Esta concatenación de esfuerzos ha dado como resultado la actualización del presente manual.

7.1 Etapas del procedimiento de actualización del manual institucional de normas de atención perioperatoria

Primera etapa:

El proceso de actualización de este documento; se da por interés de la Coordinación Nacional de Enfermería, de reajustar y modernizar las normas y técnicas que favorezcan la calidad, calidez, humanización y la orientación, dirigida a las personas que van a ser intervenidas quirúrgicamente con la finalidad de ofrecer, un instrumento de trabajo que mejore la atención y prestación de los servicios, paralelo a la “Política Institucional de Calidad y Seguridad del Usuario”, aprobada por Junta Directiva CCSS, Artículo 2º de la sesión N.º 8139, celebrada el 22 de marzo 2007.

Así mismo se inicia a efectos de dar cumplimiento a la Auditoría ASS-047-R-2009 “Evaluación de los Servicios de Enfermería Caja Costarricense de Seguro Social”. Específicamente en la recomendación N.º 7 que señala lo siguiente: Solicitar al área de Regulación y Sistematización conjuntamente las jefaturas de enfermería revisar y actualizar la normativa técnica y administrativa, con el propósito de mejorar el funcionamiento de esta y facilitar la actividad y la toma de decisiones, realizar una administración eficiente de los recursos en salud y evitar la falta de estandarización.



Continuando con la trazabilidad del proceso, la Coordinación Nacional de Enfermería, estructura, organiza y planifica la actualización del presente manual, razón por la que:

- Incluye su actualización como una meta del PAO, lo anterior desde el año 2009.
- Reúne a los integrantes del programa institucional de enfermería perioperatoria, con representantes de diferentes establecimientos según complejidad.
- Solicita los permisos pertinentes según la programación de reuniones, para efectos de actualizar el manual existente.
- Se realizó una recopilación bibliográfica de forma progresiva y exhaustiva, obteniendo como resultado el primer borrador de este manual que se ha revisado en forma progresiva, mediante reuniones de trabajo alternas con la asesoría de la Coordinación Nacional de Enfermería.

Segunda etapa:

La Coordinación Nacional de Enfermería planifica y remite a las direcciones de enfermería, el documento preliminar de la segunda versión del manual normativo, con el fin de recibir las observaciones y recomendaciones del personal de enfermería especializado en el área quirúrgica, contribuyendo a los ajustes necesarios del presente documento.

Tercera etapa:

Una vez obtenido las recomendaciones del nivel operativo, la Coordinación Nacional de Enfermería juntamente con las integrantes del programa institucional de enfermería perioperatoria realizan lectura, readecuación, revisión al documento en general; analiza las recomendaciones emitidas a la luz de las políticas, directrices institucionales y el conocimiento científico.



Cuarta etapa:

Continuando con la línea de trabajo para la validación de los manuales metodológicos de la Dirección de desarrollo de servicios de salud, establecida desde el año 2011 para la estandarización de los productos que se emiten, se les convoca a las jefaturas de enfermería a un taller para realizar el proceso de validación del “**Manual Técnico Institucional de Normas de Atención Perioperatoria de la CCSS**”, por medio del Método Delphi Modificado, a efectos de que se proceda a completar la encuesta realizada para este fin.

Quinta etapa:

Oficialización del documento: Una vez obtenido la versión final, el documento es remitido a la Dirección desarrollo de servicios de salud, para el trámite de aval y oficialización correspondiente por la autoridad superior.

La Dirección desarrollo de servicios de salud lo remite a la Gerencia médica para la oficialización Institucional. Posterior a estas etapas la Coordinación de Enfermería, procede a la entrega del manual en forma virtual, divulgación e implementación en los diferentes establecimientos de salud de la institución.

Sexta etapa:

Seguimiento y evaluación: Se dará seguimiento con el fin de realizar adecuaciones o correcciones, acordes con las experiencias que se han producido en la implementación del mencionado manual.



8. Responsable del cumplimiento

Jefaturas según estructura organizativa de los servicios de enfermería en la Institución. De acuerdo con el Estatuto de Servicios de Enfermería, Ley N.º 7085 y su reglamento que rige para todas las instituciones, públicas y privadas, en las que se ejerza la profesión de Enfermería y al manual de puestos de la Caja Costarricense de Seguro Social, se establece la supervisión recibida y ejercida; en los servicios de enfermería en la institución.

8.1. Responsable de verificar el cumplimiento

La Coordinación Nacional de Enfermería de la Caja Costarricense de Seguro Social, en conjunto con las Jefaturas de Enfermería del nivel operativo de los diferentes establecimientos de salud, con el fin de mantener canales activos de comunicación y retroalimentación en dichos procesos. Las jefaturas regionales, direcciones de enfermería de hospitales nacionales, especializados y jefaturas de cada establecimiento de salud, deben de garantizar su divulgación e implementación.



CAPITULO

I

Historia- Teorizantes



9. Historia de enfermería

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían cuidados de enfermería, y la más famosa era la de los caballeros hospitalarios (también conocida por los Caballeros de San Juan de Jerusalén).

En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad, la muerte y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale.

Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el Hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.



Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. “*Estas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria*” (56. sp).

10. Historia de la cirugía

Etimológicamente, cirugía significa «trabajar» (ergos) «con las manos» (Quiro), por ello se define como el «tratamiento» (logos) de las enfermedades (pathos) que se pueden solucionar con procedimientos manuales. Sin embargo, se tienen ya nociones de procedimientos quirúrgicos presentes en la historia antes de las culturas clásicas.

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; los expertos en paleopatología creen que este acto quirúrgico, el más antiguo conocido de la historia, estaba relacionado con rituales de exorcismo guiados por un brujo, chamán o hechicero y cuyo objetivo era liberar a la persona enferma del maleficio impuesto por los espíritus o las fuerzas sobrenaturales.

También en las antiguas civilizaciones, y más concretamente 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 Heródoto, Homero o Hipócrates, se sabe que en la Grecia clásica ya se practicaban técnicas quirúrgicas complejas (cesáreas, por ejemplo) que han perdurado hasta nuestros días.

Berry & Kohn, se refieren al respecto: *“El papiro egipcio trata del progreso de la medicina y la cirugía en 1600 A.C”, aunque el desarrollo histórico proviene de la Ley de Babilonia (El código de Hammurabi 1955-1913 A. C), de acuerdo con esta ley, si el usuario(a) moría después de una intervención quirúrgica, la retribución a él se vería reflejada en el cirujano en forma de amputación de su mano derecha”* (6, p.1).

Los romanos, por otro lado, se convirtieron en grandes expertos en medicina militar y en el tratamiento quirúrgico de las heridas. Sin embargo, 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, entre otros) sin ningún tipo de base formativa; adquirirían los conocimientos de forma empírica, y eran transmitidos a un aprendiz que ejercía más de siervo que de alumno.

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 esta, mientras que los barberos sangradores siguen siendo considerados por la sociedad como curanderos ambulantes con escasa o nula formación teórica que fueron evolucionando, hacia una enfermería científica y humana como es la actual”* (56, sp).



11. Historia de la enfermería perioperatoria

En el siglo XV-XVI nace la cirugía moderna, surgen con esta las primeras indicaciones preoperatorias. En el siglo XIX y XX, la cirugía evoluciona, hasta alcanzar el desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos de última generación.

En el siglo XIX se describe el proceso de la educación quirúrgica como un elemento necesario para el éxito de un equipo de cirujanos. Para lograr este objetivo se brinda educación a dos grupos diferentes, el primero dirigido a los cirujanos y asistentes y el segundo específicamente al profesional de Enfermería quirúrgico. La misión era prepararse con bases sólidas de conocimiento y habilidades para aplicarlas al cuidado quirúrgico del usuario(a).

De aquí nace el concepto perioperatorio, donde la participación de enfermería está orientada a la atención de la persona, que va a ser intervenida quirúrgicamente, en el pre, trans y post operatorio.

12. Concepto del perioperatorio

12.1 La práctica perioperatoria

Se define como *“el proceso de atención, que se brinda en el entorno del usuario, que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico y tratamiento médico; visualizándolo como un ser integral, con variables biopsicosociales y espirituales que deben equilibrarse para dar calidad total” (3, p.1).*

Las normas para la práctica de enfermería perioperatoria proporcionan un mecanismo para describir las responsabilidades de las enfermeras tituladas que ejercen un entorno perioperatorio.



La atención de enfermería debe ser individualizada a fin de satisfacer las necesidades únicas de un usuario(a) en particular, esta atención debe brindarse dentro del contexto de la prevención de enfermedades o lesiones, en la promoción, restablecimiento y mantenimiento de la salud y en el cuidado paliativo.

13. Teorizantes de enfermería aplicadas al campo quirúrgico

En enfermería perioperatoria se pueden tomar como referencia algunas teorizantes como: la Teoría de la Jerarquía de las Necesidades de Maslow, Teoría de Hildegart Peplau y la Teoría del auto cuidado de Dorothea Orem para optimizar la atención del usuario(a) quirúrgico.

13.1 Teoría de la jerarquía de las necesidades de Maslow

Jerarquía de Maslow.

El psicólogo Abraham Maslow, desarrolló dentro de la Teoría de la Motivación, una jerarquía de las necesidades que los hombres buscan satisfacer. Estas necesidades se representan en forma de la pirámide de Maslow y son aplicables al usuario(a) quirúrgico durante el proceso perioperatoria.

La interpretación de la pirámide nos proporciona la clave de su teoría donde manifiesta que; un ser humano tiende a satisfacer sus necesidades primarias (más bajas en la pirámide), antes de buscar las de más alto nivel.

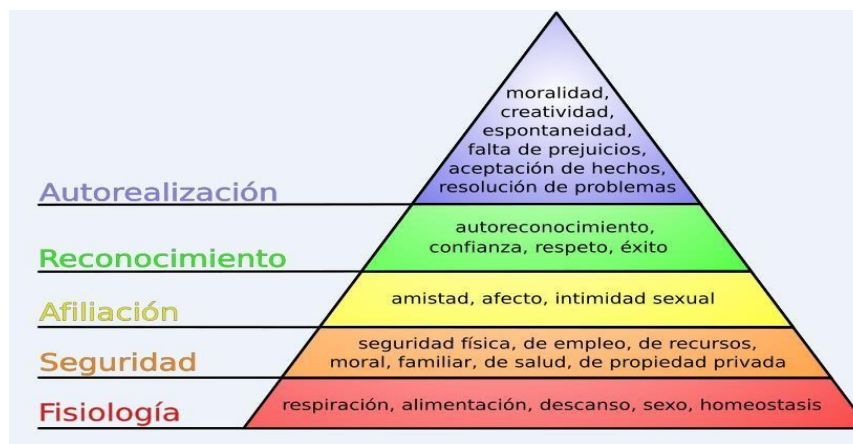
Por ejemplo, una persona no busca tener satisfechas las necesidades de seguridad, como evitar los peligros del ambiente; si no tiene cubiertas sus necesidades fisiológicas, como la alimentación, líquidos, aire u otros.



Los escalones de la pirámide son:

- **Necesidades fisiológicas:** Las necesidades fisiológicas son satisfechas mediante comida, bebidas, sueño, refugio, aire fresco, una temperatura apropiada, entre otros. Si todas las necesidades humanas dejan de ser satisfechas, entonces las necesidades fisiológicas se convierten en la prioridad más alta. Si se ofrece a un humano soluciones para dos necesidades, como la necesidad de amor y el hambre, es más probable que el humano escoja primero la segunda necesidad (la de hambre). Como resultado todos los otros deseos y capacidades, pasan a un plano secundario.
- **Necesidades de seguridad:** Cuando las necesidades fisiológicas son satisfechas, entonces el ser humano se vuelve hacia las necesidades de seguridad. La seguridad, se convierte en el objetivo principal sobre otros. La sociedad tiende a proporcionar esta seguridad, a sus miembros.
- **Necesidades sociales:** Este apartado está dirigido a las necesidades, que tiene la persona de ser atendido en forma integral.
- **Necesidades de estima, necesidad de ego:** Esto se refiere a la valoración de uno mismo otorgada, por otras personas. Es la necesidad instintiva del ser humano, de hacer lo máximo que pueden dar de sí, sus habilidades únicas.
- **Autorrealización:** Se define como derecho de los usuarios(as), en la participación al establecer objetivos y toma de decisiones, acerca del cuidado de su salud.

Esquema N° 1 Pirámide de Maslow



Fuente: <http://www.gueb.org/motivacion/La-Piramide-de-Maslow>.

El profesional de Enfermería perioperatorio en la gestión del cuidado que brinda al usuario(a), durante el pre- intra y posoperatorio debe tratar de satisfacer las necesidades mencionadas por este autor, a efectos de obtener una recuperación más pronta y fortalecer el auto cuidado en este proceso.

13.2 Teoría psicodinámica de Hildegart Peplau

La enfermera teorizadora estadounidense Hildegard Peplau, nació el 1 de septiembre del 1909 en Reading, Pennsylvania. Se la considera la madre de la enfermería psiquiátrica. Desarrollo la teoría de las relaciones interpersonales, centrada en la relación profesional de Enfermería – usuario(a).

La Teoría es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.



Para Peplau, H, la Enfermería *“es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades”* (45. p. 337). Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad. En la relación enfermera y usuario(a) describe cuatro fases:

1. **Orientación:** En esta fase el usuario(a) tiene **“una necesidad insatisfecha”** y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
2. **Identificación:** El usuario(a) se relaciona e identifica quienes pueden ayudarle. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades.
3. **Explotación:** El usuario(a) intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
4. **Resolución:** Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el usuario(a) se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el profesional de Enfermería.

En la relación de enfermería con el usuario(a), Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar:

1. **Papel del extraño:** El profesional de Enfermería es, en primera instancia, para el usuario, un extraño. Es necesario establecer con el usuario(a) una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación profesional de Enfermería –usuario (a) no está aún personalizado y se correspondería con la identificación.



2. **Papel de persona-recurso:** La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del usuario(a) en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del usuario(a).
3. **Papel docente:** Peplau habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos(as): enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del usuario (a) como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).
4. **Papel conductor:** El profesional de Enfermería ayuda al usuario(a) enfermo a través de una relación de cooperación y de participación.
5. **Papel de sustituto:** El profesional de Enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación profesional de Enfermería – usuario (a).
6. **Papel de consejero:** Es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus usuarios, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

Concluimos que el modelo de Hidelgard Peplau, es una teorizante que le permite al profesional de Enfermería quirúrgico, integrar su teoría en las diferentes etapas del proceso perioperatorio.



13.4 Teoría del auto cuidado. Dorothea Orem

La teoría del auto cuidado tiene su origen en una de las más famosas teoristas norteamericana, Dorothea Orem, (1914-2007) enfermera nacida en Baltimore, Estados Unidos. Ha descrito la teoría general del auto cuidado, que consta de tres teorías relacionadas: la del auto cuidado, la del déficit de auto cuidado y la de sistemas de enfermería.

El concepto básico del auto cuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El auto cuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Uno de los supuestos que se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este auto cuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

- a) **Teoría del auto cuidado:** En la que explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.
- b) **Teoría del déficit de auto cuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a



limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado independiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención del profesional de Enfermería.

- c) **Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que los profesionales de Enfermería pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: El profesional de Enfermería sule al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto cuidado.
 - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: El profesional de Enfermería actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de auto cuidado refuerza la participación de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.



Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de auto cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto cuidado) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

14. El proceso de atención de Enfermería

El proceso de atención de Enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de Enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita cuidados de enfermería reciba los mejores.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con la respuesta que cada persona o grupo de personas tiene ante una alteración real o potencial de salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de Enfermería trata a la persona como un todo; el usuario(a) es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da al profesional de Enfermería la categoría de ciencia.

En resumen, se define el proceso de atención de enfermería (PAE), como la intervención que realiza el profesional de Enfermería mediante la realización de la



entrevista, el llenado de los correspondientes instrumentos y las actividades que el profesional de Enfermería desarrolla y aplica en la atención al usuario(a) que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.

El proceso consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación, que conducen al logro de un objetivo. Forma parte del pensamiento crítico. Este proceso tiene 6 propiedades: resuelto, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica:

1- **“Resuelto:** *porque está dirigido a un objetivo. El profesional de Enfermería utiliza las fases del proceso para proporcionar cuidados de calidad centrados en el usuario.*

2- **Sistemático:** *Implica la utilización de un enfoque organizado para lograr su propósito. Este método deliberado fomenta la calidad de la enfermería y evita problemas asociados a los cuidados tradicionales administrativos.*

3- **Dinámicos:** *Porque está sometido a continuos cambios, por lo que se enfoca en las respuestas cambiantes del usuario(a), lo que fortalece la toma de decisiones y las habilidades clínicas para el logro de los objetivos.*

4- **Interactivo:** *Se basa en las relaciones recíprocas que se dan entre el profesional de Enfermería, el usuario(a), la familia y otros profesionales de salud. Este componente garantiza la individualización de los cuidados de las personas.*

5- **Flexible:** *Este cambia continuamente en respuesta a las necesidades del usuario(a), esta es una característica esencial del proceso de enfermería.*



6- **Posee una base Teórica:** *Se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo las ciencias humanas, que se puedan aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de enfermería” (10, p.153-154).*

15. Proceso de atención de Enfermería aplicado en perioperatorio

Berry & Kohn, refiere que: *“Los cuidados perioperatorios al paciente requieren el desarrollo de un plan asistencial y la identificación de los resultados esperados a través de la aplicación de los procesos de enfermería. El proceso de enfermería es una aproximación sistemática a la práctica de enfermería que utiliza técnicas de solución de problemas” (6, p.17).*

Este proceso o sistema comprende la planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería y está compuesto por 5 pasos: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación:

A. **Valoración:** Consiste en la apreciación del usuario(a) y sus necesidades existentes o potenciales, con base en la historia de enfermería a través de la revisión del expediente de salud, observación y entrevista. La profesional de Enfermería perioperatoria identifica y formula diagnósticos de enfermería apropiados según valoración realizada, que requieren su intervención durante las fases preoperatoria, Intraoperatoria y postoperatoria de la atención del usuario(a) y familia.

Algunos aspectos por considerar en la etapa de valoración que realiza el profesional de Enfermería perioperatoria al usuario(a):

- Diagnóstico y tratamiento médico actuales.
- Abuso de sustancias y medicación.
- Estudios diagnósticos y resultados de pruebas de laboratorio.
- Estado físico y reacciones fisiológicas, incluyendo alergias, deficiencias sensoriales o limitaciones físicas o motoras.



- Valoración fisiológica, condición de la piel, estado nutricional, peso, estatura.
- Necesidades espirituales y antecedentes culturales.
- Reacciones o comportamientos ante las diferentes enfermedades, la hospitalización e intervenciones quirúrgicas.
- Comportamiento del usuario(a) y familia en relación con el problema quirúrgico.
- Nivel de conocimiento del usuario (a) en relación con su patología y posible procedimiento a realizar.
- Condición social, económica y educativa del usuario(a) y familia.
- Revisión cefalocaudal del usuario(a) quirúrgico (examen físico).
- Manejo del dolor.
- Miedo, temor, ansiedad y estado emocional del usuario(a).
- Valoraciones preoperatorias realizadas por especialistas.
- Valoración de la recuperación quirúrgica.
- Patologías del usuario(a).
- Valoración por riesgo de infección.
- Valoración por riesgo de respuesta alérgica al látex.
- Indagación de los riesgos y limitaciones físicas-ambientales en el hogar y comunidad.

B. **Diagnóstico de Enfermería:** Es el criterio que se obtiene y se produce; como resultado de la valoración de enfermería. Son enunciados los problemas, las necesidades y el estado de salud del usuario(a).

Pasos para desarrollar el diagnóstico:

- a. Identificación del problema.
- b. Formulación del problema.

Dentro del proceso perioperatorio las funciones de enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, independiente e interdependiente. Según el nivel de



decisión que corresponde al profesional de Enfermería, surgirán problemas o necesidades en el usuario(a), que puedan corresponder a otros profesionales del área de salud.

- I. **La Dimensión dependiente de la práctica del profesional de Enfermería incluye:** Aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico, quien indica el tratamiento que debe recibir el usuario (a). La responsabilidad del profesional de Enfermería es administrar el tratamiento médico prescrito.
- II. **Dimensión Independiente del profesional de Enfermería:** Es toda aquella función e intervención que es reconocida legalmente, como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los diagnósticos de enfermería (D.E).
- III. **La dimensión Interdependiente del profesional de Enfermería:** Se refiere a los problemas o situaciones, en cuya prescripción y tratamiento, intervienen los profesionales de Enfermería y otros profesionales de la salud como equipo interdisciplinario, para resolver las complicaciones y/o necesidades biopsicosociales que presenten en el usuario(a) y familia.

C. Planeación y ejecución:

- **La planeación:** Es la organización, coordinación y el desarrollo de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas.
- **La ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.



Los principales objetivos que suelen tomarse en cuenta para la atención del usuario(a) quirúrgico son: disminuir la angustia antes de la operación, ampliar los conocimientos sobre los preparativos preoperatorios y postoperatorios. Todo usuario(a) debe recibir la explicación conforme a sus angustias, temores, dudas, necesidades y esperanzas.

Una vez realizado el diagnóstico de enfermería y valoradas las necesidades particulares, cabe planear un programa de intervenciones y llevarlo a la práctica, con el fin de prevenir, reducir o eliminar las situaciones encontradas.

Durante la entrevista preoperatoria y antes de la operación se le explican los pasos del pre – intra y posoperatorios y se le describe el ambiente del quirófano. En el curso del interrogatorio, el usuario(a) tiene oportunidad de expresar cualquier inquietud y de preguntar acerca de la operación.

El proceso de instrucción del usuario; debe incluir datos relativos a las acciones a cumplir cuando se le da de alta, tales como: actividades permitidas, curación de la herida quirúrgica, dieta, medicamentos u otros.

El profesional de Enfermería del programa perioperatorio tiene la responsabilidad de que la información, brindada al usuario(a) y familia, se dé en términos sencillos y claros.

Debe recibirse el usuario(a) saludando por el nombre, haciendo sentir que está en manos expertas, que está siendo esperado por el equipo de trabajo.

D. Evaluación: Es una comparación entre los resultados obtenidos y los previstos. Durante una visita postoperatoria uno o dos días después de la cirugía, el profesional de Enfermería quirúrgico indagará, cómo percibió el usuario(a) la atención pre – operatoria e intra – operatoria. Las preguntas se dirigen hacia la



satisfacción de las necesidades; físicas, emocionales, de seguridad, de ambiente y enseñanza, así como la preparación para la rehabilitación postoperatoria.

El profesional de Enfermería perioperatoria debe identificar qué factores influyeron en el resultado de evaluación. *“Las normas para la práctica perioperatoria clínica describen un nivel de competencia en la enfermería perioperatoria demostrado en la evaluación, el diagnóstico, la identificación de los resultados, la planificación, la ejecución y la evaluación. El proceso de la enfermería abarca todas las acciones significativas realizadas por la enfermera para atender a todos los usuarios y constituye la base para tomar decisiones clínicas” (3, p.2).*

En resumen, la función perioperatoria, consiste en llevar a cabo las actividades de Enfermería quirúrgica profesional, no sólo durante la intervención sino también con anterioridad y posterior a ella, aplicando los cinco componentes del proceso de enfermería descritos anteriormente.

15.1 Etapas para la práctica clínica perioperatoria

El desempeño profesional de Enfermería, individual o con otros profesionales del equipo de salud, se centra en el proceso de enfermería para proporcionar la atención personal o en equipo, al usuario(a) que va a ser intervenido quirúrgicamente.

En este entorno se tiene la responsabilidad, de desarrollar y cumplir las etapas para la práctica clínica perioperatoria, donde el titular en enfermería representa un papel preponderante, debido a que las diferentes funciones que se realicen para cumplir con la atención sirvan de base para los sistemas de control de calidad, la evaluación y el seguimiento.



El compendio de estos quehaceres nos ofrecerá datos, con los cuales se puede fortalecer los parámetros dirigidos a la calidad, calidez y humanización.

Las etapas contenidas en este capítulo son genéricas y describen un nivel competente del ejercicio de enfermería y un desempeño profesional, cuyo fin es obtener los resultados en el entorno perioperatorio para el usuario(a) que va a ser sometido a una cirugía.

Así mismo planea, planifica y coordina las necesidades de educación tanto de la familia y usuario(a) como del personal. El perioperatorio es muy amplio, abarca tres etapas del usuario(a) que va a ser intervenido quirúrgicamente: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, donde el profesional de Enfermería; lleva a cabo funciones especiales que varían, según el procedimiento quirúrgico específico y las necesidades del usuario(a).

16. Sub proceso de la gestión del cuidado quirúrgico

La gestión del cuidado se define como las actividades de apoyo, asistencia o capacitación dirigidos al usuario(a), familia o comunidad que tienen necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida, con el anterior marco de referencia se establece que la función principal de la enfermería a través del tiempo ha sido la gestión del cuidado.

Se ha definido el subproceso de la gestión del cuidado de enfermería quirúrgica por medio de un equipo de profesionales de Enfermería de la Institución, con representantes de los diferentes niveles de atención, la conducción técnica de la Coordinación Nacional de Enfermería (área de regulación y sistematización de diagnóstico y tratamiento de la dirección de desarrollo de servicios de salud) y la conducción metodológica de la dirección de proyección de servicios de salud (Control interno, Gerencia Médica), proceso instaurado y oficializado en la



institución como una instrucción de trabajo en la atención de enfermería al usuario(a) perioperatorio.

A continuación, se presenta el subproceso de la gestión del cuidado de enfermería quirúrgica con su respectivo flujograma.

TABLA: # 1 Subproceso de la gestión del cuidado quirúrgico

Instrucción de trabajo: Atención de enfermería al usuario(a) en el perioperatorio

		Gerencia Médica	
Caja Costarricense de Seguro Social		Hospital	
Matriz para el levantamiento y documentación			
Dependencia	Servicio de Enfermería		
Nombre del Proceso	Prestación de Servicios de Salud		
Nombre del sub-proceso	Gestión del cuidado de enfermería al usuario		
Nombre de la instrucción de trabajo	Atención de enfermería al usuario(a) en el perioperatorio	Código	ENF-001-04
Alcance	Inicio		
	El profesional de Enfermería recibe la indicación médica sobre el usuario(a) que requiere intervención quirúrgica.		
	Termina:		
	El profesional de Enfermería coordina el egreso del usuario(a)		
Objetivo	Participar en la atención integral del usuario(a) quirúrgico, familia y/o acompañantes, por medio de la prestación de servicios de enfermería con calidad y calidez.		
Responsable	Participantes		
Jefatura del servicio de enfermería	Profesional en enfermería		
	Auxiliar de enfermería		
	Profesional de Enfermería encargada del Perioperatoria.		
	Asistente de usuarios		



	Auxiliar de quirófano
	Profesional de Enfermería que Instrumenta
	Circulante
Producto y/o servicio	
Usuario(a) atendido en el perioperatorio por el personal de enfermería.	
Usuario(a) o cliente	
Usuario(a), familia y/o acompañante que requiere atención de enfermería en el perioperatorio.	
Insumos requeridos	Proveedores del insumo
Suministros de oficina	Área de Gestión de bienes y servicios (Proveeduría).
Implementos médicos	Área de Gestión de bienes y servicios (Proveeduría).
Materiales descartables	Área de Gestión de bienes y servicios (Proveeduría).
Medicamentos y biológicos	Farmacia.
Alimentación	Nutrición.
Soluciones y parenterales	Farmacia.
Hemoderivados	Laboratorio Clínico (Banco de Sangre).
Material de aseo	Servicios Generales
Formularios	Área de Gestión de bienes y servicios (Proveeduría).
Expedientes de salud	REDES.
Lista de programación de sala de operaciones	Sala de Operaciones.
Recursos requeridos	Proveedores del recurso
Instrumental y equipo médico	Área de Gestión de bienes y servicios (Proveeduría).
Infraestructura	Administración.
Mobiliario y accesorios	Administración.
Recursos financieros	Administración.
Útiles de oficina	Área de Gestión de bienes y servicios (Proveeduría).
Equipo informático	Administración.
Ropa hospitalaria	Servicio de ropería.
Relación con otras actividades	
Gestión del cuidado de Enfermería al usuario(a).	
Gestión del cuidado de Enfermería al usuario(a) en el servicio de emergencias.	



Gestión del cuidado de Enfermería al usuario(a) hospitalizado.

Atención de Enfermería al neonato.

Atención de enfermería en obstetricia.

Atención de enfermería en salud mental y psiquiatría.

Esterilización, almacenamiento y distribución de material médico y quirúrgico.

Atención médica.

Apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Apoyo administrativo y logístico.

Descripción de las actividades

1	Inicio.
2	El profesional de Enfermería recibe la indicación médica sobre el usuario(a) que requiere intervención quirúrgica, mediante el registro en el formulario de evolución, indicaciones y tratamiento, código No. 4-70-03-0090. (En el servicio la indicación se registra en el expediente de salud).
3	¿El usuario(a) requiere una cirugía inmediata, mediata o programada? - Si requiere una cirugía mediata o programada continúa con la actividad 4. - Si requiere una cirugía inmediata continúa con la actividad 16.
4	El profesional de Enfermería realiza la gestión administrativa correspondiente para la atención de los usuarios(as) que requieren el acto quirúrgico.
5	El profesional de Enfermería identifica al usuario(a) que será sometido al acto quirúrgico.
6	El profesional de Enfermería educa, orienta y brinda apoyo emocional al usuario(a) o acompañante, de acuerdo con los protocolos establecidos y según el tipo de acto quirúrgico al cual va a ser sometido.
7	El profesional de Enfermería inicia el llenado de los formularios relacionados con el acto quirúrgico.
	El profesional de Enfermería del perioperatorio valora al usuario(a), realiza el diagnóstico de enfermería, informa al profesional de Enfermería del servicio y gestiona las acciones propias según Manual de Normas del Perioperatorio.
9	El profesional de Enfermería verifica el cumplimiento de los requisitos preoperatorios mediante los instrumentos institucionales establecidos.
10	¿El usuario(a) cumple con los requisitos preoperatorios? - Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 11. - Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 12.
11	El profesional de Enfermería comunica al médico cirujano responsable del usuario(a) para que se tomen las decisiones correspondientes. Regresa a la actividad 9.
12	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería y asistente de usuarios del servicio realiza el traslado del usuario(a) al área preoperatoria (preanestesia).



13	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería recibe al usuario(a) en el área preoperatoria (preanestesia), verifica los datos y el cumplimiento de los requisitos preoperatorios, mediante la Hoja de requisitos preoperatorios, Instrumento Historia Clínica de enfermería preoperatoria y la Lista de verificación quirúrgica de cirugía segura salva vidas.
14	¿El usuario(a) cumple con los requisitos preoperatorios? -Si la respuesta es negativa continúa con la actividad 15. - Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 16.
15	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería, lo comunica al médico cirujano y al anesthesiólogo para que se tomen las decisiones correspondientes y se indique el proceder. Regresa a la actividad 13.
16	El auxiliar de quirófano por delegación del profesional en enfermería en coordinación con anestesia traslada al usuario(a) a la sala de operaciones asignada.
17	El profesional de Enfermería en perioperatorio prepara y orienta al usuario(a) o acompañante sobre el acto quirúrgico. En ausencia de un profesional en el perioperatorio lo realiza otro profesional de Enfermería del área de sala de operaciones.
18	El profesional de Enfermería o por delegación al auxiliar de enfermería y auxiliar de quirófano preparan los equipos médico-quirúrgicos, insumos y accesorios necesarios para la cirugía.
19	El profesional de Enfermería o por delegación al auxiliar de enfermería realiza el lavado de manos quirúrgico y se coloca la vestimenta estéril para el acto quirúrgico. Una vez que ingresa el usuario al quirófano, previo a la anestesia; el equipo quirúrgico debe efectuar las prácticas de verificación de cirugía segura.
20	El profesional de Enfermería instrumentista prepara la mesa (instrumentación, mayo), aplicando la técnica aséptica médico y quirúrgica (TAM-Q) con la asistencia del circulante, encargado de proporcionar lo requerido para el procedimiento.
21	El profesional de Enfermería (Instrumentista) en conjunto con el circulante, realiza el conteo inicial de instrumentos, gasas, torundas, agujas, compresas o paños, plexos, coronoides entre otros
22	El circulante y auxiliar de quirófano, en conjunto con el anesthesiólogo, posicionan y sujetan al usuario(a) en la mesa quirúrgica, de acuerdo con la cirugía e indicación del cirujano. Posteriormente el auxiliar de quirófano coloca la placa de electrocauterio al usuario(a) en caso de requerirse; en el área anatómica que indique el cirujano. Una vez posicionada la placa en el usuario(a) se debe verificar por parte del equipo quirúrgico que cumpla con las medidas de seguridad recomendadas por la institución. (lugar anatómico recomendado, integridad de la placa, adherencia efectiva, zona sin vello, área seca, ubicación al mismo lado de la cirugía, placa correcta según peso entre otras)
23	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería prepara el sitio quirúrgico, mediante uso de técnicas de asepsia quirúrgica. (Lavado, desinfección y aislamiento del área operatoria).



24	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería realiza las acciones que le corresponden durante la cirugía con base en el Manual Institucional de Normas de Atención Perioperatoria, mediante técnica aséptica médica y quirúrgica, y en cumplimiento de la normativa institucional en cuanto a infecciones intrahospitalarias.
25	El profesional de Enfermería en conjunto con el auxiliar de enfermería realiza el conteo de instrumentos, gasas, torundas, agujas compresas o paños, plexos, coronoides entre otros Al inicio, durante y al cierre de la herida quirúrgica (lineamientos de conteo ver apartado en el manual).
26	El profesional de Enfermería en conjunto con el auxiliar de enfermería realiza acciones y cuidados postoperatorios (inmediatos) al usuario(a), según norma de sala de operaciones.
27	El profesional de Enfermería registra en la nota de enfermería las acciones desarrolladas durante el acto quirúrgico y completa los formularios institucionales vigentes según corresponda.
28	El auxiliar de quirófano y en la medida de lo posible el circulante deben acompañar al anestesiólogo en el traslado del usuario(a) a la sala de recuperación o servicio asignado (UCI, Neonatos, entre otros). Continúa con la actividad 30
29	El profesional de Enfermería Instrumentista en conjunto con el auxiliar de enfermería realiza el conteo final de instrumental y realiza cuidado posterior del equipo especial.
30	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería recibe al usuario(a) en el área de recuperación post anestésica o en el servicio asignado al que fue llevado y lo registra en el censo diario.
31	¿El usuario(a) fue trasladado a la sala de recuperación posanestésica o al servicio asignado? - Si el usuario(a) se trasladó a la sala de recuperación posanestésica continúa con la actividad. 32 - Si el usuario(a) se trasladó al servicio en el que estaba ubicado, continúa su recuperación en salón (Ver Gestión del cuidado de Enfermería al usuario(a) hospitalizado).
32	El profesional de Enfermería recibe y valora al usuario(a) aplica la escala de Aldrete y realiza las anotaciones correspondientes.
33	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería monitorea, la condición hemodinámica, estado neurológico del usuario(a), cumple indicaciones posoperatorias, brinda medidas de confort, brinda cuidados posoperatorios según procedimientos, valora condición de apósitos, drenajes, irrigaciones, sellos de tórax, vías periféricas, centrales entre otros
34	El profesional de Enfermería planifica las acciones a realizar para la recuperación del usuario(a), de acuerdo con su condición de salud.
35	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería realiza las acciones definidas en el plan de atención y da seguimiento al proceso de recuperación del usuario(a).



36	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería registra en los formularios oficiales la condición de salud del usuario(a).
37	¿El usuario(a) evolucionó satisfactoriamente? - Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 38. - Si la respuesta es negativa regresa a la actividad 35.
38	El profesional de Enfermería comunica al anestesiólogo y/o médico cirujano la condición de salud del usuario(a), para que valore el egreso de la unidad de Recuperación posanestésica.
39	¿El anestesiólogo y/o médico cirujano determina que el usuario(a) se encuentra en condición de egreso de la unidad de Recuperación posanestésica? -Si la respuesta es afirmativa continúa con la actividad 40. -Si la respuesta es negativa regresa a la actividad 35.
40	¿El usuario(a) se debe trasladar a otro servicio, otro nivel de atención o egresa del establecimiento de salud? - Si se debe trasladar a otro servicio continúa con la actividad 41. - Si se debe trasladar a otro nivel de atención continúa con la actividad 43. - Si egresa del establecimiento de salud continúa con la actividad 44.
41	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería y el asistente de usuarios, trasladada al usuario(a) al servicio asignado.
42	El profesional de Enfermería o por delegación el auxiliar de enfermería y el asistente de pacientes, entrega el usuario(a) al personal del servicio asignado y registra en los instrumentos correspondientes su condición de salud. (Ver procedimiento Gestión del cuidado de enfermería al usuario(a) hospitalizado). Finaliza las instrucciones de trabajo.
43	El profesional de Enfermería completa y entrega el formulario Epicrisis/Referencia de Enfermería al usuario(a) y familia. Finaliza las instrucciones de trabajo.
44	El profesional de Enfermería coordina el egreso del usuario(a) una vez que está firmado en el expediente clínico. Entregando al usuario(a) epicrisis, medicamentos indicados, incapacidad si lo requiere, boleta de cita de control e indicaciones escritas de los cuidados posoperatorios según procedimiento realizado.
45	Fin.

Normativa

Ley de Contratación Administrativa No. 7494 vigente.

Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, No. 7600.

Ley General de Administración Pública No. 6227 vigente.

Ley General de Control Interno No. 8292 vigente.

Ley General de Protección a la Madre Adolescente Ley No. 7735 vigente.

Ley General de Salud Pública No. 5395 vigente.

Ley General sobre el VIH-SIDA No. 7771 vigente.

Ley Integral para la Persona Adulta Mayor No. 7935 vigente.

Ley Nacional de Vacunación N.º 8111 vigente.

Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, N° 2343 vigente.

Ley para la Gestión Integral de Residuos No. 8839 vigente.



Modificación de los artículos 1, 4, 5, y 12 de la Ley General de Protección a la Madre Adolescente N° 7735, y derogación del inciso c) de su artículo 8. N.º 8312 vigente.
Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud vigente.
Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia de la CCSS N° 8314 vigente.
Reglamento del Expediente de Salud de la CCSS vigente.
Reglamento Interno de Trabajo vigente.
Reglamento sobre el hostigamiento y acoso sexual en la CCSS vigente.
Reglamento sobre la gestión de los desechos infectocontagiosos que se generan en establecimientos que presten atención a la salud y afines vigente.
Reglamento Vigilancia Epidemiológica y Control Enfermedades Transmisibles vigente.
Reglamento de Enfermería Gineco-obstétrica y Perinatal de Costa Rica vigente.
Reforma Reglamento de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de vigilancia de la Salud N.º 33214 vigente.
Estatuto de Servicios de Enfermería Ley N.º 7085 y su Reglamento vigente.
Código de Ética y Moral Profesional del Colegio de Enfermeras de Costa Rica vigente.
Código de la Niñez y la Adolescencia, No. 7739 vigente.
Convención sobre los Derechos del Niño Ley No.7184 vigente.
Política de Medicamentos CCSS vigente.
Política Institucional de Calidad y Seguridad del usuario(a) vigente.
Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género (2010-2020) vigente
Política Nacional de Enfermería 2011-2021 vigente.
Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción 2012-2021.
Programa Atención Integral de la Adolescencia, CCSS.
Programa de calidad en la atención de enfermería y seguridad del usuario(a)
Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer vigente.
Norma Oficial Atención Integral a la Mujer durante el Embarazo de Bajo Riesgo Obstétrico vigente.
Normas Atención Integral al Recién Nacido Sano.
Normas de atención de cáncer de mama vigente.
Normas de Atención Integral de Salud vigente.
Normas de Atención Integral del Niño de 0-6 años vigente.
Normas Dotación Personal de Enfermería vigente.
Normas para el manejo de Residuos Peligrosos en Establecimientos de Salud vigente.
Normas y procedimientos de limpieza y desinfección de áreas en establecimientos de Salud vigente.
Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales vigente.
Manual de Atención Integral del Embarazo, la Maternidad y la Paternidad en la Adolescencia vigente.
Manual de Normas Generales de Control Interno para la Contraloría General de la República y las entidades y órganos sujetos a su fiscalización M-1-2002-CO-DDI vigente.
Manual de procedimientos de Enfermería vigente.
Manual Institucional de Normas de Atención Peri-Operatoria vigente.



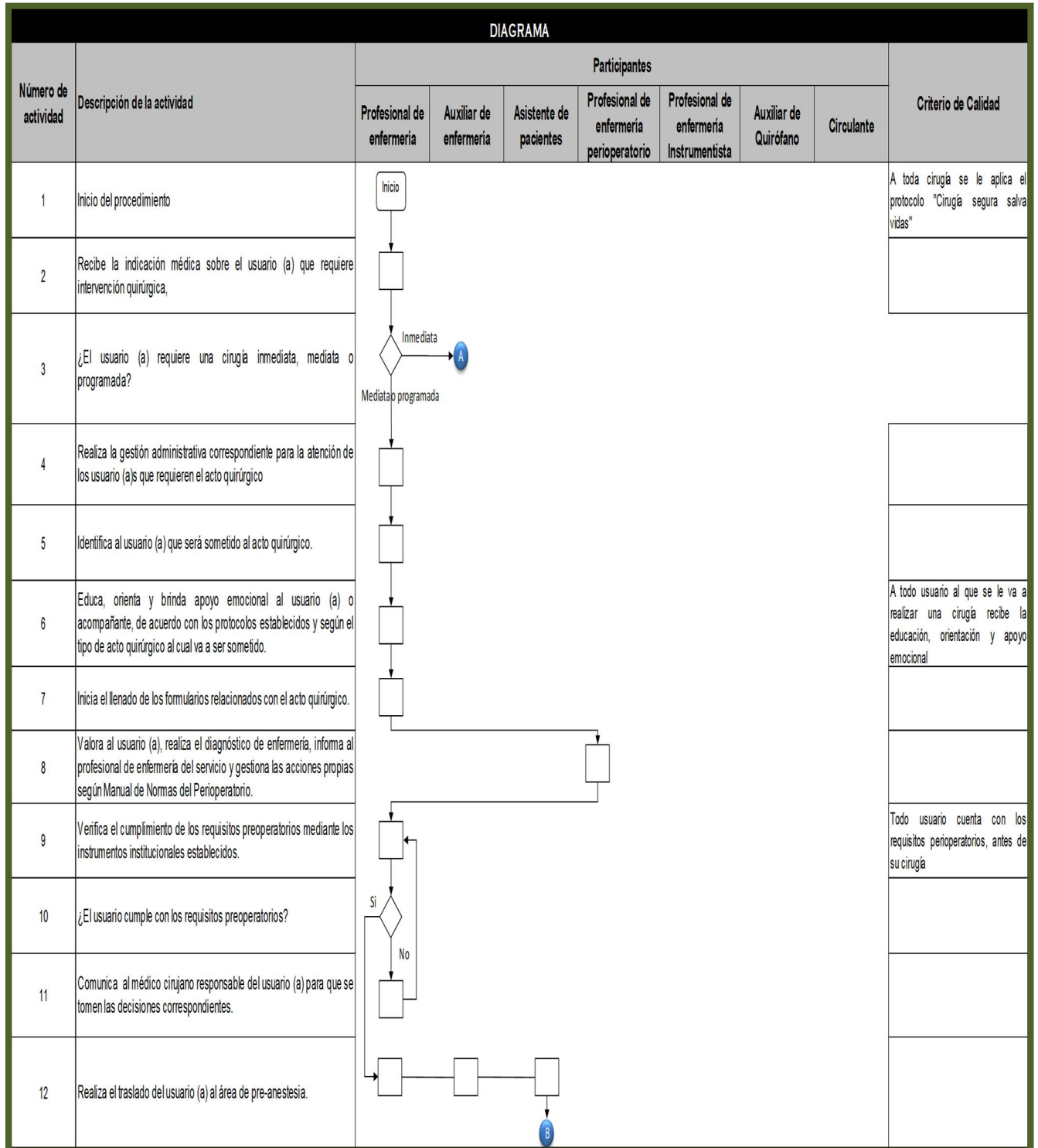
Manual Institucional de Normas Técnicas y Procedimientos de la Central de Esterilización y Suministros de Material y Equipo vigente.
Manual Normativo del Programa Institucional de Estándares de Salud, dirigido a los tres niveles de atención, vigente.
Manual para el uso y manejo de los formularios del expediente médico de hospitalización vigente.
Manual para la atención de Recién Nacidos de alto riesgo vigente.
Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, LEYES N.º 8239 y su reglamento vigente.
Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto vigente.
Protocolo de Atención a personas en riesgo o que presenten úlceras por presión vigente.
Protocolo de vigilancia epidemiológica para el manejo de las intoxicaciones causadas por plaguicidas vigente.
Lineamientos para la Vacunación contra Influenza en Grupos de Riesgo en Costa Rica vigente.
Lista Oficial de Medicamentos (LOM) de la CCSS, medicamentos esenciales y normativa específica vigente.
Controles
Auditoría externa.
Auditoría interna.
Conteo de instrumentos, gasas, agujas y compresas.
Evaluación del cumplimiento de los objetivos.
Entrevista al usuario(a).
Instrumentos de enfermería del perioperatorio.
Monitoreos.
Notas de enfermería.
Programación de sala de operaciones.
Registro de información y de atención al usuario(a) en los formularios oficiales institucionales.
Revisión para asegurarse que los equipos, instrumental e implementos médicos estériles sean los adecuados y necesarios para la cirugía.
Seguimiento del plan de cuidado del usuario(a).
Supervisión directa (Bitácora de Supervisión).
Supervisión indirecta.
Formularios
Boleta de notificación individual de vigilancia epidemiológica fórmula VE-01.
CCSS Laboratorios Clínicos, código 4-70-06-1940.
Consentimiento informado / Cód. No. 4-70-03-0560.
Control de líquidos / Cód. No. 4-70-06-0380.
Control de medicamentos / Cód. No. 4-70-06-0400.
Controles especiales / Cód. No. 4-70-06-0460.
Controles pre y post operatorios/ Cód. 4-70-06-0480.
Distribución de personal / Cód. No. 4-70-06-0700.
Epicrisis código 4-70-03-0060.



Escala de Aldrete modificada / Cód. 4-70-03-2740.
Evolución, indicaciones y tratamiento / Cód. No. 4-70-03-0090.
Gráfica de signos vitales / Cód. No. 4-70-06-0880.
Historia operatoria 4-70-05-0180.
Infección intrahospitalaria/ Fórmula Cód. No.4-70-05-0190.
Instrumento de enfermería en la etapa intraoperatoria/Cód. 4-70-03-2705.
Instrumento Historia Clínica de enfermería preoperatoria/Cód. 4-70-03-2700.
Notas de enfermería / Cód. No. 4-70-06-1440.
Orden de dieta/Cód. No. 4-70-06-1470.
Ordenes médicas (Kardex)/ Cód. No. 4-70-06-1480.
Para soluciones intravenosas Código No. 4-70-06-1500.
Plan de atención de enfermería, Fórmula No. 1374. 10/02 LMS.
Plan de cuidados/Cód. No. 4-70-06-1580.
Préstamos de radiografía / Cód. No. 4-70-03-0400.
Receta de consulta externa / Cód. No. 4-70-03-0160.
Recibo de prendas de vestir, objetos y valores, código 4-70-07-0620.
Recuento de gasa / Cód. No. 4-70-05-0320.
Referencia a especialista / Cód. No. 4-70-04-0140.
Registros de exámenes de laboratorio / Cód. No. 4-70-04-0160.
Servicio de ambulancia / Cód. No. 470-03-0240.
Signos vitales/ Cód. No. 4-70-03-0047.
Solicitud de análisis / Cód. No. 4-70-06-2010.
Solicitud de electrocardiograma / Cód. No. 4-70-03-0300.
Solicitud de Equipo Médico/ Cód. 4-70-06-2020.
Solicitud de exámenes (Medicina Nuclear), código 4-70-03-0320.
Solicitud de Hemo componentes / Cód. No. 4-70-05-0540.
Solicitud de interconsulta / Cód. No. 4-70-03-0360.
Solicitud de Material Médico/ Cód. 4-70-06-2040.
Solicitud de radiografías, código 4-70-03-0400.
Solicitud de Sala de Operaciones/ Cód. No 4-70-03-0440.
Solicitud examen radiológico, código 4-70-03-0420.
Solicitud y resultados de análisis clínicos, código 4-70-03-0460.
Solicitud examen de: TAC / Ultrasonido Fórmula No. 1645.
Tarjeta control, conservación y mantenimiento / Cód. No. 4-70-01-0170.
Valoración y seguimiento de úlceras por presión/ Cód. No. 4-70-03-0570.
Verificación de las practicas quirúrgicas seguras / Cód. No. 4-70-03-1610.
Vía intramuscular / Cód. No. 4-70-06-2240.
Vía intravenosa / Cód. No. 4-70-06-2250.
Vía oral / Cód. No. 4-70-06-2260.
Vía subcutánea/Cód. No. 4-70-06-2270.



Esquema 2. Diagrama del subproceso de gestión del cuidado quirúrgico





Número de actividad	Descripción de la actividad	Participantes							Criterio de Calidad
		Profesional de enfermería	Auxiliar de enfermería	Asistente de pacientes	Profesional de enfermería perioperatorio	Profesional de enfermería Instrumentista	Auxiliar de Quirófano	Circulante	
13	Recibe al usuario (a) en el área de pre-anestesia, verifica los datos y el cumplimiento de los requisitos preoperatorios,								
14	¿El usuario (a) cumple con los requisitos preoperatorios?								
15	Comunica al médico cirujano y al anestesiólogo para que se tomen las decisiones correspondientes y se indique el proceder.								
16	Traslada al usuario (a) a la sala de operaciones asignada.								
17	Prepara y orienta al usuario o acompañante sobre el acto quirúrgico								
18	Preparan los equipos médicos, insumos y accesorios necesarios para la cirugía.								
19	Realiza el lavado de manos y se coloca la vestimenta estéril para el acto quirúrgico con la ayuda del auxiliar de enfermería.								
20	Prepara la mesa para colocar el instrumental estéril de acuerdo con la cirugía, aplicando TAMQ								
21	Realiza el conteo inicial de instrumentos, gasas, torundas, agujas y compresas.								
22	Posicionan y sujetan al usuario (a) en la mesa quirúrgica, de acuerdo con la cirugía.								
23	Prepara el sitio quirúrgico, mediando uso de técnicas de asepsia quirúrgica. (Lavado, desinfección y aislamiento del área operatoria)								
24	Realiza las acciones que le corresponden durante la cirugía (circular e instrumentar el acto quirúrgico).								
25	Durante la cirugía y antes del cierre de la cavidad realiza el conteo de gasas, torundas y compresas.								
26	Realiza acciones y cuidados postoperatorios (inmediatos) al usuario.								
27	Registra en la nota de enfermería las acciones desarrolladas durante el acto quirúrgico y completa los formularios institucionales vigentes según corresponda								
28	Traslada al usuario a la sala de recuperación o servicio asignado (UCI, neonatos, etc). Continúa en la actividad 32.								
29	Realiza el conteo final de instrumental y cuidado posterior del equipo. (Ir a procedimiento Esterilización y distribución de equipo y material médico-quirúrgico.)								



Número de actividad	Descripción de la actividad	Participantes							Criterio de Calidad
		Profesional de enfermería	Auxiliar de enfermería	Asistente de pacientes	Profesional de enfermería perioperatoria	Profesional de enfermería instrumentista	Auxiliar de quirófano	Circulante	
30	Recibe al usuario en la sala de recuperación o en el servicio asignado a la que fue enviado.								
31	¿El usuario fue trasladado a la sala de recuperación o al servicio asignado?								
32	Valora al usuario (a) mediante la aplicación de la escala de Aldrete y realiza las acciones correspondientes.								A todo usuario que ingresa a la Sala de recuperación se le aplica la escala de Aldrete
33	Vigila su condición hemodinámica y estado neurológico.								
34	Planifica las acciones a realizar para la recuperación del usuario, de acuerdo con su condición de salud.								
35	Realiza las acciones definidas y da seguimiento al proceso de recuperación del usuario.								
36	Registra en los formularios oficiales la condición de salud del usuario (a).								
37	¿El usuario evoluciona satisfactoriamente?								
38	Comunica al anestesiólogo y/o médico cirujano la condición de salud del usuario, para que valore el egreso a la unidad de Recuperación.								
39	¿El anestesiólogo y/o médico cirujano determina que el usuario se encuentra en condición de egreso de la unidad de Recuperación?								
40	¿El usuario (a) se debe trasladar a otro servicio, otro nivel de atención o egresa del establecimiento de salud?								
41	Trasladado al usuario (a) al servicio asignado.								Todas las acciones realizadas durante la cirugía se registran en la nota de enfermería
42	Entrega el usuario (a) al personal del servicio asignado y registra en los instrumentos correspondientes su condición de salud.								
43	Completa y entrega el formulario Epicrisis Referencia de Enfermería al usuario y familia.								
44	Coordina el egreso del usuario.								
45	Fin del procedimiento								

Fuente: CCSS.GM.ARSDT. Sub proceso Gestión del cuidado de Enfermería al usuario. Instrucción de trabajo al usuario(a) peri operatoria. Coordinación Nacional de Enfermería.



17. Intervención del profesional de Enfermería en el programa perioperatorio

Esta intervención está basada en la siguiente sistematización:

Las personas que se someterán a un acto quirúrgico y que requieren una gran necesidad de información respecto a los cuidados indispensables antes, durante y después de la cirugía. Esta información debe ser clara, concisa y precisa, englobando las diferentes etapas de la recuperación, el impacto y las consecuencias que involucran el proceso de rehabilitación, así como orientaciones sobre los cuidados específicos de cada intervención.

Para interactuar con la persona que va a ser sometida a una cirugía, el profesional de Enfermería quirúrgica debe contemplar ciertos aspectos tales como el impacto del preoperatorio inmediato, los riesgos en el trans y post operatorio que ofrece la cirugía electiva y de emergencia, así como el tipo de cirugía.

Las anteriores son algunas de las particularidades que deben encontrarse por escrito y definidas en una guía objetiva, para que estos profesionales puedan brindar atención asertiva, cálida y humana, en estos momentos tan críticos para todo usuario(a) quirúrgico. Esta interacción está relacionada con el paradigma de la transformación, el cual es descrito por Kérouac de la siguiente forma: *“Acoger la participación del otro exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad.”* (31, p. 15).

Cada persona reacciona de modo diferente ante un mismo estímulo, circunstancia o situación que esté viviendo; tanto el usuario(a) como su familia esperan durante el período preoperatorio recibir explicaciones detalladas sobre el tema de la cirugía y del ambiente al que va a ser expuesto(a).



La comunicación, la paciencia y la disponibilidad de tiempo de los y las profesionales de Enfermería son de fundamental importancia en ese momento. El papel del profesional de enfermería perioperatoria está muy relacionado con establecer medidas preventivas, controlar las condiciones de la persona y proporcionarle orientación, apoyo emocional, presencia y atención.

Según Berry & Kohn, la estandarización de los cuidados de la persona quirúrgica hace referencia a: *“El personal que participa en los cuidados perioperatorios al usuario(a) debe ser capaz de adaptarse a todas las situaciones y proporcionar al usuario(a) lo mejor de sus habilidades y conocimientos”* (6, p. 15).

Por otra parte, estos mismos autores hacen referencia textual al tema de la siguiente forma:

“Las enfermeras perioperatorias cuidan de los pacientes durante la intervención perioperatoria. Las necesidades del paciente son únicas durante esta fase asistencial y requieren actividades específicas particulares durante el campo de la enfermería perioperatoria” (6, p.23).

Los profesionales de Enfermería gestionan el cuidado de las personas o prevén la implementación del plan asistencial a través de actividades especializadas que incluyen, pero no se limitan a:

- Educar al personal y los estudiantes.
- Apoyar y estimular emocionalmente al usuario(a) y su familia.
- Servir como abogado del usuario(a).
- Control del ambiente.
- Proporcionar los recursos necesarios.
- Mantener la asepsia.
- Controlar el estado fisiológico y psicológico.
- Manejar las necesidades continuas del usuario(a).



- Supervisar el personal auxiliar.
- Validar y explorar el ejercicio de enfermería actual y futuro.
- Integrar y coordinar la asistencia a través de todas las disciplinas.
- Colaborar y consultar.

Estas actividades son incorporadas en el campo de la práctica perioperatoria, por educadores, practicantes e investigadores. Estas prácticas se llevan a cabo en los hospitales, clínicas, universidades, consultorios médicos, organizaciones e industrias.

La enseñanza preoperatoria cumple con la necesidad de información sobre la experiencia quirúrgica, que a su vez puede aliviar la mayor parte de los temores. Las personas física y psicológicamente preparadas para una operación tienden a tener mejores resultados quirúrgicos.

Así mismo, los usuarios(as) con más conocimientos sobre qué esperar después de la cirugía y con la oportunidad de expresar sus expectativas y opiniones, a menudo pueden lidiar mejor con el dolor y otras secuelas resultantes de ese proceso.

En este mismo contexto la orientación que brinda la y el profesional de Enfermería mediante estos programas es colectiva e individualizada y puede ser o no interdisciplinaria para cada persona, familia y acompañante.

Algunos quieren mayor cantidad de información posible, mientras que otros prefieren solo la información mínima porque la mayor parte del conocimiento también puede aumentar su ansiedad.

Los usuarios(as) tienen diferentes habilidades para comprender los procedimientos e indicaciones médicas y de enfermería, por lo que en ocasiones prefieren la



información impresa, mientras que otros aprenden más de las presentaciones orales.

Además, cada persona reacciona de modo diferente frente al mismo estímulo o la misma circunstancia en la situación que esté viviendo. Es un hecho que el usuario(a) como su familia, esperan durante el período preoperatorio recibir explicaciones detalladas sobre aspectos específicos de la cirugía y del ambiente al que va a ser expuesta. La comunicación, la paciencia y la disponibilidad de tiempo son factores fundamentales en este momento.

Es importante que el usuario(a) y su familia cuenten con la suficiente confianza y libertad para evacuar el mayor número de dudas durante la sesión de educación preoperatoria y postoperatoria. Esto motiva al profesional de Enfermería a poseer liderazgo, conocimiento, habilidades y destrezas quirúrgicas para proporcionar un ambiente de respeto, cálido, transparente y humano, entre otros

En relación con lo descrito anteriormente Fuller define la atención centrada en la persona de la siguiente forma:

“las necesidades únicas de la persona se descubren a través de la información proveniente de otros, de una observación perspicaz y la buena comunicación” (24, p. 20).

La cirugía puede tener profundos efectos psicológicos sobre las personas y su entorno familiar, tanto en período preoperatorio como en el postoperatorio. En ocasiones, los problemas se definen claramente y son sencillos de manejar; en otras, son sutiles y pueden tener efectos de largo alcance sobre la personalidad del usuario(a).



Gran cantidad de experiencia, de sentido común y de entrenamiento son necesarios para tratarlos adecuadamente y evitar estos trastornos. Esto forma una fase importante de la orientación que brinda el profesional de Enfermería, porque el resultado mismo de la intervención quirúrgica puede depender de la forma en que el usuario(a) se enfrenta a la ansiedad.

El profesional de Enfermería a cargo de la atención perioperatoria debe proporcionar seguridad, tranquilidad, apoyo y confidencialidad; es responsable desde la llegada de la persona y la familia al ambiente quirúrgico, hasta su egreso y/o transferencia a otro entorno. Durante su intervención la profesional de Enfermería debe identificar las necesidades psicológicas, fisiológicas y sociológicas para desarrollar el plan de atención mediante el proceso de enfermería. Sobre estas consideraciones las autoras Berry & Kohn, definen:

“La defensa del paciente reconoce la necesidad de la persona y su familia de información y asistencia para adaptarse a la experiencia quirúrgica, a pesar del panorama médico. Como defensora la enfermera perioperatoria informa a los médicos de las necesidades específicas o preocupaciones sanitarias que requieren cuidados. El apoyo de la enfermera ayuda al paciente y a la familia a anticipar los eventos” (6, p.15).

En este sentido, el consentimiento informado debe estar debidamente firmado con descripción y detalle de la cirugía a realizarse, elaborado por el cirujano(a) quien le corresponde operar. Dicho requisito debe formar parte del expediente desde el momento en que el médico(a) le comunica al usuario(a) en la consulta externa que requiere la cirugía.

A la persona a quien se le realizará el procedimiento quirúrgico y su familia se deben explicar los riesgos y beneficios de la intervención quirúrgica, junto con otras opciones de tratamiento. El profesional de Enfermería es a menudo la única testigo



cuando el usuario(a) firma el formulario de consentimiento. El usuario(a) debe entender todo lo que se le ha dicho, para lo cual se le pide que lo explique para que el profesional de la salud pueda determinar qué tanto entendió.

Los usuarios(as) con deficiencia mental, fuertemente sedados o en estado crítico no son considerados legalmente capaces de dar su consentimiento. En esta situación, los familiares (cónyuge, hijo adulto, hermano adulto o una persona con representación legal) pueden firmar el formulario de consentimiento. Los niños y las niñas menores de 18 años deben tener un padre o tutor responsable que firme.

En relación con esta práctica por motivos éticos o legales, una intervención quirúrgica no puede realizarse hasta que el usuario(a) entienda la necesidad de un procedimiento quirúrgico, los pasos que implica su realización, los riesgos, los resultados esperados y los tratamientos alternativos.

Intervenir quirúrgicamente a un usuario(a) sin disponer del consentimiento Informado es un riesgo. Es el médico(a), quién tiene la responsabilidad principal de informar al usuario(a). No se considera que un consentimiento sea informado, si el usuario(a) está confuso, inconsciente, es mentalmente incompetente o se encuentra bajo el efecto de sedantes u opiáceos.

Todos los formularios de consentimiento informado ha de ser firmado por el usuario(a), antes de que la enfermera le administre en el preoperatorio, fármacos de premedicación. Lo ideal es que sea un médico quien obtenga el Consentimiento Informado, antes de que el usuario ingrese al hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio adyacente.



18. Etapas del proceso de atención perioperatorio

La práctica clínica perioperatoria se refiere al proceso completo de la atención quirúrgica donde el titular en Enfermería adquiere un papel preponderante y de alta responsabilidad, en la ejecución de sus actividades.

García, define el concepto de Enfermería perioperatoria, como: “El papel que la profesional de Enfermería ha desarrollado con la asistencia del usuario(a) quirúrgico” (26, p.201). Esta disciplina comprende su asistencia total antes, durante y después de la cirugía. Entre los deberes de la enfermera perioperatoria se incluye el desarrollo y la implantación de un plan preoperatorio de asistencia al usuario(a).

Las etapas contenidas en este capítulo describen la intervención de enfermería en el proceso quirúrgico, con el fin de obtener los resultados del entorno perioperatorio.

Durante estas fases se valoran, diagnostican, planifican, ejecutan y evalúan las necesidades e intervenciones al usuario(a) y familia.

El concepto de enfermería perioperatoria garantiza un curso evolutivo más uniforme para el usuario(a) y la continuidad de los cuidados a lo largo de las fases pre, intra y postoperatoria.

El compendio de estos quehaceres nos ofrece datos que fortalecen los parámetros dirigidos a la calidad, calidez y humanización, así mismo nos permite controlar y evaluar la calidad de atención brindada.

El periodo perioperatorio incluye tres fases:

- Fase preoperatoria:** Inicia cuando el cirujano ha comunicado al usuario, la decisión de operar, hasta el traslado de este al área prequirúrgica en sala de operaciones.



- **Fase intraoperatoria, o transoperatoria:** Inicia con la preparación del usuario(a) en el quirófano e incluye todo el procedimiento quirúrgico hasta el cierre de la piel y traslado a la unidad designada según corresponda.
- **Fase posoperatoria:** Es el periodo que transcurre una vez que termina la intervención quirúrgica y el usuario(a) se traslada a la unidad de recuperación posanestésica o unidad de destino (dependiendo del procedimiento, condición y tipo de anestesia), hasta su recuperación fisiológica y rehabilitación.

18.1 Atención al usuario(a) según etapa: pre-intra y postoperatoria

A-Intervención de la enfermería en la etapa preoperatoria

Antecedentes

La importancia del cumplimiento de la fase preoperatoria a nivel mundial y dentro de nuestro país surge con el objetivo de determinar los problemas y necesidades del usuario; para prepararlo de forma oportuna, asegurando el cumplimiento de las normas de atención en esta fase quirúrgica.

Ubicación:

Es de gran importancia que los centros hospitalarios cuenten con un espacio en el bloque quirúrgico, disponible para el abordaje del usuario(a) y familia, en la etapa preoperatoria. Fuller, se refiere al tema de la siguiente forma:

“La antesala constituye el punto de control, donde el cirujano, el anestesista y el circulante pueden conversar con el usuario, confirmar que los estudios de laboratorio y toda la documentación estén en orden y verificar que la lista preoperatoria de control este completa. Si se trata de una urgencia, el usuario(a) puede ser trasladado directamente desde la guardia hasta la sala de operaciones” (24, p. 69).



En algunos de nuestros hospitales, este espacio recibe el nombre de preanestesia, hoy día este concepto es mucho más amplio, no se limita a la atención o abordaje de un solo profesional, sino de un equipo multidisciplinario de trabajadores de la salud que intervienen en las diferentes etapas del proceso perioperatorio.

“Algunos centros médicos disponen de una zona de recepción preoperatoria, dentro del área quirúrgica” (6, p.367). “El edificio debería tener una sala para los usuarios(as) que esperan su regreso en el quirófano; esta área debería de estar protegida de ruidos y/o imágenes molestas. El pasillo externo del quirófano es el lugar menos deseable. El área debería proporcionar privacidad por los que las cabinas individuales son preferibles a las cortinas.” (6, p.184).

El concepto idóneo para denominar este espacio es área prequirúrgica, debido a las diferentes intervenciones que requiere el usuario(a) en esta fase inmediata; este espacio no se limita solo al abordaje anestésico, sino al cuidado y la preparación integral del usuario(a), previo al acto quirúrgico.

El comité de redacción del Ministerio de Sanidad y Política Social de España, cita *“que la distribución del bloque quirúrgico incluye, una zona de preparación prequirúrgica llamada sala de preparación prequirúrgica” (42, p.123)* y se refiere a ella de la siguiente manera:

“Sala común o distribuida en función del diseño del BQ y su organización en donde se sigue el protocolo de recepción de usuarios. En esta zona se realizan las funciones de confirmación del proceso y del cumplimiento de las instrucciones preoperatorias, evaluación anestésica y preparación específica (venoclisis, entre otros). En el caso de usuarios procedentes del exterior del hospital el acceso desde el vestuario deberá cumplir los requisitos de desplazamientos y circulación” (42, p.123)



El periodo preoperatorio es el lapso que transcurre desde la decisión médica para efectuar la intervención quirúrgica al usuario(a), hasta que es llevado a la sala de operaciones. La cirugía puede ser programada o urgente.

La etapa preoperatoria comienza: *“Cuando se toma la decisión de someter al paciente una intervención quirúrgica”* (26, p.201-202). Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del usuario(a), así como los problemas potenciales. Esta fase termina cuando el usuario(a) se traslada a la mesa quirúrgica.

Clasificación de la etapa preoperatoria

Este período se clasifica en dos fases; (inmediato y mediato), de acuerdo con la magnitud de la intervención quirúrgica mayor o menor, o bien programada o de urgencia. Esta etapa comprende desde las 12 horas (fase mediata) a las 2 horas (fase inmediata), previas a la intervención quirúrgica; hasta la llegada del usuario(a) a la sala de operaciones.

Las acciones de enfermería en el período mediato pueden ser generales o específicas. Las acciones generales, son aquellas que se proporcionan a todo tipo de usuarios de acuerdo con la rutina hospitalaria establecida, y las específicas son aquellas que se proporcionan de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica a que va a ser sometido.

B-Intervención de la enfermería en la etapa preoperatoria mediata

Las acciones de enfermería en la etapa preoperatoria mediata, tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al usuario(a) que va a ser intervenido quirúrgicamente.



Esta intervención inicia con la visita que realiza el profesional de Enfermería prequirúrgico, del área perioperatoria asignada, el día anterior a la intervención o el mismo día previo al acto quirúrgico, en el servicio donde se encuentra internado el usuario(a).

Realiza entrevista diagnóstica valora, planea y registra la atención en enfermería, en coordinación con otros profesionales de la salud de su cuidado. **(Ver anexo: 1 Instrumento de entrevista etapa preoperatoria e instructivo).**

El día de la cirugía el usuario(a) puede ser acompañado, trasladado y entregado, por personal, profesional o auxiliar de enfermería en compañía del asistente de usuarios(as), al personal de sala de operaciones, dependiendo de la condición del usuario(a) y la capacidad instalada de cada centro de salud.

La intervención que brinda el profesional del perioperatorio al usuario(a) y familia, en la visita preoperatoria, están dirigidos a lo siguiente:

- Establecer una comunicación oportuna y efectiva con el usuario(a) y familia.
- Informar sobre el recurso humano que lo atenderá en la sala de operaciones, con calidad, calidez y humanización.
- Educación a usuario(a) y familia sobre el procedimiento que se va a realizar, así como las posibles complicaciones y cuidados que debe tener antes y después de la cirugía; así como los cuidados preoperatorios según el tipo de cirugía, y normativa Institucional. Se orientará en relación con sitio de incisión, ambiente quirúrgico, infraestructura del quirófano y equipo quirúrgico que asiste la cirugía.
- Sensibilizar al usuario(a) y familia sobre el significado e importancia, de la cirugía que se le va a practicar, así como el impacto que tiene el cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería.
- Orientar sobre el auto cuidado tanto antes como después de la cirugía.



- Valorar necesidades de ayuda psicológica, fisiológicas, sociológicas y espirituales preoperatorias y posoperatorias, lo que le permite intervenir para el manejo integral del usuario(a).
- Detectar factores de riesgo que puedan incidir en el preoperatorio.

El profesional de Enfermería perioperatoria en la fase mediata e inmediata revisa que el expediente de salud contenga: consentimiento informado, documento de lista de verificación de prácticas quirúrgicas segura, exámenes de laboratorios recientes, pruebas radiológicas (según el caso), solicitud de hemo-componentes (según el caso), tratamientos anticoagulantes, valoración cardiológica y pre operatoria (según el caso), tratamientos indicados, cumplimiento de protocolos entre otros y coordina cualquier situación con los diferentes profesionales en salud de acuerdo a los lineamientos establecidos en cada centro de salud. (**Ver anexo 2: Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras**).

C-Intervención de la enfermería en la etapa intraoperatorio

El objetivo de esta fase es que el equipo de enfermería, mediante sus esfuerzos y cooperación mutua, logre planificar la mejor atención posible para el usuario, lo anterior expuesto favorece que la intervención quirúrgica avance en un ambiente seguro con un alto nivel de calidad.

En la sala de operaciones, el usuario(a) es recibido por el equipo quirúrgico, estableciendo una relación de confianza y seguridad, donde inicia la recepción personal, identificación y verificación del área que va a ser intervenido quirúrgicamente al usuario(a).

Berry & Kohn, se refiere a la fase intraoperatoria de la siguiente forma: *La fase intraoperatoria se inicia con la colocación del paciente en la mesa de quirúrgica y continúa hasta que es admitido en el área posquirúrgica.* (6, p.19). La



implementación y la valoración del plan asistencial continúan durante esta fase. El profesional de Enfermería perioperatoria es la que se encarga personalmente del plan asistencial o supervisa a otros que desarrollan el plan con habilidad, seguridad, eficacia y efectividad. Puede ser necesaria la modificación del plan durante el procedimiento.

Por otro lado, se define la fase intraoperatoria como: *“Proceso que inicia con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica; todas las actividades, se enfocan con el único fin de cubrir las necesidades de este y procurar su bienestar durante todo el proceso”* (26, p.202). Durante esta etapa, el profesional de Enfermería ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. Esta etapa finaliza cuando se admite al usuario(a) en la sala de recuperación.

Desde el punto de vista estructural y organizativo, la instrumentista garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad, calidez y eficiencia para realizar el procedimiento quirúrgico en coordinación con el equipo multidisciplinario. Así mismo contempla el plan de atención basada en criterios de calidad, seguridad y organización, en el marco de los objetivos establecidos, con apego a los principios éticos de confidencialidad, fidelidad, prevención, respeto y de acuerdo con los principios científicos que constituyen el fundamento de la profesión.

Durante esta etapa, el personal de enfermería debe velar por el pudor, la integridad física, emocional y la seguridad del usuario(a). Es responsabilidad de la profesional de Enfermería quirúrgica supervisar en forma constante las respuestas físicas y emocionales, así como los factores ambientales que puedan afectar los resultados de la intervención quirúrgica.



La profesional de Enfermería quirúrgica planea y ejecuta el plan de cuidados transoperatorios, basado en el proceso de enfermería y en el instructivo de la etapa intraoperatoria.

En esta etapa se inicia la nota de enfermería, al recibir al usuario(a), en sala de operaciones y debe elaborarse tomando en cuenta todos los detalles que puedan presentarse en esta etapa y se concluye antes de salir del quirófano.

En esta fase el rol del profesional de Enfermería no se limita exclusivamente a procedimientos meramente técnicos; *“Así mismo los profesionales del bloque quirúrgico realizan una labor de enfermería de gran nivel, permitiendo que el paciente no pierda la conexión con la realidad en cada momento del proceso” (26, p.22).*

Para iniciar esta etapa, el usuario(a) se traslada del área pre quirúrgica (zona semi-restringida), al quirófano (zona restringida), en una camilla limpia destinada solo a la transferencia de usuarios dentro del bloque quirúrgico, una vez dentro del quirófano, el usuario, se traslada de la camilla a la mesa operatoria, donde es preparado por los miembros del equipo quirúrgico, para el acto de la cirugía, previa identificación, comprobación de los datos correspondientes y aplicación de la hoja de lista de verificación de las prácticas quirúrgicas seguras.

C- Intervención de la enfermería en la etapa postoperatorio

Antecedentes

El concepto de la Unidad de Recuperación Post anestésica (URPA), comienza a tener trascendencia en la década de los cuarenta, cuando se realizan algunas investigaciones relacionadas con la mortalidad y morbilidad en las unidades post-anestésicas y se pudo determinar que, con la observación y la monitorización del usuario, se prevenía la muerte en esta fase. En los años cincuenta se lograron



grandes avances, pues aparece la monitorización de la presión arterial y las primeras unidades de la ventilación mecánica, mejorando la calidad de cuidado.

Desde los años setenta hasta la actualidad han surgido cambios, desde la monitorización invasiva y no invasiva hasta contar con personal altamente especializado cubriendo todas las jornadas laborales.

Sotela, hace referencia *“al nacimiento de las primeras unidades postquirúrgicas, ligadas al desarrollo de la anestesia” ... (53, p.127)*, en nuestro país se da de la siguiente forma:

Durante setenta y siete años, desde que el Dr. Durán introdujera la anestesia en Costa Rica en 1875, los usuarios que se sometían a una intervención quirúrgica, al terminar la misma, regresaban a la cama de donde habían salido.

En 1952, poco después de que el Dr. Sotela regresara de México y se incorporara al servicio de anestesia, sintió la necesidad de contar con un lugar en donde poder vigilar a los usuarios recién operados, en otras palabras, la creación de una Sala de Recuperación Anestésica.

Ubicación:

La URPA debe estar ubicada lo más cerca posible del área quirúrgica y de las unidades especiales de reanimación y cuidados intensivos, la misma debe contener el equipo humano y quirúrgico necesario para brindar el soporte vital inmediato al usuario. (oxímetro, aspiradores de alta succión, toma de gases medicinales, monitoreo invasivo y no invasivo, capnógrafo, toma eléctrica, carros de paro debidamente equipado, desfibrilador, calentadores de infusiones venosas, bombas de infusión, sábanas térmicas, entre otros)



Definición

Es la fase donde el usuario(a) se traslada de la mesa quirúrgica hacia la Unidad de Recuperación Post- anestésica (URPA), luego de haber sido intervenido quirúrgicamente, hasta que su estado general sea estable y permita su traslado a otras áreas del hospital, previa valoración y autorización del especialista en anestesia. Al respecto algunas autoras refieren lo siguiente:

“La fase postoperatoria se inicia con la admisión del usuario(a) en el área postquirúrgica, que es la unidad de recuperación posanestésica (URPA) o a la unidad de cuidados intensivos (UCI)” (6, p. 19).

Recuperación de la anestesia

Es el periodo de recuperación de las funciones afectadas por el acto anestésico. Comienza cuando finaliza la intervención quirúrgica. El tiempo de recuperación varía en función de:

- Las drogas utilizadas.
- El nivel de ventilación alveolar.
- La concentración de anestésicos inhalados y la dosis en que hayan sido suministrados, entre otros

Además de las anteriores, se mencionan otros aspectos a considerar en la observación postoperatoria del usuario(a):

- “El estado del paciente, (ejemplo; alerta y orientados no responde a los estímulos).
- Necesidad de apoyo fisiológico, (ejemplo; dependiente del ventilador vs. despierto y extubado).
- Complejidad del procedimiento quirúrgico, (ejemplo; laparotomía abierta vs laparoscopia).



- Tipos de agentes anestésicos administrados (ejemplo; anestesia general vs. anestesia local).
- Necesidad de terapia contra el dolor (ejemplo; administración de analgésicos intermitentes vs. perfusión epidural continua).
- Periodo prescrito para los parámetros de monitorización destinados a evaluar el estatus fisiológico (ejemplo; signos vitales estables vs. inestables)” (6 p.599).

Clasificación de la etapa postoperatoria

El usuario(a) en la etapa postoperatoria se encuentra en un estado vulnerable, depende del cuidado directo de los profesionales en salud para su óptima recuperación. Al respecto García y colaboradores, señala: *“Esta etapa se inicia con la admisión del paciente en la unidad de recuperación post-anestésica y finaliza cuando el anestesiólogo valora al paciente post-operado y autoriza su traslado bajo el criterio de (alta)”* (26 p. 202). Según este autor, la etapa posoperatoria se divide en:

- Posoperatorio inmediato:** Inicia de forma inmediata, después de finalizar la cirugía, hasta su traslado al respectivo servicio, debe ser directa, constante y estricta, las primeras 24 horas dando prioridad los a esas horas bajo estricta observación. Durante esta etapa se debe aplicar el instrumento: Hoja registro de Enfermería etapa post operatoria hospitalización y ambulatoria, Escala modificada de Aldrete (**Ver anexo 4 y 5**).
- Posoperatorio mediato o tardío:** Se define a partir del traslado del usuario(a) a su servicio de procedencia o nuevo servicio asignado para su recuperación posterior; previa coordinación con el personal de enfermería de salón, referente a indicaciones médicas especiales a cumplir, dar seguimiento y observación de enfermería.



Intervención del profesional de enfermería en la fase postoperatoria inmediata

Al iniciar esta etapa, el profesional de Enfermería ejecuta un rol primordial dentro del equipo de sala de operaciones, poniendo todo su empeño en asegurar que el usuario(a) sea trasladado en condiciones óptimas al servicio correspondiente.

El profesional de Enfermería que recibe el usuario(a) en URPA es determinante, realiza una valoración (cefalocaudal) integral inmediata y minuciosa, contemplando desde los signos vitales hasta la condición de la piel.

Es importante mencionar que, el cuidado del usuario(a) post operado, requiere de conocimientos por parte del profesional de Enfermería, sobre temas tales como:

- Valoración física.
- Conocimientos en resucitación cardiopulmonar básica y avanzada en niños y adultos.
- Manejo estricto de las técnicas de asepsia médica y quirúrgica.
- Las principales características de las diferentes intervenciones quirúrgicas.
- Probables complicaciones quirúrgicas y fisiológicas.
- Evolución esperada según procedimiento efectuado.
- Técnicas de manejo de la vía aérea.
- Valoración circulatoria (hemodinamia, estado neurovascular y función renal)
- Estado neurológico.
- Agentes anestésicos y sus acciones.
- Manejo de urgencias fisiológicas, (ejemplo; paro cardio-respiratorio, obstrucción de la vía aérea, entre otros
- Interpretación y manejo del dolor.
- Manejo e interpretación del equipo médico quirúrgico.
- Identificar factores emocionales que emergen e interfieren con la recuperación posanestésica.
- Conocimiento de los estándares dados por la ASA.



Intervención del personal de enfermería en la fase postoperatoria mediato

Esta fase abarca desde las 24 hasta las 72 horas posquirúrgicas, se presta atención al control de los desequilibrios: hemodinámicos, emocionales, fisiológicos entre otros

El personal de enfermería de esta área y la intervención de la profesional de Enfermería perioperatoria cumple un rol muy importante. *“La profesional de Enfermería perioperatoria hace una visita al paciente en la unidad de hospitalización después de la intervención, con objeto de evaluar la preparación preoperatoria y la asistencia Intraoperatoria; de esta manera se comprueban las metas alcanzadas y se ponen de manifiesto las omisiones y errores en el proceso de enfermería quirúrgica para su posterior modificación”* (26, p.229).

Intervención de la enfermera en la fase postoperatoria en el periodo tardío

La duración de este tiempo está determinada por la clase de operación y por las complicaciones durante y después de la cirugía; esta fase inicia a partir de las 72 horas posoperatorias. En este período se prioriza el control de la evolución de la cicatrización, así como el progreso de la recuperación del usuario, según la intervención realizada y la enfermedad tratada.

En el caso de los usuarios(as) hospitalizados el profesional de Enfermería perioperatoria realiza la visita post operatoria en el salón, con el fin de evaluar la atención de enfermería, a través de la aplicabilidad del Instrumento para medir la satisfacción del usuario(a) en el proceso de la cirugía. **(Ver anexo N°6. Encuesta e instructivo de satisfacción al usuario(a) quirúrgico y familia).**



Complicaciones generales del postoperatorio

Es sumamente importante que el profesional de Enfermería perioperatorio conozca las complicaciones más frecuentes en el post operatorio que se detallan a continuación:

Tabla N° 2 Complicaciones frecuentes en el postoperatorio

Complicaciones postoperatorias.	
Complicación	Causa
Sistema Respiratorio	
Trastornos ventilatorios inmediatos:	
<p>Hipo ventilación: Se refiere a una respiración demasiado superficial o lenta, la cual no satisface las necesidades. Si una persona se hipo ventila el nivel de dióxido de carbono se eleva.</p>	<p>Más frecuentemente causado por efecto residual de agentes anestésicos en el centro de la respiración, los opioides básicamente producen una depresión ventilatoria. También el dolor, ferulización o vendajes abdominales muy ajustados pueden contribuir al hipo ventilación.</p> <p>Relajación de la lengua causada por depresores respiratorios.</p> <p>El laringoespasma, generalmente ocurre por estímulos irritativos como la presencia de sangre, cuerpos extraños o secreciones.</p> <p>El edema subglótico post extubación, aparece con mayor frecuencia una hora después de la extubación y se relaciona con intubaciones traumáticas o prolongadas.</p>
<p>Obstrucción de la vía aérea: Es la imposibilidad de entrada de aire a través de las vías respiratorias</p>	



Complicaciones postoperatorias.

Complicación	Causa
	La obstrucción de la vía aérea inferior es causada más frecuentemente por broncoespasmo.
Obstrucción de la vía aérea por inadecuado manejo de secreciones.	Causada por el uso de músculo relajantes, los cuales inhiben la posibilidad de tragar. La obstrucción de la vía aérea es producto de la relajación de la lengua causada por depresores respiratorios.

Otras complicaciones del sistema respiratorio.

Las atelectasias: Son un colapso de los alvéolos con retención de secreciones mucosas. Los signos y los síntomas son aumento de la frecuencia respiratoria, disnea, fiebre, auscultación de estertores en los lóbulos pulmonares afectados y tos productiva.	Las atelectasias están causadas por una expansión inadecuada de los pulmones. La anestesia, la analgesia y la inmovilización del cliente impiden que se produzca su expansión completa. El riesgo de aparición de atelectasias es mayor en los clientes intervenidos de cirugía abdominal superior que evitan respirar hondo por presentar dolor durante la inspiración.
La neumonía: Es una inflamación de los alvéolos causada por un proceso infeccioso. En el cliente quirúrgico inmovilizado es frecuente la aparición de una neumonía en los lóbulos más declives del pulmón. Los signos y los síntomas son fiebre, escalofríos, tos productiva, dolor torácico, moco purulento y disnea.	La neumonía está causada por una escasa expansión de los pulmones con retención de las secreciones. Entre las bacterias residentes más a menudo en el tracto respiratorio destaca <i>Diplococcus pneumoniae</i> , que causa la mayor parte de las neumonías.



Complicaciones postoperatorias.

Complicación	Causa
La hipoxia: Es una concentración inadecuada de oxígeno en la sangre arterial. Los signos y los síntomas son intranquilidad, disnea, aumento de la tensión arterial, taquicardia, diaforesis y cianosis.	Los anestésicos y los analgésicos deprimen la respiración. El dolor o la mala posición del usuario (a), aumentan la retención de moco y producen trastornos de la ventilación.
El embolismo pulmonar: Es un émbolo que bloquea la arteria pulmonar y provoca una obstrucción del flujo sanguíneo a uno o más lóbulos pulmonares. Los signos y los síntomas son disnea, aparición brusca de dolor torácico, cianosis, taquicardia y disminución de la tensión arterial.	Algunos factores ocasionan la formación de trombos y émbolos. Presentan riesgo los usuarios quirúrgicos inmovilizados y con antecedentes de trastornos circulatorios o de la coagulación.
Sistema circulatorio:	
Trastornos circulatorios inmediatos:	
Hipotensión perioperatoria: Disminución de la presión arterial media superior al 20% de lo habitual del usuario(a) con una duración suficiente para comprometer la perfusión de órganos.	Usualmente es causada por la disminución del retorno venoso al corazón, disfunción ventricular izquierda, hipovolemia.
Hipertensión perioperatoria: Elevación sostenida de la presión arterial media, superior al 20% de la presión arterial media habitual del usuario(a).	Causada por el estímulo nociceptivo de la incisión, la intubación endotraqueal, dolor y la distensión vesical es usualmente desencadenante de esta.
Disritmias / arritmias: Son problemas de la frecuencia cardiaca o del ritmo de los latidos del corazón. Durante la arritmia el	Los trastornos acido base, de la hipoxemia y la hipercapnia juega un rol importante en la presentación de disritmias, así como el



Complicaciones postoperatorias.

Complicación	Causa
corazón puede latir demasiado rápido o lento, o demasiado irregular	efecto residual de los gases anestésicos, la actividad simpática, otras anomalías metabólicas, las enfermedades cardiacas y pulmonares persistentes pueden coadyuvar. El manejo es el recomendado por la asociación americana del corazón en las guías de soporte cardiaco avanzado.
Síndrome coronario agudo: Es un conjunto de manifestaciones de cardiopatía isquémica ò insuficiencia coronaria, con empeoramiento clínico en horas o días. Comprende tres grupos de afecciones: angina de pecho inestable agudo, infarto al miocardio y muerte cardiaca súbita. La forma más común de presentarse es el dolor anginoso (en el pecho).	El riesgo en usuarios mayores de 40 años es de 2.5%, en caso de usuarios con SCA, subclínico preoperatorio es de 25%. Los factores de riesgo según la Asociación Americana del Corazón son la cirugía de alto riesgo, historia de enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, evento cerebro vascular, tratamiento con insulina, creatinina mayor a 2.5mgs/dl y capacidad funcional pobre.
La hemorragia: Es una pérdida (externa o interna) de gran cantidad de sangre en un corto período de tiempo. Los signos y los síntomas son los mismos que los del shock hipovolémico.	La hemorragia está causada por un desplazamiento de la sutura o por un coágulo en el lugar de la incisión. Los clientes con trastornos de la coagulación presentan un mayor riesgo.
El shock hipovolémico: Es la perfusión de tejidos y células a causa de la pérdida de volumen líquido circulatorio. Los signos y los síntomas son hipotensión, pulso débil y rápido, piel fría y húmeda,	En el usuario quirúrgico, el shock hipovolémico suele estar causado por la hemorragia.



Complicaciones postoperatorias.

Complicación	Causa
respiración rápida, intranquilidad y disminución de la diuresis.	
La tromboflebitis: Es la inflamación de una vena y se asocia, a menudo, con la formación de un coágulo. Las venas afectadas más frecuentemente son las de las piernas. Los signos y los síntomas son tumefacción e inflamación de la zona afectada con molestias o calambres dolorosos. A la palpación, las venas son duras (como una cuerda) y presentan molestias al tacto. Aparece dolor si el cliente camina o hace una flexión dorsal en el pie (signo de Homans).	La estasis venosa empeora con la sedestación o la inmovilización prolongada. Los traumatismos en las paredes de los vasos sanguíneos y la hipercoagulabilidad de la sangre aumentan el riesgo de inflamación de los vasos.
El trombo: Es la formación y fijación de un coágulo en la pared interior de una vena o una arteria, con capacidad para ocluir la luz del vaso.	Los trombos están causados por el éxtasis venoso y los traumatismos en los vasos sanguíneos. Las lesiones venosas son frecuentes después de las intervenciones quirúrgicas de piernas, abdomen, pelvis y vasos sanguíneos mayores.
El émbolo: Es un trozo de trombo que se ha soltado y circula por el torrente sanguíneo hasta alojarse en otro vaso (con frecuencia en los pulmones, el corazón o el cerebro).	Los trombos también se forman a causa de un aumento de la coagulabilidad de la sangre (por ejemplo: policitemia y consumo de anticonceptivos orales que contengan estrógenos).
Sistema gastrointestinal:	
Trastornos inmediatos del sistema gastrointestinal:	



Complicaciones postoperatorias.

Complicación	Causa
Las náuseas y los vómitos: Son síntomas de un vaciado gástrico inadecuado o de una estimulación química del centro del vómito. El usuario(a) aqueja náuseas y presencia de arcadas.	Las náuseas y los vómitos están causados por el dolor intenso, la distensión abdominal, el miedo, los fármacos, la ingesta de sólidos o líquidos antes de la reaparición del peristaltismo y la aparición del reflejo nauseoso.
La distensión abdominal: Es una retención de aire en el interior de los intestinos. Los signos y los síntomas son aumento de la circunferencia abdominal y percusión timpánica en los cuadrantes del abdomen. El cliente se queja de sensación de plenitud y “dolores flatulentos”.	La distensión está causada por un enlentecimiento del peristaltismo secundario a la anestesia, la manipulación del intestino o la inmovilización.
El estreñimiento: Es una evacuación infrecuente de heces. Después de una intervención quirúrgica no debe representar una preocupación inmediata, especialmente si el usuario(a) se le ha administrado un preparado intestinal preoperatorio. En cambio, debe preocupar el hecho de que el cliente no defecue dentro de las primeras 48 horas posteriores a la reanudación de una dieta sólida.	Producen estreñimiento tanto el enlentecimiento del peristaltismo.
Sistema genitourinario	
La retención urinaria: Es una acumulación involuntaria de orina en la	La retención está causada por los efectos de la anestesia y los analgésicos opiáceos.



Complicaciones postoperatorias.

Complicación	Causa
vejiga que aparece como consecuencia de una pérdida del tono muscular. Los signos y los síntomas son incapacidad para orinar, intranquilidad y distensión de la vejiga. Aparece a las 6-8 horas después de la intervención quirúrgica.	Junto con el edema, la manipulación local de los tejidos que rodean la vejiga urinaria modifica el tono vesical. Una mala colocación del cliente altera también los reflejos de micción.
Tegumentos	
La infección de la herida quirúrgica: Es la invasión por microorganismos patógenos de los tejidos superficiales o profundos de ésta; los signos y los síntomas consisten en la aparición de calor, dolor y rubor en la piel vecina de la incisión. El cliente puede presentar fiebre y escalofríos, así como salida de material purulento por los drenajes o por los bordes separados de la herida. Ello ocurre a los 3-6 días después de la intervención quirúrgica.	La infección está causada por una mala técnica aséptica y por una herida contaminada antes de la exploración quirúrgica.
La dehiscencia de la herida: Consiste en la separación de sus bordes en la línea de sutura. Los signos y los síntomas son aumento del drenaje y observación de los tejidos subyacentes.	Producen dehiscencia los siguientes factores: la malnutrición, la obesidad, la irradiación preoperatoria en la zona quirúrgica, la edad avanzada, los trastornos de la circulación en los tejidos y una fuerza excesiva sobre la línea de sutura secundaria a la tos.



Complicaciones postoperatorias.

Complicación	Causa
La evisceración de la herida: Consiste en la protrusión de los tejidos y órganos internos a través de la incisión quirúrgica.	Véase “Dehiscencia de la herida”. El cliente con dehiscencia presenta riesgo de evisceración.
La parotiditis quirúrgica: Consiste en una tumefacción de las glándulas parótidas a causa de un mal cuidado de la boca.	La parotiditis quirúrgica está causada por una obstrucción de la glándula parótida.
Sistema nervioso	
Trastornos nerviosos inmediatos: Es una manifestación de inquietud o movimientos involuntarios frecuente en usuarios aun no despiertos.	Causada por dolor, hipoxemia, acidosis, hipertensión y distensión vesical. El tratamiento está enfocado a tratar la causa del origen.
Escalofríos e hipotermia: Los escalofríos son agitaciones incontrolables que el organismo produce para intentar mantener la temperatura corporal. La hipotermia se define como una temperatura central inferior a 35°C.	Puede ocurrir en la unidad de Recuperación posanestésica como resultado de la hipotermia Intra operatoria o por efecto de los agentes anestésicos. La causa más importante es la redistribución de calor del compartimento central periférico y luego se mantiene cuando la pérdida de calor al ambiente excede la producción metabólica. El frío ambiente de la sala de operaciones, heridas grandes, soluciones a temperatura ambiente, gases no humidificados, duración de la cirugía; contribuye con la hipotermia. La hipotermia debe ser tratada con aire funcional o sábanas térmicas.



Complicaciones postoperatorias.

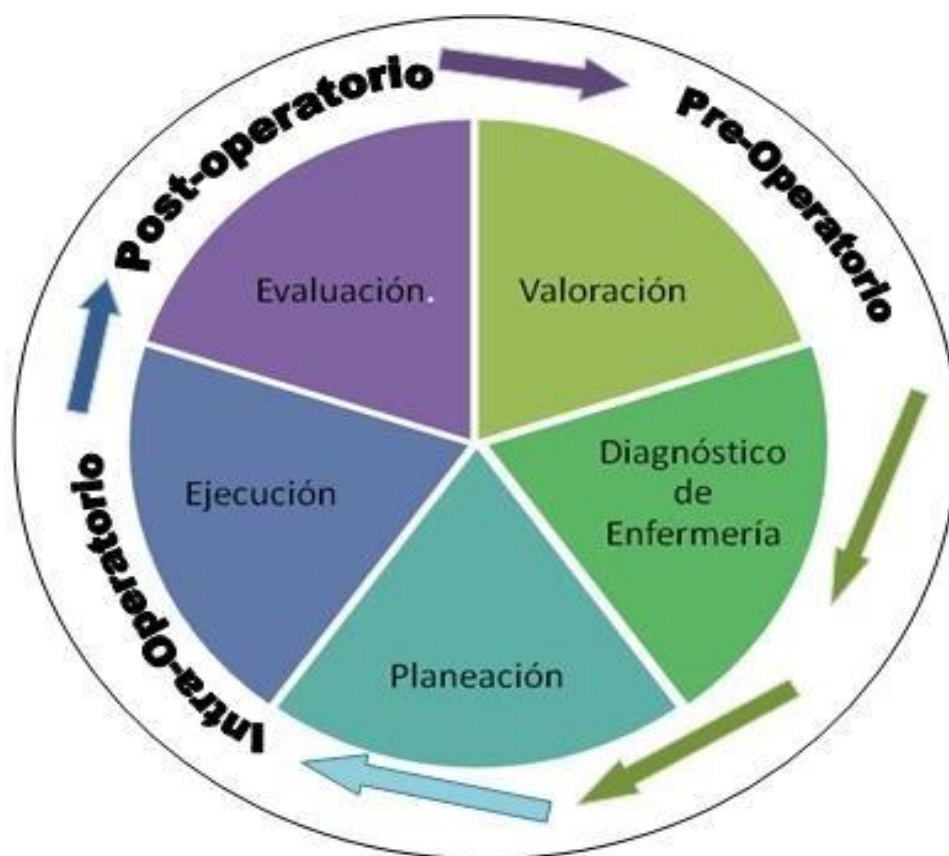
Complicación	Causa
<i>Dolor intratable</i>	Puede estar relacionado con la herida o los apósitos como con la ansiedad o una mala colocación del cliente.

Fuente: Potter, Patricia. Perry, Anne Griffin. (2002)45

Fundamentos de Enfermería, volumen IV. 5ª Edición, España.

El proceso de Enfermería integrado en las fases del perioperatorio citadas anteriormente, identifica y demuestra la interacción coyuntural de los componentes del proceso con las fases citadas, aspecto importante que va dirigido a preservar la calidad y la seguridad de la atención basada en evidencia. Obsérvese los componentes del proceso de enfermería, integrados en las tres fases perioperatorias con la finalidad de reducir al máximo, la probabilidad de que ocurran eventos adversos, en cualquier etapa del proceso.

ESQUEMA N° 3 El proceso de enfermería integrado en las fases del perioperatorio



Fuente: *Manual Institucional de Normas de Atención perioperatorio. CCSS. (2008)*



CAPITULO

II

Ambiente perioperatorio



19. Diseño e infraestructura del bloque quirúrgico

Antecedentes

En los pasados 300 años el diseño de las salas quirúrgicas ha ido cambiando según las necesidades y las prácticas de los establecimientos de salud. Inicialmente estas salas se localizaban en cualquier parte del hospital y hasta en los consultorios médicos se realizaban procesos quirúrgicos.

Las primeras salas que aparecen en el siglo XVII tenían forma de teatros, daban especial importancia a la enseñanza y demostración de las técnicas quirúrgicas, con sitios para espectadores, basando su diseño en los antiguos salones de anatomía.

Con el descubrimiento de los antibióticos y otras drogas terapéuticas, se empezó a dar importancia a la promoción de la antisepsia y a los ambientes quirúrgicos seguros. En 1937 un Ministerio de Salud Inglés hizo la primera norma sobre este tema. A partir de 1948, se dio importancia al diseño y construcción del área quirúrgica de los hospitales.

En la actualidad la distribución arquitectónica del área en mención se trabaja interdisciplinariamente con los actores del proceso, el objetivo principal es diseñar quirófanos que brinden la máxima seguridad al usuario(a) y al personal, considerando varios aspectos relacionadas con normativas existentes para la prevención de infecciones, considerando accesibilidad, elección de materiales que permitan la higienización, las condiciones particulares de seguridad de instalaciones, la articulación entre todas las áreas que la conforman y la diferenciación de circulaciones, entre otros



19.1 Infraestructura de quirófano

La sala de operaciones es un conjunto de ambientes, cuya función gira alrededor de los quirófanos y que proporciona al equipo humano las facilidades necesarias para efectuar procedimientos quirúrgicos en forma eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad.

El diseño de esta área dependerá, del tipo de procedimiento, del equipamiento y volumen de oferta a brindar ante las características de la demanda del establecimiento y los recursos con que se cuente para desarrollar la actividad quirúrgica.

Quirófano: Es considerado como área "crítica" ya que el usuario(a) *“se encuentra en una situación de especial riesgo porque está expuesto durante un determinado tiempo a procedimientos que alteran la integridad de la piel, manipulan y exponen al ambiente cavidades y vísceras normalmente estériles. También se realizan otros procedimientos invasivos como intubación endotraqueal, cateterismo venoso, arterial y urinario”* (34, p.24).

De acuerdo con López y otros, todo establecimiento quirúrgico debe cumplir los siguientes objetivos:

- a) Unir los recursos humanos y físicos en un espacio idóneo, seguro, de circulación restringida, para prestar atención a los usuarios(as) que requieran un procedimiento quirúrgico, garantizándoles que éste sea libre de gérmenes.
- b) Garantizar el bienestar del usuario(a), proporcionándole condiciones óptimas al igual que un soporte tecnológico adecuado con el fin de disminuir el riesgo de presentar posteriores complicaciones.



- c) Lograr la integración de los espacios en forma lógica, que permita conjuntamente el personal, equipo y mobiliario incrementar la calidad de atención y optimizar los recursos.
- d) Desarrollar en forma idónea el trabajo con el usuario(a) mediante la distribución de los espacios.
- e) Evitar infecciones, a través de la ubicación de los espacios físicos y las circulaciones adecuadas.
- f) Separar los usuarios con cirugías sépticas e infectocontagiosas de las salas de operaciones de usuarios con cirugías no contaminadas, con el fin de minimizar el riesgo por contagio.

El usuario(a), durante la intervención quirúrgica, depende de un equipo que debe conocer muy bien sus funciones, cumplir con todas las normas existentes y estar capacitado para reducir al mínimo el riesgo de infección. *“El personal que trabaja en el Bloque Quirúrgico (BQ) constituye un equipo que tiene funciones específicas y responsabilidades delimitadas, lo cual reviste especial importancia “(34, p. 24).*

En esta área interactúan todos los miembros del equipo quirúrgico, de forma interdisciplinaria:

- Supervisor o jefatura de sala de operaciones de enfermería.
- Profesional de Enfermería perioperatoria o prequirúrgico.
- Médico especialista en anestesiología.
- Médico(a) asistente especialista de cirugía
- Estudiantes de medicina en calidad de internos o residentes.
- Estudiantes de enfermería.
- Profesional de Enfermería instrumentista.
- Profesional de Enfermería o auxiliar de enfermería (circulante).
- Auxiliar de quirófano.
- Personal de aseo.



Dependiendo del tipo y/o complejidad de la cirugía, varía el número y cargo de las personas participantes del acto quirúrgico, desde esta perspectiva también estarán presentes en la cirugía, las siguientes personas.

- Técnico (a) en ortopedia.
- Técnico (a) en urología.
- Técnico (a) en Rayos X.
- Especialista en perfusión.
- Técnico (a) en gastroenterología.
- Representantes de casas comerciales con contratos nacionales adjudicados, de equipos o insumos, entre otros

Este manual cuenta con un instrumento elaborado para ser aplicado durante la fase Intraoperatoria, el mismo debe ser llenado por el profesional instrumentista o el auxiliar de enfermería que le corresponde circular. **(Ver anexo 3: Instrumento de entrevista etapa intraoperatoria e instructivo).**

El profesional de Enfermería Instrumentista, asignada (o) a cada quirófano debe brindar cuidados postoperatorios inmediatos; para que el usuario(a) egrese del quirófano a la Unidad de Recuperación posanestésica en las mejores condiciones higiénicas, fisiológicas, de seguridad y comodidad posibles.

Lo anteriormente descrito va dirigido al mejoramiento de la atención que brindan los profesionales de Enfermería en el área quirúrgica. Además, permite asegurar el cumplimiento de una atención segura y oportuna, lo cual contribuye a disminuir y prevenir riesgos al usuario(as), los días de estancia hospitalaria, aumentar la productividad y la calidad de la atención en la Caja Costarricense de Seguro Social.

En lo que respecta a la planta de distribución del servicio de sala de operaciones, no existe un modelo concreto, pues se ajusta a las necesidades, dinámica y características de su demanda; así como, al espacio disponible y ubicación en el



edificio hospitalario; sin embargo, los esquemas de circulación más habituales son los de pasillo central, doble pasillo, núcleo central o combinaciones entre las mismas, donde lo más importante es que su diseño permita la movilidad la diferenciación de circulaciones internas y la movilidad adecuada de personal, usuarios, abastecimiento y la salida de desechos.

Que la circulación dentro de las mismas quede regulada, tanto para las personas como para los suministros de material. Según explican García, para lograr este objetivo, “*el área quirúrgica se divide en los siguientes sectores:*

Área no restringida: *Permite el acceso en ropa de calle. Suele ser un pasillo que comunica con la zona de quirófanos, generalmente con los vestuarios o con algún punto de control. Queda separado de la circulación principal del hospital y de los ascensores generales, así como de las otras áreas quirúrgicas.*

Área semirestringidas: *Esta área exige el uso de indumentaria quirúrgica y gorro para evitar la diseminación de microorganismos, por lo que el paso está limitado al personal autorizado, incluye pasillos de acceso a los quirófanos, almacenes y salas de servicio, áreas de descanso, limpieza entre otros*

Área restringida: *Esta área corresponde a los quirófanos es restringida por excelencia porque se está ante campos estériles abiertos, tejidos y cavidades expuestas, personal lavado, instrumental estéril abierto, se debe llevar mascarilla e indumentaria quirúrgica correcta en todo momento.*

Los usuarios(as) en la medida de lo posible deberán estar duchados, con ropa limpia, gorro. “Deben llevar mascarilla solo en caso de ser portadores de alguna enfermedad infecciosa de transmisión aérea o inmunodeprimidos. Las visitas necesitarán autorización expresa y vestirán la indumentaria adecuada con cobertura del calzado incluida” (26 p 85-89).



Existen una serie de parámetros que van a favorecer el mantenimiento de la asepsia en el quirófano, además de establecer condiciones de seguridad que minimizan los riesgos potenciales que se encuentran en estos espacios, tales como:

□ **Temperatura:** Las principales normas que evalúan la temperatura y humedad máxima y mínima de un quirófano son; UNE-100713:2005, que sugiere de 22 a 26 °C, y ASHRAE 170, que la establece entre 20 y 24 °C. La temperatura debe ser confortable para el usuario(a) y el personal además debe permitir inhibir el crecimiento bacteriano, pero no poner en riesgo al usuario(a).

El confort térmico que se requiere en el interior de una sala de operaciones depende de la actividad corporal y de la vestimenta de quienes ocupan el espacio (Médicos, enfermeras, usuarios(as)).

Por lo tanto, el requerimiento de temperatura de un quirófano es diferente que el de una sala de recuperación o el de un arsenal quirúrgico. Los factores que definen la temperatura en una determinada área son:

- La temperatura y humedad del aire exterior
 - La temperatura y humedad en el interior del local
 - El equipamiento, vestuario e iluminación con que cuente el espacio
 - **Las condiciones del aire que se introduce:** temperatura, humedad, velocidad y distribución. Según los (Estándares de la American Society of Heating Refrigerating and Air-conditioning Engineers y las normas UNE).
- **Humedad y temperatura:** El control de estos factores en el área quirúrgica debe ser automático, con sensores de ambiente que envíen una señal a los reguladores, y éstos, a su vez, deberán gobernar las etapas de producción de frío o calor. Debe conservar una humedad relativa, según los estándares de ASHRAE, de entre 30 y 60 por ciento para ayudar a reducir la posibilidad de una explosión.



Las chispas se forman con mayor facilidad si la humedad es baja. La temperatura se debe conservar entre 20 y 24 grados centígrados (temperaturas menores a 20 grados Celsius propician la condensación de la humedad presente en el aire).

- **Climatización:** El quirófano debe estar aislado del exterior y dotado de un sistema de aire acondicionado provisto de filtros especiales (HEPA y ULPA, que retienen el 99 por ciento de las partículas mayores de 3 micras). Con control de filtros y grado de humedad (cuya revisión es cada 6 meses). Este sistema de aire acondicionado debe ser de flujo laminar y contar con control de humedad.

- **Ventilación:** Lo habitual es contar con un sistema de Ventilación Autónomo para los quirófanos que realiza unas 20 renovaciones por hora (cambios por hora) como mínimo, donde al menos 4 renovaciones por hora corresponden a la inyección de aire fresco (lo toma del exterior al 100%) según los estándares de ASHRAE 170. Se debe tener presión positiva respecto a áreas adyacentes.

- **Control del ambiente:** Se calcula que el hombre emite en su entorno próximo un número determinado de partículas de 0.5 a 10 mm de diámetro. Estas partículas se suspenden en el aire y se producen por las escamas cutáneas, la sudoración y, principalmente, por goteo de las vías respiratorias. El mejoramiento del ambiente en el quirófano se obtiene, sobre todo, con un personal bien entrenado, que usa la indumentaria quirúrgica correctamente, se mueve lo indispensable dentro del quirófano, habla lo menos posible durante las intervenciones y se apeg a las normas de asepsia.

- **Iluminación del campo quirúrgico:** Los quirófanos disponen de un sistema de iluminación focalizada de alta intensidad para el campo quirúrgico, mediante luminarias de alto flujo luminoso (tecnología LED es la más utilizada en la actualidad) que son capaces de proveer niveles de iluminancia de hasta 100.000



lux. La disposición de la luminaria debe permitir el libre flujo del aire acondicionado en la sala. Dichas luminarias deben cumplir con las siguientes características mínimas:

- La(s) lámpara(s) de cirugía debe(n), instalarse suspendidas de la estructura de soporte. columna fija a techo, sin rieles.
 - Sistema de brazos suspendidos, de un solo elemento y articulado, debe fijar la posición de las luminarias a diferentes posiciones sin ayuda de contrapesos.
 - Proporcionar una iluminación eficaz y homogénea del campo operatorio, dando como resultado una visión ideal en superficie, como en profundidad mayor a 100cm, con un índice de reproducción del color mayor o igual a 95.
 - Si la lámpara tiene incorporado brazos para monitores, los mismos no deben interferir o producir fluctuaciones, en el flujo del aire acondicionado presente en la sala.
- **Iluminación General:** Debe distribuirse uniformemente por el quirófano, con el fin de evitar problemas de adaptación visual entre el plano de la mesa de operaciones y los alrededores. Es recomendable establecer dos niveles de iluminación, uno de 2000 lux alrededor de la mesa y otro de 1000 lux aproximadamente en el resto de la sala, dichos niveles se pueden obtener con el uso de luminarias con patrón de distribución asimétrica. La iluminación debe ser flexible, ajustable y controlable. Las luminarias deben ser selladas al polvo y chorros de agua (grado de protección IP-65 o mayor).
- **Paredes y cielorrasos:** Deben ser lisos, de material inalterable y absorbente del sonido. Las paredes y puertas deben ser resistentes al fuego, de acuerdo con normativa vigente y estar revestidas con material impermeable, inalterable, a prueba de manchas, sin grietas, de fácil limpieza, sin brillo, sin colores



fatigantes para la vista. Se recomienda que las paredes sean de concreto reforzado.

- **Pisos, paredes y cielorrasos:** El material utilizado en cualquiera de estas superficies debe ser no poroso, impermeable, sin uniones, no reflectante, resistente al agente desinfectante y fácil de limpiar.

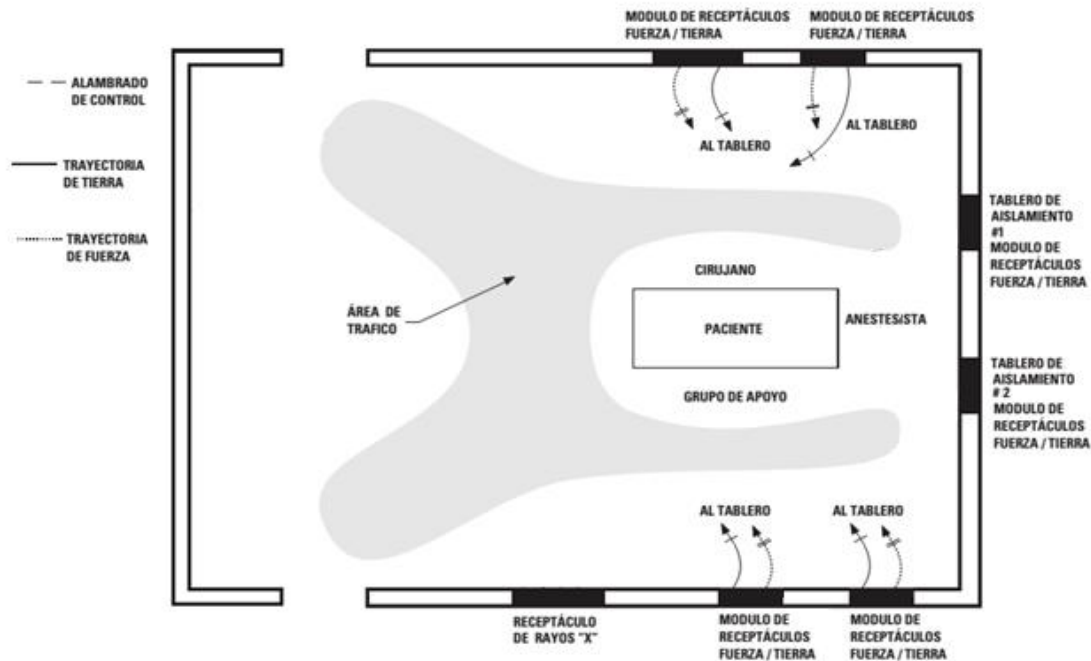
- **Pisos:** Deben ser antiestáticos para disipar la electricidad de los equipos y el personal. De material plano, impermeable, inalterable, duro y resistente. Las esquinas deben ser redondeadas para facilitar su limpieza.

- **Sistema de distribución aislado (tablero de aislamiento):** el progresivo aumento en el uso de equipo electrónico para el diagnóstico y tratamiento de usuarios, la presencia de fluidos corporales, así como las condiciones de resistencia reducida del cuerpo humano durante una operación, conllevan un incremento en riesgos eléctricos asociados para el usuario. Esta circunstancia ha ocasionado el uso casi obligatorio de tableros de aislamiento para aumentar la protección contra choques eléctricos indeseados. Dicho sistema debe contar además de sus tomacorrientes grado hospitalario con su respectivo equipo monitor de corrientes de fuga dentro de la sala.

Las cantidades de salidas de tomacorrientes son definidas de acuerdo con lo establecido por la normativa NFPA (NEC y NFPA 99) y requerimientos del equipamiento. Los equipos móviles deben estar conectados a los puntos de puesta a tierra mediante cables con aislamiento color verde, con el fin de asegurar que toda superficie conductora expuesta se encuentre al mismo potencial, esta puesta a tierra disipa las cargas estáticas y deriva las corrientes de falla y corrientes de fuga.

Es importante que todo el personal médico este familiarizado con el uso del sistema eléctrico aislado, por ejemplo, saber cómo actuar cuando suena la alarma de monitor de aislamiento o la importancia de aterrizar los equipos médicos móviles.

Figura N°1 Sistema eléctrico aislado dentro de un quirófano típico



Sistema eléctrico aislado dentro de un quirófano típico (DAI-CCSS)

- ✓ **Salidas de cableado estructurado:** los quirófanos modernos deben contar con conectividad a la red de datos del hospital, debido al uso de equipos médicos de alta tecnología que envían y reciben información hacia otros servicios del hospital. El quirófano debe contar además con intercomunicadores hacia la central de enfermería del bloque quirúrgico para solicitar insumos o apoyo durante los procedimientos.
- ✓ **Relojes:** usualmente, en las salas de cirugía se requiere un reloj y un indicador de tiempo transcurrido, lo que le facilita al cirujano y al anestesiólogo llevar control del tiempo durante la intervención.



- ✓ **Columnas fijas:** cuando el quirófano cuenta con columnas cilíndricas fijas para acercar salidas electromecánicas al espacio quirúrgico, las mismas deben contar con salidas de potencia conectadas al sistema eléctrico aislado, salidas de puesta a tierra para equipos y salidas de datos. La estructura de la columna debe ser puesta a tierra.

20. Equipo y mobiliario médico quirúrgico requerido

Es importante describir el equipamiento médico a utilizar en cada quirófano, con el objetivo de estandarizar estas áreas, sin exponer la seguridad del usuario(a) que va a ser intervenido.

A continuación, se describe el equipamiento a instalar en el quirófano, tomando en consideración que, en las cirugías de diferentes disciplinas de la medicina, se requiere de dispositivos específicos para tales operaciones.

Mobiliario médico quirúrgico:

- Mesa semilunar.
- Armazón para ropa sucia.
- Banco quirúrgico con/sin respaldar.
- Mesa o carro de transporte para material (instrumental, insumos).
- Mesa auxiliar.
- Mesa de mayo.
- Cubetas (baldes) con ruedas.
- Peldaño
- Basureros de pedal o digital.
- Porta palanganas con soporte individual y dobles.
- Baldes con ruedas.



Equipo médico de baja complejidad:

- Silla para cirugía especializada.
- Calentador térmico de usuario(a).
- Calentador de soluciones.
- Bombas de infusión.
- Lámpara frontal.
- Sierra corta/perforadora hueso.
- Taladro eléctrico quirúrgico.

Equipo médico de mediana complejidad:

- Equipo para criocirugía.
- Dermatómomo
- Lámpara de cirugía (una/dos cúpulas, con/sin cámara)
- Monitores especializados (gasto cardíaco, nervio facial, entre otros)
- Mesas de cirugía según especialidad.
- Fuentes de luz xenón.
- Banco de huesos.
- Oftalmoscopio indirecto.
- Microdebridador.

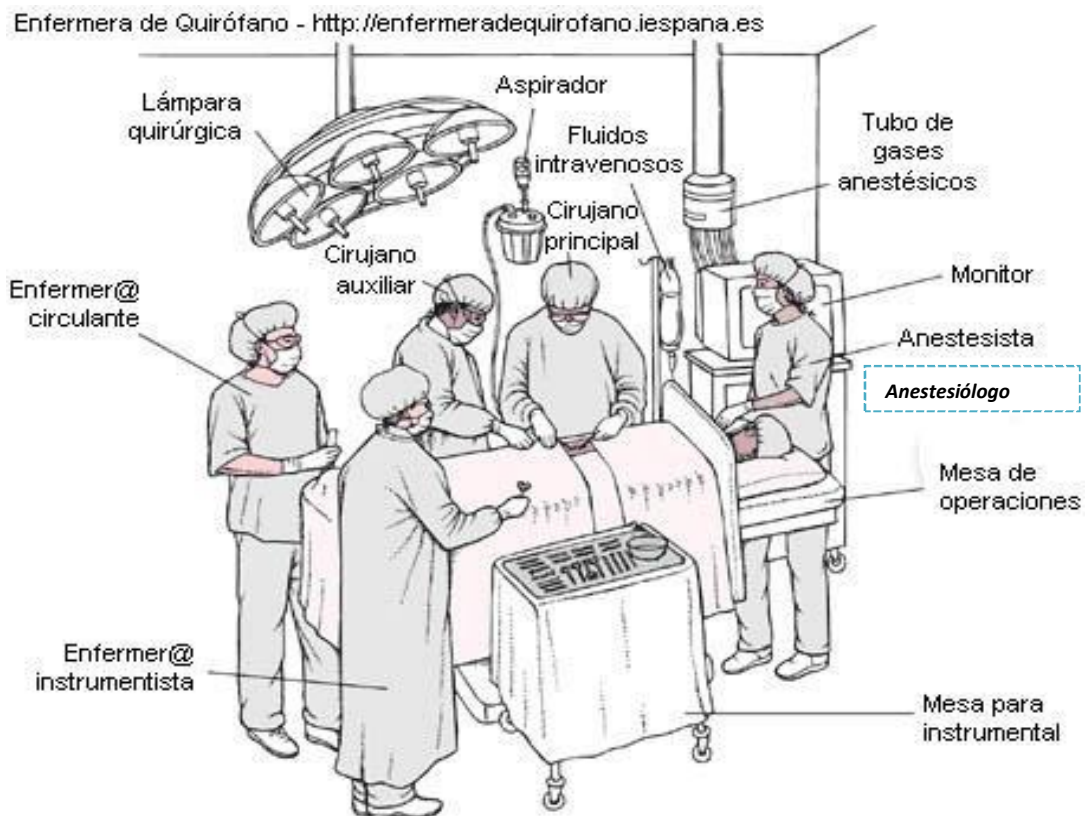
Equipo médico de alta complejidad:

- Aspirador quirúrgico y/o ultrasónico.
- Artroscopio.
- Carro de paro desfibrilador (con/sin marcapaso)
- Unidad de electrocirugía (con/sin legasure, con/sin aspirador)
- Torre de endoscopia.
- Torre de laparoscopia.
- Unidades de láser para cirugía.
- Microscopio quirúrgico según especialidad.
- Ultrasonido para cirugía.

- Máquina de anestesia.
- Ventilador pulmonar.
- Sistema de integración de quirófanos.
- FACO Vitrector
- Gamma sonda

También encontramos otros equipos que se requieren para la atención del usuario(a) quirúrgico, su existencia va a depender de las especialidades quirúrgicas, la complejidad de los procedimientos que se realizan, el nivel resolutivo del establecimiento y el avance tecnológico.

FIGURA N° 2 Enfermería de quirófanos





21. Traje del personal quirúrgico (ropa hospitalaria de quirófano)

Traje del personal quirúrgico: consiste en cubrir el cuerpo con ropa hospitalaria de quirófano: un pijama de dos piezas, un gorro, una mascarilla y cubre zapatos). Cada uno cumple con el objetivo de minimizar el riesgo de transporte de microorganismos patógenos en la ropa de los funcionarios, desde el exterior de la sala de operaciones, con el fin de disminuir las fuentes de contaminación exógena al usuario (a).

El personal que transita por la zona semi-restringida (pasillos externos, URPA, bodega de suministros, área prequirúrgica, u otros cubículos que se encuentren incluidos en dicha zona, según la infraestructura de cada bloque quirúrgico, en los distintos centros de salud, debe portar el pijama de dos piezas y gorro.

El personal que transita por la zona restringida (pasillos internos, quirófanos, arsenal quirúrgico), debe portar ropa hospitalaria de quirófano: pijama de dos piezas con las faldas por dentro, gorro, lentes de seguridad, mascarilla grado quirúrgico y botas de tela o cubre zapatos descartables.

El personal que participan en una cirugía, debe portar ropa hospitalaria de quirófano: como circulante, auxiliar de quirófano, anestesiólogo(a), técnicos u otros que ingresen al área quirúrgica, debe portar pijama de dos piezas con las faldas por dentro, gorro, lentes de seguridad, mascarilla grado quirúrgico, botas de tela o cubre zapatos descartables, guantes según amerite; estériles para guardar la técnica aséptica médica y quirúrgica hacia el usuario(a) o guantes no estériles para manipular fuentes contaminadas.

El personal del equipo quirúrgico dentro del quirófano, que participa directamente en el proceso de la cirugía, está en contacto con la zona estéril (ropa, equipos, instrumentos, insumos, tejidos, fluidos o cavidad del usuario), debe portar debe



portar ropa hospitalaria de quirófano: pijama de dos piezas con las faldas por dentro, gorro, lentes de seguridad, mascarilla grado quirúrgico, botas de tela o cubre zapatos descartables, bata quirúrgica estéril y guantes estériles, se debe supervisar lo siguiente:

- a. No se puede ni se debe permitir llevar ropa particular más allá de la zona semi restringida, ni se debe portar ésta por debajo de la ropa hospitalaria.
- b. Dentro de las zonas semi restringidas y restringidas solo se puede usar la ropa hospitalaria de quirófano establecida por la institución. (ropa verde en sala de operaciones, sala de partos, áreas de procedimientos especiales, URPA cuando está dentro del bloque quirúrgico, al igual que CEYE).
- c. Se recomienda sustituir ropa hospitalaria de quirófano cuando:
 - ✓ Se contamine el quirófano.
 - ✓ Se encuentre húmeda por secreciones, sudor, líquidos o fluidos.
- d. La Sala de operaciones debe contar con una reserva o suministro permanente de ropa limpia, planificado según demanda y necesidades reales.
- e. El traje y los accesorios que portan los miembros del equipo quirúrgico deben permanecer limpios y secos. La mascarilla grado quirúrgico y botas de tela o cubre zapatos, debe descartarse entre cada usuario(a) y siempre que se humedezcan o estén visiblemente sucias. La ropa hospitalaria de quirófano **no** se debe utilizar fuera de la sala de operaciones, de esta forma se protege el entorno quirúrgico.
- f. El cambio ropa hospitalaria de quirófano, debe efectuarse en un vestidor limpio apropiado y dispuesto para ese fin, nunca en los servicios sanitarios. Es un aspecto propio de la dinámica del bloque quirúrgico, no tiene relación con el descarte del EPP.
- g. Se recomiendan zapatos cómodos, para reducir la fatiga y garantizar la seguridad personal, lavables, impermeables, para uso exclusivos en el quirófano. Portar calzado cómodo. Deben tener las puntas y los talones cerrados. El suceso no proporciona una superficie segura para andar de prisa o correr en caso de una emergencia, sobre todo cuando hay que empujar un carro transportador de material en superficies inclinadas.



“Los zapatos de lona no ofrecen protección contra las salpicaduras de líquidos o los instrumentos cortantes que se pueden caer o golpear. Los zapatos se deben limpiar con frecuencia, antes de utilizar las fundas o protectores” (6, p. 266).

h. El personal de enfermería que presente alguna afección de salud relacionadas con: infección aguda (resfriado, faringitis), o presente algunas otras lesiones como cortes, quemaduras o lesiones cutáneas debe ser valorado por un profesional médico antes de ingresar al quirófano, con el objetivo de determinar su estado de salud y la viabilidad de integrarse en sus labores sin perjuicio al usuario(a).

i. Las uñas se deben mantener cortas, no deben sobrepasar las yemas de los dedos. Las zonas subungueales son un reservorio para la mayoría de los microorganismos de la mano. Existen estudios que demuestran que *“las uñas artificiales y similares favorecen el crecimiento de microorganismos, en especial hongos y bacilos gran negativos, por lo cual está prohibido usarlas en el quirófano” (6, p.266).*

j. Hay que quitarse las joyas, incluidos anillos y relojes, antes de entrar en las zonas semirestringidas y restringidas. Bajo los anillos pueden ocultarse microorganismos, lo que impedirá un lavado de manos eficaz. Los collares y las cadenas pueden rasgar la piel aumentando la descamación. También se pueden romper sobre una herida o contaminar un campo estéril. Los aretes deben recogerse dentro del gorro. Los aretes colgantes son inadecuados en el quirófano.

k. Se recomienda *“usar maquillaje facial discreto, mínimo, que no desprenda polvo o residuos en el campo estéril” (6, p. 267).*

l. Los lentes de seguridad reutilizables deben lavarse con solución de cloro al 0.05 antes y después de cada intervención, de la misma forma se asegura con un cordón para evitar que caigan al campo estéril.

m. No portar ningún adorno o artículo externo que no tengan un objetivo funcional. El gafete de identificación debe ajustarse bien por debajo de la ropa, para que no tenga contacto con el campo estéril, el instrumental utilizado o el usuario.



n. Lavarse las manos todas las veces que sean necesarias para así eliminar la biocarga.

Componentes de la ropa hospitalaria de quirófano para el personal del bloque quirúrgico

Cada elemento de la ropa de trabajo y EPP de uso en el quirófano constituye un medio específico de contención o protección frente a posibles fuentes de contaminación ambiental, incluidos la piel, el cabello y la flora nasofaríngea, así como microorganismos del aire, sangre y fluidos corporales. Todo el personal debe vestir la ropa de trabajo hospitalario quirúrgica que brinda la institución.

Equipo de protección personal

a-Gorro

El cabello es un gran contaminante por tanto antes de vestirse con la ropa hospitalaria quirúrgica (pijama). Hay que colocarse un gorro para evitar que se contamine con el cabello. Existen diversos tipos de gorros la mayoría de ellos están hechos de material desechable, sin filamento, no porosos y no tejido.

El cabello largo debe estar debidamente recogido de tal forma que permanezca dentro del gorro. **No** se permite el uso de gorros de tela que no sean los institucionales debido a que se desconoce el manejo o proceso de lavado que reciben por parte del funcionario(a), y además se debe cumplir con lo normado institucionalmente.



b-Cubre zapatos (botas)

En las zonas restringidas y semi- restringidas se deben llevar cubre zapatos (botas) a efectos de protegerse de la sangre y otros fluidos corporales. En las intervenciones en las que este prevista alguna irrigación con líquidos abundantes y/o pérdida de sangre, se pueden usar unas botas de material impermeables hasta la rodilla, para protegerse de salpicaduras dentro y sobre los zapatos.

El movimiento de personas de un lado a otro es un factor muy importante para dispersión por el aire de los microbios del suelo. Los zapatos de calle sin proteger pueden aumentar la contaminación del suelo.

“Es preferible usar zapatos exclusivos para el quirófano, para reducir la transferencia de microbios del exterior a la sala de operaciones. Se deben usar guantes protectores para cambiar las botas de los zapatos que estén mojadas, sucias o rotas. Las fundas de los zapatos (calza) se pueden manchar sin darse cuenta y alojar microorganismos. Se deben quitar antes de entrar en el vestuario y de abandonar el quirófano” (6, pág. 267-268).

Es importante el uso de las fundas de los zapatos (botas de tela) debido a que el movimiento de personas de un lado a otro es un factor importante para dispersión por el aire de los microbios del suelo. Es preferible usar zapatos exclusivos para el quirófano, para reducir la transferencia de microbios del exterior a la sala de operaciones. Se deben usar guantes protectores para cambiar las fundas de los zapatos que estén mojadas, sucias o rotas.

Las fundas de los zapatos se pueden manchar con fluidos corporales, sin darse cuenta y alojar microorganismo, en este caso específico, se deben cambiar botas, antes de salir del quirófano. De lo contrario deben retirarse antes de entrar al vestidor.



c. Mascarilla descartable (cubre boca)

“En la zona restringida se utiliza una mascarilla descartable para contener y filtrar las gotas que contienen microorganismos expulsados por la boca y el área nasofaríngea, a través de la respiración, el habla, los estornudos y la tos” (6, p. 268).

Algunos tipos de mascarillas filtran cerca del 99 % de las partículas de un tamaño superior a 5 mm, pero solamente filtran el 45 % de las partículas de 0.3mm de diámetros. Por ejemplo, las partículas pulverizadas y los virus dispersados por el humo del láser y bisturí eléctrico o los instrumentos eléctricos pueden ser tan pequeños como eso.

Estos deben corresponder a mascarillas quirúrgicas o respiradores N 95, no para mascarillas de tela. Para protegerse de humos de laser o bisturí eléctrico, se debiera usar respirador N 95. Se recomienda eliminar estos datos para mascarilla de tela.

Las mascarillas proporcionan cierta protección a los miembros del equipo frente a los gérmenes patógenos transmitidos por la sangre u otros fluidos corporales que pueden ser salpicados e inhalados por la nariz o por la boca. El objetivo de llevar una mascarilla es tener una barrera protectora.

Las mascarillas desechables actuales hechas de un material suave, parecido al tejido fibra sintética muy fina, cumplen los siguientes criterios esenciales:

- Detienen los microbios de las gotas exhaladas y las inhalaciones.
- Son mascarillas resistentes a los fluidos o líquidos si cumplen la norma para este fin.
- Son frescas cómodas y no obstruyen la respiración.
- No son irritantes para la piel, las mascarillas desechables están hechas de polipropileno, poliéster o rayón. Algunas llevan filtro de fibra de vidrio.



- Pueden tener forma rectangular con cuatro cintas.
- Las máscaras de filtración de partículas del aire de alta eficiencia, se utilizan para trabajar con usuarios con TB. El usuario(a) debe llevar una máscara cuando se transporta.
- Las máscaras no es un nombre genérico. Un respirador N9 0 99 detiene las partículas de humo son máscaras de alta filtración, equivale a los respiradores N 95 o FFP2 que se llevan cuando en el entorno hay humo producido por un láser o un bisturí eléctrico. Estas máscaras eliminan los virus transmitidos por el aire.

Las recomendaciones prácticas actuales de la AORN dicen que se deben llevar mascarilla siempre que se esté en las zonas restringidas de la sala de operaciones (quirófano) incluida las zonas de los lavados quirúrgicos. Dentro del quirófano siempre se debe llevar mascarilla, se esté practicando o no una intervención quirúrgica.

La mascarilla filtra el aire inhalado y exhalado, por lo tanto, se debe colocar de forma que cubra la nariz y la boca, el aire debe pasar por el sistema de filtro y por lo tanto la máscara debe ajustarse al contorno de la cara para evitar fugas de aire expirado.

El interior de la mascarilla está recubierto de gotitas provenientes de la boca y la nariz por tanto no se debe tocar con las manos.

Las cintas de la mascarilla descartable se deben atar firmemente para evitar que se suelte durante la intervención quirúrgica. Las cintas superiores se atan detrás de la cabeza y las inferiores detrás del cuello.

Las cintas no se cruzan en la cabeza porque esto distorsionaría el contorno de la mascarilla descartable en las mejillas. Las mascarillas descartables llevan una cinta metálica exterior que se puede doblar para ajustarse al perfil del puente de la nariz.



Para evitar infecciones cruzadas relacionadas con el uso de mascarillas el personal debe hacer lo siguiente:

- Debe tomar la mascarilla solamente por las cintas, para no tocar la cara interna de la mascarilla limpia, que se va a colocar sobre la cara.
- Manipular al mínimo la mascarilla descartable a utilizar
- No colgar la mascarilla alrededor del cuello, no colocar sobre la cabeza, no portar en un bolsillo, no guardar en un casillero entre otros
- Reemplace la mascarilla cuando cambie de usuario(a), o cuando sea necesario.
- Para estornudar, de un paso atrás alejándose del campo estéril y estornude sin girar la cabeza de lado.
- El aire saldrá expedido con fuerza por los lados de la mascarilla. Si gira la cabeza la contaminación saldrá directamente al campo estéril.
- Lo ideal sería dar un paso atrás y girar la cabeza 180° dando la espalda al campo estéril, lo que reduciría el riesgo al mínimo
- Antes y después de sonarse la nariz deberá de lavarse las manos con un jabón antiséptico.

El personal debe estar protegido de cualquier condición de riesgo que haya de las áreas restringidas y semi restringidas. El equipo de protección a llevar está en función de los riesgos que existan (exposición a los fluidos corporales, a la radiación generada por el uso de los equipos radiológicos).

El tipo y las características de esta indumentaria dependerán de la función y el grado de los riesgos previstos. La ropa hospitalaria de quirófano de protección no debe permitir que la sangre u otros productos potencialmente peligrosos alcancen la ropa interior, la piel o los ojos del funcionario.

El personal debe estar protegido de cualquier condición de riesgo que haya de las áreas restringidas y semi restringidas.



El equipo de protección a llevar esta en función de los riesgos que existan (exposición a los fluidos corporales, a la radiación generada por el uso de los equipos radiológicos). El tipo y las características de esta ropa hospitalaria de quirófano dependerán de la función y el grado de los riesgos previstos. La ropa de protección no debe permitir que la sangre u otros productos potencialmente peligrosos alcancen la ropa interior, la piel o los ojos del funcionario.

Otras consideraciones sobre el EPP son las siguientes:

1. Delantales

- a. Un delantal de descontaminación puesto sobre la ropa quirúrgica protege contra los líquidos y productos de limpieza durante los procesos de lavado. Debe construir una barrera frontal completa.
- b. Los miembros del equipo estéril pueden usar delantales impermeables bajo la bata estéril, cuando se presupone una pérdida de sangre o irrigación abundante. Estos deben ser ligeros y proteger por delante.
- c. Los delantales de plomo puestos bajo las batas estériles protegen de riesgos de irradiación durante las intervenciones realizadas con intensificador de imágenes (fluoroscopio) u cuando el personal se va a exponer a implante radiactivos.

2. Protección ocular

- a) Siempre se deben usar gafas o una pantalla facial, debido a que existe el riesgo de salpicadura de sangre o líquidos corporales, esquirlas de los cortes de hueso, que pueden caer en los ojos de algún miembro del equipo estéril.
- b) Existen diversos tipos de gafas con protección lateral y superior que se ajustan bien a la cara. Otra opción es una combinación de una mascarilla quirúrgica con una pantalla para los ojos, o una pantalla facial que llegue hasta la barbilla. Se



debe tener cuidado de que el borde inferior de la pantalla no toque el frente de la bata.

- c) Se utilizan gafas anti láser para proteger los ojos de los rayos láser. Se debe disponer de lentes de la densidad óptica adecuada para cada tipo de láser. Se recomienda contar con un par adicional para uso del personal que requiere ingresar a quirófano durante la intervención.
- d) El personal que manipula los instrumentos deberá llevar protección ocular, preferentemente una pantalla facial.
- e) Al limpiar o verter químicos (desinfectantes) se debe utilizar gafas para evitar salpicaduras.
- f) Las gafas o pantalla facial se deben descontaminar diariamente o cada vez que sea necesario.

3. Guantes

- a. Se utilizan guantes no estériles de látex o “nitrilo” para el manejo de cualquier material u objeto contaminado con sangre o secreciones corporales. Solamente se deben llevar guantes durante el periodo de contacto. Nunca se deben manipular objetos limpios y paquetes estériles con guantes contaminados.
- b. Los guantes estériles son utilizados por los miembros del equipo estéril y siempre que se le realice algún procedimiento invasivo al usuario.
- c. Se debe utilizar guantes de plomo para protegerse de las radiaciones durante el procedimiento quirúrgico que requiera intensificador de imágenes.
- d. Para las labores de limpieza se utiliza guantes de látex y “nitrilo” desechables.
- e. Estrictamente después de quitarse los guantes hay que lavarse las manos.



4. Bata quirúrgica

- a) Sobre la ropa hospitalaria de quirófano (pijama) se coloca una bata estéril que tiene como objetivo impedir la contaminación cruzada entre el portador y el campo estéril.
- b) Además, sirve para distinguir a los miembros del equipo estéril del no estéril.
- c) La bata quirúrgica debe constituir una barrera protectora ante cualquier migración.
- d) Existen diversos tipos de batas desechables y reutilizables para ser usadas durante el acto quirúrgico. Los establecimientos de salud de la CCSS están dotados de ambos insumos.
- e) A pesar de la esterilidad de la bata quirúrgica, una vez colocada no se considera estéril la espalda ni la zona por debajo del campo estéril. Fuller menciona *“la espalda debe considerarse sucia, ya que la persona no puede verla”* (24.p.159).
- f) Se recomienda batas estériles completas que tapen bien la espalda superponiéndose generosamente.
- g) La bata se ata por el cuello y la cintura antes de pasar la solapa estéril por la espalda y atarla con cintas por delante o un lado.
- h) Los puños de las batas son confeccionados con un material elástico y suave (punto elástico), para que ajusten bien a las muñecas del usuario(a) Los guantes estériles deben cubrir los puños de la bata quirúrgica.
- i) El bata estéril descartable debe ser resistente a la penetración de los líquidos corporales, cómoda, la bata estéril de tela no garantiza la impermeabilidad, solamente las batas impermeables con criterio de ASTM, con certificaciones por niveles de desempeño de la impermeabilidad a líquidos corporales y patógenos transmitidos por sangre.



- j) Las batas de 100% de tejido denso de poliéster son impermeables a la humedad. Las costuras deben estar hechas de modo que impidan el paso de los líquidos. Los antebrazos deben ser reforzados debido a que son las zonas que se contaminan con mayor frecuencia. Las batas deben poseer repelencia a los fluidos para que no haya filtración.
- k) Las batas de material textil tejido resisten aproximadamente 75 ciclos de lavado y re-esterilización antes de presentar un grado de deterioro apreciable. Es necesario retirar la bata cuando no constituyan una barrera eficaz.
- l) Los daños mecánicos provocados por instrumentos afilados o desgarras anulan la integridad de la bata, y con ella su eficacia. Si se perfora o se desgarran la bata durante la intervención quirúrgica es preciso cambiarla.

5. Guantes quirúrgicos

- a) Los guantes quirúrgicos completan la indumentaria de los miembros del equipo estéril. Se utilizan para manipular equipos estériles y tejidos durante el acto quirúrgico.
- b) Están hechos de goma de látex natural, goma sintética, elastómeros termoplásticos, neopreno, “nitrilo”, o polietileno, lo más frecuente es usar guantes de látex desechable.
- c) El látex es una membrana de látex polimérica de goma natural con un número infinito de orificios formando una especie de celosía.
- d) Son una barrera mejor que el “nitrilo”, existen de distintos grosores.
- e) También se comercializan otras variedades de guantes estériles de material sintético, distinto de látex como son los guantes de neopreno para los miembros del equipo estéril sensible o alérgico al látex.



Uso del color verde en la ropa del personal de bloque quirúrgico

El uso del color blanco en el personal de salud se ha generalizado en el campo de la medicina a través del tiempo. Sin embargo, a principios del pasado siglo XX, la teoría física del color hizo cambiar este punto de vista.

En 1914, un cirujano decidió que el color rojo de la sangre vertida en las operaciones con el blanco de batas y sábanas. Un contraste a su entender innecesario y gratuito.

Además, el color blanco de la ropa hospitalaria de quirófano producía unos reflejos, molestos y desagradables al ser iluminados con las potentes luces blancas de las salas de operaciones, un efecto secundario lumínico no deseado. De ahí que se planteara cambiar el color de la ropa de sala de operaciones.

Desde un principio, el color elegido para remplazar el blanco de la ropa de sala de operaciones fue un verde. Un color con el que, no sólo se neutralizaba, en buena medida, el brillo y el contraste de la sangre roja y la luz, sino que además transmitía sensación de limpieza y asepsia, a la vez que resultaba relajante.

Se fue adaptando a lo largo del siglo XX a un color más difuso en atención a la iluminación de las salas de operaciones.

Lo antes expuesto responde a los cambios cromáticos en el ropaje de un quirófano. Algunos autores también recomiendan el uso del color azul en los quirófanos, sin embargo, institucionalmente está establecido el color verde.



CAPITULO

III

Generalidades quirúrgicas



22. Tipos y clasificación de la cirugía

Tipos de cirugía

Existen diversas clasificaciones. A continuación, se presentan algunas y que se pueden clasificar por:

- Localización.
- Extensión.
- Propósito

Localización: Pueden ser externas o internas

- **Las cirugías externas:** Abarcan la piel y los tejidos subyacentes, por ejemplo: las cirugías plásticas.
- **Las cirugías internas:** Implican penetración al organismo. Las cirugías internas presentan cicatrices que pueden no ser visibles y pueden crear complicaciones.
- **Las cirugías también se pueden clasificar en la localización, de acuerdo con el sistema o parte que se ve afectado, por ejemplo:** Cirugías cardiovasculares, cirugías torácicas. Cirugías neurológicas, entre otros

Extensión: Pueden Ser cirugía menor o cirugía mayor.

- **La Cirugía menor:** Es simple, poco complicada, el acto quirúrgico no representa mucho tiempo. Se puede realizar en una clínica, en un pabellón de cirugías menor, como también en el hospital. Se puede utilizar anestesia local, aunque en algunos casos puede usarse anestesia general. Deben mantenerse todas las medidas de asepsia establecida y se considera que, aunque el procedimiento es “menor” para el usuario(a) puede representar temor y preocupación.



- **Cirugía mayor:** Se lleva a cabo en un quirófano y el usuario(a) se encuentra bajo anestesia. Este tipo de cirugía es mucho más seria y puede implicar un mayor riesgo para la vida del usuario(a).
- **Propósito:** Estas cirugías pueden ser de índole diagnóstica y sirven para determinar la causa de algunos síntomas, por ejemplo: La obtención de biopsias, laparotomías exploratorias.
- **Cirugía curativa:** Su propósito es retirar la parte afectada, ejemplo una apendicetomía.
- **Cirugía reparadora:** Se utiliza para fortalecer las áreas debilitadas, corregir las deformaciones, unir nuevamente un área separada, por ejemplo: reemplazo válvula mitral, osteosíntesis.
- **Cirugías paliativas:** Se utiliza para calmar los síntomas sin curar la enfermedad, por ejemplo, una gastrostomía.
- **Cirugía cosmética:** El propósito es mejorar la apariencia de ciertas partes del cuerpo.

Procedimientos quirúrgicos

La mayoría de los procedimientos quirúrgicos reciben nombres que describen el sitio de la cirugía y el tipo de cirugía que se efectúa.

Cirugía según la urgencia:

- **Cirugías inmediatas:** Es aquella que es impostergable, generalmente se utiliza para salvar la vida de algún usuario(a) (grandes hemorragias).
- **Cirugías mediatas:** Son las que se realizan entre las 24-30 horas, por ejemplo: Colectomía.
- **Cirugías necesarias:** Son aquellas que van a ayudar a mejorar la calidad de vida de un usuario(a) y si no se realizan pueden poner en riesgo la vida de este. Se planifican para realizarse en las semanas o meses siguientes.



- **Cirugías electivas:** Son aquellas que pueden hacerse o no y la omisión no tiene consecuencias graves.
- **Cirugías opcionales:** Son aquellas que se practican por una preferencia personal.

Otros autores como Potter & Griffin clasifican los procedimientos quirúrgicos según gravedad, urgencia, y objetivo.

TABLA N° 3

Clasificación de los procedimientos quirúrgicos

Clasificación de los Procedimientos Quirúrgicos.			
Tipo	Clasificación	Descripción	Ejemplos
Por Gravedad	Mayor	Implica una reconstrucción o una alteración extensas de las partes del organismo; lo que conlleva a grandes riesgos para el bienestar del cliente.	Bypass coronario, resección de colon, extirpación de laringe, resección de un lóbulo pulmonar.
	Menor	Implica una alteración mínima de las partes del organismo; se realiza a menudo para corregir deformidades; implica riesgos mínimos, (comparada con las intervenciones mayores).	Extracción de cataratas, cirugía plástica de la cara, injerto cutáneo, extracción de dientes.
	Programada	Se realiza a elección del cliente; no es esencial e incluso puede no ser necesaria para la salud.	Cirugía plástica de la cara, reparación de una hernia, reconstrucción de la mama.



Clasificación de los Procedimientos Quirúrgicos.

Tipo	Clasificación	Descripción	Ejemplos
Urgencia	Urgencia	Es necesaria para la salud del usuario; puede prevenir la aparición de problemas adicionales (por ejemplo: destrucción de tejidos o trastornos de la función de los órganos); no es una intervención necesariamente de emergencia.	Escisión de un tumor canceroso, extirpación de una vesícula biliar con cálculos, cirugía vascular a causa de la obstrucción de una arteria (por ejemplo: cirugía de bypass coronario)
	De Emergencia	Debe realizarse de inmediato para salvar la vida del usuario(a) o para preservar la función de alguna parte del cuerpo.	Reparación de un apéndice perforado, reparación de una amputación traumática, control de una hemorragia interna.
Objetivo	Diagnóstica	Es la exploración quirúrgica que permite al médico confirmar un diagnóstico; puede implicar una extirpación de tejidos para realizar más pruebas diagnósticas.	Laparotomía exploradora (incisión en la cavidad peritoneal para inspeccionar los órganos abdominales), biopsia del tejido mamario.
	Ablativo	Es la escisión o extirpación de alguna parte enferma del cuerpo	Amputación, extirpación del apéndice, colecistectomía.
	Paliativa.	Alivia o reduce la intensidad de los síntomas de una	Colostomía, desbridamiento de tejido necrótico,



Clasificación de los Procedimientos Quirúrgicos.

Tipo	Clasificación	Descripción	Ejemplos
		enfermedad; no consigue la curación.	resección de raíces nerviosas.
	Reconstructiva Restaurativa	Normaliza la función o el aspecto de tejidos disfuncionales o lesionados.	Fijación interna de fracturas, revisión de cicatriz.
	Obtención de Trasplante.	Es la extirpación de órganos y/o tejidos en una persona en la que se ha diagnosticado la muerte cerebral (para trasplantarlos a otra persona).	Trasplante de riñón, córnea o hígado.
	Constructiva	Normaliza la función disminuida o ausente a causa de anomalías congénitas.	Reparación de un paladar hendido, cierre de una comunicación interauricular en el corazón
	Estética	Se realiza para mejorar el aspecto de la persona.	Blefaroplastia para la corrección de deformidades del párpado; rinoplastia para dar una nueva forma a la nariz.

Fuente: Potter, Patricia. Perry, Anne Griffin. (2002)⁴⁵ *Fundamentos de Enfermería, volumen IV, 5ª Edición, España. Editorial Harcourt / Océano.*



23. Factores clínicos a considerar en usuarios sometidos a cirugía

Todo procedimiento médico tiene implícito una serie de riesgos y la cirugía no es la excepción; sin embargo, hay una serie de factores clínicos presentes en el usuario(a) que aumentan los riesgos a complicaciones; el profesional de Enfermería perioperatorio debe conocer estos factores para mejor atender al usuario, familia y realizar una adecuada intervención del acto de enfermería perioperatoria. A continuación, se detallan algunos factores clínicos a considerar que aumentan los riesgos a los usuarios quirúrgicos.

TABLA N° 4

Factores clínicos que considerar en usuarios sometidos a cirugía

Patologías que aumentan los riesgos de la cirugía.	
Tipo de Patología.	Motivo del riesgo
Trastornos hemorrágicos (trombocitopenia, hemofilia). Diabetes Mellitus.	Los trastornos aumentan el riesgo de hemorragia intra y postoperatoria. La diabetes aumenta la susceptibilidad frente a la infección y puede alterar la cicatrización de las heridas (a causa del trastorno del metabolismo de la glucosa y de las anomalías circulatorias asociadas). La fluctuación de los valores de glucosa en sangre puede también ocasionar un mal funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) durante la anestesia. El estrés del



Patologías que aumentan los riesgos de la cirugía.	
Tipo de Patología.	Motivo del riesgo
	acto quirúrgico puede aumentar los valores sanguíneos de glucosa.
Cardiopatía (infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva) y enfermedad vascular periférica.	El estrés del acto quirúrgico provoca en el miocardio un aumento de la demanda para mantener así el gasto cardíaco. Los anestésicos generales deprimen la función cardíaca.
Infección del tracto respiratorio superior.	La infección aumenta el riesgo de complicaciones respiratorias durante la anestesia (por ejemplo: neumonía y espasmos de los músculos laríngeos).
Hepatopatía	La hepatopatía altera la metabolización y la eliminación de los fármacos administrados durante la cirugía; así mismo altera la cicatrización de las heridas y el tiempo de coagulación (a causa de la aparición de trastornos en el metabolismo de las proteínas).
Fiebre	La fiebre predispone al usuario(a) a la aparición de trastornos hídricos y electrolíticos; asimismo, puede señalar la presencia de una infección subyacente.
Enfermedad respiratoria crónica (enfisema, bronquitis, asma)	La enfermedad respiratoria reduce los medios de que dispone el cliente para compensar las alteraciones de equilibrio ácido-base. Los



Patologías que aumentan los riesgos de la cirugía.	
Tipo de Patología.	Motivo del riesgo
	anestésicos disminuyen la función respiratoria, con lo que aumenta el riesgo de hipo ventilación grave
Trastornos inmunológicos (leucemia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) depresión de la médula ósea y tratamientos quimioterapéuticos).	Los trastornos inmunológicos aumentan el riesgo de infección y retrasan la cicatrización de las heridas en el postoperatorio.
Consumo de fármacos y sustancias de abuso	Las personas que consumen fármacos y sustancias de abuso pueden presentar una enfermedad subyacente (infección por VIH/hepatitis) y alteración del estado general, lo que en definitiva modifica su capacidad de curación.
Dolor crónico	El consumo habitual de analgésicos puede producir un aumento de la tolerancia. En estos casos, para conseguir un control del dolor en el postoperatorio a veces es necesario aumentar las dosis de opiáceos/analgésicos.

Fuente: Potter & Perry, *Fundamentos de Enfermería*. Volumen IV. 5ª Edición, España: Editorial Harcourt / Océano



CAPÍTULO

IV

Miembros e intervención del equipo quirúrgico



24- Integrantes del equipo quirúrgico

Grupo gerencial del área quirúrgica.

El equipo quirúrgico está compuesto por numerosos profesionales que trabajan en forma coordinada e interdependiente. El objetivo común del equipo quirúrgico es proporcionar al usuario(a), cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura.

El trabajo unificado en equipo contribuye a la óptima salud del usuario(a). Es imprescindible que exista un respeto mutuo, así como una buena comunicación entre los diferentes profesionales que forman el equipo.

Es importante que cada miembro del equipo sepa claramente cuáles son sus funciones y tareas, así como las líneas jerárquicas dentro de la organización, imperando el respeto y la colaboración.

Dentro del ámbito quirúrgico se realiza la coordinación y organización del área. El equipo de profesionales encargados de efectuar esta labor lo integran dependiendo de la clasificación del centro hospitalario los siguientes funcionarios:

- jefatura de departamento (jefatura de cirugía y anestesia)
- jefe de área de enfermería (bloque quirúrgico).
- jefatura o supervisora de enfermería de Sala de operaciones.



Programa de cirugía ambulatoria

A este programa se asigna personal de acuerdo con la clasificación del centro hospitalario y los recursos existentes.

- médico general
- profesional de Enfermería
- auxiliar de enfermería
- asistente de usuario
- personal de archivo clínico
- secretaria.

Personal de quirófano.

El equipo quirúrgico se compone por profesionales del ámbito de la salud que trabajan en forma interdisciplinaria. Tienen la responsabilidad directa de la atención del usuario(a) quirúrgico. Al respecto Gómez & Guillen mencionan la composición del equipo quirúrgico según zona:

➤ Intra operatorio

- Cirujano especialista.
- Cirujano asistente y residente.
- Anestesiólogo.
- Enfermera/o instrumentista.
- Enfermera/o u auxiliar de enfermería (circulante).
- Estudiantes de enfermería o Medicina (residente o interno).
- Auxiliar de quirófano.
- Asistente de anestesia.
- Técnicos (ortopedia, urología, radiología entre otros).
- Personal de apoyo (casas comerciales).
- Personal de limpieza o servicios generales.



➤ **Recuperación post operatoria.**

- Medico Anestesiólogo.
- Profesional en enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Asistente de usuarios(as).
- Personal de limpieza o servicios generales.

➤ **Otras áreas**

Centro de equipos quirúrgico (Arsenal)

- Profesional en enfermería.
- Asistente de centro de equipos quirúrgico 1 y 2.

25. Intervención del profesional de Enfermería en el programa perioperatorio en los diferentes escenarios

El profesional de Enfermería encargado del perioperatorio es un profesional con experiencia en el ámbito quirúrgico y trabaja en coordinación con otros profesionales para el abordaje del usuario(a).

Las personas que se someten a un acto quirúrgico acostumbran a expresar una gran necesidad de información respecto a los cuidados indispensables antes, durante y después de la cirugía.

Esta información debe ser clara y precisa, englobando las diferentes etapas de la recuperación, el impacto y las consecuencias que involucran el proceso de rehabilitación, así como orientaciones sobre los cuidados específicos de cada operación.

Para interactuar con la persona que va a ser sometida a una operación, el profesional de Enfermería debe contemplar ciertos aspectos como:

- Tipo de usuario(a) y cirugía



- Edad
- Escolaridad
- Procedencia
- Credo
- Idioma o dialecto
- Capacidades disminuidas.
- Nivel económico y social.

Todos estos aspectos son de gran importancia para un abordaje exitoso del usuario(a). Ligado a lo anterior debe existir una atención profesional, asertiva, cálida y humana.

Esta interacción está relacionada con el paradigma de la transformación, el cual es descrito de la siguiente forma: *“Acoger la participación del otro exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad.”* (31, p.15)

Cada persona reacciona de modo diferente ante un mismo estímulo, circunstancia o situación que esté viviendo; tanto el usuario(a) como su familia esperan durante el período preoperatorio recibir explicaciones detalladas sobre el tema de la cirugía y del ambiente al que va a ser expuesta (o).

La comunicación, la paciencia y la disponibilidad de tiempo del profesional de Enfermería son de fundamental importancia en este proceso. Sobre estas consideraciones se describe:

El papel del profesional de Enfermería perioperatorio no está solamente relacionado con el tratamiento y la cura, sino con *“establecer medidas preventivas, controlar las condiciones de la persona y proporcionarle orientación, apoyo emocional, presencia y atención, tan característicos en el arte de cuidar en enfermería”* (22, p. 10-15).



Sobre el mismo tema, las autoras Berry & Kohn se refieren a la estandarización de los cuidados de la persona quirúrgica de la siguiente forma: *“El personal que participa en los cuidados perioperatorios al paciente debe ser capaz de adaptarse a todas las situaciones y proporcionar al paciente lo mejor de sus habilidades y conocimientos”* (6, p.15)

El quehacer de enfermería perioperatoria

En este programa se aplica el proceso de atención de enfermería en todas sus intervenciones y el profesional de esta área, debe contar en la medida de lo posible con espacio físico para la ejecución de las practicas del programa perioperatorio y se recomienda que este profesional tenga mínimo cinco años de experiencia como profesional de Enfermería instrumentista en las diferentes especialidades, para un abordaje óptimo del usuario(a) (basado en la experiencia y el conocimiento).

El profesional de Enfermería puede participar en las distintas etapas del perioperatoria, realizan actividades en las diferentes áreas del quehacer de enfermería:

➤ **Gestión administrativa**

Confeciona:

- Plan funcional y de trabajo anual del programa perioperatorio.
- Plan educativo y presenta informe de este.
- Informe semestral de las actividades realizadas incluyendo los resultados de los instrumentos utilizados en las tres etapas y registro de las charlas educativas efectuadas.
- Informe diario del registro de actividades (Bitácora).
- Registro de situaciones adversas presentadas en la fase preoperatoria.
- Documentar el número de entrevistas realizadas por día, preferiblemente por especialidad. (documento foliado).



- Presenta los datos estadísticos de la información recolectada de los instrumentos aplicados.
- Coordina interconsultas de usuarios con los diferentes profesionales según especialidad (nutrición, trabajo social, anestesiólogo entre otros).

➤ **Área de atención directa**

Durante su intervención, el profesional de Enfermería debe identificar las necesidades psicológicas, fisiológicas y sociológicas para desarrollar el plan de atención mediante el proceso de enfermería. Sobre estas consideraciones las autoras Berry & Kohn, definen:

“La defensa del usuario(a) reconoce la necesidad de la persona y su familia de obtener información y asistencia para adaptarse a la experiencia quirúrgica, a pesar del panorama médico. Como defensora la enfermera perioperatoria informa a los médicos de las necesidades específicas o preocupaciones sanitarias que requieren cuidados. El apoyo de la enfermera ayuda al usuario(a) y a la familia a anticipar los eventos (6 p.15).

Aplica los siguientes instrumentos (Historia clínica de enfermería preoperatoria e Instrumento para medir satisfacción del usuario) descritos en este Manual institucional de normas de atención perioperatoria como herramienta para fortalecer la calidad, la calidez y humanización en el proceso quirúrgico con el usuario(a) y familia.

Velar por la aplicabilidad de los lineamientos del Manual Institucional de la CCSS, el cual constituye la base sobre la que se organiza, coordina, planifica y administra el entorno perioperatorio.



Realiza visita al usuario(a) en el servicio correspondiente para efectuar la valoración, diagnóstico y la planeación de la educación a usuario(a) y familia (proceso de atención de Enfermería).

- Aplica estrategias para prevenir, minimizar o corregir problemas de acuerdo con las necesidades del usuario.
- Utiliza estrategias para disminuir la ansiedad que presenta el usuario(a) y/o familia u acompañante.
- Verifica los requisitos preoperatorios del usuario(a) y realiza las coordinaciones pertinentes para su cumplimiento.
- Verifica el cumplimiento de las indicaciones en el pre y posoperatorio del usuario(a).
- En aquellos casos especiales de acuerdo con el diagnóstico preoperatorio el usuario(a) puede ser acompañado(a) por el profesional de Enfermería del perioperatorio en el trans o posoperatorio.
- El tiempo promedio para realizar la entrevista perioperatoria oscila entre 45 minutos o más, va a depender del tipo de usuario(a) y la complejidad quirúrgica.

Área educativa relacionada con el usuario(a)

Ejecuta y evalúa plan educativo que aplica con el usuario(a), familia, acompañantes y personal a su cargo.

La educación antes de la cirugía debe incluir:

Descripción práctica de la cirugía según especialidad e indicaciones del médico tratante, cuidados antes y después de la cirugía, descripción del ambiente quirúrgico, (ropa hospitalaria quirúrgica, sitio de incisión entre otros), riesgo de no cumplir con los requisitos preoperatorios, equipo interdisciplinario que lo atenderá en sala de operaciones, así como dar la oportunidad de expresarse al usuario(a) y familia ante cualquier inquietud o pregunta referente a la operación.



Prepara ayudas audiovisuales para impartir charlas educativas.

Utiliza la tecnología (Videoconferencias, consultas en línea, páginas web, entre otros) para acceder al usuario(a) quirúrgico dar seguimiento y brindar información.

Confecciona boletines con la información necesaria para el usuario. De acuerdo con las especialidades quirúrgicas.

En el área pediátrica se implementan actividades lúdicas de acuerdo con la etapa del desarrollo del niño(a).

Dependiendo de la estructura del centro de salud, imparte charlas educativas por especialidades al usuario(a), familia, acompañantes y personal.

Área de investigación y formación profesional

Investiga los factores que provocan los resultados negativos obtenidos en las encuestas de satisfacción para elaborar el plan de mejoras y su implementación.

Notificar, coordinar e investigar con el comité de infecciones asociadas a la atención de salud de las situaciones de infecciones quirúrgicas detectadas.

Realiza investigaciones y publica artículos de interés relacionadas con el campo.

Se mantiene actualizado en la materia (congresos, talleres, charlas simposios, literatura entre otros)

Debe fortalecerse en el campo de la comunicación (inglés, LESCO entre otros).



26. Intervención de enfermería dentro del equipo quirúrgico

Actividades del profesional de Enfermería instrumentista

Definición: La profesional de Enfermería instrumentista es el profesional en enfermería especializada(o) en el área quirúrgica, capacitada(o) en instrumentación, técnicas de asepsia, esterilidad y todo proceso quirúrgico de mediana y alta complejidad, de acuerdo con las etapas de la cirugía.

Su entrenamiento básico comprende alrededor de dos años y posterior a los cinco años pasa a ser un profesional de Enfermería con experiencia en la materia, para organizar y llevar a cabo los procesos de cada etapa del perioperatorio y arsenal quirúrgico.

Según García, A y otros, el profesional de Enfermería de quirófano: *“realiza la instrumentación de la cirugía según los procedimientos adecuados a cada intervención, manteniendo las normas de asepsia y esterilidad y conservando la integridad y seguridad del campo quirúrgico durante toda la intervención”* (26 p.76).

Este profesional de Enfermería supervisa, enseña y dirige, al personal a su cargo, colaborando con los cirujanos de acuerdo con sus competencias, durante el desarrollo de los pasos que comprenden los procedimientos quirúrgicos, anticipándose a los requerimientos de material e instrumental que se requiera en el curso de la cirugía.

El día anterior a la Cirugía:

- Revisa la distribución de trabajo y la lista de cirugías programadas.
- Toma nota de la hora designada a cada operación, analiza detalles diagnósticos de la intervención, técnicas operatorias, material y equipo a emplear.



- De acuerdo con la distribución de trabajo y cirugías asignadas, asegura la preparación del material, instrumental y equipos especiales.
- Prepara un plan de atención individualizado, aplicando el proceso en enfermería.

El día de la Cirugía:

- Se presenta en unidad asignada 10 minutos antes de iniciar su jornada, debidamente uniformada, (ropa quirúrgica institucional completa).
- Revisa bitácora y reporte del turno anterior con el fin de informarse acerca de los posibles cambios o eventos relacionados con las cirugías programadas, quirófano asignado, equipos o material indispensables en el acto operatorio que le corresponde.
- Coordina con la supervisora del área quirúrgica cualquier cambio del acto quirúrgico.
- Supervisa y verifica en el quirófano: los aparatos eléctricos, la limpieza realizada, los recursos materiales y el recurso humano; aunque no vaya a ser usado de inmediato.
- Revisa el material, instrumental y equipo solicitado a la circulante el cual va a ser requerido en la operación. A si mismo supervisa sus actividades constantemente.
- Confirma que el usuario(a) esté en el área prequirúrgica 30 minutos antes de la cirugía o según lo establecido en cada establecimiento de salud.
- Antes de iniciar la cirugía, coordina, verifica, identifica y orienta al usuario(a) asignado. (Recibe al usuario(a) en conjunto con el equipo quirúrgico, comprueba su identidad de acuerdo con el expediente clínico y pulsera de identificación, se debe presentar con su nombre y cargo ante el usuario(a)).
- Confirma con el equipo, la lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras (**Ver Anexo 2**).
- Verifica que el personal que labora en el quirófano a su cargo esté presente y preparado a la hora señalada.



- Asigna las tareas al personal a cargo y equipo de apoyo (tecnólogos) se hace conciencia en ellos la importancia de la técnica aséptica médica y quirúrgica, esterilidad, seguridad, pudor, comodidad, apoyo emocional al usuario(a) y de no dejarlo nunca solo, en el quirófano.
- Procede en forma atenta, precisa, sistemática, de acuerdo con las técnicas establecidas, en la atención del usuario(a) quirúrgico.
- *Prepara el campo quirúrgico según el tipo de cirugía a efectuarse aplicando los principios científicos, bajo las más estrictas normas y técnicas de asepsia (6, p.258).*
- Observa y supervisa los cuidados que recibe el usuario(a) en la sala, durante la sujeción, traslado y aseguramiento en la mesa quirúrgica, tales como, acojinamiento, fijación de tronco, miembros superiores e inferiores, protección de las salientes óseas o puntos de presión, así mismo durante la fijación de sondas, catéteres, apósitos, placa de electrocauterio, bolsas para dreno, ileostomías, colostomías entre otros de acuerdo con la complejidad y características de cada caso.
- Realiza el recuento de instrumental antes de iniciar la cirugía; en caso de que les falte alguna pinza o instrumento a los equipos, le indica a la circulante que lo anote para que lo comunique a la profesional de Enfermería del arsenal quirúrgico y a la profesional de Enfermería, jefe de sala, a efectos de que lo reponga, según lo establecido en cada sala de operaciones de cada centro hospitalario.
- Tan pronto se abre la cavidad abdominal u otro sitio anatómico, según el tipo de cirugía, se retiran del campo operatorio, las gasas que fueron utilizadas en piel y se colocan nuevos cuadros de gasa para continuar con el procedimiento según las técnicas y rutinas de cada quirófano en los diferentes centros hospitalarios.
- Mantiene y observa el cumplimiento de la técnica aséptica médica y la técnica aséptica quirúrgica, durante todo el procedimiento, así mismo previene, observa e interviene de inmediato en las faltas a las técnicas mencionadas, para disminuir el riesgo de infecciones.



- Supervisa al personal y colabora con él, en casos sépticos y no sépticos para prevenir las infecciones cruzadas.
- Entrega el trabajo pendiente en la sala de su responsabilidad del profesional de Enfermería instrumentista y demás personal que ingresa durante o en el cambio de turno u otra circunstancia presente en el momento; indicando cualquier cuidado especial, con algún instrumento o faltante de material del recuento.
- Es responsable de llevar la cuenta exacta del instrumental, equipos especiales, material, especialmente de: gasas en cuadros, torundas, cotonoides, plexos, paños abdominales y otros, en conjunto con la circulante. Este recuento lo hace antes de iniciar la operación, antes del cierre de peritoneo, antes del cierre de la fascia y antes del cierre de la piel, según sea el caso. Cada vez que amerite retirarse y entregar a otro profesional de Enfermería instrumentista.
- Comunica al cirujano (a) cualquier falta de instrumental u otro material.
- Conoce las fases de la incisión anatómica, en los tiempos operatorios, para anticiparse según la necesidad en la cirugía, con el instrumental o sutura respectiva que ocupe el especialista.
- Mantiene y proporciona a los cirujanos (as) los instrumentos, equipos, gasas, torundas, paños y otros en todo momento siempre limpios, libre de secreciones.
- Entrega a los cirujanos los instrumentos, equipos y otros materiales requeridos, en la mano de acuerdo con técnicas.
- Mantiene la mesa operatoria limpia y en orden, conservando la técnica aséptica, médica y quirúrgica en todo momento.
- Mantiene suero tibio preparado, para humedecer compresas y lavar cavidad, suero frío para efecto vasoconstrictor o según se requiere para cada tipo de cirugía.
- Mantiene las suturas bien colocadas en los pliegues del libro de suturas, especialmente en las operaciones complejas.
- Mantiene sus guantes y los del cirujano(a), limpios y cambia cada vez que sea necesario.
- Coloca los instrumentos contaminados dentro de un riñón y lo retira del campo operatorio entregándolo en la mano a la circulante con la técnica respectiva,



la cual debe tener puesto el equipo de protección personal para recibir dicho material, previniendo el riesgo de posibles derrames o accidentes.

- Mantiene cerca al alcance de la mano del circulante, jeringas, frascos, bolsas y tubos para cultivo o muestras anatomopatológicas.

- Entrega a la circulante las muestras de laboratorio o anatomopatológicas, tan pronto como el cirujano se las entrega e indica que deben salir del campo operatorio, para que no se de confusión en la rotulación y envío de las mismas.

- Informa a los cirujanos y a la jefe de sala de operaciones, la pérdida de cualquier material durante el transcurso de la operación. Así mismo en conjunto con la o el circulante, hace anotación de lo sucedido en la hoja Intraoperatoria.

- Indica a la circulante, la forma correcta de fijar el apósito al usuario(a) y supervisa el cumplimiento del lavado de manos y técnica aséptica estricta, previo a dicho procedimiento.

- Retira las hojas de bisturí de los mangos y agujas en general, los pone en el riñón de desechos, para descartarlos en los recipientes destinados para tal fin, cumpliendo las normas de bioseguridad.

- Retira y descarta la ropa sucia, revisando detenidamente pieza por pieza, para evitar que se vayan instrumentos o material en ella.

- Sumerge el instrumental en solución enzimática o en su ausencia en jabón neutro diluido, según lo establecido por el fabricante, dentro del quirófano, previo al traslado del material sucio al arsenal quirúrgico o CEYE.

- Cuenta y entrega a la circulante, el material para que lo devuelva al arsenal quirúrgico o centro de equipos, según lo establecido en las diferentes salas de operaciones de cada centro hospitalario.

- Permanece dentro del quirófano el tiempo que dure la operación, desde que el usuario(a) ingresa a la sala, hasta que se traslada a la unidad de recuperación posquirúrgica.

- Asegura que se guarden las medidas de seguridad, pudor y protección, al trasladar al usuario(a) la camilla.



- En casos sépticos, hace cumplir los procedimientos establecidos de acuerdo con la T.A.M-Q universal, así como las normas y protocolos institucionales de infecciones asociadas a la atención de salud.
- Mantiene el orden y disciplina durante la cirugía.
- Cuando la cirugía se prolonga fuera de la hora límite de su horario, se comunica al supervisor o encargado de la sala de operaciones, para que tome las medidas necesarias y se le reciba el procedimiento quirúrgico.
- Orienta y guía al personal auxiliar de enfermería acerca del contenido y la metodología de la nota de enfermería, según lineamiento vigente.
- En conjunto con la circulante y auxiliar de quirófano, realizan la limpieza que corresponde y reponen el material usado según stock establecido, para dejar el quirófano listo para ser usado en cualquier momento.
- Al terminar el programa quirúrgico del día o las operaciones del turno, participa con su equipo de trabajo en la limpieza y desinfección terminal; revisa que la sala quede en orden y debidamente equipada con toda clase de suturas, material, ropa, soluciones u otros.
- Es responsable del cuidado y mantenimiento del instrumental especializado que use.
- En casos de muerte del usuario, sigue la norma y procedimiento establecido.
- Cumple con las tareas que le encomiendan sus superiores, para el buen funcionamiento del servicio.
- Facilita y trabaja en coordinación con la profesional de Enfermería perioperatoria.
- La profesional de Enfermería instrumentista informa y coordina con la profesional de Enfermería perioperatoria cualquier cambio en el programa como: cirugías suspendidas, cirugías no programadas, emergencias, u otras.
- Informa a la profesional de Enfermería perioperatoria su salida a la hora de almuerzo con el fin de agilizar una atención pronta y segura.
- Informar al cirujano, anestesiólogo el movimiento del quirófano asignado.



- Con respecto a las funciones del segundo y tercer turno, es responsable de dar seguimiento a los procesos del primer turno, así como coordinar, organizar y supervisar el orden, limpieza, desinfección, funcionamiento, equipamiento de los quirófanos de acuerdo con el programa y rutina quirúrgica de cada día.
- Cumple con lo establecido en el código de Ética del Colegio de Enfermeras.
- La profesional de Enfermería instrumentista es la encargada (o) de capacitar y orientar al personal de nuevo ingreso al bloque quirúrgico, (enfermeras, auxiliares de enfermería, auxiliares de quirófano y personal de aseo).
- En los hospitales regionales y periféricos, donde la circulante es auxiliar de Enfermería, debe laborar bajo la supervisión del profesional de Enfermería, mientras se completan las plazas con el profesional de Enfermería (**Ver anexo N°9**).

En Costa Rica los equipos de Enfermería para un quirófano están constituidos por una instrumentista que es una Enfermera Profesional E1, una circulante que puede ser enfermera o auxiliar de Enfermería dependiendo del nivel de complejidad y un auxiliar de quirófano, antiguamente en algunos hospitales, la función de instrumentar cirugías, estaba a cargo de los Auxiliares de Enfermería, en la actualidad, mediante oficio ADAPS-299-2011 del 27 de junio del 2011, suscrito por la Dirección Administrativa y Gestión de Personal, área Diseño Administración de puestos y salarios, se indica que dada la complejidad de los quehaceres de las salas de operaciones y la responsabilidad que las mismas conllevan, la acción de instrumentar en sala de operaciones, debe ser ejercidas únicamente por profesionales en enfermería con el grado de licenciatura (E-1). **Ver anexo 9**

Actividades de la auxiliar de enfermería circulante

Definición: Es responsable de suplir el material estéril para el acto quirúrgico. Apoya al personal que está en contacto directo con el usuario(a) y el campo estéril.



Es supervisada(o) por el profesional de Enfermería, recibe de la instrumentista especímenes y materiales de la mesa u otros.

Solicita al arsenal el instrumental y material requerido, efectúa cualquier otra gestión que se necesite entre la sala y las áreas anexas durante el acto quirúrgico.

El día anterior a la Cirugía:

- Revisa la distribución de trabajo y programación de las cirugías.
- Ayuda a la Enfermera instrumentista, a preparar el material, instrumental y equipos especiales para los procedimientos quirúrgicos.
- Se informa acerca de la dotación y disponibilidad del material, instrumental y equipos que se necesitan para realizar cada cirugía.

El día de la Cirugía:

- Se presenta a su trabajo 10 minutos antes de la hora asignada, debidamente uniformada, (atuendo quirúrgico institucional completo).
- En conjunto con la profesional de Enfermería revisa el reporte de los turnos anteriores y verifica con la lista de cirugías cualquier cambio.
- Confirma la dotación y disponibilidad del material, instrumental y equipos que se necesitan para realizar cada cirugía.
- Toma nota de:
 - Hora de cada cirugía.
 - Técnica por emplear.
 - Requisito de los cirujanos.
 - Material por emplear.
- Antes de ingresar al área de trabajo debe realizarse el correspondiente lavado de manos clínico y debe portar su equipo de protección personal (EPP).
- Limpia y dispone todos los muebles del quirófano, con la ayuda del auxiliar de quirófano.



- En conjunto con la enfermera instrumentista solicita en el arsenal quirúrgico, el material que se requiere.
- Reúne todo el equipo y material necesario para las cirugías asignadas. Revisa el estante de material estéril y el de la mesa accesoria y sustituye lo que falta.
- En conjunto con el profesional de Enfermería, verifica que el auxiliar de quirófano haya limpiado debidamente las superficies, equipos, lámparas, estantes y mobiliarios del recinto quirúrgico, antes de comenzar a abrir los paquetes estériles.
- Al llegar el usuario, verifica con el expediente clínico y pulsera de identificación, el nombre, tipo de cirugía, se debe presentar con su nombre y cargo ante el usuario(a).
- Antes de iniciar la cirugía, antes del cierre de la cavidad, antes de cerrar la piel y cuantas veces sea necesario, cuantifica junto con la Instrumentista, el material, instrumental, equipos, paños abdominales, cuadros de gasa, torundas, cotonoides y plexos. Lleva el control de las suturas y agujas.
- Anota en la hoja de recuento, bien claro el nombre del usuario, número de expediente, edad, cirugía realizada, cirujano, asistentes, instrumentista, resultado del recuento realizado y su nombre como circulante.
- En caso necesario coopera con el anestesiólogo, cirujanos y auxiliares de quirófano, para colocar al usuario(a) en la mesa operatoria.
- Colabora con el anestesiólogo cuando se presenta una situación de emergencia, si en ese momento no está ocupada atendiendo a la instrumentista.
- En el momento apropiado y en coordinación con el especialista en anestesia o cirugía, descubre el área operatoria, la limpia con agua y jabón, para que se pueda realizar la antisepsia de esta. (En caso necesario y previa indicación médica, rasura el área quirúrgica).
- Bajo supervisión de los médicos y anestesiólogos, manipula las sondas que trae el usuario(a) y las conecta a los frascos de succión.
- Observa y comunica a la enfermera instrumentista todo caso de personas que cometan faltas a la técnica aséptica médica y quirúrgica.



- Abre los paquetes estériles, de acuerdo con la técnica aséptica médica y quirúrgica establecida.
- Asiste a la instrumentista en el proceso de vestir con la ropa estéril (delantal) a los cirujanos asistentes u otro personal que participe en el acto quirúrgico.
- En caso de emergencia o ausencia temporal del auxiliar de quirófano, ajusta las luces, corre las mesas, baldes, aparatos de aspiración u otros.
- Está alerta a las necesidades del profesional instrumentista, para proveer de todo lo que se necesite, para lo que permanecerá al pie de la mesa de instrumentos, observando la cirugía.
- Mantiene el piso libre de compresas.
- Permanece siempre dentro del quirófano asignado, sale solamente por motivos de mucha urgencia, dejando a alguien que lo (la) reemplace y con el permiso de la instrumentista.
- Seca la frente del personal que está asistiendo el acto quirúrgico en caso necesario, para evitar que el sudor caiga en el campo operatorio.
- Rotula de acuerdo con cómo van saliendo los frascos de muestras y los anota en el cuaderno respectivo, antes de enviarlas al laboratorio o anatomía patológica.
- Protege, brinda confort y seguridad al usuario(a) una vez que ha terminado la cirugía.
- Ayuda al auxiliar de quirófano, anestesiólogo y cirujanos, a pasar al usuario(a) a la camilla para traslado al servicio de recuperación u otro destino según corresponda.
- Debe revisar y equipar el quirófano de material quirúrgico para procedimientos del día siguiente.
- Prepara la sala para operaciones siguientes, equipándola con el material necesario.
- Coordina con el personal del arsenal quirúrgico, la esterilización del instrumental que durante el transcurso de la cirugía se haya contaminado y sea necesario volverlo a utilizar.
- En los casos sépticos, sigue los procedimientos establecidos para ello.



- En caso de muerte del usuario(a) sigue el procedimiento establecido institucionalmente. (Manual de Procedimientos de Enfermería, vigente a la fecha).
- Al terminar las cirugías del día, en conjunto con la enfermera instrumentista y el auxiliar de quirófano, deja debidamente limpia, desinfectada, equipada y preparada, la sala y mobiliario para uso inmediato en caso necesario.
- Es responsable de vigilar por el cuidado posterior y destino final del material y residuos comunes, reciclables y bioinfecciosos.
- Debe realizar el correspondiente lavado de manos clínico, posterior al contacto con el usuario, manipulación de fluidos corporales y objetos con materia orgánica, aunque haya usado guantes.
- Participa en la limpieza y equipamiento diario y semanal de las salas de operaciones.
- Cumple con otras tareas que se le encomienden, para el buen funcionamiento del departamento.
- Realiza llenado del Instrumento de enfermería en la etapa intraoperatoria según instructivo. **(Ver anexo 3)**.
- Realiza la nota de enfermería por delegación del profesional de Enfermería. Según la clasificación de los hospitales, el nivel de complejidad de las cirugías, los avances en tecnologías, padecimientos quirúrgicos nuevos o especiales, las responsabilidades adquiridas por el personal de enfermería en estos actos quirúrgicos, se recomienda a futuro, que, en la sala de operaciones de la CCSS, tanto la instrumentista como la circulante sean profesionales en enfermería.

En la actualidad no existe un perfil para la profesional de enfermería circulante, sin embargo, debido a competencia esta comisión ha definido las actividades propias de este profesional. **Ver anexo 8 y 9.**

Recomendación para las funciones de la enfermera circulante, elaboradas por criterio de expertos; Comisión institucional de enfermería perioperatoria.



Auxiliar de quirófano. Código de clase 01311

Para este cargo de puesto se debe apegar a lo establecido en el Manual Descriptivo de Puestos, de la Caja Costarricense del Seguro Social. Código de Clase 01311. vigente a la fecha.

Dadas las condiciones especiales del usuario(a) quirúrgico, el personal técnico asignado a las diferentes áreas del bloque de cirugía, (preoperatorio, arsenal quirúrgico, quirófanos, unidades de recuperación y salas de obstetricia), debe contar con el entrenamiento previo especializado para desempeñarse según las diferentes fases operatorias, independientemente de la distribución de las salas de operaciones de acuerdo con las diferentes categorías de centros hospitalarios. (Modificación aprobada mediante número de resolución 073-2011. Vigencia de resolución del 12 marzo 2012.)

Otras actividades atinentes al puesto:

- Recibe y entrega a su compañero del turno anterior y posterior, tareas pendientes.
- Se presenta a su trabajo a la hora asignada, debidamente uniformado, (atuendo quirúrgico institucional completo).
- Limpiar y colocar el mobiliario, estantes y lámparas quirúrgicas antes de iniciar las cirugías.
- Revisa el funcionamiento de los aparatos eléctricos, a la vez que comprueba que los cilindros de gas se encuentren debidamente llenos y sujetos a la pared, en caso de persistir gases medicinales en tanque.
- Recibir al usuario(a) en conjunto con el equipo quirúrgico, comprueba su identidad de acuerdo con el expediente clínico y pulsera de identificación, se debe presentar con su nombre y cargo ante el usuario(a).
- El auxiliar de quirófano por delegación del profesional en Enfermería en coordinación con anestesia, traslada al usuario(a) a la sala de operaciones.



- Coloca la placa de electrocauterio al usuario(a) en caso de requerirse; en el área anatómica que indique el cirujano y verificada por parte del equipo quirúrgico que cumpla con las medidas de seguridad recomendadas por la institución, (lugar anatómico recomendado, integridad de la placa, adherencia efectiva, zona sin vello, área seca, ubicación al mismo lado de la cirugía, placa correcta según peso entre otras).
- El auxiliar de quirófano y en la medida de lo posible, el circulante, deben acompañar al anestesiólogo en el traslado del usuario(a) a la sala de recuperación o servicio asignado.

Jefe de la unidad de recuperación post anestésica (URPA)

Debido a la complejidad de algunos establecimientos de salud, a los cambios tecnológicos, a los tipos de cirugías realizadas, se recomienda que en la URPA exista un profesional en enfermería coordinador de la Unidad de Recuperación, teniendo bajo su responsabilidad otros profesionales de enfermería E1 y personal de apoyo.

Definición: Se puede definir al profesional de Enfermería, como el profesional debidamente capacitado para brindar atención y cuidados al usuario(a) en su fase posanestésica y postquirúrgica inmediata, en forma eficiente y oportuna. Facultada (o) para la planificación, coordinación, supervisión, ejecución y evaluación de la atención de enfermería en una Unidad de Recuperación posanestésica. (Cumple con el perfil de profesional de Enfermería 2 según el manual descriptivo de puestos CCSS código clase: 043210); entre otras actividades realiza:

- Supervisa el cumplimiento, verifica y cumple la aplicación de normas de asepsia de la unidad.
- Elabora el plan de trabajo anual.



- Realiza pedido mensual ordinario y extraordinario, así como las coordinaciones necesarias para mantener abastecida la unidad los insumos, equipo y materiales necesarios para la atención del usuario(a).
- Promueve el bienestar de los funcionarios y la salud ocupacional.
- Sensibiliza, supervisa y verifica el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y prácticas de protección personal.
- Mantiene el rol y distribución del personal actualizados participando en la confección de estos.
- Toma acciones necesarias de manera oportuna con el fin de mantener la Unidad con los roles, asignaciones y distribuciones, horario de alimentación del personal de manera equitativa, según las necesidades del servicio.
- Confecciona, aplica y supervisa los registros y los controles necesarios en la Unidad.
- Realiza informes de producción según la normativa de la Institución.
- Supervisa el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos para la unidad.
- Asigna y participa en las actividades educativas para el cierre interno y externo según plan de educación de enfermería.
- Supervisa, verifica el orden y aseo en áreas de descontaminación, desinfección, almacenamiento e insumos.
- Participa en la elaboración del plan presupuesto/diagnóstico situacional de la unidad.
- Participa en la elaboración del plan de mejoras para la unidad y coordina la ejecución de acción necesarias para el cumplimiento de este.
- Participa en el inventario, custodia y control de activos de la unidad.



Actividades del profesional en enfermería en la unidad de recuperación post anestésica (URPA).

Definición: Es el profesional debidamente capacitado para brindar atención y cuidados al usuario(a) en su fase post anestésica y post quirúrgica inmediata en forma eficiente, eficaz y oportuna. Es la jefatura inmediata del personal Auxiliar y Asistentes de usuarios, en la sala de Recuperación. La Unidad de Recuperación está a cargo del Profesional de Enfermería las 24 horas del día. (Cumple con el perfil de Enfermera 1 según el Manual descriptivo de puestos CCSS, Código de la clase: 043110).

Entre otras actividades realiza:

- Recibe y entrega el servicio.
- Participa y supervisa en el equipamiento, realizando las coordinaciones necesarias con los servicios de apoyo, con el fin de brindar una adecuada y oportuna atención al usuario(a).
- Participa, coordina y supervisa el aseo y desinfección de la unidad.
- Revisa la distribución de trabajo formando equipos con tareas y asignaciones específicas, así como el cumplimiento de los horarios de alimentación establecidos.
- Verifica y supervisa que el personal que labora en su unidad este presente y preparado a la hora indicada.
- En coordinación con el anesthesiólogo, realiza revisión y solicitud de medicamentos de stock.
- Realiza revisión del carro de emergencias, lo mantiene equipado y actualizado en los tres turnos.
- Realiza valoración de usuarios y aplica el PAE, en la recuperación post anestesia.
- De acuerdo con la valoración del usuario(a) coordina con el anesthesiólogo su traslado al salón de procedencia o al servicio que el usuario(a) amerite según su condición.



- Realiza coordinación con el servicio de admisión y personal de hospitalización para que se le asigne cama a usuarios que se encuentran en la Unidad sin ser ubicados en salón.
- Mantiene la fluidez de la Sala, realizando coordinaciones interdepartamentales con otros miembros del equipo de salud, aplicando los criterios de egreso establecidos para los usuarios según su condición.
- Aplica Escala de Aldrete a los usuarios que ingresan y egresan de la unidad.
- Realiza nota de enfermería a cada usuario(a) que ingresa y egresa de la unidad.
- Participa y supervisa en el correcto llenado de los registros de enfermería.
- Fundamentada en las políticas institucionales de seguridad y calidad del usuario, hace referencia en el equipo de trabajo sobre la importancia del pudor, comodidad y apoyo necesario para mejorar la atención directa a los usuarios.
- Evalúa y supervisa objetivamente con el fin de contar con el personal idóneo en número y experiencia.
- Participa y supervisa en el debido control de censos y datos estadísticos del servicio.
- Supervisa y participa en el cumplimiento y continuidad de los tratamientos del usuario(a).
- Mantiene fluida comunicación con el resto de los profesionales de la unidad con respecto a la información relacionada con la atención del usuario(a) y funcionamiento de la unidad.
- Supervisa y controla los activos de la unidad, el buen uso y el funcionamiento de estos, reporta en forma oportuna, averías o incidentes.
- Identifica signos y síntomas de posibles complicaciones de los usuarios(as) de la fase postoperatoria inmediata.
- Aplica los cuidados y protocolos al usuario(a) de acuerdo con el tipo de cirugía y antecedentes patológicos de manera individual y personalizada.
- Reporta de manera inmediata, en forma verbal y escrita, las complicaciones post operatorias del usuario, al especialista o servicios de apoyo correspondiente.



- Aplica los cuidados a usuarios en estado crítico, (grado 1), según categorización, establecida para cada centro de salud. (Perroca y ASA).
- Acompaña al usuario(a) según criterio, en su traslado a las unidades respectivas y exámenes especiales.
- Lleva registro estadístico y brinda informe del flujo de usuarios, producción del servicio, cantidad y tipo de complicaciones postoperatorias u otros hechos relevantes.
- Supervisa el cumplimiento de las medidas de bioseguridad para el usuario(a) y el personal de su unidad de trabajo.
- Supervisa y hace cumplir estrictamente la aplicación de las técnicas de asepsia, médica y quirúrgica correspondientes, según la Norma Institucional de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- Coordina con las comisiones de Gestión Ambiental, Vigilancia Epidemiológica y otras, el cumplimiento de segregación, almacenamiento, disposición final de desechos hospitalarios de acuerdo con la categorización universal existente.
- Aplica instrumentos institucionales para medir la satisfacción del usuario(a) y planificar acciones educativas de mejora correspondientes para usuario(a) y personal de acuerdo con las necesidades identificadas.
- Participa en el seguimiento y continuidad de los planes de orientación dirigidos a personal de la unidad y elabora informe de evaluación de este.
- Participa en la planificación, elaboración y seguimiento del plan de gestión local de la unidad.

Funciones del auxiliar de enfermería en la unidad de recuperación post anestésica

Definición: Es el auxiliar de enfermería debidamente capacitado para brindar atención al usuario, bajo la supervisión y dirección del profesional en enfermería en la sala de recuperación, en su fase post anestésica. (cumple con el perfil del auxiliar



de enfermería según el Manual Descriptivo de Puestos CCSS, Código de la clase: 040100)

El Auxiliar de Enfermería cumple las tareas asignadas de acuerdo con su perfil, las cuales son supervisadas por la jefatura de enfermería inmediata. Entre otras actividades realiza:

- Participa en la entrega y recibo del servicio.
- Se presenta a laborar a la unidad debidamente uniformado y preparado a la hora indicada.
- Cumple con las asignaciones de trabajo, tareas, así como el acatamiento de los horarios de alimentación establecidos por parte de su jefatura.
- Se ajusta y cumple con el rol de trabajo, según la distribución de usuarios establecida por su jefatura inmediata de enfermería.
- Colabora con el orden de equipos, materiales, áreas de almacenamiento, papelería y otros insumos en la unidad.
- Participa en el aseo y desinfección de la sala de recuperación.
- De acuerdo la indicación y supervisión, equipa los carros de curaciones, toma de vías periféricas, procedimientos y otros.
- Anota signos vitales según normativa de la unidad y cumple con el correcto llenado de los registros de enfermería.
- Mide y anota el contenido de las bolsas de dreno y otras excretas según necesidad del usuario(a).
- Brinda al usuario(a) seguridad, privacidad, comodidad y el apoyo necesario.
- Realiza nota de enfermería de los usuarios asignados.
- Acompaña al usuario(a) durante su traslado al salón, entregándolo detalladamente.
- Participa en el debido control de censos y datos estadísticos del servicio.
- Realiza correctamente el llenado de los registros de enfermería.
- Participa en la continuidad de los tratamientos del usuario(a).
- Participa en la custodia y cuidados de los activos de la Unidad.



- Aplica al usuario(a) los cuidados de enfermería necesarios
- Aplica los cuidados y protocolo de enfermería según tipo de cirugía y condición del usuario(a).
- Cumple las medidas de bioseguridad al brindar la atención al usuario(a).
- Cumple con las Técnicas de Asepsia, según la Norma Institucional de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

Tareas del asistente de pacientes en la unidad de recuperación post anestésica

Definición: Es el asistente de pacientes debidamente capacitado para ejecutar labores sencillas asistenciales en el campo de la enfermería. Cumple con el perfil del asistente de usuarios según el Manual descriptivo de puestos CCSS, Código de la clase: 0001310.

- El asistente de pacientes cumple las tareas asignadas de acuerdo con su perfil, las cuales son supervisadas por la jefatura de enfermería inmediata.
- Se presenta a laborar a la unidad debidamente uniformado y preparado a la hora indicada.
- Recibe y entrega a su compañero del turno anterior y posterior, tareas pendientes, equipo permanente, cuarto séptico y la unidad en general, de acuerdo con la normativa de la Institución.
- Cumple con las asignaciones de trabajo, tareas, así como el acatamiento de los horarios de alimentación establecidos.
- Colabora con el orden y limpieza de la Unidad, según normativa del servicio.
- Colabora con el equipamiento, materiales e insumos requeridos por el servicio.
- Reporta equipos o materiales en mal estado a su jefatura inmediata.
- Colabora con el orden y aseo del área de almacenamiento de insumos de la Unidad.



- Participa en la custodia y cuidados de los activos de la unidad.
- Trae de los servicios de farmacia, central de esterilización, laboratorio, servicio de radiología y otros, los insumos, materiales y documentos requeridos en la unidad.
- Colabora con el orden y almacenamiento de la ropa necesaria.
- Colabora con la preparación de los insumos necesarios para el baño del usuario(a).
- Colabora con el baño del usuario(a) según indicación de la enfermera.
- Colabora con la eliminación de excretas, según la necesidad del usuario(a) y la indicación de su jefatura.
- Mantiene en orden y limpia, la unidad del usuario(a).
- Mantiene en orden y limpio el área de desinfección (cuarto séptico).
- Cumple las medidas bioseguridad en la atención del usuario(a).
- Colabora con la seguridad, privacidad y comodidad del usuario(a) según la indicación de su jefatura.
- Colabora, según indicación de su jefatura con la colocación y retiro de cobija, sábana térmica y calentador.
- Colabora con la preparación del usuario(a) para su egreso de la unidad, según indicaciones de su jefatura.
- Colabora con el traslado del usuario(a) al salón, área de destino, o servicio de patología, según indicación de su jefatura.
- Colabora con el egreso del usuario(a) y realiza limpieza terminal de la unidad del usuario(a).
- Realiza llenado de registros por indicación de su jefatura, según Norma de la unidad.

27. Intervención del equipo de apoyo en el proceso quirúrgico

Significado de la cirugía: La cirugía puede ser definida como una *"alteración deliberada y planeada de las estructuras anatómicas para detener un proceso patológico, aliviarlo o eliminarlo"* (23, p. 772).



Sin embargo, las profundas ramificaciones psicológicas y fisiológicas de la cirugía no se visualizan en este concepto. La enfermedad, como entidad altera integralmente a la persona que la padece. Así, el usuario, dueño del cuerpo sobre el cual, el personal de salud interviene, percibe lo que le sucede desde la totalidad de su ser; la atención que se le otorgue debe contemplar la diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (de carácter ético y religioso); la atención, entonces, deberá tener en cuenta estos factores que provienen, no tanto del cuerpo enfermo, sino del sujeto que sufre la enfermedad.

Tomar en cuenta estos aspectos determina la calidad de la actuación profesional, además marca un estilo particular de atención y de relación entre un sujeto que sabe y otro que busca el beneficio de ese saber. La afectación emocional que conlleva un proceso quirúrgico.

Las necesidades emocionales del usuario(a) estarían determinadas por su capacidad de adaptarse a las situaciones que le representen peligro, de adaptarse al riesgo que la cirugía represente y a enfrentarse a temores y ansiedades asociadas con acontecimientos de su historia.

La enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, trae consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort de hogar, imagen corporal.

Se afectan las distintas etapas de la experiencia quirúrgica, desde el momento en que el usuario(a) se enfrenta al procedimiento hasta cada alternativa del proceso. Por ejemplo, los principales temores surgen en torno a la anestesia general, a no despertar, a la pérdida del control consciente de la situación, a la sensación de indefensión, a la vivencia de pasividad y dependencia, a la herida que marca el cuerpo, a la pérdida del órgano, a la irrupción de la intimidad, al dolor, a “no quedar como antes” y a no ser aceptado.



Otras preocupaciones son fuente también de ansiedad preoperatoria y están ligadas a la aceptación de la realidad del cuerpo que se lo percibe vulnerable y mortal. El impacto emocional puede variar de acuerdo con el carácter de la cirugía, si ésta es reparadora o mutilante.

Aunque se tenga la seguridad de la finalidad curativa de la cirugía, se vive el proceso como de amenaza a la integridad física y por eso se dan con frecuencia también los temores de fragmentación corporal.

Surgen temores relacionados al órgano que va a ser intervenido, pues éste tiene un significado que puede estar ligado a la funcionalidad o a otras capacidades, por ejemplo, en cuanto compromete la identidad del usuario(a). Es el caso de órganos vinculados con la sexualidad, la reproducción, la capacidad intelectual o funcionalidad física, entre otros

Muy importante es tener en cuenta el tiempo que tome el proceso quirúrgico en su totalidad, incluida la rehabilitación, pues este tiempo será el que facilite o dificulte la recuperación pronta y equilibrada, tomando en consideración los aspectos emocionales. En un proceso prolongado hay mayor deterioro tanto físico como mental o emocional, pues no todas las personas tienen la misma capacidad de tolerancia ni están todos preparados para aceptar nuevas dificultades.

Son quejas frecuentes la pérdida de la intimidad, la vergüenza por la desnudez, pues son aspectos que se viven como atentatorios al pudor. La pérdida de la autonomía y funcionalidad y, en ocasiones, la excesiva pasividad del proceso son otras de las circunstancias que dan motivos a malestar.

El ambiente hospitalario frío y ajeno, lleno de ruidos extraños que marcan cada pulsación del cuerpo o diferentes funciones orgánicas son factores que producen ansiedad y que recuerdan constantemente la enfermedad.



La enfermedad y el proceso quirúrgico

El usuario(a) está expuesto, en el plano objetivo a las condiciones propias de la enfermedad, y a los factores que actúan después, asociados con la enfermedad. En el plano subjetivo o personal el usuario(a), está expuesto a las predisposiciones hereditarias que no son modificables y, en algunos casos, limitan o restringen la terapia; está expuesto también a las influencias de los sucesos infantiles, que pertenecen al pasado y que no se pueden deshacer u olvidar y a la frustración real, por dichos sucesos, ya sea privación del amor, pobreza, discordias familiares, entre otros

“El impacto de la enfermedad depende del significado que se le otorgue y como se la ubique dentro del contexto personal” Psc. Teresa Baquerizo

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica posquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado costo económico.

Una mejor preparación emocional del usuario(a) que facilite la información y apoyo emocional, en todo el proceso quirúrgico y sobre lo que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo y por rebote, mejora la disposición emocional ante la cirugía, además de potencializar una mejor recuperación y prevenir complicaciones serias.

La intervención terapéutica y la intervención en crisis son técnicas que favorecen en el usuario(a) el manejo de sus emociones, como dolor, ira, violencia, pobre control de impulsos, inadecuada comunicación y solución de conflictos, enojo, tristeza, duelos no resueltos, por pérdidas como separaciones, divorcios, pérdida de la estabilidad económica, trabajo, estudios, pérdida de la salud, enfermedades



crónicas, problemas de autoestima, auto imagen y difícil adaptación al internamiento y a su proceso de enfermedad y recuperación en este caso.

Se deben contemplar principios bioéticos, como el principio de beneficencia, hacer el bien, brindándole espacio al usuario(a) para que verbalice sus dudas sus temores; esto le permite desahogarse, desarrollar empatía y confianza para que hable sobre lo que le preocupa. Aquí también está implícito el principio de justicia, donde el usuario(a) mediante una intervención terapéutica puede disminuir todo un problema de ansiedad ya inmerso en la dinámica de la hospitalización.

El instrumento propio de la enfermera especialista en salud mental, que aplica a este usuario(a) es el que se conoce como RIA (relación interpersonal de ayuda), que es un medio de comunicación que utiliza la especialista, para lograr una relación de confianza y empatía con el usuario(a) y de esta manera lograr, que el mismo verbalice sus temores inquietudes entre otros mediante una escucha activa.

La relación enfermera usuario(a) es un proceso interpersonal que tienen un determinado objetivo, mediante acciones que contribuyen a la relación con los usuarios: la inmediatez, comprensión, empatía, confrontación, espontaneidad y respeto.

Al iniciar una relación de ayuda el facilitador, debe tener claro los objetivos de la intervención, tomando en cuenta que es un proceso interpersonal y una secuencia organizada de sucesos que conducen a un determinado fin.

En este abordaje, se utilizan una serie de técnicas terapéuticas como:

- Usando el silencio** ----- ausencia de comunicación verbal
- ¡Aceptación** ----- hum! si....
- Dando reconocimiento** ---- tomar conciencia de un hecho...
- Darse a sí mismo** ----- haciéndose una misma disponible...



- Haciendo comentarios amplios** ---- Hay algo de lo que a usted le gustaría hablar...
- No juzga:** No establecer juicios de las reacciones emocionales del usuario(a)

Su fin es tener una interacción más relajada y positiva con el usuario. Un alto porcentaje, de los profesionales en salud mental utilizan este tipo de intervención (RIA), para favorecer la comunicación con la persona usuaria; por otro lado, esta especialista, por su preparación, aborda con la técnica adecuada al usuario, a fin de disminuir la ansiedad o situación identificada.

Cuando un usuario(a) está muy ansioso se utilizan las respiraciones terapéuticas; esto favorecerá su oxigenación y por ende mejora su mecanismo de afrontamiento ante la cirugía. Igualmente, cuando un usuario(a) lo requiere se le brinda intervención en crisis.

La intervención en crisis significa entrar en la vida de un individuo, para aliviar el impacto del stress que induce a la crisis. El objetivo de quien interviene es: reducir cuanto sea posible el impacto que produce el evento.

El profesional de enfermería especialista en salud mental como red de apoyo en el proceso perioperatorio

Dentro del proceso conocido como cirugía segura salva vidas, se incluyen aspectos importantes a considerar por el personal de salud, para prevenir una serie de complicaciones en el usuario(a) quirúrgico y que favorecen el éxito de las cirugías en general, sin embargo, es imprescindible contar con el apoyo emocional al usuario(a) que va a enfrentar un proceso quirúrgico, porque no se deben invisibilizar los aspectos que no se pueden ver como: los temores, inquietudes, el estrés y ansiedad ante lo que eventualmente puede pasar durante y después de una cirugía.



Todo acto desconocido o potencialmente riesgoso, constituye una crisis en el ser humano, especialmente si se trata del aspecto físico, por sus implicaciones a nivel personal, familiar, laboral y social.

La estancia hospitalaria sea corta o larga, incrementa los sentimientos de despersonalización, ansiedad y estrés en el individuo, esto aunado a la historia personal con que ingresa, la cual en muchos casos potencializa dichas emociones.

Dados los objetivos, política institucional para el programa de normas de atención perioperatoria y el sustento teórico del mismo, se considera la atención integral del usuario, dentro de un conjunto de aspectos biopsicosociales y espirituales que deben estar en armonía para la calidad total.

Se ha demostrado científicamente la relación del control de las emociones con la potencialización del sistema autoinmune, que define gran parte del éxito pre y post quirúrgico.

Por lo anterior, la participación del profesional de Enfermería especialista en Salud Mental en el proceso perioperatorio se hace fundamental, tanto para brindar la contención oportuna como para desarrollar, proveer o fomentar las estrategias adecuadas para cada usuario(a) y situación, a fin de lograr un estado óptimo a nivel afectivo y/o emocional ante el proceso quirúrgico, ya que el miedo excesivo ante una cirugía puede favorecer una serie de complicaciones pre quirúrgicas como postquirúrgicas que podrían aumentar el riesgo de muerte principalmente en usuario(a) con cirugías de riesgo como son la cirugía cardíaca entre otras.

Objetivos de la intervención emocional:

1. Disminuir sentimientos de despersonalización en el usuario(a) quirúrgico a través del acompañamiento terapéutico.
2. Favorecer en el usuario (a) la expresión de sentimientos y emociones, temores, inquietudes, que genera un proceso quirúrgico.



3. Identificar las reacciones emocionales que se generan durante su proceso de hospitalización y que incrementan su estrés y ansiedad.
4. Proporcionar al usuario(a) contención, apoyo y estrategias de afrontamiento para el manejo adecuado de sus emociones.
5. Orientar al usuario(a) en relación con las técnicas terapéuticas adecuadas para el manejo de emociones negativas, que potencializan factores de riesgo quirúrgico (infecciones post operatorias, aumento de la presión arterial, descompensación diabética, que puede generar desde una suspensión de la cirugía, hasta un periodo de hospitalización más larga).
6. Lograr que el usuario(a) enfrente el acto quirúrgico, más relajado menos ansioso y estresado.
7. Abordar emocionalmente a familiares presentes, a fin de que ejerzan un rol de apoyo en la etapa pre y post operatoria del usuario(a).
8. Concientizar al cliente interno sobre la importancia del impacto del usuario(a) ante la intervención terapéutica.
9. Evaluar estado emocional del usuario(a) en la etapa post quirúrgica para favorecer su recuperación integral.
10. Fomentar estilos de vida saludable en el usuario(a) postquirúrgico a fin de obtener una adecuada salud mental, que contribuya a la recuperación en el hogar.

Desarrollo de la valoración

1. El profesional de Enfermería especialista en salud mental valorará al usuario(a) previamente al proceso quirúrgico, con la finalidad de detectar y abordar las necesidades específicas a nivel emocional, dentro de un espacio físico de cada establecimiento, que le brinde seguridad, privacidad y confort o en su unidad de internamiento.
2. De acuerdo con el diagnóstico de salud mental que defina, la especialista, establecerá el plan de atención que desarrollará durante la sesión.



3. Si requiere hacer alguna coordinación inmediata para favorecer el estado emocional del usuario, lo realizará en comunicación y acuerdo con el personal de salud.
4. Si detecta alguna necesidad especial en la persona usuaria, que esté fuera de su campo de acción, lo comunicará a la Jefatura de servicio o enfermera de perioperatorio, de acuerdo con la situación.
5. Siempre que sea posible el profesional de Enfermería especialista en salud mental en coordinación con el profesional de Enfermería de perioperatorio y de acuerdo con las necesidades propias del usuario(a) y a las características de la cirugía, citará previamente a los familiares como parte del abordaje emocional prequirúrgico, a fin de fortalecer sus redes de apoyo. En caso contrario, los familiares se valorarán durante la hospitalización del usuario(a) para los mismos fines.
6. El profesional de Enfermería especialista en salud mental mantendrá comunicación efectiva con el profesional de Enfermería de perioperatorio para ampliar la información en cuanto a la percepción de la persona usuaria, a fin de optimizar la calidad de la atención, y considerar sugerencias de ambas partes.
7. En la etapa posquirúrgica, valorará nuevamente el estado emocional del usuario(a) para validar su respuesta en el proceso, reforzar técnicas de manejo de emociones, y/o brindar recomendaciones a nivel de salud mental para su egreso.
8. El profesional de Enfermería especialista en salud mental referirá al usuario(a) en caso necesario, para el seguimiento en la consulta externa de salud mental o especialista a fin en zona de atracción geográfica.
9. Dejará registro de la intervención pre y postquirúrgica en el expediente clínico.
10. La información incluida en este documento fue facilitada por un grupo de enfermeras especialistas en salud mental de la unidad de salud mental y psiquiatría. Hospital San Juan de Dios.



CAPITULO

V

Aspectos relacionados con el área quirúrgica



28. Principios de técnica de asepsia – técnicas estériles

Principios de la Técnica Aséptica

Según Berry & Kohn, Las técnicas de asepsia y técnicas estériles están basadas en conocidos principios científicos, y se realizan principalmente para prevenir la transmisión de microorganismos capaces de causar infecciones. *“Los términos aséptico y estéril no son sinónimos, aunque algunos aspectos de ambos están estrechamente relacionados” (6, p. 248).*

En la práctica clínica estos procedimientos pueden aplicarse de forma separada o combinada. De acuerdo con el riesgo y la gravedad de las infecciones que se quiere prevenir y del grado de contaminación microbiana existente, es el tipo de técnica aséptica a utilizar en el desarrollo de los procedimientos invasivos.

Los procedimientos de técnica aséptica médica son los que se llevan a cabo tanto en salones de hospitalización, cuidado intensivo, urgencias, servicios de neonatos y cirugía ambulatoria, como en áreas semirestringidas de las salas de operaciones, con el fin de reducir al máximo la proliferación de microorganismos patógenos; estas incluyen lavado de manos clínico, limpieza y desinfección de áreas, superficies y equipos en contacto con el usuario(a) y el personal de salud.

Las estrategias de la técnica aséptica quirúrgica, difieren de la anterior porque están basadas en prácticas estrictamente especializadas como el lavado de manos quirúrgico, el ritual al colocarse la vestimenta y guantes estériles; lo cual permite llevar a cabo actos altamente invasivos, manteniendo la esterilidad a través de técnicas de barrera física, como lo son el uso de los campos estériles, las fundas y las sabanas, también mediante la relación espacial así como las barreras de distancia y las barreras químicas: (antisépticos utilizados para el lavado quirúrgico y la preparación preoperatoria de la piel).



Para todo lo anterior se cumple con los principios y las normas universales establecidas por los organismos de salud como lo son el C.D.C y la AORN.

Según Gruendemann, Las técnicas estériles son la base de la cirugía moderna. El usuario(a) es el centro del campo estéril que incluye al personal que lleva el atuendo estéril y las áreas del usuario, la mesa del quirófano y el mobiliario que está cubierto con los paños estériles. *“Las practicas asépticas pre, intra y post operatorias se implementan para minimizar la contaminación de la herida” (29, p.171).*

Por otro lado, Berry & Kohn, también hace algunos aportes al respecto: Las personas estériles se aseguran de la altura de los miembros del equipo en relación con los otros y el campo estéril. *“El cambio de niveles en el campo estéril debe evitarse. La bata no se considera estéril por debajo del nivel más alto de trabajo en el campo quirúrgico. Si una persona estéril debe estar de pie sobre una plataforma para alcanzar el sitio quirúrgico, la plataforma deberá colocarse antes de que esta persona se incorpore al campo quirúrgico. Las personas estériles deberían sentarse cuando la totalidad del procedimiento sea realizado a este nivel. Si una persona del equipo se sienta, el resto del equipo también debería sentarse” (6, p. 259)*

Conceptos sobre técnica aséptica:

- Las técnicas de asepsia quirúrgica son las que se llevan a cabo para conservar un área sin microorganismos. Una manera de actuar que reduce el riesgo de infección en el usuario(a) y en los miembros del equipo.
- Un método basado en el principio central de que las enfermedades por microorganismos se transmiten desde los objetos, las superficies, el aire y el polvo hacia los usuarios(as) y el personal.



- Una forma de lograr la contención, el confinamiento, la reducción o la eliminación de los microorganismos para evitar su contacto con el campo estéril. En resumen, la técnica aséptica son todos los mecanismos, todas las estrategias utilizadas y aplicadas por el personal de salud involucrado en el cuidado directo y los procedimientos dirigidos a mejorar, corregir o recuperar la salud de las personas puestas bajo su responsabilidad.

Actividades que fomentan la asepsia en sala de operaciones

Las siguientes acciones forman parte del bloque de actividades a considerar por el personal de Sala de operaciones, a efectos de fomentar la asepsia:

- El lavado de manos quirúrgico.
- Preparación de la piel del usuario(a).
- El filtrado del aire de la sala de operaciones.
- Descontaminación, limpieza y desinfección del material quirúrgico.
- La esterilización del instrumental.
- Manipulación de instrumental y equipos estériles.
- Almacenamiento de instrumental estéril, equipos, mobiliario y ropa quirúrgica estéril.
- Control de fecha de caducidad de equipos, insumos, ropa y materiales estériles.
- La contención del cabello y el uso de ropas de quirófano.
- El uso de bata, guantes y campos estériles.
- La separación de los instrumentos sucios y los limpios durante su procesamiento.
- La limpieza del ambiente y mobiliario quirúrgico.
- La ventilación y control de la temperatura.
- Control de los patrones de tráfico.
- Creación de áreas restringidas para confinar los microorganismos.
- La protección de la herida quirúrgica con curaciones estériles.



- El drenaje de la herida para evitar la formación de un medio apropiado para el crecimiento bacteriano en el cuerpo.

Medidas asepsia en acto quirúrgico.

Según Berry & Kohn. La técnica estéril en el sitio quirúrgico es el ideal a ser alcanzado, y no es absoluto. *“Todos los microorganismos en el ambiente no pueden eliminarse, pero no debe obviarse la necesidad de la técnica estéril estricta”* (6, p. 262-263).

Es por lo que se considera a la piel una fuente de contaminación en todo procedimiento que implique invasión de estructuras internas, así que los microorganismos que residen en cuello, cabello, manos y brazos de las personas que conforman el equipo quirúrgico y del mismo usuario, representan un riesgo; esto nos hace reflexionar acerca de la necesidad de implementar las siguientes medidas:

- Realizar la asepsia con sustancias químicas, en el usuario(a) para eliminar o inactivar la flora transitoria o permanente sobre la piel y alrededor del sitio quirúrgico.
- La mano cubierta con guantes estériles no debe tocar la piel y luego los tejidos más profundos.
- Los instrumentos que se han utilizado y han estado en contacto con la piel deben ser retirados del campo estéril.
- Si un guante se rompe o es pinchado por una aguja o instrumento, se cambia inmediatamente y el objeto punzante o cortante debe ser eliminado del campo estéril.
- Debe cubrirse el sitio quirúrgico con un campo estéril para reducir al mínimo el riesgo de tocar la herida con manos, ropa, u objetos contaminados.
- Usar las torundas de lavado solo una vez y luego desecharla.
- Cuando las áreas están muy infectadas, el equipo debe evitar por todos los medios, la diseminación de la contaminación.



- Limitar al mínimo el movimiento alrededor del campo estéril, para evitar la turbulencia del aire.
- No estirar ni sacudir sabanas o campos en el quirófano.

Lavado higiénico médico

Otra Medida de Asepsia o Técnicas de Barrera es el lavado de manos: Clínico o Higiénico médico. Es, quizás, la medida más importante y de eficacia probada para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en las personas hospitalizadas. Una de las vías de transmisión de los microorganismos es por contacto, ya sea directo de persona a persona, o indirecto a través de objetos contaminados previamente, que posteriormente pueden contaminar al usuario.

Es el lavado de manos ordinario que se realiza:

- Al entrar y al salir del hospital (antes y después de realizar cualquier técnica).
- Antes y después del contacto con un usuario(a).
- Siempre que se haya tocado cualquier superficie u objeto contaminado.
- Antes de realizar procedimientos asépticos.
- Después del riesgo de exposición de líquidos corporales.
- En todos los casos en que lo exijan las normas de aislamiento establecidas en el hospital.
- Antes y después de ir a la cafetería y al baño.



Condiciones en que se aplican los principios de la técnica aséptica quirúrgica según escenarios

En la preparación para un procedimiento invasivo, como colocación o manipulación de catéter venoso central, sello de tórax, realización de punción lumbar, cateterismo vesical, venodisección y otros.

En la preparación de:

- Todo procedimiento especial e invasivo, aunque no se realice en la sala de operaciones.
- De una cirugía menor para abrir o disponer instrumental y equipos estériles en una sala de cirugía ambulatoria.
- De una cirugía mayor y/o compleja para abrir o disponer instrumental y equipos estériles en un quirófano.
- Para crear y mantener el campo estéril, incluso durante la preparación de la piel y al cubrir el usuario(a).
- Para mantener la esterilidad en todas las partes del procedimiento quirúrgico.
- En la limpieza terminal y desinfección al final del procedimiento quirúrgico.

Los artículos estériles solamente se utilizan dentro del campo estéril:

- Los líquidos estériles, el equipo y los suministros se abren y se envían a la zona quirúrgica sin contactar con los bordes del envoltorio o del contenedor; solo los artículos estériles pueden tocar superficies estériles.
- Los instrumentos usados dentro del campo estéril deben ser estériles. Estos instrumentos deben abrirse, dispensarse y transferirse al campo estéril mediante métodos que mantengan la esterilidad e integridad. Verifique siempre su esterilidad por medio de los indicadores químicos internos y externos, fecha de esterilización, caducidad, tipo y apariencia del empaque.



- Cuando se abre la envoltura de los suministros, el personal no estéril debe abrir primero los bordes del envoltorio más alejadas, y la que esté más cerca de última. Todos los bordes de las solapas deben estar asegurados cuando se llevan los suministros al área estéril.
- Los artículos estériles se deben presentar a la persona lavada (estéril) o colocarse de forma segura en el campo estéril. No introduzca sus manos en los campos estériles. Recuerde conservar una distancia prudente(50cm).
- Cuando se llevan soluciones al área estéril, el recipiente donde se va a verter el líquido debe ser sostenido por la persona lavada (fuera del campo estéril al borde de la mesa, nunca sobre el campo estéril). Debe verificar, el instrumentador y circulante el tipo de solución o medicamento que se va a recibir o pasar al campo.
- No introduzca compresas en las soluciones estériles destinadas para lavado de cavidades.
- Las soluciones deben verterse despacio sin pegar la boquilla de la botella en el recipiente estéril y cualquier líquido sobrante debe desecharse. La reutilización de los recipientes abiertos puede contaminar las soluciones.
- Los bordes de los recipientes se consideran contaminados después de haber quitado el tapón.
- Los bordes de cualquier cosa que contiene materiales estériles se consideran no estériles.
- El campo estéril se ha de preparar tan próximo al momento de su utilización como sea posible.
- Para su apertura se deben tomar en cuenta algunos aspectos como: Que el usuario(a) ingrese al quirófano, que este completo el equipo quirúrgico, instrumental y equipo médico quirúrgico. Solo algunas cirugías por su complejidad requieren una preparación que contempla mayor tiempo.
- El campo estéril debe mantener siempre la esterilidad y verificarse constantemente su cumplimiento.



29. Principios de la técnica médica quirúrgica

Lavado de manos quirúrgico

Técnica: Este lavado se realiza en los quirófanos, unidades de cuidados intensivos (UCI), unidades de diálisis peritoneal, entre otros.

Este lavado es meticuloso y diferente al lavado clínico, porque este se realiza detenidamente tomando en cuenta los cuatro planos de los dedos, manos y antebrazos, en orden, sin omitir ningún paso, haciendo que el agua fluya de los dedos a los codos.

Procedimiento

Procedimiento prioritario en el acto quirúrgico, el cual se lleva a cabo por pasos que no deben omitirse para cumplir el objetivo con que se realiza:

- Prevenir la proliferación de microorganismos durante la cirugía, logrando así disminuir el riesgo de infección a los tejidos.
- Buscar el lavamanos más cercano al quirófano.
- Se realiza en piletas de control de rodilla pedal o con sensor.
- Moderar temperatura y chorro de agua.
- Mojar y enjabonar manos, antebrazos con clorhexidina al 4% o el producto destinado por la institución para tal efecto.
- Limpiar uñas en forma minuciosa con las manos bajo el agua.
- Toma el cepillo estéril con la técnica aséptica establecida.
- Frotar 30 veces las uñas con cepillo y solución antiséptica, hacia delante y hacia atrás manteniendo puntas de los dedos y pulgar uniformes.
- Recuerde que dedos, manos y antebrazo se dividen por planos.
- Recuerde que el lavado debe durar 5 minutos.
- Frotar 15 veces a cada lado de sus dedos, inicie en pulgar y sigue el orden sin omitir ningún plano.
- Dar énfasis a los nudillos, pliegues cutáneos y espacios interdigitales.



- Cepillar o frotar 15 veces cada uno de los planos de las manos, primero palma y luego dorso.
- No olvide la parte lateral de las mismas.
- Cepille o frote el antebrazo en forma circular abarcando la circunferencia de este por los cuatro planos, siempre de la mano hacia el codo.
- Extender las frotaciones 6 cm por encima del codo dando a estas algunas frotaciones horizontales.
- Enjuagar el brazo utilizando la técnica aséptica correspondiente, sin rosarlo en ninguna superficie de la pileta o tubo, el agua debe correr de los dedos al codo, tome otro cepillo, repita el procedimiento en la otra mano y antebrazo.
- Enjuagar cada mano, antebrazo y codo por separado desde los dedos hasta el codo sin tocar bordes de pila ni tubo, recuerde sacar la mano del chorro sin devolverse, no balancear el antebrazo por el chorro para enjuagarse. En caso de tocar los bordes de la pila o grifo deberá iniciar nuevamente el procedimiento.
- Mantener los brazos hacia arriba para que el agua escurra de la mano al codo.
- Cerrar el grifo, sin tocar la llave con manos o brazo.
- Encaminarse al quirófano con las manos a la altura de la cara y separadas del cuerpo.
- El circulante abrirá el delantal que contiene un perdis o toalla estéril.
- El profesional de Enfermería o persona lavada levantará la toalla al alto de los hombros y sin bajar del nivel de la cintura, manteniéndola separada del cuerpo.
- Dar un paso hacia atrás y abre la toalla a lo largo y ancho de la misma.
- Secar cada uno de los dedos por separado y en forma completa incluyendo espacios interdigitales.
- Secar la mano.
- Secar el antebrazo hasta el codo con movimientos lentos y circulares.
- Nunca retornar a un sitio que ya se ha secado.
- Tomar el extremo opuesto de la toalla sin usar, secar la otra mano y brazo en la misma secuencia.



- Desecha la toalla correctamente sin tirarla ni pegar sus manos en las superficies cercanas.
- Mantener las manos en alto y alejadas del cuerpo.

Recuerde siempre:

- Uñas cortas limpias, sin esmalte ni acrílicos.
- Antes del lavado retirarse joyas.
- Vestirse con ropa verde, botas y gorro.
- Ajustar bien lentes y mascarilla.
- Recogerse las mangas.

- El uso de guantes no sustituye el lavado de las manos.
- En el espacio entre los dedos y debajo de las uñas, se encuentra mayor número de microorganismos.
- Las manos agrietadas y reseca favorecen la colonización de flora microbiana transitoria.
- El uso de lociones y cremas permite restablecer las condiciones de acidez y humedad de la piel y ayuda a evitar la aparición de grietas en las manos sometidas a frecuentes lavados con jabones antisépticos.
- En caso de lesiones cutáneas o manos agrietadas, el personal debe acudir a la consulta de empleados, usar guantes durante el contacto con el usuario(a) y al manipular materiales contaminados, acatar las medidas de bioseguridad, para su propia protección.
- Cuando la cirugía requiere del servicio de radiología, el personal debe protegerse con los delantales y accesorios para tal fin.
- La funcionaria que se encuentre embarazada debe avisar a la Jefatura inmediata de su condición.
- Valorar el estado y limpieza del equipo de protección radiológica.



Equipo o personal quirúrgico estéril

- Deben usar bata, guantes estériles, además de mascarilla y botas. *Con respecto al uso de la mascarilla quirúrgica, según Gruendemann, B. “Ha sido especificada por la OSHA como equipo de protección personal. Están diseñadas para contener y filtrar partículas de microorganismos expedidos por la boca y las fosas nasales” (29, p.108), debe cubrir la boca y la nariz, estar sujeta de manera que prevenga la salida del aire por los lados, las cintas deben estar ajustadas para que se amolde al contorno facial. Cambiarlas entre cirugías o cuando se manchan, deben ser manipuladas solo por las cintas y realizar higiene de manos posterior a la manipulación de estas.*
- El objetivo de usar las botas es proteger a los miembros del equipo quirúrgico de la exposición a la sangre y otros fluidos corporales durante la cirugía. Según Berry & Kohn y Gruendemann, *“los cobertores de los zapatos se deben llevar en las áreas semi-restringidas y restringidas de la zona quirúrgica, quitarse cuando se abandona el área y reemplazarse cuando se vuelve a entrar en ella, así como cuando se mojan, ensucian o rompan, al realizar dicho cambio se deben usar guantes protectores” (6, p.267-268), (29, p.109).*
- Trabajar dentro del área estéril y permanecer en ésta, durante todo el procedimiento.
- Solo pueden manipular instrumentos o áreas estériles
- Una vez efectuado el lavado y colocado el EPP no pueden bajar los antebrazos por debajo del nivel de la cintura. se debe considerar estéril desde el tórax hasta el nivel del campo estéril.
- Para movilizarse dentro del área estéril, deben pasar frente a frente o espalda a espalda.
- Deben mantener los brazos y las manos dentro del campo estéril.
- Pueden sentarse cuando el procedimiento quirúrgico completo se realice a esa altura.



- Las manos no deben colocarse o cruzarse por debajo de los brazos debido a la transpiración de la región axilar.
- El delantal quirúrgico, solo se considera estéril en el área del frente, hasta el nivel del campo estéril.
- Aumenta el riesgo de contaminación: Caminar fuera del campo estéril, abandonar el quirófano o volver a entrar en él, vistiendo el atuendo estéril, no salir del quirófano, de lo contrario se debe repetir todo el procedimiento (lavado de manos, ropa hospitalaria quirúrgica).
- En el área quirúrgica se debe reducir al mínimo las conversaciones, para disminuir la diseminación de gotas de humedad en el campo estéril.
- Reducir al mínimo el movimiento y las corrientes de aire alrededor del área estéril, evitando la turbulencia.
- Se hace necesario realizar mención al cumplimiento de la circular ARSDT-ENF-002102014 del 7 de febrero 2014 asunto: Recordatorio sobre directrices para fortalecer acciones específicas de Enfermería en relación con las normas y procedimientos para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias. **Ver Anexo 10.**

El personal quirúrgico no estéril:

- No debe entrar en contacto ni apoyarse en el campo estéril.
- Debe aproximarse al área estéril de frente, no debe caminar entre dos campos estériles y debe mantener distancia del campo estéril, mínimo 50 cm.
- Si circulan y transitan cerca de campos estériles, deben llevar las faldas o camisa por dentro del pantalón.
- Las áreas estériles:
 - Se mantienen siempre a la vista.
 - Con los campos estériles se debe establecer un área estéril.
 - Tocarse lo menos posible.



- Evitar los movimientos rápidos, para que no genere corrientes de aire que puedan facilitar la llegada de polvo, pelusa y gotas.
- Las sábanas estériles se han de doblar de manera que sus bordes puedan ser manejados por el personal lavado, sin peligro de tocar superficies no estériles.
- Se cubre primero el lado cercano de cualquier superficie no estéril, con campos estériles y después cubre la zona más alejada.
- La colocación de los campos y las sábanas estériles se dirigen de la zona preparada para la incisión hacia la zona no preparada, minimiza el riesgo de contaminación del campo estéril.
- Una vez colocados en posición, los campos estériles nunca se cambian ni desplazan, para evitar el arrastre de microorganismos de zonas no preparadas hacia el área quirúrgica.

Esterilidad dudosa:

- Si existe cualquier duda sobre la esterilidad de un artículo, hay que considerarlo contaminado.
- En la práctica clínica, un instrumento se considera estéril o no estéril.
- El personal de quirófano debe mantener elevados estándares de calidad.
- Cada miembro del equipo quirúrgico es responsable de ejercer su rol en el control de las infecciones para prevenir el riesgo de complicaciones a las personas que están a su cargo.

Las mesas quirúrgicas:

- Deben permanecer limpias y secas para garantizar la esterilidad de los artículos que se abren y disponen sobre ellas.
- Solo la parte de encima de una mesa cubierta con un campo estéril se considera estéril.
- Los bordes y los lados del cubre paquete y la sábana extendida por debajo del nivel de la mesa se consideran no estériles.



- Cualquier objeto que caiga o rebase el borde de la mesa, deja ser estéril.

Además

- Los cables, conexiones, tubos y otros materiales se aseguran al campo estéril, para evitar que resbalen por el borde.
- La mesa sobre la que se prepare un campo estéril siempre debe estar limpia, desinfectada y seca.
- Una vez colocados los campos estériles no se deben desplazar de un lado a otro, en caso de no garantizar la esterilidad del campo (humedad por fluidos) reemplazar por otro campo estéril.

Causas de interrupción de la integridad de los paquetes estériles

La integridad de un paquete estéril o una cubierta estéril se destruye por perforación, pinchazo o al mojarse (6, p.262).

Al mojarse la humedad penetra desde las capas no estériles a las estériles o viceversa.

Los materiales ideales de barrera deben ser resistentes a la abrasión e impermeables a la filtración de fluidos o polvo que puedan transportar microorganismos.

“La integridad de un paquete estéril y el aspecto del testigo del proceso de esterilización deben de ser comprobados antes de abrirlos” (6, p. 262). Es indispensable acatar los siguientes aspectos para garantizar la esterilidad de un artículo:

- Deben colocarse solo en superficies secas.



- Si un paquete se moja o humedece, debe descartarse o someterse nuevamente a todo el proceso de empaque y esterilización.
- Derrame de soluciones dentro del área estéril, debe cubrirse con toallas estériles.
- Los paquetes deben tener un proceso de enfriamiento al salir de la autoclave, evitando manipularlos o colocarlos sobre superficies frías, esto previene la condensación del vapor y disminuye la contaminación.
- En caso de que los paquetes se encuentren húmedos se deben descartar.
- La ropa se debe enviar a lavar y cumplir con el proceso de esterilización.
- Los elementos estériles se almacenan en áreas limpias, desinfectadas, secas, libres de corrientes de aire y lejos del tránsito de las personas.
- Se debe manipular con las manos limpias y secas.
- Evitar la presión sobre los paquetes o bolsas estériles.
- El número óptimo de veces que debe manipularse un paquete estéril es de tres a cuatro veces, antes de su uso en los tejidos del usuario(a).

30. Descontaminación y desinfección de áreas quirúrgicas

La desinfección es el proceso que elimina muchos o todos los microorganismos patógenos, con excepción de las esporas de los objetos o superficies inanimadas.

En contraposición, la esterilización es el proceso que destruye todas las formas de vida microbiana, incluidas las esporas, de los objetos o de las superficies inanimadas.

Los factores que influyen la eficacia de la desinfección son los siguientes:

- La limpieza previa del objeto.
- El tipo y nivel de contaminación microbiana.
- La concentración y el tiempo de exposición al germicida.
- La configuración física del objeto (hendiduras, bisagras y luces).



- La temperatura y el PH del proceso de desinfección.

El diagrama siguiente plasma la susceptibilidad de los diferentes grupos de microorganismos a los desinfectantes, de mayor a menor resistencia.

- Esporas de bacterias. (Bacillus subtilis Clostridium).
- Mico bacterias.
- Virus no Lipídicos o virus pequeños (Poliovirus, Rhinovirus).
- Hongos (Cryptococcus, Cándida).
- Bacterias vegetativas (Staphylococcus, Pseudomomas, Enterococcus enterococo resistente a la Vancomicina, (ERV). S. aureus resistente a la Metilina (SARM).
- Virus lipídicos o virus de tamaño medio. (Virus de hepatitis B, virus de hepatitis C, virus de inmunodeficiencia humano, herpes simple, Citomegalovirus, virus respiratorios sinsitial, virus Ebola). (29,p.186)

Clasificación de artículos

El sistema de clasificación de Spaulding creado en 1968 dividió el cuidado de los usuarios en tres categorías de acuerdo con la naturaleza de los artículos, la manera en que se van a usar y el grado de riesgo de infección implicado en su uso:

Los artículos críticos:

- Tienen un alto riesgo de producir infección si se contamina con cualquier microorganismo, incluyendo esporas de bacterias.
- Estos instrumentos entran en los tejidos estériles como el sistema vascular o fluye la sangre a través de ellos. Se requiere la esterilización de instrumentos críticos.
- Algunos ejemplos de instrumentales críticos son: el instrumental quirúrgico, como los implantes, las agujas, algunos accesorios endoscópicos, las pinzas



de biopsias y los cepillos citológicos, los laparoscopios, los artroscopios y algunos instrumentos dentales.

Los artículos semicríticos:

- Son aquellos que entran en contacto con las membranas mucosas o la piel no intacta. Estos artículos deben de recibir una desinfección de alto nivel como mínimo antes de usarlo.
- También se consideran semi críticos los aparatos y equipos contaminados con el virus de la Hepatitis B (VHB), virus de la inmunodeficiencia humana VIH o micobacterium tuberculosis, deben ser desinfectados como mínimo con desinfección de alto nivel. (DAN).
- Según las características de los artículos y los equipos con los que cuente la institución, se recomienda la esterilización.
- *“Algunos artículos semicríticos como los tanques de hidroterapia y termómetros, pueden requerir una desinfección de nivel intermedio (DNI), la cual inactiva tuberculosis, bacterias vegetativas y la mayoría de los virus u hongos, pero no necesariamente las esporas bacterianas. Ejemplos de artículos semicríticos son los gastrointestinales, los broncoscopios, laringoscopios y tubos endotraqueales, el equipo respiratorio y reutilizable de anestesia como los dializadores, transductores, los anillos diafragmáticos, los tonómetros, los termómetros y los tanques de hidroterapia, en el caso que se usen en usuarios con la piel no intacta (usuarios con quemaduras)” (29, p.187).*

Los artículos no críticos:

- Son los entran en contacto con la piel intacta no con las mucosas, no se requiere una esterilidad importante porque la piel es una barrera efectiva para la mayoría de los microorganismos.
- Los artículos no críticos deben recibir una desinfección de nivel intermedio (DNI); una desinfección de bajo nivel (DBN) o solo limpieza.



- Algunos ejemplos de artículos no críticos son los estetoscopios, manguitos de presión y torniquetes, los cables de electrocardiogramas, las sábanas y las superficies ambientales tales como las mesas adjuntas a la cama, mobiliario y sueros.

Niveles de desinfección

Desinfección de alto nivel (DAN)

Es un proceso que elimina todos los microorganismos excepto las grandes poblaciones de endo esporas bacterianas.

Se consigue durante la inmersión de un instrumento durante un tiempo determinado en un agente químico, que se haya aprobado como desinfectante o esterilizante por la USFOOD AND DRUG ADMINISTRACION (FDA) y siguiendo los productos que se van a utilizar serán los que la normativa institucional define por la instancia técnica competente.

Desinfección de nivel intermedio (DNI):

La DNI inactiva las bacterias vegetativas incluyendo el mico bacterias, la mayoría de los virus y hongos, pero no necesariamente las esporas bacterianas.

Se usan para algunos instrumentos semicríticos, tales como termómetros y tanques de hidroterapia que se utilizan para usuarios niveles de desinfección con piel no intacta, así como también para algunos instrumentos no críticos.

La DNI se consigue mediante la inmersión en un producto químico específico o por desinfección de la superficie.



Desinfección de bajo nivel (DBN):

Se utilizan instrumentos no críticos, elimina la mayoría de las bacterias vegetativas y algunos virus y hongos, pero no al virus bacilo tuberculoso ni al bacilo de las bacterias.

La DBN se consigue mediante la limpieza o desinfección de una superficie o lavado o limpiando un instrumento con productos químicos especiales.

31.Principios de esterilidad

Manejo de ropa y paquetes estériles

Todos los objetos se empacan antes de su esterilización, excepto los esterilizados a vapor de presión ultrarrápida o sometida a desinfección de alto nivel por inmersión en solución química.

“Todos estrictamente, antes de su uso y durante el almacenamiento deben mantener la integridad del material empaquetado” (6, p.320).

Los paquetes se etiquetan para saber lo que contienen (a menos que sea visible a través del propio material).

La etiqueta también incluye las condiciones de esterilización.

Un indicador químico en el interior y una cinta control en el exterior de cada paquete verifica la exposición a un proceso de esterilización. **Ver anexo 10 (Medidas de control para paquetes estériles).**

32.Gestión de residuos

Según la norma para desechos biopeligrosos en establecimientos de salud. CCSS.

“Un aspecto fundamental en la práctica clínica diaria es la generación de desechos hospitalarios, que por su naturaleza pueden ser una fuente de riesgo para la salud de los trabajadores, usuarios(as) y visitantes, por lo que deben ser tratados y



dispuestos adecuadamente para no incidir negativamente sobre el medio ambiente.”

La gestión de estos residuos merece una especial atención porque presentan una potencial peligrosidad.

Esta gestión debe comenzar en el establecimiento productor del residuo cumpliendo para ello la normativa legal vigente en la materia.

Hay que tener en cuenta que la gestión de los residuos sanitarios afecta principalmente a tres ámbitos:

- **A la salud pública**, dado que una mala gestión interna del centro puede afectar a usuarios y al público, así como una inadecuada gestión externa puede afectar a la población general.
- **Al medio ambiente**, cuando se realiza un tratamiento y eliminación ineficaz de los residuos dando lugar a emisiones contaminantes.
- **A los trabajadores**, tanto los que realizan su actividad laboral en el centro productor como aquellos que trabajan en la gestión externa de los residuos.

Definiciones básicas; Se considera desecho sólido cualquier material a partir del momento en que se descarta.

Desechos sólidos hospitalarios (DSH): son aquellos generados por actividades que se realizan en las diferentes instalaciones de salud.

Desechos peligrosos: Se considera desechos peligrosos los que de una u otra forma pueden afectar la salud humana y el medio ambiente. Al mezclarse y manejarse con los desechos comunes, estos se contaminan: aumenta así la cantidad de materia peligrosa y las posibilidades de que ocurran accidentes e infecciones.

Clasificación de los desechos sólidos hospitalarios:



Clasificar los DSH es el primer paso hacia una gestión segura, efectiva y económica. A partir de la clasificación se generan todas las operaciones de manejo, desde la separación hasta el tipo de tratamiento que cada clase de residuo requiere.

ESQUEMA N° 4 Clasificación de los desechos sólidos hospitalarios

<i>Categorías</i>	<i>Clases</i>	<i>Tipos</i>
<p>Comunes</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Peligrosos: Daña la salud de las personas Todos los residuos producidos en instalaciones de salud. ❖ Especiales: No común ni peligrosos. Ej. Material de mantenimiento de gran tamaño, fármacos. Maquinaria obsoleta 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bio-infecciosos: Fluidos corporales ❖ Químicos ❖ Radioactivos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infecciosos <p>Forma de descartar</p> <p>Patológicos _incinerador</p> <p>Punzocortantes- poliuretano - contenedor rígido-tapa hermética. Deben estar identificado</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Corrosivos ❖ Radioactivos ❖ Explosivos ❖ Tóxicos

La segregación

La segregación es la primera fase del manejo interno. Consiste en separar cada desecho de acuerdo con la clasificación establecida y depositarlo en un envase adecuado a sus características de peligrosidad.

Esta operación debe efectuarse en la misma fuente donde se generan los desechos. Según el documento de la Organización Panamericana de la Salud “Consideración sobre el manejo de residuos de hospitales en América Latina”, la separación inadecuada de los desechos en el punto de origen hace que el componente peligroso represente de un 20% a un 50% del total, cuando podría ser inferior al



15%. Segregar los desechos con contenedores adecuados es el método más simple y eficaz para reducir la magnitud del riesgo.

Ventajas de la segregación

- Disminuir la cantidad de residuos que tienen que ser manejados como peligrosos.
- Reducir los niveles del riesgo ocupacional.
- Disminuir costos.
- Facilitar el reciclaje de los desechos comunes.

Normas de segregación por categoría de desecho

Desechos comunes

Se debe utilizar bolsas negras y seguir el procedimiento que se aplica normalmente para un eficiente servicio de aseo.

A fin de facilitar eventuales operaciones de reciclaje de papel, vidrio y recipientes de plástico no contaminados se recomienda utilizar contenedores diferenciados.

- **Vidrio no contaminado**

Depositar en un contenedor especial para esta clase de desechos. El recipiente no debe de llenarse a más de tres cuartas partes de su volumen, ya que ningún trozo de vidrio debe sobresalir del borde superior del contenedor.

En ninguna circunstancia los recipientes de vidrio deben usarse como contenedores para agujas y punzocortantes.

- **Botellas de solventes**

Poner las botellas de solventes vacías sin tapa en una campana de extracción de humos por lo menos de 24 horas, para permitir la evaporación de residuos tóxicos.



Enjuagar las botellas por dentro y depositarlas en los contenedores para los desechos de vidrio o en sus envases originales.

Si no se puede utilizar un proceso adecuado de descontaminación, las botellas tendrán que considerarse desechos químicos peligrosos y ser colocadas en los contenedores destinados a esos productos.

Desechos bio-infecciosos

- **Infecciosos patológicos**

Los desechos sólidos peligrosos de tipo infeccioso o patológico serán segregados en bolsas rojas.

Es importante manejar por separado los desechos patológicos, cuando se haya previsto sepultarlos bajo tierra o enviarlos a un cementerio.

- **Punzo –cortantes.**

Los objetos punzocortantes y en especial las agujas serán segregados en contenedores rígidos para punzocortantes.

Si no se dispusiera de recipientes específicos para punzocortantes, colocar las agujas en sus fundas protectoras utilizando la técnica de una sola mano.

Acto seguido, depositar las agujas en tarros o botellas plásticas resistentes; las jeringas serán desechadas en bolsas rojas.

Las pipetas de vidrio de Pasteur contaminadas o presumiblemente contaminadas con cualquier agente químico o patológico deben ponerse en un contenedor para “punzocortante”.



Las pipetas que no hayan estado en contacto con sangre o líquidos corporales serán depositadas en un contenedor para vidrio y tratadas como desecho común.

Precauciones generales para el manejo de los desechos punzocortantes.

Los punzocortantes son responsables del 75% de los accidentes del personal de salud y representan la mayor amenaza por tres razones:

- Las agujas actúan como reservorios en donde los patógenos pueden sobrevivir por largo tiempo, debido a la presencia de sangre.
- Llevan los patógenos directamente al flujo sanguíneo al punzar la piel.
- Siguen teniendo un valor comercial y son codiciados por parte de rebuscadores de basura.

Por lo tanto, deben de extremarse las precauciones cumpliendo los siguientes pasos:

- Recolectar todos los punzocortantes y las agujas en envases de plástico rígidos.
- Estos recipientes no deberán llenarse más de dos tercios de su capacidad.
- Una vez, lleno el envase debe cerrarse herméticamente en la fuente de generación. Los contenedores grandes (procedentes de las áreas que los consumen en importantes cantidades) serán etiquetados y descartados de manera unitaria.
- Para aquellos punzocortantes que serán remitidos directamente al relleno sanitario, sin ser sometido a tratamiento previo, se recomienda descontaminarlos químicamente, llenando el envase donde fueron depositados que contiene los punzocortantes con una solución desinfectante (por ejemplo, hipoclorito de sodio al 5 o 10%).
- Una vez desechados, los punzocortantes no deben ser removidos de los contenedores por ningún motivo y deben permanecer en ellos cualquiera que sea el destino final de los DSH/P.



Los envases para punzocortantes nunca deben colocarse en los contenedores para vidrio.

Desechos químicos

Es muy difícil establecer reglas generales para el manejo de este tipo de desechos, por la diversidad de químicos que circulan en las instalaciones de salud, por la amplia gama de propiedades que poseen y reacciones que pueden ocasionar y por la imposibilidad de citar los múltiples tratamientos existentes.

Precauciones generales para el manejo de los desechos químicos

- Recoja el desecho sólido contaminado (por ejemplo, guantes, vidrio, materiales de laboratorio, entre otros) en doble bolsa plástica roja y colóquelo en la caja de cartón.
- Guarde los desechos sólidos y por separado.
- Para las soluciones, anote la concentración (incluya cantidad de agua presente).
- Ponga fecha en la etiqueta de cada contenedor y las palabras “desecho químico peligroso”.

Para los desechos de productos comerciales embotellados en sus contenedores originales, no es necesario el rotulo.

- Separe los desechos según el tipo al cual pertenecen: ácidos, solventes, entre otros
- No mezcle materiales incompatibles en el mismo recipiente ni en la misma bolsa.
- No ponga químicos corrosivos o reactivos en latas de metal.
- Nunca llene los recipientes hasta el tope:



Para los líquidos; llenar los recipientes hasta el 90% de su capacidad. Dejar por lo menos 5cm. De espacio en los recipientes para desechos líquidos de cinco galones, con el fin de permitir la expansión del líquido y el bombeo.

Asegurar los tapones sobre las latas y las botellas antes de empaquetarlas; luego cierre bien las bolsas que los contienen, antes de su recolección.

Los desechos químicos, por su valor comercial, deben llevarse a un destino final seguro que impida su recuperación por parte de rebuscadores de basura u otras personas.

Desechos radiactivos

A diferencia de otros materiales peligrosos, estos desechos son invulnerables a la degradación por procesos químicos o físicos.

Desechos especiales

Los desechos especiales deberán, cuando sus características físicas lo permitan, ser colocados en bolsas negras y manejados como desechos comunes.

Cuando esto no sea posible (desechos de gran tamaño, residuos de construcción, maquinaria obsoleta, entre otros) se procederá según acuerdos con la administración municipal y de conformidad con la reglamentación vigente.

TABLA N° 5 Clasificación de los desechos sólidos hospitalarios

TIPO DE DESECHO	ESTADO FISICO	ENVASE	COLOR Y SIMBOLO
Comunes	Sólidos	Bolsas de plástico	Negro
❖ Infecciosos Sangre y cualquier desecho impregnado por sangre y secreciones, incluyendo	Sólidos Líquidos y sólidos que pueden drenar abundantes líquidos	Bolsas de plástico, Recipientes herméticos colocados en bolsas plásticas*	Rojo



los restos de comidas provenientes de las salas de aislamiento			
❖ Patológicos (partes de cuerpos humanos, animales y fluidos).	Sólidos Líquidos y sólidos que pueden drenar abundantes líquidos	Bolsas de plástico Recipientes herméticos colocados en bolsas plásticas*	Rojo
❖ Punzocortantes Cualquier objeto punzocortante desechado.	Sólidos	Recipientes rígidos para punzocortantes o colocados en bolsas plásticas **	Rojo
❖ Químicos Incluye los fármacos vencidos, cuando tengan características de peligrosidad, y la vestimenta contaminada con químicos.	Sólidos Líquidos	Doble bolsa de plástico cuando sus características lo permitan. Envases originales	Rojo Símbolo correspondiente al tipo de químico
❖ Radiactivos Incluye cualquier desecho contaminado con radio nucleídos.	Sólidos Líquidos	Contenedores originales o envases que garanticen adecuada protección	Contenedores originales o envases que garanticen adecuada protección
❖ Especiales	Sólidos	Bolsas de plástico	Negro

*Recolocar en bolsas plásticas rojas para permitir la identificación y facilitar el etiquetado.

**En caso de contenedores pequeños es recomendable juntarlos en bolsas rojas, para facilitar el manejo y permitir un etiquetado más eficiente. Los contenedores de gran tamaño se manejarán y etiquetarán directamente.



Acumulación

Las zonas de acumulación estarán distribuidas en los diferentes departamentos y servicios de la instalación de salud, en un área apartada y con suficiente ventilación, donde serán colocados los envases de residuos debidamente sellados y etiquetados.

Se recomienda:

- No acumular residuos en las áreas destinadas a la hospitalización de usuarios, ni en los pasillos.
- En los quirófanos, la acumulación debe centralizarse en un lugar fuera del área estéril o limpia.

Recolección y transporte interno

Esta fase debe planificarse por la oficina competente, la gestión ambiental, previo con la comisión local de vigilancia epidemiológica y aprobada por la dirección del establecimiento de salud y ejecutada por el personal de servicios generales. Consiste en el traslado de bolsas y contenedores de los desechos desde los lugares de acumulación a la zona de almacenamiento temporal. Para esta operación hay que contemplar.

1. Uso de envases para el transporte y almacenamiento de las bolsas
2. Horarios y frecuencias
3. Rutas críticas
4. Medios de transporte
5. Medidas de seguridad y uso de equipo de protección personal según corresponda.



Envases para el transporte y almacenamiento de las bolsas

Debido a la dificultad de manejo y almacenamiento de las bolsas y a su escasa resistencia, es conveniente, para su transporte y almacenamiento, utilizar envases resistentes que puedan contenerlas.

En estos recipientes rígidos o semi-rígidos se depositan las bolsas de desechos peligrosos, de manera que estas cuenten con una protección adicional para que no se rompan durante el transporte y/o el almacenamiento, provocando derrames.

El contenedor que aparece en el siguiente dibujo es de cartón corrugado. Este provisto de una bolsa plástica interna y de un sistema de cierre especial, de amplia utilización en los países europeos.

Pueden ser utilizados directamente en la fase de segregación y es muy práctico para el transporte interno y externo.

Si no fuese posible contar con este recurso o con otro material desechable se aconseja emplear contenedores reutilizables que respondan a las siguientes exigencias.

- Debe ser de plástico resistente
- Debe tener ángulos redondeados para permitir una limpieza efectiva
- Sin aspereza rendijas o bordes filosos que dificulten el trabajo de limpieza y esterilización.

Es importante desinfectar los contenedores después de cada ciclo de utilización.



Horarios y frecuencia

La dirección del establecimiento de salud con la asesoría y aprobación de la comisión local de vigilancia epidemiológica y la comisión de gestión ambiental establecerá los horarios, la duración y la frecuencia de recolección, en función de la cantidad y calidad de desechos generados por cada servicio, cuidando que las actividades de recolección y traslado no interfieran con los servicios de salud y se lleven a cabo con eficiencia, garantizando la seguridad.

Ruta crítica

Las rutas previo análisis y aprobación de la comisión de vigilancia epidemiológica y gestión ambiental, para el traslado de los contenedores deben asegurar la máxima seguridad, por lo que deben ser trayectos cortos, directos, no coincidir con el tránsito de gente ni interferir con los servicios, sobre todos los de emergencia.

Medio de transporte

En los hospitales los ductos de conducción por gravedad no son aconsejables para la movilización de los desechos, ya que las bolsas se dañan con el impacto y el roce con las paredes durante el descenso.

Definitivamente no deben utilizarse para desechos peligrosos, debido al alto riesgo de provocar derrames.

Se aconseja el uso de carros de tracción manual silenciosos, con suficiente estabilidad, ruedas de caucho y paredes lisas para facilitar el trabajo de limpieza.

En las instalaciones de salud pequeñas no es aconsejable utilizar carros, ya que podrían dificultar el transporte en vez de facilitarlo. En estos casos, la operación debe efectuarse manualmente.



Se deben tomar las siguientes precauciones:

- Los carros que transportan residuos no deben llevar ropa u otros suministros
- Transportar los envases de residuos peligrosos y comunes por separado.
- Tomar en cuenta la compatibilidad química de los productos transportados y no trasladar juntas sustancias que pueden ocasionar una reacción química violenta.

Medidas de seguridad en recolección y transporte

- No arrastrar por el suelo los envases y las bolsas plásticas; acercar el carro todo lo posible al lugar donde deben recogerse los envases.
- Cuando se trate de materiales que pueden perforarse (bolsas de plástico), el personal de limpieza debe tomarlos por arriba y mantenerlos alejados del cuerpo, a fin de evitar roces y posibles accidentes con punzocortantes mal segregados.
- Por ningún motivo deberán traspasarse residuos de un envase a otro.
- El personal de limpieza debe usar EPP que impidan el contacto directo de la piel con los envases y que lo protejan de posibles accidentes traumáticos y de infecciones cruzadas.



CAPITULO

VI

Principios de ética y legislación quirúrgica



33. Aspectos legales

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos incluyendo la parte quirúrgica.

En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados.

Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad técnica y ética que les corresponde.

Nadie puede alegar desconocimiento de la ley, lo que implica que todo profesional debe conocer y saber cuál es y qué ordena el marco legal que regula el ejercicio de su profesión, es decir debe conocer los derechos y obligaciones que se tienen como profesional de Enfermería. (Artículo 129 Constitución Política de Costa Rica).

El reglamento de la Ley 7085 Estatuto de Servicios de Enfermería del Colegio de Enfermeras de Costa Rica establece: “El ejercicio de la enfermería profesional significa, en nuestro ordenamiento jurídico: la iniciación y ejecución de manera independiente, de cualquier acción de carácter profesional, en materia de observación, cuidados y asesoramiento a usuarios(as), lesionados o enfermos, en la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades”.

Lo anterior coloca al profesional de Enfermería que labora en el área quirúrgica de la institución, como un funcionario público sujeto a un marco normativo, donde su accionar puede generar consecuencias jurídicas derivadas de su comportamiento, de índole civil que conlleva reparación de los daños y resarcimiento económico y de índole penal que tiene un carácter punitivo tipo sanción.



Las prácticas inadecuadas de la enfermería aún sin tener la intención de causar daño, puede señalarse dentro de nuestro sistema legal de la siguiente forma:

IMPERICIA: la ignorancia inexcusable.

NEGLIGENCIA: la omisión inexcusable.

IMPRUDENCIA: la temeridad inexcusable.

INOBSERVANCIA DE REGLAMENTOS.

Por lo antes expuesto el profesional de Enfermería tiene responsabilidad civil, penal y administrativa, donde los accidentes o la omisión de las acciones dentro del proceso de perioperatorio encuadran dentro del régimen jurídico como mala praxis y pueden generar la imposición de una pena y la condena al pago de una indemnización por daños y perjuicios, que obliga solidariamente al establecimiento de salud y a la institución.

Por tanto, se recomienda la búsqueda en la excelencia en la gestión del cuidado ejecutando el deber del cuidado sobre todo en el usuario(a) quirúrgico, que tiene un grado alto de dependencia con el personal que interviene en el proceso perioperatoria.

Dentro de esta temática se hace necesario señalar la importancia de los registros de enfermería, esta actividad es una responsabilidad del personal de salud que ejecuta la acción, se debe registrar los actos que se hacen o se dejan de realizar, a fin de demostrar la continuidad del curso clínico del usuario(a) y su respuesta al tratamiento.

En caso de una situación legal se analiza el contenido de estos registros, es aquí cuando se toma real dimensión de la importancia que adquieren estos registros desde el punto de vista jurídico.



La nota de enfermería debe ajustarse a los lineamientos institucionales según formatos establecidos y estar debidamente identificada con el nombre, firma y código de la persona que la realiza, a efectos de que tenga validez jurídica.

Una regla fundamental que todo el equipo de salud debe tener presente en el desarrollo de la gestión del cuidado es: **“Lo que no está escrito no está hecho”**.

Esta norma debe extenderse a todo el equipo de salud. El profesional de Enfermería dentro de su responsabilidad debe registrar sus acciones en los registros oficiales de la Institución, pero también debe exigir registros correctamente elaborados cuando debe cumplir indicaciones prescritas por terceros, exceptuando situaciones de emergencias donde peligre la vida del usuario(a).

34. Principios ética y responsabilidad del profesional de Enfermería

Los valores o principios éticos determinan y orientan el pensamiento humano, en su forma de actuar y, como profesionales al cuidado de la salud, influyen en el ejercicio de nuestra profesión promoviendo el respeto a los derechos humanos, a la beneficencia, a la justicia, a la autonomía y a la dignidad de la persona humana.

Se han reconocido cuatro principios esenciales dentro del marco de referencia ético señalados en los artículos 25-26-27-y 28 Capítulo IV. Principios Bioéticos estipulados en el Código de Ética Profesional- Colegio de Enfermeras de Costa Rica que a saber son:

“Artículo 25. Principio de Autonomía: Las personas profesionales de enfermería reconocen, respetan y legitiman la autonomía de todo ser humano para tomar sus decisiones en salud, basadas en la racionalidad de un consentimiento informado, dentro del marco de los principios y valores éticos y morales que pueda sustentar.



Las personas profesionales en enfermería velarán para que nadie coacte externamente la voluntad de las personas y les brindará protección cuando se encuentren en una situación vulnerable o tenga disminuida su autonomía.

Artículo 26 Principio de no maleficencia: En virtud de este principio, las personas profesionales en enfermería están obligadas a tener una formación teórica y práctica rigurosa y continuamente actualizada, a mejorar los conocimientos, los procedimientos y las técnicas de su profesión, a paliar mejor el dolor de las personas sujetas de atención y a cultivar una actitud favorable para la correcta relación con la persona, a fin de que con su práctica profesional no le cause ningún daño injustificado.

Artículo 27 Principio de beneficencia: Este principio obliga a las personas profesionales de enfermería a procurar el mayor bien posible para la persona sujeto de atención y el deber de sopesar, en el caso concreto, los beneficios y los riesgos del procedimiento, siempre que su aplicación dependa exclusivamente del ámbito propio de su competencia.

Artículo 28 Principio de justicia: Las personas profesionales en enfermería, en el ejercicio profesional tomarán en cuenta situaciones de desventaja psicológica, social o económica de las personas, a fin de que reciban un trato igual al de otras personas en situación distinta. Velarán por que los establecimientos de salud públicos o privados cumplan con este principio en la programación de los servicios de salud que ofrecen a la población. El ejercicio de la enfermería, en cualquiera de sus facetas, se orienta por el respeto y armonía de los principios de libertad, dignidad, equidad, igualdad y no discriminación, solidaridad, seguridad y respeto de la diversidad humana.

En este sentido la gestión del cuidado del profesional de enfermería en el proceso de perioperatorio debe considerar los principios éticos antes mencionados como



parte de su quehacer rutinario a efectos de que la conducta ética sea una guía en el ejercicio de la profesión, que le permita resolver y fundamentar decisiones en la prestación de los servicios.

En enfermería perioperatoria el paciente debe ser capaz en el preoperatorio de comprender por completo y analizar todos los aspectos relacionados con su cirugía, contar con la información suficiente sobre la cual basar su decisión de ser operado (sin presión ni coerción).

En caso de personas con algún grado de discapacidad, niños, adultos mayores con problemas sensoriales, personas con barreras del idioma o personas con niveles alterados de la capacidad debido a lesiones o enfermedad, se deben buscar las estrategias a efectos de no violentar los principios antes citados.

Normas de ética

Solamente el cirujano o profesional autorizado, puede dar informes sobre diagnóstico, falla técnica, imprevistos, falta de instrumental, entre otros después del acto quirúrgico.

El recurso humano, que labora en sala de operaciones debe mantener buenas relaciones interpersonales y guardarse mutuo respeto durante sus labores, abstenerse de hacer comentarios relacionados con su trabajo o de índole personal.

Abstenerse de efectuar comentarios inadecuados, tomar fotografías o videos que van en contra de la integridad del usuario(a).



35. Derecho a la información

El usuario(a) de los servicios de salud requiere recibir la información referente a su estado de salud de forma clara, precisa y total, lo anterior en atención al cumplimiento de los derechos que le asisten como persona asegurada y al deber de informar al que está sujeto el profesional de Enfermería.

A través del análisis de esta información el usuario(a) y familia toma las decisiones sobre su evolución y tratamiento.

El usuario(a) conoce su derecho a la información y la profesional de Enfermería perioperatoria reconoce la necesidad del usuario(a) y su familia a recibir la misma.

La responsabilidad que tiene el profesional en brindar la información al usuario(a) está sustentada en el artículo 40 deber de información Capítulo VI.

Deberes generales de los profesionales en enfermería con los usuarios(as).

- 1- Las personas profesionales de Enfermería tienen el deber de informar al sujeto de atención de todos los servicios a brindar.
- 2- Los profesionales de Enfermería deberán suministrar la información disponible, necesaria y completa. Entendiendo por disponible aquella a la que tiene acceso un profesional idóneo diligente y actualizado; por necesaria, aquella que requiere el sujeto de atención de acuerdo con su interés subjetivo para evaluar y tomar la decisión respectiva; por completa la que incluye alternativas, beneficios, riesgos y efectos secundarios.
- 3- La información deberá ser: veraz, objetiva, razonablemente comprensible, en lenguaje sencillo y adecuado a las condiciones culturales, sociales y educativas del sujeto de atención.



- 4- Las personas profesionales de enfermería deberán dejar constancia escrita de la información brindada al sujeto de atención en las anotaciones de enfermería de la historia de salud o expediente de salud físico o digital.
- 5- Cuando la información requerida por el sujeto de atención es propia de otra ciencia de la salud, se deberá remitir al profesional correspondiente (...).

36. Consentimiento informado

El respeto a la dignidad de las personas, tema central de la Declaración de los Derechos Humanos, hace referencia al deber del personal de salud de ofrecer a los usuarios una atención oportuna, un trato respetuoso y amable, información completa, respeto a su intimidad, confidencialidad y libertad de elección.

El consentimiento informado se fundamenta en cuatro principios que consolidan su validez, a saber, el principio de beneficencia, el principio de no maleficencia, el principio de justicia y el principio de autonomía.

Este último supone el abandono de una relación profesional-usuario, caracterizada por un sentido paternalista, para alcanzar un escenario actualizado en la atención de los servicios de salud, en el que el ejercicio efectivo de los derechos del usuario (a) se configura como el factor protagonista.

En este sentido, el usuario(a) ejerce un rol proactivo en la atención de los procesos de salud-enfermedad en los que se ve inserto y de esta manera, con base en la información que se le brinda, da o no su autorización para que se le administre un determinado procedimiento o tratamiento médico. Este derecho se explica en el artículo 2 de la Ley 8239.



Mediante el proceso de consentimiento informado se provee información, adecuada a la capacidad de comprensión de la persona usuaria, referente a su salud y al procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico que se le va a realizar. La información, con las características señaladas, constituye el eje fundamental de dicho proceso.

De esta manera, se fortalece el ejercicio del derecho de autonomía de la persona usuaria, se le ayuda a esta a fundamentar su decisión con respecto a los procedimientos clínicos recomendados y se crea un marco de mayor seguridad jurídica al proceso de atención en salud.

El titular del derecho a la información es la propia persona usuaria, única legitimada, en principio para consentir. Por su parte, el profesional de salud que interviene en la atención de los procesos de salud-enfermedad está obligado a brindar la información y documentación clínica y a respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el usuario(a) de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social.

A tal efecto se define el consentimiento informado como: Proceso de comunicación continua, predominantemente oral, entre los funcionarios de salud y la persona usuaria, que reconoce el derecho de ésta a participar activamente en la toma de decisiones, respecto a los procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de investigación biomédica, todos los anteriores relacionados con su salud, según sea así requerido por criterio profesional calificado.

Se entiende, en primer lugar, como el derecho del usuario(a) a obtener información y explicaciones adecuadas de la naturaleza de su condición o enfermedad, y del balance entre los beneficios y los riesgos de los procedimientos clínicos recomendados y, en segundo lugar, como el derecho del mismo usuario(a) a consentir o no el procedimiento clínico recomendado. Debe obtenerse con



obligatoriedad de manera previa a la realización de un procedimiento clínico específico.

Existen dos tipos de consentimiento

1. Consentimiento informado por sustitución. Es el proceso mediante el cual el profesional responsable de la atención del usuario(a) obtiene el consentimiento de las personas a ella vinculadas, sea por razones de consanguinidad o afinidad, por encontrarse ésta incapacitada para tomar decisiones, esto por criterio razonado del profesional en salud responsable de la atención clínica. En caso de que el usuario(a) sea incapacitada legal o menor de edad, se reconoce el consentimiento por sustitución para el representante legal, con la previsión de que, en algunos casos, pueda tenerse en cuenta la opinión de la persona usuaria.
2. **Consentimiento por delegación:** Proceso por el cual un usuario(a) capaz y en ejercicio de su propia y libre voluntad, delega el derecho a consentir el procedimiento clínico recomendado, en otra persona a ella vinculada, sea por razones de consanguinidad o afinidad. El consentimiento por delegación puede o no acompañarse de una dimisión parcial o total del derecho a la información. Esta manifestación puede realizarse de manera oral, ante testigos, o por escrito, según el Reglamento del Consentimiento Informado en la práctica asistencial de la CCSS.

Así las cosas, el consentimiento es, por tanto, la justificación misma de la legitimidad del acto médico o clínico, basado en el derecho de la persona a su autonomía o autodeterminación.

En este caso específico este documento firmado por el usuario(a) autoriza a darle anestesia y ejecutar el acto quirúrgico, debe ser atestiguado por una persona debidamente autorizada, usualmente nombrada por el hospital.



El profesional de Enfermería del piso quirúrgico y más tarde, el profesional de Enfermería perioperatoria debe cerciorarse de que este permiso ha sido firmado.

Los actos de omisión pueden implicar responsabilidad, según la situación. El profesional de Enfermería debe anotar cuidadosamente todo lo que hace al usuario, así como los medicamentos administrados y debe hacer notas diarias describiendo el progreso o la evolución del usuario(a).

El consentimiento informado oficializado en la Institución debe estar debidamente firmado con descripción y detalle de la cirugía a realizarse, elaborado por el cirujano (a) a quien corresponde operar. Dicho requisito debe formar parte del expediente desde el momento en que el médico(a) le comunica al usuario(a) en la consulta externa que requiere la cirugía.

Al usuario(a) que se le realizará el procedimiento y su familia, se le deben explicar los riesgos y beneficios de la cirugía, junto con otras opciones de tratamiento. El profesional de Enfermería es a menudo el único testigo cuando el usuario(a) firma el formulario de consentimiento. El usuario(a) debe entender todo lo que se le ha descrito, para lo cual se le pide que lo explique a efectos de que el profesional de la salud pueda determinar qué tanto se entendió la información.

Los usuarios(as) con deficiencia mental, fuertemente sedados o en estado crítico no son considerados legalmente capaces de dar su consentimiento. En esta situación, los familiares (cónyuge, hijo adulto, hermano adulto o una persona con poder legal pueden actuar como un sustituto y firmar el formulario de consentimiento. Los niños y las niñas menores de 18 años deben tener un padre o tutor responsable que firme.

En relación con esta práctica por motivos éticos o legales, una intervención quirúrgica no puede realizarse hasta que el usuario(a) entienda la necesidad de un



procedimiento quirúrgico, los pasos que implica su realización, los riesgos, los resultados esperados y los tratamientos alternativos. Operar sin disponer del consentimiento Informado es un riesgo.

Es el médico, quién tiene la responsabilidad principal de informar al usuario. No se considera que un consentimiento sea informado, si la persona está confusa, inconsciente, es mentalmente incompetente o se encuentra bajo el efecto de sedantes u opiáceos.

Todos los formularios de consentimiento Informado ha de ser firmados por el usuario antes de que el profesional de Enfermería le administre en el preoperatorio, fármacos para sedarle. Lo ideal es que sea un médico quien obtenga el Consentimiento Informado, antes de que el cliente ingrese al hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio adyacente.

37. Deberes y derechos del usuario(a)

Los Deberes y Derechos que tienen las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense del Seguro Social y los centros privados, están establecidos en la Ley N.º 8239, aprobada el 13 de marzo del año 2002 por la Asamblea Legislativa.

Esta Ley tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud sean públicos o privados, establecidos en el territorio nacional.

Nombre de la norma: Derechos y deberes de las personas usuaria de los servicios de salud públicos y privado. No. 8239.



Artículo 1.- Objeto

Esta Ley tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional.

Artículo 2.- Derechos

Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a lo siguiente:

- a) Recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos.
- b) Ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.
- d) Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico.
- e) Recibir, sin distinción alguna, un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
- f) Recibir atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
- g) Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia.
- h) Ser atendidas puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor.
- i) Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.
- j) Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el usuario(a) está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del usuario, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado previamente por el usuario(a) o por



convicción anterior, de que este rechazaría la intervención en tal situación.

- k)** Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.
- l)** Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.
- m)** Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
- n)** Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad salvo cuando, por ley especial, deba darse noticia a las autoridades sanitarias. En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado.
- o)** Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.
- p)** Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.
- q)** Hacer uso de sus efectos personales durante el internamiento, con sujeción a las reglas del establecimiento y siempre que con ello no se afecten los derechos de otros usuarios(as).
- r)** Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento, en el caso de usuarios no asegurados cuando acudan a consulta en los servicios públicos.



CAPITULO

VII

Normativa quirúrgica



38. Indicadores de enfermería perioperatoria

La adecuada ejecución de un programa incluye la función de evaluación, que conduce al logro exitoso de los objetivos propuestos del programa y favorece las metas institucionales.

Para realizar esta evaluación se requieren de una serie de indicadores que se definen como instrumentos de medición construida técnicamente y su importancia radica, en que permite evaluar el programa, dar seguimiento y planificar las acciones desempeñadas por el personal de enfermería que interviene en el proceso perioperatorio, sirviendo de retro información del sistema, a efectos de orientar y reforzar aquellas áreas que demuestren alguna debilidad en su desarrollo.

Registros de usuarios(as) incluidos según programa (indicador de producción)

N° de usuarios programados para cirugía (hospitalizados) e incluidos en el programa perioperatorio. x mes x 100

N° de usuarios programados para cirugía (hospitalizados).

Registros de satisfacción del usuario(a) con Atención de Enfermería

Perioperatoria (indicador de calidad)

N° de usuarios encuestados, satisfechos con la Atención Enfermería

Perioperatoria. x mes x100

N° de usuarios que se aplicó la encuesta de satisfacción.



Registros de usuario(a) según cirugía con programa de perioperatorio (indicador de producción)

Nº de usuarios(as) con cirugías programada (hospitalizados) suspendidas e incluido en el programa perioperatorio

x mes x 100

Nº de usuarios(as) programados (hospitalizados) para cirugía e incluido en el programa perioperatorio.

Nº de usuarios(as) incluidos en el programa perioperatorio para cirugía

ambulatoria

x mes x100

Nº de usuarios(as) programados para cirugía ambulatoria

Nº de usuarios(as) con cirugías suspendidas incluido en el programa perioperatorio de cirugía ambulatoria

x100

x mes

Nº de usuarios(as) programados para cirugía ambulatoria e incluido en el programa perioperatorio.



39. Normativa general del área quirúrgica

Normas de implementación del manual normativo

Para el desarrollo y cumplimiento del Manual Institucional de Normas de Atención Perioperatoria, en el campo operativo se aplicarán los siguientes lineamientos:

- a. La Coordinación Nacional de Enfermería, promueve e impulsa el desarrollo, implementación y monitoreo del manual normativo, a través de la exposición del contenido teórico de este documento, en el Consejo Gerencial Nacional de Enfermería y al personal de enfermería de sala de operaciones, por medio de la dirección de enfermería.

La dirección de enfermería conjuntamente la jefatura de sala de operaciones de cada establecimiento de salud debe designar un profesional de Enfermería con experiencia en sala de operaciones (instrumentista), responsable de la implementación del programa, desarrollo, evaluación y seguimiento de este en las diferentes etapas del proceso de enfermería.

Se debe rendir informe escrito a la Coordinación Nacional de Enfermería cada 6 meses sobre los aspectos relevantes que se generen en la aplicabilidad de las Normas contenidas en el manual normativo de enfermería perioperatoria.

- b. La jefatura de enfermería responsable del programa, en coordinación con la Educadora en Servicio debe elaborar un programa educativo para la implementación del Manual Institucional de Normas de Atención perioperatoria, en forma permanente y coordinada con el personal de servicio.



- c. La jefatura de Enfermería responsable del programa debe:
- Monitorear la implementación del manual.
 - Elaborar informe semestral considerando los siguientes aspectos:
 - Datos de producción del servicio de sala de operaciones y del programa perioperatorio según edad y sexo.
 - Número de usuarios(as), familiares o acompañantes orientados en la atención perioperatorio.
 - Número de usuarios(as) entrevistados en el pre y posoperatorio.
 - Informe de las situaciones adversas que presentan los usuarios en la etapa pre, trans y postoperatorias, en caso de la última etapa, se contemplan las complicaciones el periodo inmediato y el tardío.
 - Resultados y análisis de los instrumentos aplicados al usuario, familiares u acompañantes durante el proceso perioperatorio.
 - Recomendaciones, conclusiones y logros de los datos obtenidos durante el proceso perioperatoria.
 - Plan de mejoras y resultados.
- d. Los instrumentos que han sido elaborados para ser aplicados en las diferentes etapas del proceso perioperatorio son de cumplimiento obligatorio, deben ser llenados e incluidos en el expediente de salud de la persona que va a ser intervenida quirúrgicamente.
- e. La Coordinación Nacional de Enfermería juntamente con las Jefaturas Regionales correspondientes, realizará asesoría y monitoreo en el campo clínico; de acuerdo con los informes recibidos de las direcciones de enfermería, cuando así se considere.
- f. Todos los profesionales de enfermería del área quirúrgica son responsables de conocer e implementar el programa en enfermería perioperatoria, por medio de la promoción, educación continua, desarrollo, planificación, coordinación, organización de actividades para la optimizar del proceso quirúrgico, poniendo en práctica el contenido en este documento.



Entidades que intervienen en el desarrollo, aplicación, seguimiento y control, de la implementación del Manual Institucional de Normas de Atención perioperatorias en el campo operativo:

- gerencia Médica. Dirección Desarrollo de Servicios de Salud.
- coordinación Nacional de Enfermería.
- jefes Regionales de Enfermería.
- directoras (es) de Enfermería Hospitales Nacionales y Especializados.
- directoras (es) de Enfermería Hospitales Regionales.
- directoras (es) de Enfermería Hospitales Periféricos.
- jefatura de Enfermería de sala de operaciones.
- jefes de Enfermería de Áreas de Salud, que cuentan con atención quirúrgica ambulatoria.
- educadoras en Servicio de los diferentes establecimientos de salud.
- profesionales de Enfermería de sala de operaciones, de servicios de hospitalización y cirugía ambulatoria.
- profesionales de Enfermería a cargo del programa en Enfermería perioperatoria.

40. Lineamientos generales dentro del bloque quirúrgico

Todo el personal que labora en la sala de operaciones debe estar presente dentro del quirófano en el horario asignado; *“utilizando el atuendo quirúrgico autorizado por la institución. (Atuendo o pijama verde institucional)”* (12, p. 203 - 208), está prohibido deambular con este atuendo fuera del bloque quirúrgico.

No se debe omitir la inclusión y ejecución de las “Listas de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras” del usuario(a) sometido al acto quirúrgico.



Ningún usuario(a) puede ser operado sin el consentimiento informado, firmado y datos solicitados llenos de forma completa, excepto aquellas situaciones contempladas en la normativa existente.

El equipo quirúrgico debe utilizar todos los instrumentos diseñados para cada etapa perioperatoria, contenidos en este manual.

Todo el equipo quirúrgico debe recibir e identificarse con el usuario(a) en el área de preanestesia.

El equipo de enfermería debe estar preparado en el quirófano a las 07:00 a.m. o en su efecto a la hora de entrada según su horario.

Para efectos de tiempo de alimentación, cumplir el tiempo normado por la institución, y el horario realizado por la jefatura de enfermería.

El personal que labora en la sala de operaciones debe presentarse sin alhajas, con las uñas cortas, sin esmalte, no usar uñas acrílicas.

El personal que labora en el quirófano, durante el tiempo de sus labores debe mantener su cabello limpio, recogido y completamente cubierto por gorras desechables o tela proporcionada por la institución.

El personal para ausentarse debe obtener previamente el permiso de la supervisora de enfermería o jefe de sala de operaciones, por lo menos con 24 horas de anterioridad, cumpliendo con la normativa institucional. Debe adjuntar control de tiempo, cuando corresponde.

El personal debe hablar lo estrictamente necesario y en voz baja, mientras permanece en el acto quirúrgico.



El tiempo que el personal de sala de operaciones utiliza en la limpieza y desinfección de los quirófanos para cirugías de casos especiales se cuantifica como tiempo utilizado (en cirugías) hasta que se termine con dicho procedimiento.

Todo el personal tiene el deber de colaborar, en el cualquier caso de emergencia.

Debe permanecer en el quirófano, todo el equipo de enfermería mientras se realiza el procedimiento quirúrgico, en caso necesario de retirarse del quirófano, debe ser autorizada por el profesional de Enfermería instrumentista.

Concluido el acto quirúrgico el personal de enfermería debe permanecer en el quirófano hasta el egreso del usuario(a).

Finalizado el procedimiento quirúrgico el usuario(a) debe ser trasladado a la URPA o al servicio asignado por el médico anestesiólogo, circulante y auxiliar de quirófano.

Está prohibido el uso del celular y otros dispositivos personales de comunicación o sonido que interfieran en la prestación de los servicios de salud, de acuerdo con la normativa institucional vigente.

Todo centro de salud que cuente con salas de operaciones debe asignar al menos un profesional de Enfermería para el programa perioperatorio, el cual debe tener como mínimo, 5 años de experiencia en instrumentación y haber rotado por las diferentes especialidades quirúrgicas.

Se debe dotar de un espacio físico (en la medida de lo posible) para la ejecución del Programa perioperatorio, adecuado para el recibimiento del usuario(a) y familia, así como para la gestión administrativa del profesional encargado.



40.1 Instrumentos o guías perioperatorias

Guía para la visita pre – operatoria

La visita preoperatoria es el momento adecuado para evaluar al usuario, con el fin de prepararlo ante una nueva experiencia. En esta visita se aplica el instrumento Historia Clínica de Enfermería preoperatorio. (Entrevista) un día antes o el mismo día de la intervención y es llevada a cabo por una profesional de Enfermería perioperatorio.

Este instrumento permite conocer mejor al usuario, establecer una relación de empatía entre ambos, es una forma de interacción verbal y un procedimiento muy útil para la obtención de información, debe incluir tanto hechos objetivos como emociones y sentimientos. El entorno debe ser propicio para la comunicación y todas las preguntas deben ser relevantes. El entrevistador debe ser capaz de manejar la situación con espontaneidad, criterio y tacto.

El profesional de Enfermería debe contar con amplia experiencia en el campo quirúrgico, así como poseer conocimiento, empatía y manejo de estrategias en el arte de la comunicación. Su comportamiento, actitud, objetividad y profesionalismo marcaran la pauta en el quehacer de enfermería perioperatoria y el éxito del proceso de cada usuario, logrando así obtener los resultados esperados.

Objetivos:

- Obtener la máxima información del usuario, familia o acompañante para elaborar el plan de cuidados que involucre el pre, intra y postoperatorio.
- Reducir la ansiedad y el miedo del usuario, familia o acompañante.
- Brindar información precisa y corregir algunas ideas equivocadas que el usuario, acompañante y familia puedan tener acerca del procedimiento quirúrgico según su competencia.



Ventajas:

- Usuario(a), familia o acompañante capacitado sobre la intervención quirúrgica y el proceso postoperatorio.
- El profesional realiza el diagnóstico de enfermería con base en los resultados de la entrevista, valoración del usuario(a) y la información obtenida del expediente de salud.
- Individualiza la atención del usuario(a) y previene las demoras innecesarias en el quirófano.
- Disminuye la ansiedad del usuario(a) al permitir comunicar sus temores y preocupaciones.
- Fortalece la comunicación con el usuario(a), familia, o acompañante.
- Aporta un apoyo emocional.
- Guía al usuario(a) y familia con las normas y protocolo institucional del proceso perioperatorio.
- Brinda un espacio para la educación continua.

Pasos que seguir en la visita perioperatoria

- Saludar al usuario(a), familia o acompañante.
- Se identifica mencionando nombre, cargo de puesto y propósito de la visita.
- Valorar si la condición del usuario(a) permite realizar la entrevista y visita.
- Entrevistar al usuario(a) y luego a la familia o acompañante en caso necesario.
- En usuario(a) pediátrico se entrevista a los padres o encargados.
- Comunicación directa, lenguaje sencillo, claro y en tono adecuado según necesidad del usuario(a).
- Revisar el expediente del usuario, para determinar que tenga los requisitos preoperatorios completos, en caso contrario anotar en la hoja **“Historia clínica de enfermería.”**



Algunas recomendaciones al abordar el usuario(a) quirúrgico

- Permitirle al usuario(a) expresarse con claridad y sinceridad, escuchando atentamente cuando él o ella esté hablando.
- Mostrar amabilidad y verdadero interés (Mantener contacto visual).
- Mantener una actitud objetiva/positiva contribuye en obtener la confianza del usuario(a).
- Hacer que el usuario(a) se sienta cómodo; transmitirle seguridad y confianza.
- Utilizar un lenguaje de acuerdo con el nivel educativo del usuario(a).
- Respetar los sentimientos y privacidad del usuario(a).
- Generar preguntas sobre procedimiento quirúrgico para corregir cualquier idea errónea que pueda tener el usuario(a).
- Evaluar el nivel de información y comprensión que el usuario(a) tiene sobre el procedimiento quirúrgico al que va a ser sometido y si es necesario brindar más información o aclarar algunas dudas existentes.
- Motivar y ayudar al usuario, acompañante y/o familia a expresar claramente sus miedos, preocupaciones con respecto a la cirugía y observar las reacciones emocionales y responder a las preguntas.
- Familiarizar al usuario(a) con el procedimiento quirúrgico y el entorno perioperatorio.
- Explicar al usuario(a) el proceso de la cirugía de manera práctica y sencilla.
- Considerar cualquier característica o limitación física especial, que pueda tener o afectar al usuario(a) a la hora de su colocación en la mesa operatoria tales como: estatura, peso corporal excesivo, amputación, heridas, úlceras, fracturas, dolor al moverse, disfunción psíquica y motora, mal estado nutricional, entre otros
- Explicar al usuario(a) que recibirá una atención personalizada por equipo de profesionales competentes de sala de operaciones.



- Es vital el tacto y discreción por parte de la enfermera perioperatoria al realizar la entrevista y orientación.
- El profesional a cargo del programa perioperatorio debe informar a los profesionales a cargo del usuario(a) sobre requisitos preoperatorios incompletos o situaciones especiales.
- Se recomienda coordinar con los cirujanos aspectos de la cirugía, que el usuario(a) desconoce.
- La visita perioperatoria es un proceso que conlleva comunicación y confianza entre el profesional de Enfermería y el usuario(a).
- Además de ayudar en la adaptación al usuario(a) quirúrgico al ambiente hospitalario, aminorando sus miedos y ansiedades antes del acto quirúrgico, proporcionando una buena recuperación post quirúrgica.
- Se pueden utilizar herramientas tecnológicas para buscar la mejor interpretación por parte del usuario(a) y la familia sobre el procedimiento quirúrgico al que será sometido. (Ejemplo, tabletas, internet, folletos de apoyo por procedimiento).
- Se da la actualización teórica de procedimientos quirúrgicos por parte del profesional de Enfermería encargado.
- El profesional en Enfermería perioperatoria ayuda a identificar la ausencia de requisitos preoperatorios sirviendo como profesional de Enfermería de enlace con otras especialidades responsables.
- Para futuros hospitales, se recomienda la inclusión de un espacio físico destinado al programa para realizar una mejor organización, planeación y ejecución de objetivos planteados, el mismo se necesita para atender acompañantes y usuarios(as) que serán operados, con el fin de aclarar temas relacionados al procedimiento quirúrgico, que, por su naturaleza, requieren más privacidad.



- Dicho recinto sirve como centro de enlace en caso de que se amerite la intervención en crisis de usuario(a) o familia, con otro equipo interdisciplinario. (enfermera de salud mental, psicología, trabajo social u otros).
- Una adecuada recuperación postoperatoria comienza con una correcta educación preoperatoria.

Guía general de solicitud y traslado del usuario(a) a la sala de operaciones

- Revisar la lista de la programación quirúrgica o la hoja de solicitud de sala de operaciones en caso de cirugías adicionales o de emergencias.
- De acuerdo con el programa diario de cirugías establecido para cada centro hospitalario, los usuarios programados para la primera cirugía del día serán trasladadas al área preoperatoria por el personal del salón donde se encuentran hospitalizados.
- Para los usuarios siguientes en la lista de la programación quirúrgica, el profesional de Enfermería preoperatoria debe coordinar mediante llamada al servicio o unidad a la cual pertenece el usuario(a).
- Se coordinará con el personal de enfermería del servicio de procedencia del usuario, la preparación, condición, forma de traslado y acompañante si lo amerita. Se solicita con nombre, apellidos, especialidad y número de cama.
- En caso de usuarios en condición crítica, la profesional de Enfermería de sala de operaciones deberá consultar de previo con los especialistas en anestesia para la coordinación oportuna del traslado del usuario(a) a la sala de operaciones. Estos usuarios(as) requieren transferencia rápida y directa de la unidad a la que pertenecen al quirófano.
- Se trasladará al área preoperatorio a los usuarios que cuenten con los requisitos básicos completos, hoja de controles pre y post operatorios (valoraciones, estudios de laboratorio y radiológicos actualizados, según la naturaleza del procedimiento a realizarse.



- En hospitales o clínicas que cuenten con el espacio físico de atención preoperatoria, el usuario(a) que se va a operar y su acompañante, serán recibidos por el equipo de enfermería los cuales después de presentarse iniciaran, el proceso de preparación inmediata del usuario(a).
- El usuario(a) quirúrgico debe ser trasladado a la sala de operaciones o servicio preoperatorio (si se cuenta con el mismo), en silla de ruedas o camilla, con barandas en alto, dependiendo de su condición y limitaciones, con ropa verde, preoperatorios correspondientes, valoración prequirúrgica en caso necesario, indicaciones prequirúrgicas cumplidas, reporte de exámenes requeridos, placas, ultrasonidos, resonancia entre otros
- En caso de que el traslado del usuario(a) sea en silla de ruedas, debe traer puestas botas blancas que les protejan los pies, las cuales deben ser cambiadas por verdes en el momento que se traslade al quirófano correspondiente.
- El usuario(a) de cirugía electiva, cirugía adicional (provisional) o de emergencia puede ser trasladado por el auxiliar de quirófano designado al área preoperatoria o por el personal de la unidad a la cual pertenece, previa solicitud del personal de sala de operaciones. Lo anterior depende de la organización interna de cada establecimiento de salud o las circunstancias que se presenten en el proceso.
- En caso de ser niños menores de 12 años, deben ser acompañados por la madre, el padre, ambos o la persona encargada hasta la puerta de entrada de sala de operaciones o cubículo preoperatorio, si este último existe en el centro de salud.
- Personas mayores de 12 años, adultos mayores o con necesidades especiales (autismo, PCI, retardo mental, demencia senil entre otros), lo recomendable es que lleguen con un acompañante a la sala de operaciones.
- En casos especiales según condición del usuario(a) se debe valorar la posibilidad de ser acompañados por los familiares hasta el quirófano, guardando las normas de indumentaria requerida en sala de operaciones.
- Se requiere que el usuario(a) quirúrgico, guarde las más adecuadas condiciones de higiene.



- El medio de transporte en el cual se trasladan los usuarios, sea camilla, cama o silla de ruedas, debe guardar óptimas condiciones de limpieza y desinfección.
- La preparación de la piel empieza en salón según patología y protocolo establecido por la institución. De ser cirugía ambulatoria la preparación de la piel inicia en el hogar según indicaciones médica.
- A los usuarios(as) que por su cirugía ameriten la colocación de algún tipo de sonda se recomienda que debe hacerse dicho procedimiento dentro del quirófano, salvo contra indicación médica.
- No eliminar el vello a menos que interfiera con el acceso a la zona quirúrgica. Por indicación médica de ser necesario eliminarlo hay que hacerlo tan cerca en el tiempo al procedimiento quirúrgico.
- Las personas para cirugía electiva, que ingresan en forma directa del servicio de admisión al servicio perioperatorio, serán orientadas con respecto al proceso de permanencia en el área preoperatoria, mientras se pasa a quirófano.
- Se les realiza en admisión el ingreso completo, con llenado de papelería de expediente, se les coloca pulsera de identificación.
- Control de signos vitales y hoja de requisitos preoperatorios, modalidad que puede ser aplicada. Suben al servicio preoperatorio acompañados del personal de admisión y un familiar que recoge las pertenencias del usuario(a) (lentes, prótesis dentales, zapatos y otras pertenencias personales).
- En caso de que le corresponda recibir usuarios procedentes del servicio de emergencias, (accidentes, agresiones, heridas por arma de fuego y heridas con arma blanca), de acuerdo con su condición se les realiza una exhaustiva revisión física, describiendo en la nota de enfermería todo tipo de heridas, contusiones, laceraciones, orificios y/o traumatismos observados y se anota lo que la persona dentro de lo posible refiera.



Guía para realizar entrevista al usuario(a) en la etapa preoperatoria

Se puede realizar esta entrevista en el salón de procedencia del usuario(a) o en el área preoperatorio según corresponda.

a) Identificación del usuario(a)

Nombre y apellido se confirma con el expediente y la pulsera de identificación.

b). Aspectos generales

- Cirugía a realizar
- Verificar la inclusión del usuario(a) en la hoja de programación
- Confirmar el cumplimiento de los requisitos preoperatorios
- Ratifica el sitio anatómico que se va a operar
- Identificación del sitio quirúrgico.
- Compete al cirujano (a) encargado del procedimiento quirúrgico, confirmar, y demarcar el sitio anatómico del usuario(a) a intervenir.

A. Abordaje del usuario(a), familia o acompañante

- Orientación con respecto al procedimiento y las diferentes etapas quirúrgicas.
- Aplica instrumento de historia de enfermería preoperatoria.

Guía de preguntas obligatorias a ejecutar en el proceso preoperatorio (preanestesia) de la entrevista al usuario(a).

La entrevista se realiza con expediente en mano. Se ejecutan las siguientes preguntas:

- ¿A qué hora comió o ingirió líquidos por última vez?
- ¿Está con tos, gripe, diarrea, vómito o fiebre?
- ¿Es alérgico a algún medicamento, esparadrapo, látex, yodo o algún otro producto? En caso positivo, se debe notificar en forma prioritaria al médico tratante, anestesiólogo y personal de recuperación.



- ¿Padece de: hipertensión arterial, ¿diabetes mellitus, epilepsia, asma, enfermedades pulmonares, cardiopatías, insuficiencia renal, síndromes u otras enfermedades?
- ¿Es diabética (o)? En caso afirmativo proceder a: revisar la fecha del último examen de glicemia o el último examen por micro método realizado. En caso de no tener reportes recientes, comunicar al anestesiólogo y médico tratante, seguir instrucciones y anotar indicaciones en el expediente.
- ¿Padece de presión alta (hipertensión)? En caso afirmativo proceder a buscar nota de valoración preoperatoria y seguir indicaciones, revisar la última toma de presión arterial, control inmediato de signos vitales y anotarlo en el expediente. Preguntar si tomó el tratamiento indicado.
- ¿Padece de asma? En caso afirmativo, preguntar cuándo fue la última crisis, buscar valoración preoperatoria, seguir indicaciones, comunicar al anestesiólogo y proteger del frío (ofrecer sábanas tibias).
- ¿Padece de epilepsia? En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia convulsiona? ¿Cuándo fue la última crisis? ¿Cuándo fue la última vez que tomó tratamiento? Buscar valoración preoperatoria, seguir indicaciones, comunicar al anestesiólogo. Debe vigilar de cerca al usuario(a) por posibles crisis convulsivas.
- ¿Toma algún tratamiento? ¿De qué tipo? Confirmar el cumplimiento de tratamientos preoperatorios indicados. ¿Hoy tomó su tratamiento? Es de vital importancia indagar con qué cantidad de agua se ingirió el tratamiento y a qué hora. Avisar al anestesiólogo(a).
- Toma o usa algún anticoagulante (Aspirina, Plavix, Warfarina u otros). En caso afirmativo, **verificar:** tipo, dosis, día de suspensión previo a la cirugía, según la indicación médica y tiempo establecido para cada centro hospitalario. En caso de que el usuario(a) refiera no haber suspendido el medicamento, de acuerdo con las indicaciones dadas, indicar al médico tratante y al anestesiólogo, hacer anotaciones en el expediente.
- Tiene control médico periódico?



- Revisar condición de la piel, si tiene lesiones o heridas infectadas cerca del sitio donde le van a operar, avisar al cirujano y hacer anotaciones en el expediente.
- En caso de cirugía ginecológica, (salpingectomía, colpoperinorrafia, conización, laparoscopia diagnóstica, entre otros), ¿fecha de última menstruación? En caso de atraso de acuerdo con la fecha de última regla, reportarlo al cirujano y anotarlo en el expediente.
- ¿Tiene algún tipo de prótesis (dientes postizos, lentes de contacto, piezas dentales flojas u otros)? En caso afirmativo, retirar y seguir trámite establecido para cada centro de salud.
- ¿Trae puesto algún tipo de accesorio (¿colas, prensas, anillos, pulseras, cadenas, aretes, piercing u otros?) De ser así retirarlos, seguir norma institucional y realizar anotación en expediente.
- ¿Trae ropa interior puesta? En caso afirmativo, explicarle al usuario(a) y acompañante las razones por las cuales debe retirarse las prendas íntimas. De ser así retirarlos, seguir norma institucional y realizar anotación en expediente.
- ¿Es portador de marcapasos cardiaco, implante otros dispositivos? en caso afirmativo, comunicar al equipo de quirófano, a efectos de tomar las precauciones correspondientes con respecto al uso de electrocauterio. Realizar anotaciones en el expediente.
- En caso de recibir personas no videntes, acúscas o hipoacusias, lo ideal es que cuenten con un acompañante durante las etapas en el pre y post quirúrgica. Estos casos deben ser notificados por el personal del Programa perioperatorio al equipo quirúrgico y personal de la URPA.
- Los usuarios que van a ser intervenidas para extracción de catarata, se le revisa dilatación de la pupila, en caso necesario se aplica los medicamentos indicados (gotas oftálmicas) y se revisa constantemente la dilatación de la pupila.



Guía en la revisión, valoración y análisis de requisitos preoperatorios

Toda persona que va a ser intervenida quirúrgicamente debe contar con:

A. Documentación

- Expediente clínico actual y anterior en caso de contar con el mismo. (EDUS, en caso de que el centro hospitalario ya cuente con la herramienta).
- Hoja de requisitos preoperatorios debidamente llena y firmada por el profesional de Enfermería que preparó al usuario(a) o el auxiliar de enfermería por delegación del profesional.
- Consentimiento informado debidamente lleno y firmado por el cirujano.
- Examen físico e historia clínica.
- Hoja de lista de verificación de cirugía segura.
- Nota de enfermería.
- Reporte de resultado de biopsias.
- En procedimientos de salpingectomía y vasectomía, documento de participación en curso de paternidad satisfecha, aprobación a solicitud de esterilización voluntaria, según corresponda.
- Solicitud de reserva de hemo-componentes (en casos necesarios).

B. Usuario(a)

- Valoración preoperatoria y cardiológica según consideraciones médicas.
- Resultado de reciente de laboratorio (Hemograma completo, grupo y RH, orina entre otros) según solicitud médica.
- Otros exámenes según consideración médica. (exámenes radiológicos, EKG, ginecológicos, entre otros).
- Cumplimiento de profilaxis antibiótica prequirúrgica. (Si está indicado).
- Preparación del área quirúrgica según protocolo de la especialidad.
- Cumplimiento de indicaciones preoperatorias.



- Preparación del usuario(a) con la ropa quirúrgica proporcionada por la institución.
- Se traslada el usuario(a) al quirófano según programación o solicitud.

40.2 Lineamientos básicos del bloque quirúrgico

Con el objetivo de homogenizar los procedimientos establecidos por la institución en el área quirúrgica se recuerda: El cumplimiento y apego obligatorio de la Norma de limpieza y desinfección para el control y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, N.GM. DDSS-ASC-SAVE-07062018, 2018, para la limpieza y desinfección del bloque quirúrgico o Salas de operaciones (áreas críticas).

- a. Guía sobre Instrumental quirúrgico.
- b. Guía sobre recuento de compresas, instrumental, agujas e insumos entre otros.
- c. Elementos básicos sobre infraestructura quirúrgica.
- d. Elementos básicos sobre medico legales.
- e. Elementos básicos sobre defunciones.

a- Aspectos generales relacionados con limpieza y desinfección del bloque quirúrgico

En prevención de la infección en áreas quirúrgicas. *"La responsabilidad primaria de la limpieza de los quirófanos recae sobre el personal que rodea al enfermo operado, pero todos los miembros del personal quirúrgico, incluyendo el de limpieza, comparten la responsabilidad de asegurar que el medio quirúrgico este saneado, higiénicamente limpio y favorable para un cuidado seguro del usuario" (29, p.284)*

Según Normas y Practicas Recomendadas AORN; en la unidad de prácticas recomendadas para la limpieza del ambiente en el entorno de la practica quirúrgica.



“La limpieza del ambiente es una obra en equipo, realizada por el personal quirúrgico (por ejemplo, personal de enfermería, técnicos quirúrgicos, anestelistas, cirujanos, auxiliares de quirófano) y el personal de servicios de higiene ambiental. La responsabilidad final de garantizar entornos quirúrgicos limpios reside en el personal de enfermería perioperatorio.” (3, p.119),

La limpieza y desinfección del bloque quirúrgico se rige por el marco normativo institucional entre ellos el Manual de Normas y procedimientos institucionales para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, las normas institucionales para el manejo de desechos hospitalarios y normas y procedimientos de limpieza y desinfección para la prevención y control de infecciones vigentes a la fecha.

Considerándose el bloque quirúrgico según normativa institucional como un **área crítica** se deben considerar los siguientes aspectos generales en la higiene para la limpieza y la desinfección antes, durante y después de cada procedimiento quirúrgico. El proceso de limpieza debe ejecutarse en equipo (servicios generales o a terceros, personal auxiliar de quirófano, y circulante), de forma simultánea para que sea eficaz.

Mantener dentro del quirófano solo lo indispensable para la cirugía (equipo médico quirúrgico y mobiliario). La ejecución de la limpieza del cielo raso, paredes, pilas de lavado quirúrgico, pisos y pasillos le corresponde al personal de servicios generales (limpieza) y la limpieza de todos los equipos, mobiliarios y camillas corresponde al personal de enfermería.

El lavado general del área quirúrgica (limpieza especial de fin de semana), se hace por áreas, una a la vez, empezando por las más alejadas y avanzando hacia la entrada principal (de adentro hacia fuera). Esto con el objetivo de que no se esté transitando por las áreas y cubículos ya lavados.



Todo el personal que participe en la limpieza (enfermería y servicios generales), deberá cumplir con las normas de bioseguridad establecidas por la institución, además de aplicar las normas que regulan los procedimientos de técnica aséptica médica, manejo de desechos intrahospitalarios, prevención y control de las infecciones.

El personal de limpieza asignado a las áreas quirúrgicas debe tener el entrenamiento necesario en los procesos de limpieza. Se recomienda que sea específico para esta área, de acuerdo con los recursos de cada centro de salud.

En el proceso de limpieza debe participar todo el equipo quirúrgico de enfermería. El recurso humano debe estar debidamente capacitado para ejecutar y supervisar estas prácticas.

La limpieza del medio quirúrgico conforma la base para todas las prácticas asépticas. Según la clasificación de las áreas quirúrgicas (no restringida, semi restringida y restringida) cada una de ellas tendrá disponible su propio material de limpieza, los cuales no se podrán intercambiar de una zona a otra.

Debe realizarse un cronograma de limpieza para garantizar un ambiente seguro y visiblemente limpio para los usuarios. Los procedimientos de limpieza y desinfección ambiental adecuada deben realizarse de forma sistemática a efectos de disminuir el riesgo de transmisión de infección de un usuario(a) a otro y de un enfermo al personal de salud.

Todo procedimiento quirúrgico debe cumplir los mismos lineamientos de higiene, limpieza y desinfección, tanto para la protección de los usuarios, como del personal, partiendo del principio de que con todo usuario(a) se debe cumplir los lineamientos de asepsia.



Los procedimientos de limpieza y desinfección deben cumplirse estrictamente como lo establece la normativa institucional, para confinar y contener la contaminación provocada por microorganismos.

En caso de identificar transmisión de patógenos activar de inmediato el sistema de vigilancia epidemiológico institucional coordinando con vigilancia epidemiológica del hospital, la sala de operaciones deberá contar con un área específica para el depósito transitorio de la ropa sucia y otros desechos. Se debe contar con un carrito de limpieza debidamente equipado.

El papel del personal que realiza la limpieza consiste en romper la cadena de infección, limpiar el medio en el que los agentes infecciosos pueden residir, eliminando así los reservorios, puertas de salida y modos de transmisión.

Los quirófanos deben de tener solo el equipo necesario, para evitar la acumulación de polvo sobre estantes y otras superficies horizontales.

Debe efectuarse la limpieza del piso, superficies horizontales y equipo el desinfectante disponible para área críticas y según ficha técnica definida por la institución, después de cada procedimiento quirúrgico.

Se deben limpiar los cables, brazaletes de presión, torniquetes, oxímetro, calentadores entre otros con desinfectante disponible para áreas críticas y según ficha técnica definida por la institución, producto recomendado por la casa comercial, aplicando la dilución que indica el recipiente.

La limpieza debe efectuarse desplazando el mobiliario y los equipos quirúrgicos para exponer zonas o espacios que sean potencial reservorio de suciedad. Utilizar las bolsas de basura adecuada según el tipo de desecho.



La limpieza y desinfección se realiza vertiendo el líquido al trapo con la solución detergente, el agua o el desinfectante, según el paso que corresponde, evitando el goteo, se dobla el trapo en cuatro partes, se procede a limpiar en forma minuciosa cada superficie, de manera que utilice las cuatro caras del trapo, el cual se cambia en cada mueble, equipo y área limpiada para evitar la diseminación de suciedad o potenciales patógenos.

Utilice un trapo limpio con agua para retirar los restos o solución desinfectante aplicados.

Descartar los fluidos corporales obtenidos de los recipientes de succión en las letrinas o dispositivos para descartar excretas, previo tratamiento con solución de cloro al 1%.

Los recipientes de succión de líquidos corporales (frasco de aspiración), previo tratamiento de inmersión en solución enzimática, se deben lavar con agua y jabón neutro, luego desinfectar, el producto disponible para áreas críticas y según ficha técnica definida por la institución. (Ver Manual Institucional de Normas de Infecciones Intrahospitalarias vigente).

Las lámparas cielíticas deben limpiarse según recomendaciones de la casa fabricante. (cuidado y limpieza). Se limpian en la mañana, antes de iniciar el programa quirúrgico y entre procedimientos o cada vez que sea necesario, se debe pasar una toalla con alcohol al 70%.

Las vitrinas y estantes, luces del techo, puertas, equipos de quirófano y otros mobiliarios se limpian con especial atención y minuciosidad alrededor de las agarraderas, manijas o placas para empujar, por ser estas superficies de constante contacto.



Verificar que los sistemas de ventilación del quirófano sean revisados periódicamente de acuerdo con las recomendaciones del fabricante. (Cambio de los filtros).

No se recomienda el uso de frascos con atomizador para realizar la limpieza de superficies o mobiliario, en áreas quirúrgicas, ya que generan aerosoles de la solución desinfectante.

Según Gruendemann Mangum "La acción sobre los contaminantes transmitidos por el aire es temporal porque el agente dispersado en el aire se deposita sobre las superficies o se elimina a través de los sistemas de ventilación. La vaporización no se recomienda porque es potencialmente tóxica para el personal y los usuarios, al mismo tiempo que es muy poco práctico e ineficaz como para poder considerarla un método aceptable de desinfección de los quirófanos." (29, p. 288-289)

Las paredes y techos deben limpiarse una vez por semana y cuando tengan salpicaduras o manchas visibles).

Para la limpieza del piso se recomienda el uso de dos mechas: la primera con agua para remover la suciedad y la segunda con solución desinfectante disponible para áreas críticas y según ficha técnica definida por la institución.

- Utilizar una mecha (que no desprenda pelusas) para cada quirófano.
- Después de su uso, la mecha debe colocarse en una cubeta, para ser trasladada al sitio de lavado, de esa forma se evita diseminar residuos o contaminantes de la sangre por los pasillos del quirófano.
- Los estantes, vitrinas y/o armarios se desocupan, retirando el material, equipos y suministros para realizar el proceso de lavado y desinfección de mobiliario y superficies, sin exponer los mismos a la humedad o deterioro del empaque.



Las pilas de lavado de manos son exclusivas para dicho fin, por lo que nunca deben utilizarse para otro fin.

- Las camillas para transporte de usuarios, así como las correas o amarras y sus accesorios, deben limpiarse en forma minuciosa con desinfectante, después de cada uso por el auxiliar de quirófano o asistente de usuarios(as).
- Las ruedas del mobiliario, camillas, maquinas, equipos y carros de transporte de material deben limpiarse y lubricarse, estar libres de residuos de suturas, cintas adhesivas, cabellos y otros residuos.
- Los equipos portátiles como: baldes, frascos de succión y basureros, se retiran del quirófano, se lavan y desinfectan en el área establecida.
- Los frascos de succión una vez finalizada la cirugía se retiran del quirófano, se lavan y desinfectan; preferiblemente deben ser esterilizados bajo el sistema que el fabricante recomienda.
- Los brazaletes de presión, amarras de las camillas quirúrgicas deben lavarse al menos una vez a la semana o cada vez que se considere necesario.
- Las mascarillas de anestesia y las hojas de laringoscopio deben tener un proceso de limpieza y desinfección antes de ser utilizados con otro usuario(a).
- Los cables de oximetría y de EKG deben limpiarse antes de ser utilizados con otro usuario(a).
- Las jaboneras que resguardan las bolsas de jabón se desmontan, se lavan, se desinfectan o esterilizan, se secan y rotulan con fecha antes de llenarlos de nuevo.

Una vez realizada la limpieza del quirófano, el personal procede a retirarse los guantes y lavarse las manos, para equipar la sala nuevamente y dejarla lista para la próxima cirugía. Dar un lavado minucioso de los basureros, refrigeradores, áreas de comida si se cuenta con este recurso.

Las losas, paredes en azulejo de baños, servicios sanitarios, lavamanos se pueden lavar con solución de cloro al 10,5% o recomendación de vigilancia epidemiológica.



Todos los vestidores y cuarto de baño, servicios sanitarios deben limpiarse al menos una vez por turno o cada vez que se requiera, según el tránsito de personal que asiste a los mismos.

Al finalizar el proceso, dejar limpios todos los implementos utilizados para la limpieza (mechas, baldes). Ubíquelos en el lugar correspondiente y no se deben utilizar en otras prácticas que no correspondan a la limpieza de las áreas quirúrgicas.

Debe existir una supervisión constante del proceso por parte de servicios generales (limpieza) por parte del profesional de Enfermería a cargo de la unidad y en los diferentes turnos.

Aspectos por considerar antes de iniciar la limpieza y desinfección

- Lávese las manos.
- Utilice el equipo de protección personal.
- Lleve un balde con agua.
- Utilice un recipiente (balde, palangana, galón) con el jabón proporcionado por la institución.
- Para limpiar las superficies y mobiliario, se debe limpiar primero con jabón, secar superficies, pasa el agua, secar, luego aplica la solución desinfectante (dejar según recomendación), dejar seco, todo en orden y acomodado listo para una cirugía.
- Lleve mopas, mechas que no desprendan pelusas y toallas de tela en cantidad suficiente.
- Asegúrese que todo el instrumental quirúrgico y las agujas hayan sido retirados de la sala.
- Las bolsas de basura y los sacos de ropa sucia deben de ir debidamente cerrados y rotulados (fecha, # quirófano y el nombre del auxiliar de quirófano) para ser trasladados al área séptica.



- Colocar el instrumental sucio en la bandeja con solución enzimática, este debe cubrir en su totalidad el instrumental. Posteriormente se traslada debidamente tapada para su proceso.
- El procedimiento descrito no debe durar más de 15 minutos.
- Una vez finalizado el proceso de limpieza, se descartan las soluciones utilizadas, en una pileta de desechos, lavar los baldes y proceder a desinfectar o esterilizar.
- Los utensilios de limpieza deben permanecer en el cuarto de limpieza.
- Los operadores de limpieza deben lavarse las manos minuciosamente al finalizar la limpieza.
- Iniciar la limpieza de los utensilios aplicando la metodología citada anteriormente.
- Se debe contar con el equipo de protección personal básica (vestuario proporcionado por la institución gorro, lentes, cubre boca, delantal, guantes botas).
- No se debe utilizar joyas, uñas largas, con esmalte.
- Una vez finalizada la limpieza se debe descartar en el quirófano: cubre bocas, delantal descartable, botas y guantes.
- Al volver a la sala de cirugía para iniciar un nuevo procedimiento debe haberse cambiado: el gorro, cubre bocas y las botas.

Técnicas de limpieza y desinfección recomendadas para el bloque quirúrgico

1. Técnica de limpieza antes de los procedimientos.
2. Técnica de limpieza durante los procedimientos.
3. Técnica de limpieza entre procedimientos quirúrgicos.
4. Técnica de limpieza al final del día.
3. Técnica de limpieza especial. (semanal, profiláctica y casos contaminados).

1. Técnica de limpieza antes de los procedimientos

Antes de iniciar el primer procedimiento del día, se debe efectuar una limpieza a todas la superficies horizontales de los quirófanos (mobiliario, lámparas, equipos),



esta limpieza se realiza con un trapo limpio, libre de pelusa, humedecido con un desinfectante grado hospitalario, con el fin de disminuir la cantidad de microorganismos exógenos, polvo, residuos del medio quirúrgico, práctica que contribuye a disminuir los agentes contaminantes que viajan en el polvo y la pelusa y se transportan por el aire.

Los residuos de polvo y pelusa depositados en las lámparas cielíticas y otras piezas ancladas al techo, pueden caer sobre los campos estériles abiertos o sobre los tejidos expuestos, durante los procedimientos quirúrgicos.

2. Técnicas de limpieza durante los procedimientos.

Durante los procedimientos, la ropa sucia y los desechos deben colocarse en un espacio pequeño del quirófano designado para tal fin, al realizar las tareas de confinar y contener, el personal siempre cumplirá con las medidas de protección personal, usando la indumentaria completa y basados en las medidas estándar.

Si ocurren derrames de sangre u otros fluidos como materia fecal, orina, vómitos o caída accidental de tejidos fuera del campo quirúrgico deben de limpiarse de inmediato y seguir el siguiente protocolo:

- Utilice el equipo de protección personal.
- Observe que no haya punzocortantes en el piso o sobre la superficie a limpiar.
- Utilice guantes descartables.
- Absorber el líquido o derrame con toallas de papel o trapos.
- Coloque en la bolsa roja.
- Descartar los guantes usados en la misma bolsa.
- Lavarse las manos.
- Colocarse otro par de guantes.
- Limpiar con agua y detergente.



- Enjuagar.
- Desinfectar con solución según normativa institucional.
- Secar.
- Retirar los guantes y lavarse las manos.

Las gasas, torundas, paños u otras compresas utilizadas se cuentan y se depositan en una bolsa pequeña etiquetada con la cantidad de cada artículo, la bolsa debe estar libre de filtraciones o desgarros, no deben dejarse expuestas al aire o ambiente durante lo que dure la cirugía.

La parte externa de los recipientes en los que se depositan las muestras o material para análisis que se enviarán a patología y laboratorio, deben limpiarse con un desinfectante, antes de que salgan del quirófano.

Los materiales punzocortantes (agujas, hojas de bisturí, puntas electro quirúrgicas, trocares, entre otros), se consideran desechos biopeligrosos y deben contenerse en dispositivos rígidos especiales a prueba de perforaciones, etiquetados con el tipo de material que contienen y fecha.

Todo material y objeto inanimado (hojas de control de laboratorio, placas de Rx, expedientes clínicos entre otros), contaminados con sangre, tejidos u otros fluidos corporales, puede exponer al personal de atención en salud a patógenos transmitidos por la sangre.

3. Técnicas de limpieza entre procedimientos quirúrgicos

Pasos para limpieza entre procedimientos quirúrgicos.

La limpieza y desinfección del quirófano entre cirugía y cirugía se debe efectuar siguiendo los siguientes pasos:

- El proceso inicia una vez que el usuario(a) ha egresado del quirófano.



- Los desechos generados durante cada procedimiento quirúrgico deben recogerse en bolsas plásticas resistentes, impermeable, de acuerdo con las regulaciones para manejo de los desechos hospitalarios. Se retira el instrumental, bolsa de ropa contaminada, elementos desechables y frascos de aspiración utilizados durante el procedimiento.
- Los objetos punzocortantes se colocan en un contenedor rígido.
- Se recoge y ordena el equipo y mobiliario quirúrgico.
- Todas las superficies horizontales, materiales, instrumental u objetos que hayan estado en contacto directo con el usuario(a) y en forma indirecta, con sus fluidos corporales, se limpian con solución desinfectante, diluida de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.
- Las mesas operatorias, colchones y las superficies de quirófano, se limpian con un trapo libre de pelusa, humedecido con desinfectante.
- Luego de limpiar la superficie de las mesas quirúrgicas, se debe dar limpieza a la base y los rodines de las mismas, se desplaza a un lado de la sala y se procede a limpiar el centro y el entorno del campo quirúrgico.
- Limpiar las paredes, techo y lámparas cielíticas en caso de salpicaduras, manchas y pelusa.
- Limpiar inmediatamente los derrames de fluidos ocurridos durante el transoperatorio.
- Limpiar las manijas de las puertas y las zonas donde más se apoyan las manos.
- Mover todos los muebles y equipos para limpiar todos los excesos de sangre y líquidos de irrigación que podrían haberse derramado durante la cirugía.
- El piso se debe limpiar de último, recoja la basura (hilos) luego limpie el piso.

4. Técnicas de limpieza al final del día

Al finalizar el programa quirúrgico se debe realizar la limpieza de los quirófanos, aunque no hayan sido utilizados.



Esta limpieza comprende mobiliario quirúrgico, máquina de anestesia, equipos, lámparas cielíticas, armarios o estantes, piso (debe limpiarse en forma rigurosa y minuciosa el desinfectante debe permanecer en contacto con la superficie al menos durante 5 minutos) y paredes en casos necesarios.

El personal de aseo debe realizar una limpieza por turno de toda el área quirúrgica y enfermería debe ejercer una supervisión directa de los procesos de limpieza efectuados.

5. Técnica de limpieza especial. (semanal, profiláctica y casos contaminados)

A pesar de que toda cirugía se debe considerar los usuarios potencialmente infecciosos existen ciertos procedimientos quirúrgicos que requieren de medidas especiales de asepsia extrema ya que se intervienen tejidos y órganos vitales, a los cuales, la introducción de un microorganismo patógeno podría significar la diferencia entre funcionalidad o disfuncionalidad del usuario(a) intervenido o en el peor de los casos, la diferencia entre la vida y la muerte.

El objetivo es eliminar todas las fuentes potenciales de infección a través del control de bioseguridad ambiental. Esta práctica consiste en una limpieza exhaustiva de los quirófanos que incluye:

- Mobiliario en acero inoxidable.
- Equipo médico quirúrgico.
- Lámparas cielíticas.
- Cama quirúrgica.
- Vitrinas o anaqueles.
- Piso, paredes y techo.
- Rejillas de aire acondicionado.
- Carritos.
- Ruedas del mobiliario, entre otros



La limpieza especial es una práctica minuciosa del proceso de desinfección de los quirófanos que se aplica:

Los fines de semana: se realiza en todas las salas del bloque quirúrgico, de acuerdo con un cronograma de trabajo con el objetivo de mantener la asepsia y prevenir potenciales infecciones intrahospitalarias.

Para procedimientos especiales como: reemplazos, trasplantes, entre otros Se debe realizar de la siguiente forma:

- Desinfectar el quirófano un día antes de la cirugía, lo más cercano al procedimiento.
- En las cirugías de trasplantes, de médula ósea y de reemplazos de cadera o de rodillas el personal tiene acceso restringido, se sustituirá, sólo en casos de emergencia, cambio de turno y los tiempos de alimentación.

En casos sépticos como: apéndices o divertículos perforados entre otros). Se considera contaminada; toda área del quirófano (mobiliario, equipo, personal, ropa, entre otros), que haya estado en contacto con fluidos corporales donde exista la presencia de microorganismos patógenos.

Las salas de quirófano se pueden contaminar en forma prevista o imprevista, por lo que en caso de cirugía contaminada la o el circulante y el auxiliar de quirófano deben permanecer dentro del quirófano.

Se debe contar con una vitrina portátil diseñada con doble puerta en ambas caras para entrada y salida del material según corresponda, la misma debe permanecer equipado con los materiales y equipos necesarios según cada caso, con el fin de continuar el proceso en forma oportuna, ágil y segura.

Después de los casos contaminados, el personal debe contener y confinar los materiales, ropa e insumos según corresponda. Sumergir el instrumental utilizado en la cirugía en solución enzimática autorizada por el Comité de Infecciones Asociadas a la atención de Salud, colocar el instrumental sumergido en el carro para



transporte respectivo, rotularlo y enviarlo al arsenal para que se realice el proceso de lavado, desinfección y cuidado posterior previo a su esterilización, luego proceder a limpiar el quirófano según lineamiento de limpieza especial.

Después de todo procedimiento quirúrgico y aunque la cirugía no se ha considerado contaminada, todo material que haya estado en contacto con sangre y otros fluidos corporales del usuario, debe ser sumergido en solución enzimática a los pies del usuario, dentro de cada quirófano.

Posterior al lavado y desinfección del quirófano y habiendo cumplido con el protocolo y proceso respectivo del material, ropa e insumos del quirófano contaminado, el personal debe lavarse las manos y dirigirse directo al vestidor para hacer el cambio de atuendo contaminado por ropa limpia para poder ingresar a otro quirófano o área.

Técnicas de limpieza de cielo raso, pisos y paredes

El cielo raso se debe de limpiar de primero. Una vez que se ha culminado su limpieza, puede ingresar el personal de enfermería a realizar las labores de limpieza y el personal de servicios generales continuara con la limpieza de las paredes y piso.

Paredes

- Retirar todos los equipos y estantes de las paredes.
- Evitar que las tomas eléctricas, sean dañados por el uso excesivo de agua durante la limpieza.
- Las paredes se lavan de arriba hacia abajo, de izquierda a derecha (sin devolverse al área que se limpió), utilizando jabón, agua, secar y aplicar la solución desinfectante.

Pisos

La limpieza y desinfección de superficies rutinarias se realiza con la finalidad de destruir microorganismos y romper la cadena de infección por lo que se recomienda



utilizar desinfectantes grado hospitalario, en la dilución recomendada por el fabricante.

Procedimiento:

- Recoger las basuras del piso con trapeador húmedo o escoba protegida.
- Las mechas o mopas para limpiar el piso son de uso único para cada quirófano y se deberá realizar la desinfección después de su uso, y colocarlas en el cuarto asignado de aseo específico para tal efecto.
- El piso bajo las piletas, para cepillado del lavado de manos quirúrgico, debe mantenerse seco y limpio para evitar que las botas se humedezcan.
- Aplicar desinfectante recomendado según las normas de limpieza para la limpieza y desinfección en áreas y superficies ambientales
- Se aplicará sobre el piso el desinfectante disponible para áreas críticas y según ficha técnica definida por la institución aplicando de adentro hacia fuera.
- Es la parte más contaminada, se debe limpiar con la siguiente secuencia: agua – detergente – agua – desinfectante recomendado para áreas críticas y según ficha técnica definida por la institución.
- Trapeador limpio, pasar de lado a lado retrocediendo con un movimiento en forma de número ocho, iniciar del rincón más lejano hacia la salida. (técnica ocho).

Nuevo concepto de limpieza y desinfección aplicado a situaciones especiales de contaminación

El concepto de cirugía contaminada o sucia a significado históricamente que se maneje y se trate diferente a los usuarios con ciertas enfermedades, (Hepatitis B, HIV, entre otras); se tomaban precauciones extremas como retiro de materiales y mobiliario, se requería un circulante extra que estuviera fuera del quirófano, se le brindaba un cuidado especial al instrumental, se realizaban los procedimientos quirúrgicos contaminados o sucios, al final del día, se ventilaba o cerraba el quirófano posterior al lavado y otras medidas.



Hoy día se sabe que dichas medidas conducen a la discriminación de los usuarios, consumen mucho tiempo, no se considera un procedimiento eficaz en el control de las infecciones del sitio quirúrgico e implica una derogación económica importante en el presupuesto hospitalario.

Con la implementación estricta de las precauciones universales y medidas estándar, las prácticas anteriores han quedado sin efecto, dando paso a un nuevo concepto y una nueva forma de abordar la limpieza y desinfección de los quirófanos en este tipo de casos, sustentado en criterios internacionales de organismos como: CDC, OSHA, AORN.

No hay datos que fundamenten el uso de un procedimiento especial o el cierre de un quirófano después de que se ha efectuado un procedimiento sucio o contaminado.

Las directrices del CDC como las prácticas recomendadas por la AORN respaldan el principio de que todos los usuarios quirúrgicos deben ser considerados como potencialmente infectados por patógenos transmitidos por vía sanguínea. Por tanto, todos los procedimientos se consideran contaminados y se deben implementar los lineamientos de limpieza ambiental supra citados.

Rutas de transmisión

- **Contacto Directo:** Con sangre, fluidos corporales y otras secreciones
- **Contacto Indirecto:** Instrumental contaminado, equipo, superficies ambientales
- **Contacto contaminantes aéreos:** En gotas o aerosoles de fluidos orales y respiratorios

Elementos claves para el lavado y desinfección de quirófano:

- Uso de mopas o paños y mechas que no desprendan pelusas.
- Limpiar de lo más limpio a lo más sucio.



- De arriba hacia abajo.
- De izquierda a derecha.
- Uso de un desinfectante de grado hospitalario.

Materiales

- Bolsas para basura según Normativa Institucional Desecho Sólidos Intrahospitalarios.
- Equipo de protección personal.
- Toallas descartables.
- Trapeadores.
- Mopas, mechas que no desprendan pelusa.
- Pala para basura.
- Trapos limpios.
- Limpiador de vidrios.
- Escalera.
- Desinfectante grado hospitalario.
- Jabón neutro.
- Cubetas, Galones
- Escobas

Manejo de ropa quirúrgica:

Una vez completados los procedimientos la ropa debe depositarse en los contenedores o canastas de acuerdo con la siguiente clasificación:

- Ropa limpia (cubre paquetes y otros), se depositan en una canasta o soporte.
- Ropa sucia o contaminada se depositan en canasta o soporte (contenedor) con bolsa roja impermeable.
- El saco de ropa utilizado debe: estar debidamente rotulado, utilizando la etiqueta para tal fin, con letra clara y legible, anotando número de quirófano, fecha,



hora turno y nombre del auxiliar de quirófano. No debe superar las dos terceras partes del saco con ropa, se debe cerrar de manera que permita su fácil apertura.

- La ropa debe ser cuidadosamente retirada de las camillas o camas y manejada con un mínimo de agitación para prevenir la contaminación del aire y del personal.
- Se debe remover cada sabana separadamente para observar objetos cortantes tales como agujas descartados inadecuadamente, así como evitar pérdida de instrumental u otros objetos.
- Se debe evitar el contacto de la ropa sucia con la vestimenta del personal.

Selección del producto de limpieza y desinfección.

Existe una amplia variedad de productos detergentes y desinfectantes para la limpieza y desinfección de superficies que están disponibles actualmente en el mercado.

Sin embargo, la falta de conocimiento y experiencia pueden llevar a la confusión en la elección de estos, por lo que la institución tiene regulado por normativa institucional de acuerdo con la contaminación que se dé.

Características importantes por considerar en la elección de un desinfectante:

- Capacidad de limpieza.
- Espectro de desinfección. (bactericida, fungicida, virucida, mico bactericida y esporicida).
- Toxicidad mínima para los humanos.
- Aroma aceptable.
- Fácil de usar.
- Costo del producto.
- Los desinfectantes con PH neutro o alcalinos están entre los más efectivos.



Generalidades

- Las soluciones desinfectantes se usarán en las concentraciones indicadas según fabricante.
- Utilice siempre el equipo de protección personal para la manipulación, preparación y uso de los desinfectantes.
- Cuando se prepara la dilución usar la concentración adecuada, se debe anotar el nombre del producto, la fecha de preparación, caducidad y el nombre de la persona que la prepara.
- No mezclar nunca los desinfectantes.
- Utilice recipientes plásticos cerrados para evitar la contaminación de la solución o la variación de la concentración.
- Una vez descartada la solución desinfectante, lave los recipientes utilizados.
- El tiempo de acción del desinfectante variará según el tipo de microorganismo a eliminar, así como el grado de desinfección que se quiera alcanzar.
- Debe almacenarse en áreas secas, ventiladas y protegidas de la luz, nunca en baños o cuartos sépticos. Así que los lugares de preparación no deben estar en cuartos sépticos.
- Vigilar y controlar la fecha de vencimiento de antisépticos y desinfectantes.

Clasificación de los métodos de desinfección

Existen dos métodos de desinfección:

- Métodos físicos.
- Métodos químicos.

Métodos físicos

Pasteurización: método de desinfección de alto nivel por el cual el agua es llevada a 77 grados centígrados de temperatura, durante aproximadamente 30 minutos. Se destruyen todos los microorganismos excepto las esporas bacterianas.



Hervido: este método usa el agua hirviendo a temperaturas muy altas para lograr la desinfección.

Radiación ultravioleta: inactiva los microorganismos en los rangos 240 280 nm.

Métodos químicos líquidos

Los principales métodos químicos líquidos usados en el ámbito hospitalario son:

- Orthophthaldehído.
- Glutaraldehído.
- Cloro y compuestos clorinados.
- Formaldehído.
- Peróxido de Hidrógeno.
- Ácido Peracético.
- Fenoles.
- Amonios Cuaternarios.

En relación con el cloro y compuestos clorinados se adjunta tabla de Recomendaciones para la utilización del Hipoclorito de sodio como desinfectante en un litro, de acuerdo con criterio del IAAS.

TABLA N°6 Recomendaciones para la utilización del Hipoclorito de sodio como desinfectante

<i>Diluciones para preparar un litro a partir de diferentes concentraciones *</i>							
* Para preparar un galón multiplicar esa cantidad por 3.8							
Cantidad requerida	Hipoclorito de sodio 12%	Hipoclorito de sodio 10 %	Hipoclorito de sodio 5 %	Hipoclorito de sodio 4 %	Hipoclorito de sodio 3,5 %	Hipoclorito de sodio 3 %	Indicación
5000 mg/L ó 5000 ppm (0,5%)	42ml en un litro de agua	50 ml en un litro de agua	100 ml en un litro de agua (1:10 partes)	125ml en un litro de agua	154 ml en un litro de agua	167ml en un litro de agua	Derrames de fluidos corporales > 10 cc; según procedimiento de limpieza de derrames



1000 mg/L ó 1000 ppm (0,1%)	8 ml en un litro de agua (2 cditas)	10 ml en un litro de agua	20 mL en un litro de agua (1:50 partes)	25ml en un litro de agua	31 ml en un litro de agua	33ml en un litro de agua	Uso clínico general e inactivación de bacterias en el laboratorio.
500 mg/L ó 500 ppm (0,05%)	4 ml en un litro de agua	5 ml en un litro de agua	10 ml en un litro de agua (1:100 partes)	13 mL en un litro de agua (una cucharada)	15 ml en un litro de agua (una cucharada)	17 ml en un litro de agua (una cucharada)	Instrumentos de acero inoxidable, pilas, drenajes

Fuente: Manual de procedimientos de limpieza y desinfección en áreas+ y superficies ambientales Código MP.GM.DDSS. SAVE.080116 Versión 02.

Equivalencias:

Una cucharadita es igual a 5

Una

cucharada

es igual a

15 ml

Una

onza es

igual a

30 ml

ppm = mg/litro

ppm = partes por millón

B- Guía relacionada con el instrumental quirúrgico

- Todo el instrumental que sea utilizado durante el acto quirúrgico debe ser contado antes de iniciar la cirugía y antes de cerrar la cavidad por planos. (peritoneo, fascia, celular subcutáneo y piel).
- Mantenga el instrumental quirúrgico limpio, durante la cirugía, retire el material orgánico mediante el uso de una gasa.



- El instrumental utilizado durante el acto quirúrgico debe ser sumergido en solución enzimática para la inactivación de toda materia orgánica al finalizar la cirugía.
- Coloque las pinzas e instrumental en la bandeja, verifique que las pinzas se coloquen abiertas, todos aquellos instrumentos que su diseño lo permita se deben desarticular, para facilitar el proceso de desinfección y lavado.
- Posteriormente llevar la bandeja de instrumental al área de prelavado para el procedimiento respectivo.
- Todo establecimiento de salud debe tener un control y registro del instrumental quirúrgico, que contenga el nombre del equipo, número de quirófano, nombre de quién solicita y nombre de quién lo entrega.
- Antes del procedimiento quirúrgico se debe verificar: la integridad y condición del paquete, descripción del equipo, fecha de esterilización, verificación de los controles químicos, nombre de quién empacó el instrumental.
- El personal del área de prelavado recibe el instrumental quirúrgico utilizado, verifica y cumple el tiempo de inmersión del instrumental, según las recomendaciones del fabricante para el respectivo proceso de desinfección, luego se procederá a cumplir el proceso de esterilización completo según la normativa establecida en el “Manual de Normas, Técnicas y Procedimientos de la Central de Esterilización/ Equipos y Arsenales Quirúrgicos”, vigente a la fecha.

C. Guía relacionado con el conteo quirúrgico

Los oblitos (objetos olvidados) en la herida quirúrgica provocan infección y lesión tisular y pueden causar la muerte. Para proteger al usuario(a) todos los objetos usados en el procedimiento quirúrgicos que puedan quedar olvidados en la herida quirúrgica se cuentan de una manera predeterminada. Organizaciones internacionales como: Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations, La Asociación de profesionales de Enfermería s Quirúrgicos Certificados (AORN).



La Asociación de Instrumentistas Quirúrgicas (AST), han establecido políticas para el recuento de gasas, instrumental y material punzo cortante (llamado simplemente recuento).

¿Quién es el responsable de seguir el rastro del material?

- Todos los miembros del equipo quirúrgico son responsables de asegurar que ningún elemento haya quedado olvidado en el usuario.
- El recuento es uno de los métodos para reducir el riesgo.
- Es necesario que el instrumentista y el cirujano sepan en todo momento cuantas gasas, agujas y otros materiales han sido utilizado o están dentro del usuario(a)
- Se debe conocer la cantidad y el tipo de instrumental que está dentro del interior de la cavidad realizada en el usuario.
- Es de buena práctica entregar gasas y agujas nuevas sólo una vez que se ha recibido el material usado.
- El profesional de Enfermería (Instrumentista), no debe permitir que otro miembro del equipo quirúrgico manipule su campo estéril, con el objetivo de mantener el control y la seguridad de los recuentos.

¿Cuándo se realiza los recuentos?

Se deben hacer recuentos iniciales en todos los procedimientos. Debe realizarse un recuento en los siguientes momentos:

- Antes de empezar la cirugía, durante y después de la cirugía para establecer la cantidad de material desde el inicio hasta el final del proceso quirúrgico.
- Antes de cerrar un órgano hueco, como estómago, útero o vejiga.



- Se realizará un recuento cada vez que existan dudas sobre la pérdida de una gasa, paño, torunda, plexo, cotonoide, compresa, instrumentos o materiales punzocortantes.
- Antes de cerrar la cavidad por planos (peritoneo, fascia, celular subcutáneo, piel).
- “Antes del cierre de pleura, antes de cerrar una capa de tejido ubicada entre los planos y que sea suficientemente amplia como para albergar elementos del recuento o cada vez que el equipo quirúrgico lo considere necesario” (26, p. 227).*
- El primer recuento de cierre debe hacerse antes de iniciar la sutura para que sea oportuna la comunicación al cirujano.
- Cada vez que se sospeche de haber olvidado material.
- Cada vez que realice cambio de personal, ya sea por finalización de turno o tiempo de alimentación, se hará el recuento y se entregaran datos importantes relacionados con el proceso de la cirugía. Se registrará la información del recuento de gasa en la formula correspondiente y en la nota de enfermería. Ver Anexo N° 12 Recuento de gasa.

¿Cómo se realiza el recuento?

El profesional de Enfermería (instrumentista) y el circulante son los responsables de efectuar un correcto recuento y de notificar al cirujano los resultados del recuento en voz alta, clara y firme, asegurándose de que el dato fue escuchado.

- El profesional de Enfermería Instrumentista es responsable de efectuar el recuento en presencia del circulante, quién hará fiel anotación de este en la documentación establecida institucionalmente para dicho fin.
- El recuento se realiza en forma sistematizada, el material debe contarse de acuerdo con su tipo (gasas grandes, gasas pequeñas, paños abdominales, entre otros), es decir no se deben mezclar entre ellos.



- Las agujas de suturas, las hojas de bisturí y el instrumental (y sus partes móviles) deben contarse en forma separada, antes del proceso quirúrgico y al cierre de cada plano quirúrgico (peritoneo, fascia, celular subcutáneo, piel y cada vez que el equipo quirúrgico lo considere necesario).
- Se debe realizar el conteo de gasa, paños, cotonoides, agujas entre otros en el siguiente orden: se inicia contando el material en el campo del área quirúrgica, se continua con material ubicado en la mesa de mayo, el de la mesa de instrumentación y de último el material descartado o fuera del campo estéril
- El profesional de Enfermería instrumentista quirúrgico tiene la obligación de comunicar al cirujano, en tono firme y claro los resultados de los recuentos realizados, durante el acto quirúrgico, asegurándose de que el dato fue escuchado.
- Es importante recordar que se debe seguir la misma rutina para el recuento quirúrgico.
- El material que va a ser motivo del recuento debe agruparse y estar rápidamente accesible para el recuento inicial.
- Durante el procedimiento debe contarse todo el material empleado.

¿Que debe contarse?

Cualquier implemento que pueda olvidarse en la herida quirúrgica debe contarse. Gasas, paños abdominales, torundas, plexos, cotonoides, ligas, material punzo cortante, instrumental, dispositivos para separación (cuerda umbilical,) entre otros La práctica aceptada es contar cualquier implemento que pueda perderse en la herida quirúrgica.

Pasos para realizar el recuento

Gasas, plexos y paños

Se deben de contar las esponjas en todos los procedimientos en los que exista la posibilidad de que se pueda retener una de ellas.



- Las gasas usadas en el procedimiento quirúrgico deben ser radiopacas.
- Las gasas, plexos y torundas, se cuentan en grupos de diez, los paños en grupos de cinco, en forma separada, en voz alta y a la vista de las dos personas que realizan el recuento
- Todas las gasas, paños, torundas y plexos que estén en el campo estéril deben de estar contadas y separadas por grupos.
- Asegúrese de retirar cualquier compresa que porte el usuario(a) al ingresar al quirófano y todas aquellas que se encuentran en cavidad y son extraídas por el cirujano al inicio de la cirugía, (usuarios empacados con compresas).
- Coloque las compresas en una bolsa debidamente rotulada o retírelas de la sala debido a que no forman parte del recuento inicial del procedimiento.
- Todo usuario(a) que ingrese a sala de operaciones con cavidad abierta y que ha sido empacado de forma urgente con compresas y exista duda con el número de gasas y paños en cavidad en el momento de iniciar el procedimiento quirúrgico; es importante que el profesional de Enfermería instrumentista quirúrgico le recomiende al cirujano tomar una radiografía posterior al procedimiento. Con el objetivo de minimizar el riesgo de oblitos quirúrgicos.
- El profesional de Enfermería instrumentista quirúrgico al realizar un recuento debe preguntar al circulante cuantas gasas, paños y torundas tiene fuera del campo estéril. Posteriormente debe contar en presencia del circulante la cantidad de gasas, paños y torundas que hay en el campo estéril.
- Los plexos (limpios y usados) deben ser contados por el profesional de Enfermería Instrumentista en presencia del circulante.
- Nunca dé por sentado que el número de gasas, paños, torundas y plexos establecidos en el paquete concuerda con el número real.
- Si un paquete contiene más o menos gasas, paños, torundas y plexos que el número establecido, se debe retirar del campo estéril el paquete
- Nunca corte una gasa por ninguna razón.
- No use gasa como campos estériles.



- Cuando cambie una gasa, quite la sucia y coloque la limpia al mismo tiempo.
- Todas las gasas contadas deben quedar en la sala durante toda la operación, no se debe retirar nada de la sala hasta que se haya realizado el último recuento.
- Se recomienda el uso de contadores de gasa para efectos de recuento.
- El equipo quirúrgico de enfermería debe asegurarse antes de iniciar un nuevo procedimiento que el quirófano este limpio y no contenga ningún tipo de compresas, agujas ni instrumentos.
- Aunque no se realicen recuentos como tal en los procedimientos cerrados o mínimamente invasivos; el profesional de Enfermería instrumentista quirúrgico por seguridad siempre debe tener el cuidado de contar las compresas que utilizara en la cirugía. Con el objetivo de ser oportuno en una situación de emergencia.
- Aun en situaciones de emergencia se deben realizar los conteos de compresas de forma rápida y segura. Se recomienda iniciar con paños abdominales en cirugías grandes.

Material punzocortante (agujas, bisturí)

Según las Normas y prácticas recomendadas para el recuento de esponjas, artículos afilados e instrumentos, de la AORN (3, p.75), como parte de la documentación del recuento, es necesario contar y registrar los artículos afilados añadidos en el campo operatorio.

- Todo material punzocortante debe montarse en una pinza o dispositivo especial.
- El recuento de material punzocortante se realiza al mismo tiempo y de la misma manera que el de las gasas, en voz alta, visiblemente y en presencia del circulante.
- El profesional de Enfermería instrumentista y el circulante deben estar atentos y visualizar al mismo tiempo el material (gasas, torundas, paños, plexos, cotonoides, punzocortantes, entre otros), durante el procedimiento de recuento.



- Si algún artículo punzocortante se rompe durante la cirugía, deben recogerse todas las partes y retirarlas del campo quirúrgico.
- El material punzocortante que ha sido contado nunca debe retirarse de la sala sino hasta el recuento final.
- El material punzocortante debe descartarse en los contenedores especiales designados para ello.
- Es recomendable contar con los contadores de agujas sobre todo en aquellos procedimientos grandes y para evitar pérdida de estas.
- El profesional de Enfermería Instrumentista quirúrgico debe conservar los sobres de las suturas con el objetivo de poder efectuar los conteos de agujas, esto se hará de acuerdo con el número indicado de las mismas en el exterior del paquete, contra el número de las agujas utilizadas en el procedimiento.
- No se recomienda abrir todos los paquetes durante el recuento inicial ya que se exponen las agujas y suturas durante todo el procedimiento a fluidos corporales y otras partículas del ambiente, así como la posibilidad de que se extravíen o desperdicien.
- El personal quirúrgico debe llevar en forma continua, el recuento exacto de todos los artículos punzocortantes en el campo estéril.
- Se deben entregar los artículos punzocortantes al cirujano mediante un proceso de intercambio, este sistema consiste en recibir y entregar los objetos punzocortantes. Ej.: El cirujano debe entregar el portaagujas con la aguja y el profesional de Enfermería instrumentista le entrega una nueva sutura.
- Una vez concluido el procedimiento quirúrgico, corte el sobrante de hilo de las agujas, antes de ser depositadas en el recipiente rígido.
- El profesional de Enfermería instrumentista debe estar atento para recibir de forma segura los objetos punzocortantes: La forma tradicional de la devolución de los mangos de bisturí se realice mediante un recipiente cuadrado, amplio de paredes bajas, o sobre un campo doblado, en el que se deposite.



- La devolución de las agujas debe ser en el portaagujas (montadas), de forma que la punta de la aguja quede dentro de la mandíbula de la porta aguja. Nunca se entregan o reciben de la mano.
- Las hojas de bisturí a utilizar siempre deben estar montados en los mangos de bisturí y los utilizados deben ser depositados en un yodin, copita o contador.
- El circulante debe conservar los sobres de las hojas de bisturí para poder efectuar el conteo.
- El instrumentista entrega el bisturí tomándolo por el mango de la porción media del instrumento y con el lado cortante de la hoja hacia abajo. No debe soltar el instrumento hasta que el cirujano tenga el control absoluto del mango.
- Cada vez que se entregue un bisturí con una hoja nueva, el instrumentista debe informar en voz alta " Hoja nueva".
- El profesional de Enfermería instrumentista no debe usar más de dos suturas en el campo al mismo tiempo a menos que dos cirujanos estén suturando, si se emplean suturas con doble aguja, asegúrese de que la segunda aguja no se enganche en las mangas del cirujano, los campos o las gasas.
- Cuando se entrega un separador con puntas, siempre dirija las puntas hacia abajo, no tome el separador cerca de la punta, retire el separador del campo en cuanto el cirujano lo saque de la herida y colóquelo en un riñón, separado del resto de instrumental.

Recomendación de la técnica de la zona neutral

Según recomendación de la autora Johana Fuller, en su libro de Instrumentación Quirúrgica recomienda que todo instrumental agudo o cortante debe entregarse con la técnica de la zona neutral.

Técnica de la zona neutral.

En esta técnica se marca un área determinada en el campo quirúrgico, cerca de la incisión. El sitio debe ser fácilmente accesible tanto para el cirujano como para el instrumentista.



Cada vez que se entrega instrumental cortante, este se coloca en dicha zona en lugar de hacerlo directamente en la mano del miembro del equipo. La zona neutral puede ser un tablero magnético o una caja metálica con un receptáculo, o una caja con poca profundidad para recibir los instrumentos. Esto elimina el contacto entre las manos de las personas del equipo.

Procedimiento:

- Cirujano e instrumentista deben ponerse de acuerdo sobre donde establecer la zona neutral.
- No se debe usar una riñonera o un recipiente pequeño como zona neutral. Un espacio pequeño con paredes altas aumenta el riesgo de lesión, porque la mano se introduce dentro del recipiente para alcanzar el instrumento.
- Dentro de la zona neutral solo se coloca instrumental agudo o cortante.
- El área neutral debe contener un instrumento a la vez
- Las combinaciones agujas-suturas se intercambian una por una pero nunca se entregan o reciben en la mano. La sutura preparada se coloca en la zona neutral; el cirujano la usa y la devuelve en la misma zona.
- El instrumentista reemplaza la sutura usada por una nueva.
- Las agujas de suturas y los separadores con ganchos deben ponerse con las puntas hacia abajo, pero orientados para su uso correcto. El cirujano no debe tener que quitar la vista de la herida para tomar el instrumento.
- Cuando se coloca un instrumento cortante en la zona neutral, la persona que lo coloca lo dice en voz alta; Por ejemplo, "sutura en el campo" o "Bisturí en el campo" (esto es, en el campo estéril). Para que no haya confusión los miembros del equipo deben establecer de antemano el método de comunicación.

En el Instrumental se debe considerar:

Según las Normas y prácticas recomendadas para el recuento de esponjas, artículos afilados e instrumentos, de la AORN, *"se deben contar los instrumentos en*



todos los procedimientos siempre que exista la posibilidad de retener uno de ellos” (3, p78).

- El instrumental se cuenta de manera sistematizada. Cuente siempre los instrumentos en el mismo orden en todos los recuentos.
- Es responsabilidad del Profesional de Enfermería Instrumentista quirúrgico, conocer el nombre correcto, cantidad y uso del instrumental requerido en el procedimiento quirúrgico.
- Los instrumentos contados deben separarse, se pronuncia el nombre de cada uno en voz alta y tanto el circulante como el instrumentista deben ver el instrumento durante el recuento.
- El instrumental adicional distribuido en el campo durante la cirugía, también debe contarse.
- Ningún instrumento debe retirarse de la sala hasta el momento del recuento final.
- Si un instrumento se rompe durante la cirugía, todas las partes deben juntarse y retirarse del campo quirúrgico y reportarlo al encargado del centro de equipos quirúrgicos, para su control y reposición.
- El instrumental que no se esté usando no debe permanecer sobre el usuario.
- A medida que los instrumentos salen del campo operatorio, deben limpiarse para evitar que la sangre u otro fluido corporal, se seque sobre su superficie.
- Es responsabilidad del instrumentista mantener limpia, ordenada la mesa de instrumentación y el campo estéril.
- Todo instrumental se entrega cerrado a menos que el cirujano indique lo contrario, deben estar orientados de manera que la persona que lo va a usar no se vea obligado a retomarlo o quitar la vista de campo quirúrgico para recibirlo.



- Si un instrumento contado se deja caer accidentalmente fuera del campo estéril, el circulante debe recogerlo, mostrarlo a los miembros del equipo quirúrgico y aislarlo del campo para incluirlo en el recuento final.
- El instrumentista y el circulante son las personas del equipo quirúrgico, encargadas de contar en voz alta y visualizar al mismo tiempo, los instrumentos utilizados en el procedimiento quirúrgico. Dicha práctica contribuye a garantizar los recuentos correctos.

Se recomienda que cada establecimiento:

- a) Tenga estandarizados las canastas de instrumentos de acuerdo con la complejidad quirúrgica del centro hospitalario.
- b) Estandarice la ubicación del instrumental en las mesas quirúrgicas.
- El Centro de Equipos debe emitir un documento práctico de chequeo del instrumental de cada canasta básica existente, para ser utilizado en el recuento de los instrumentos requeridos en el procedimiento quirúrgico. Esta hoja es entregada con el instrumental solicitado y es utilizada para el conteo del instrumental.

La ubicación de los instrumentos en las mesas de instrumentación debe estar de manera estandarizada, (Mesa de Mayo y mesa Media Luna u otras), de acuerdo con la clasificación de los instrumentos y la naturaleza del procedimiento quirúrgico a realizar.

Sin omitir los principios de asepsia y partiendo de tener en su campo el material requerido en forma oportuna de manera que se ahorre tiempo y anergia al proceso de la cirugía, se refiere a este tema de la siguiente forma:

“Los instrumentos quirúrgicos se diseñan para proporcionar las herramientas que el cirujano necesita para cada maniobra. La nomenclatura no está estandarizada,



pero, en general, estos instrumentos se clasifican por su función: Corte y disección, Toma y sostén, Pinzado y oclusión, Separación" (26, p 224)

Berry & Kohn, se refiere a la clasificación de los instrumentos:

Afilados: instrumento con un filo cortante o con punta (s) afilada(s) que se usa para cortar o disecar tejidos. Entre estos artículos están las hojas de bisturí-cuchillas, las tijeras, las agujas y otros dispositivos de disección. (6, p 325)

A traumático: Que no lesiona.

Dilatación: Ampliación progresiva de una abertura.

Disección: Proceso de separación de los tejidos a través de los planos anatómicos mediante instrumental afilado o romo.

Presión: Sujetar de forma traumática o a traumática.

Separación: Estabilizar una capa de tejido en una posición segura para exponer una parte. Los separadores pueden ser manuales o autoestático-automáticos.

Traumático: Que lesiona por penetración o aplastamiento.

Trocar: Dispositivo que se emplea para atravesar capas de tejido. Se utiliza frecuentemente para la endoscopia percutánea. Sirve como vía de acceso transitoria para gases, para otros instrumentos o para extraer un órgano o parénquima.

Oblitos y materiales de recuento extraviados

La pérdida de gases, agujas, instrumental y otros implementos provocan en el usuario:

- a. Alargamiento del tiempo anestésico.
- b. Aumento del riesgo quirúrgico.
- c. Elevación de los costos quirúrgicos.
- d. Aumento del estrés del equipo quirúrgico.
- e. Pérdida de credibilidad de la institución.



¿Qué hacer en caso de un recuento incompleto?

En caso de presentarse un recuento incompleto, la instrumentista debe comunicarlo al cirujano de inmediato para hacer las respectivas revisiones de cavidad o sitio quirúrgico, así como de las áreas físicas.

Cuando no se encuentra el material quirúrgico faltante en el recuento, se coordinará con el servicio de radiología para el traslado del equipo portátil de Rayos X para tomar una radiografía o fluoroscopia y comprobar que no se ha quedado dentro de la cavidad del usuario(a)

En procedimientos quirúrgicos donde se requiera dejar material dentro de cavidades o sitios para empaque y hemostasia, debe describirse en forma exacta y clara, la cantidad y tipo de material que se dejó. La circulante hará dichas anotaciones en el expediente clínico, en la documentación establecida institucionalmente para dicho fin.

En caso de que el recuento quede incompleto, después de haber agotado todas las acciones de exploración, el instrumentista debe realizar la nota de enfermería en el expediente clínico explicando claramente lo sucedido y las medidas de soporte tomadas. Debe anotar el nombre del personal de radiología que efectuó la búsqueda y los hallazgos encontrados.

Al respecto García, A y otros recomienda lo siguiente: " *La enfermera circulante busca entre las bolsas para desechos, debajo de la mesa, en el suelo y en las bolsas para ropa sucia (26, p.228).*

La enfermera instrumentista busca entre las sabanas, paños y los objetos colocados sobre su mesa. Los cirujanos revisan de nuevo el campo quirúrgico y la herida. Cuando no se encuentra la gasa, compresa o aguja, se avisará al equipo portátil de rayos X para tomar una radiografía y comprobar que no se halla dentro de la herida.



Si él a pesar de estas medidas el recuento continúa siendo incorrecto y el cirujano decide cerrar, la enfermera circulante anotará el incidente en el registro correspondiente.

El registro tiene importancia legal para demostrar que se hizo todo lo necesario para localizar la gasa, compresa, aguja extraviada, entre otros

D- lineamientos generales sobre aspectos médicos- legales

Estos lineamientos rigen para usuarios que ingresan a sala de operaciones producto de agresiones, asaltos, atropellos, violaciones u otras situaciones, en las cuales la ropa, accesorios, objetos y evidencias (balas, objetos punzocortantes entre otros), sean pruebas útiles en la investigación del evento ocurrido. Ante lo cual se debe proceder de la siguiente forma:

- Manipular únicamente con guantes, colocar el cuerpo extraño en bolsa de papel grado médico debidamente identificado con el nombre completo del usuario, número de expediente clínico, cirugía realizada, nombre del cirujano que efectuó el acto quirúrgico y el nombre de la persona que realiza dicho informe.
- La ropa, accesorios, objetos y evidencias (balas, objetos punzocortantes entre otros), se depositan en doble bolsa o tubo de ensayo (evidencias), rotulado con nombre, número de identificación, cantidad y descripción del tipo de objetos y se da en custodia al organismo policial que lo solicita, previa identificación y entrega de boleta de retiro del material, misma que debe adjuntarse al expediente clínico del usuario; además se debe realizar nota de enfermería especificando lo actuado, si dicha entrega se realiza el mismo día quirúrgico.
- Cuando los agentes policiales se apersonan a retirar evidencias, debe quedar anotado en bitácora del área quirúrgica, la especificación y lugar de custodia de los objetos que portaba el usuario.



- En caso de evidencias (ropa, balas, objetos punzocortantes entre otros), se deja en Sala de Operaciones en custodia, con las medidas de seguridad pertinentes (bajo llave). El Organismo de Investigación Judicial (O.I.J.) es el que se encarga de retirarlo, mediante un acta de secuestro, la cual se deja una copia en el expediente del usuario(a).
- Si el usuario(a) fallece en la sala de operaciones antes de 24 horas de su ingreso al centro hospitalario y por causas violentas; el cadáver no se debe limpiar, ni lavar para conservar indicios que puede haber en su cuerpo.

f- Aspectos generales sobre defunciones

- El equipo quirúrgico se asegurará que se lleve a cabo el protocolo establecido en cada centro hospitalario para tal fin.
- El personal de enfermería realiza nota del usuario(a) en el expediente, acorde al Manual de Procedimientos de Enfermería vigente a la fecha o expediente electrónico.
- El equipo de enfermería de la sala de operaciones realizará el post – mortum; establecido en el Manual de Procedimientos de Enfermería vigente a la fecha.
- La instrumentista, previa coordinación, indica al auxiliar de quirófano el momento y la ruta oportuna para el traslado del usuario(a) fallecido de la sala de operaciones al servicio de patología, según lineamientos y norma de cada centro de salud.
- En caso de que el fallecido porte pertenecías, las mismas se enviarán debidamente rotuladas junto al cuerpo al servicio de la morgue, o se entregarán a sus familiares previa confirmación e identificación del vínculo familiar y con la correspondiente descripción de los artículos u objetos en la nota de enfermería, según lineamientos de cada centro hospitalario.



Trámites Administrativos.

- El cirujano que efectuó el procedimiento quirúrgico, es el que realiza el Acta de Defunción.
- El Acta de Defunción se envía a la oficina de Admisión para el trámite que corresponda; quienes se encargan también de informar al servicio; de donde proviene el usuario(a).
- El profesional de Enfermería, jefe de sala de operaciones; informa al servicio de procedencia del usuario(a), mediante llamada telefónica para que envíen las pertenencias del usuario(a) a la morgue y hagan las anotaciones correspondientes del caso.
- El usuario(a) que fallece en el quirófano será llevado a la morgue por la auxiliar de quirófano con el expediente de salud, debidamente lleno por el médico que realizó el procedimiento quirúrgico y lo que corresponde por el personal de enfermería.
- Cuando se trate de una enfermedad de declaración obligatoria se debe de notificar y coordinar el muestreo correspondiente según el tipo de agente y coordinar con el encargado de epidemiología local.

Guía de seguridad relacionadas con el usuario(a)

Todo usuario(a) que va a ser intervenido quirúrgicamente debe ser trasladado a la sala de operaciones con 15 - 30 minutos de anticipación y de acuerdo con la programación enviada con antelación a los servicios.

El usuario(a) debe ser recibido en área prequirúrgica por el equipo de enfermería y se verifica lo siguiente:

- Identificarlo contra expediente.
- Revisar pulsera de identificación.
- Valorar nivel conciencia.
- Revisión de vía periférica y área quirúrgica.



- Revisar hoja de historia clínica de enfermería preoperatoria.
- Verificar consentimiento informado. (firmado)
- Revisar cirugía programada.
- Verificar exámenes de laboratorios.
- Recibir o solicitar al salón exámenes especiales (placas rayos X, mamografía, ultrasonido, entre otros)
- Verificación de hoja de hemo componentes según el caso.
- Confirmar que el usuario(a) no esté anticoagulado.
- Hoja de verificación de las prácticas quirúrgicas seguras.

Una vez que todos los miembros del equipo quirúrgico se encuentren dentro del quirófano se le indicará al auxiliar de quirófano, pasar al usuario(a) al quirófano.

Es responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico estar presentes en el quirófano durante la preparación y colocación del usuario(a) en la etapa Intraoperatoria. (bioseguridad).

La asepsia del sitio quirúrgico o preparación de la piel del usuario(a) es responsabilidad del profesional en Enfermería la actividad la realiza el auxiliar de enfermería bajo la supervisión de la enfermera quirúrgica.

El lavado operatorio de heridas traumáticas quirúrgicas debe ser realizado por el cirujano (fractura expuesta).



Normas y practicas recomendadas para la enfermería perioperatoria por la AORN normas para la práctica administrativa perioperatoria

Norma I. La estructura administrativa de los servicios perioperatorio, deberán desarrollarse y comunicarse.

Norma II. Una enfermera titulada con educación avanzada y experiencia en administración deberá de tener la responsabilidad administrativa de los servicios perioperatorios de enfermería.

Norma III. La enfermera titulada administradora, será responsable de la planificación de los servicios perioperatorios.

Norma IV. La enfermera titulada administradora, será responsable de la organización de los servicios perioperatorios de enfermería.

Norma V. La enfermera titulada administradora, será responsable de dirigir los servicios de enfermería perioperatorios.

Norma VI. La enfermera titulada administradora, deberá tener la responsabilidad de dotar de personal a los servicios de enfermería perioperatorios.

Norma VII. La enfermera titulada administradora, será responsable de controlar los servicios perioperatorios de enfermería.

Norma VIII. La enfermera titulada administradora, será responsable de identificar y emplear procesos éticos para garantizar resultados positivos en el usuario.

Normas para la práctica perioperatoria clínica

Norma I: Evaluación. El profesional de Enfermería perioperatoria recopila los datos de salud del usuario(a).

Norma II: Diagnóstico. El profesional de Enfermería perioperatoria analiza los datos de la evaluación para determinar los diagnósticos.

Norma III: Identificación de los resultados. El profesional de Enfermería perioperatoria identifica los resultados esperados particulares del usuario(a).

Norma IV: Planificación. El profesional de Enfermería perioperatoria crea un plan de atención que prescribe intervenciones para obtener los resultados esperados.



Norma V: Ejecución. El profesional de Enfermería perioperatoria realiza las intervenciones identificadas en el plan de atención.

Norma VI: Evaluación. El profesional de Enfermería perioperatoria evalúa el progreso que ha hecho el usuario(a) para alcanzar los resultados.

Normas para el desempeño profesional en el campo perioperatorio

Norma I: La calidad de la atención. El profesional de Enfermería perioperatoria evalúa sistemáticamente la calidad y determina si la práctica de enfermería es apropiada.

Norma II: Evaluación del desempeño. El profesional de Enfermería perioperatoria evalúa su práctica en el contexto de las normas de la práctica profesional y los estatutos y reglamentos relevantes.

Norma III: Educación. El profesional de Enfermería perioperatoria adquiere y mantiene actualizados sus conocimientos de la práctica de enfermería.

Norma IV: Compañerismo. El profesional de Enfermería perioperatoria contribuye al crecimiento profesional de compañeros(as) de igual nivel, colegas y otras personas.

Norma V: Ética. Las decisiones y acciones de la enfermera perioperatoria en nombre los usuarios(as) son determinadas de forma ética.

Norma VI: Colaboración. El profesional de Enfermería perioperatoria colabora con el usuario(a), las personas allegadas a él o ella, los profesionales de la salud y otras personas, al brindar atención.

Norma VII: Investigación. El profesional de Enfermería perioperatoria utiliza los resultados de las investigaciones en la práctica.

Norma VIII: Empleo de recursos. El profesional de Enfermería perioperatoria considera los factores relacionados con seguridad, eficiencia, eficacia, asuntos ambientales y costos al planificar y brindar atención al usuario(a).



Normas para el mejoramiento de la calidad en la enfermería perioperatoria

Norma I: Asignar la responsabilidad para las actividades de control y evaluación.

Norma II: Delinear el ámbito de las actividades o servicios de atención al usuario.

Norma III: Identificar aspectos importantes que afectan la calidad de atención del usuario(a).

Norma IV: Identificar indicadores de calidad para cada aspecto importante de la atención.

Norma V: Establecer límites para la evaluación de los indicadores.

Norma VI: Recopilar y organizar los datos para la evaluación.

Norma VII: Evaluar la atención basados en los datos acumulativos.

Norma VIII: Tomar medidas para mejorar la atención y los servicios.

Norma IX: Evaluar la eficacia de las medidas (s) y documentar los resultados.

Norma X: Comunicar la información relevante al programa de mejoramiento de la calidad de toda la organización.



CAPÍTULO

VIII

**Lineamientos de procedimientos quirúrgicos más
frecuentes**



41. Lineamientos de salas quirúrgicas libre de látex

Introducción

El látex o goma natural es la savia lechosa que se obtiene del árbol *Hevea brasiliensis*, que tras un proceso de transformación se emplea en diversos productos de nuestro medio.

Las reacciones anafilácticas al látex se producen con mayor frecuencia durante el período transoperatoria, en el que las barreras tisulares se rompen como resultado de las intervenciones quirúrgicas y anestésicas, lo que favorece la absorción de las proteínas del látex a través de las mucosas y de la vía parenteral. La alergia se suele manifestar predominantemente en forma de broncoespasmo y edema respiratorio, producido por la inhalación de las proteínas presentes en el aire.

Una característica capaz de identificar la alergia al látex es su aparición retardada en comparación con la anafilaxia inducida por medicamentos, que suele ser inmediata.

La sensibilización a látex aparece como la segunda causa de reacciones anafilácticas en el contexto quirúrgico, tras las provocadas por relajantes musculares. Las manifestaciones clínicas suelen ser más graves, debido al contacto directo de los diferentes tejidos con el antígeno.

Además, los fármacos empleados en la inducción y mantenimiento de la anestesia complican la detección y el tratamiento de los síntomas.

Por todos los motivos expuestos, es esencial garantizar la seguridad del usuario(a) alérgico a látex, cuando precise la realización de exploraciones complementarias invasivas, o la utilización de modalidades de tratamiento que impliquen el uso de anestesia local o general.



Al igual que sucede con otras áreas del hospital, la utilización del área quirúrgica, especialmente en el caso que nos ocupa, supone la intervención e interacción de diversos servicios hospitalarios, tales como anestesia, cirugía, reanimación, UCI, planta de hospitalización, radiología, laboratorio, hostelería, entre otros

Grupos de riesgo:

Usuarios(as) con defecto del tubo neural, malformaciones del aparato genitourinario requiriendo cateterismo vesical frecuente, cuadriplejía espástica, personal del área de salud, trabajadores en industrias del látex, historia de intolerancia y reacciones sistémica o local al utilizar productos de hule.

Signos y síntomas

Los síntomas y signos que suelen presentar los usuarios alérgicos al contacto con el látex pueden ser localizados o generalizados, y consisten en cualquier combinación de las siguientes manifestaciones clínicas:

- Urticaria local, regional o generalizada.
- Angioedema.
- Rinoconjuntivitis.
- Asma bronquial.
- Anafilaxia.

En un usuario(a) los síntomas pueden progresar gradualmente con los sucesivos contactos, desde urticaria leve hasta anafilaxia grave, o bien permanecer relativamente estables con el paso del tiempo.

Tipos de reacciones por alergia al látex

- **Cuadros leves:** Dermatitis cutáneas y/o seromucosas de contacto, urticaria, prurito y exantema.



- **Cuadros moderados:** Respiratorios tipo rinitis, disnea y obstrucción bronquial.
- **Cuadro grave:** Shock anafiláctico. De aparición brusca e inesperada, afecta a varios órganos y puede manifestarse por broncoespasmo, edema laríngeo, colapso circulatorio, hipotensión, taquicardia, arritmia y parada cardiaca. (La reacción anafiláctica característica se produce a los 45-50 min del inicio de la anestesia).

Preparación del quirófano.

- Estos usuarios deben de programarse de primero.
- Sacar del quirófano antes de ser lavado los materiales que presentan látex.
- El quirófano debe ser lavado utilizando guantes y equipo no látex.
- Posterior al procedimiento de limpieza se debe equipar el quirófano con los materiales requeridos libres de látex.
- Al finalizar la limpieza del quirófano debe quedar registrado el nombre de cada uno de los integrantes que efectuó dicha actividad.
- Se procede a cerrar el quirófano hasta el momento de la llegada del usuario(a).
- El área quirúrgica debe disponer de un carro con medicación y material para preparar un quirófano libre de látex, así como de un listado con el equipamiento libre de látex y el que no se pueda utilizar.
- Para preparar el quirófano, deberemos sacar fuera todas las mesas, carros y equipamiento que no se vaya a utilizar.
- Colocar avisos claros y visibles en las puertas de quirófano.
- En caso de administrar fármacos, hacerlo de forma lenta y diluida.
- Tener siempre a mano la medicación necesaria por si se produce una reacción anafiláctica y así poder tratarla inmediatamente.
- Si aparece una reacción anafiláctica grave, realizar un estudio analítico inmediato.
- Solamente entrará al quirófano el personal que deba estar presente durante la intervención, y se restringirán las entradas y salidas.



- A la entrada del usuario(a), comprobar que no lleva ropa interior, ya que la goma elástica contiene látex.
- Asegurarse de que no hay contacto directo del enfermo con el látex: sábanas, soportes, entre otros, y cubrir las extremidades con stockinettes o venda tubular no elástica, previo uso de materiales e insumos que no estén libres de látex.
- Es muy importante la vigilancia continua del usuario(a) al que se va a intervenir y que se prolongue el ambiente libre de látex en la reanimación y en el posoperatorio en planta. De estos cuidados depende de que el usuario(a) no presente complicaciones.

Carro de insumos libre de látex

Es importante tener una caja preparada con todo lo necesario para la atención de cualquier usuario(a) alérgico al látex. Dentro de la caja deben estar las normas y guías para la atención de usuarios alérgicos al látex. Esta caja debe permanecer dentro de la pieza del usuario(a). Mientras esta caja no se ocupe, debe guardarse en el lugar establecido por el centro asistencial.

El carro debe contener:

- Guantes de procedimiento y quirúrgicos libres de látex
- Sondas foley con balón, libre de látex
- Sondas nasogástricas libres de látex
- Jeringas de estériles, de diferentes tamaños libre de látex
- Mascarilla de oxígeno y nebulizador con cinta de género para su ajuste.
- Circuito de anestesia y respirador libres de látex
- Fijar pósitos con microporo y libre de látex
- Resucitador manual de silicona, con válvulas de silicona
- Tubos endotraqueales con balón libre de látex (desechables).
- Ligadura de silicona (para torniquete, extracción de sangre)



- Telas y apósitos libres de látex
- Conexiones de suero libres de látex, deseable
- Un kit para inyección de epinefrina. (jeringas, agujas)
- Brazaletes "Alergia al Látex" para identificación del usuario(a)
- Llaves de 3 vías.
- Extensión de suero
- Cartel "Usuario Alérgico al Látex" para colocar en la puerta a la entrada de la habitación.
- Es ideal contar con la simbología de productos libres de látex y usuario(a) alérgico al látex.

Preparación del usuario(a) alérgico al látex, antes de la cirugía

- ❖ Coordinación entre todo el personal quirúrgico y hospitalización.
- ❖ Todo el personal debe estar enterado y consiente de los cuidados del usuario(a).
- ❖ Se debe indicar en el expediente claramente que el usuario(a) es alérgico al látex. (Historia clínica detallada del usuario(a)).
- ❖ Colocar en la puerta el rótulo usuario(a) alérgico al látex y evitar la entrada al quirófano por personal ajeno al quirófano asignado.
- ❖ Tomar en cuenta todas las medidas de prevención.
- ❖ Evitar el contacto con el alérgeno.
- ❖ Debe administrársele el tratamiento indicado por el médico, antes de la cirugía. (Profilaxis farmacológica: Antihistamínicos, ranitidina, corticoides)
- ❖ La profilaxis debe iniciarse entre 12 y 24 h antes de la intervención.
- ❖ Los antihistamínicos deberán mantenerse 72 h después de finalizar la intervención, y los corticoides una semana.
- ❖ Tener presente que los medicamentos como la morfina y atracurio, que liberan histamina aumentarán la tendencia a urticaria que puede confundirse con una verdadera reacción alérgica.



- ❖ Sustituir, en la medida de lo posible, los frascos por ampollas de cristal. En caso de que no sea posible, retirar el tapón del frasco y cargar el tratamiento con una jeringa cuyo embolo no contenga el hule.
- ❖ En el caso de jeringas precargadas cuyo capuchón protector de la aguja contenga látex, quitar éste con cuidado y limpiar la aguja antes de administrar el medicamento.
- ❖ Si el émbolo contiene látex, no utilizarlo.
- ❖ Nunca manipular los medicamentos con guantes de látex.
- ❖ Se debe leer las instrucciones de uso, composición y precauciones del producto antes abrirlo.
- ❖ Sustituir el torniquete de látex por uno velcro y proteger el área con algodón.
- ❖ Administración de los medicamentos a través de una llave de tres vías.
- ❖ Catéteres intravenosos de teflón.
- ❖ El usuario(a) debe ser entregado según condición a la unidad asignada, acompañado por personal de enfermería para que se tomen las medidas de alerta para prevenir complicaciones.
- ❖ El personal de enfermería de quirófano se encargará de la Identificación de la carpeta de historia clínica con el distintivo de alergia a látex. Si el hospital cuenta con un sistema de historia clínica electrónica, la configuración de este deberá permitir que cada vez que se consultan datos del usuario, aparezca la alerta en cuestión de forma inequívoca.

Evaluación y control

Periódicamente se evaluará el cumplimiento del presente protocolo, así como la actualización en caso de cambios en técnicas quirúrgicas e instrumental a utilizar para evitar complicaciones en dichos usuarios(as).



CAPÍTULO

IX

RECOMENDACIONES



Recomendaciones

1. Hacer partícipe a todo el personal del bloque quirúrgico para que reciba el curso de atención al cliente, con el objetivo de que el trabajador le brinde al usuario(a) un trato humanizado, atendiendo sus necesidades inmediatas y mediatas, y que disminuya el impacto que sufre el usuario(a) al ingresar al quirófano.
2. El área denominada en algunas salas de operaciones como (preanestesia), solo podría llamarse de esa forma si cumple con la Norma de Habilitación del Ministerio de Salud, donde se indica textualmente que "preanestesia es el área donde permanece un anestesiólogo exclusivo a tiempo completo". Hoy día este concepto es mucho más amplio, no se limita a la atención o abordaje de un solo profesional, sino de un equipo multidisciplinario de trabajadores de la salud que intervienen en las diferentes etapas del proceso perioperatorio; razones que justifican que este espacio debe llamarse **área prequirúrgica**.
3. Relacionado con la disminución del riesgo de las infecciones del sitio quirúrgico, el tránsito y movimiento de personas, dentro de un quirófano se debe mantener a un mínimo, para la emisión de microbios la reducción del tráfico disminuye las turbulencias de aire, se recomienda que aparte del equipo quirúrgico asignado, solo podrán permanecer un máximo de dos personas adicionales en total (estudiantes, visitantes u otros). Ej. Un estudiante de enfermería y un estudiante de medicina por quirófano.

Acceso

La política de la institución debe exigir a los visitantes inscribirse y obtener un permiso del administrador del centro u otro designado para tal fin como el agente



del área quirúrgica, antes de entrar en la misma. Nota se puede usar una insignia identificativa en la que figure el nombre. Según la política del centro y el propósito de la visita de cada persona, *“se puede pedir al usuario que firme un consentimiento antes de permitir la entrada del visitante al área”* (29, p. 58).

Estudiantes

Los estudiantes de medicina, enfermería, o radiología deben haber recibido información acerca de las técnicas de asepsia. Además, deben llevar al día las vacunaciones y contar con un certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR), una prueba de la tuberculina negativa y un seguro de responsabilidad civil. Los estudiantes deben de estar supervisados adecuadamente mientras están en el entorno quirúrgico.

Los acuerdos entre los hospitales y las instituciones educativas deben especificar en términos generales los detalles sobre las expectativas tanto de los estudiantes como de los profesores. *“No se deberá permitir el acceso de personas ajenas a la Sala de Operaciones”* (29, p 59).

Los estudiantes de medicina, enfermería o radiología deben haber recibido información acerca de las técnicas de asepsia. Además, deben llevar al día las vacunaciones y contar con un certificado de resucitación cardiopulmonar (CPR), una prueba de tuberculina negativa y un seguro de responsabilidad civil.

Los estudiantes deben estar supervisados adecuadamente mientras están en el entorno quirúrgico. Los acuerdos entre los hospitales y las instituciones educativas deben especificar en términos generales los detalles sobre las expectativas de los estudiantes como de los profesores.



El personal de apoyo que necesite ingresar deberá reportarse previamente con la jefatura de enfermería, luego debe vestirse con atuendo quirúrgico completo y acatar la norma de sala de operaciones.

Representantes de ventas

Los representantes farmacéuticos pueden pasar la zona quirúrgica, pero solamente bajo las condiciones que se especifiquen en cada centro. Algunos centros piden que el usuario(a) sea informado de la presencia del representante, así como del motivo de la visita y dé un consentimiento escrito que formara parte de su historia clínica.

- El personal asignado a un quirófano debe permanecer dentro del mismo mientras se realiza el procedimiento quirúrgico, evitando salidas innecesarias que van en contra de las prácticas seguras al brindar la atención del usuario(a).
- Se debe evitar el uso del celular, dentro de la sala operaciones, porque es un distractor del acto quirúrgico y una fuente de contaminación para el usuario(a).
- No se permite el ingreso de alimentos, periódicos y artículos de uso personal, como revistas, folletos, libros, catálogos, computadoras, tabletas, reproductores de música, entre otros
- Una vez finalizado el acto quirúrgico, el usuario(a) debe ser acompañado a la Unidad de recuperación posanestésica (URPA) o unidad de destino por:
 - Anestesiólogo (a).
 - Instrumentista o circulante.
 - Auxiliar de quirófano.
- Se recomienda un profesional de Enfermería en la unidad posquirúrgico (URPA) ante la presencia de complicaciones graves de un usuario(a) Grado I.



- El tiempo mínimo de recuperación de un usuario(a) en URPA debe ser de una hora, debe mantenerse monitoreado durante todo ese lapso. La estancia de usuario(a) en URPA está asociado con el tiempo del procedimiento quirúrgico; sin embargo, siempre debe ser un criterio del servicio de anestesia, dicha estancia.
- Prohibir el uso del chicle al personal. La AORN refiere que el movimiento de la mandíbula debajo de la mascarilla causa fricción entre la piel y la mascarilla, lo cual puede contribuir al descamado de la epidermis, conocido como caspa. La caspa puede llegar al aire, ser transportada a cualquier área del campo quirúrgico y caer dentro de la herida quirúrgica.
- La mascarilla quirúrgica recoge las bacterias de las vías aéreas nasofaríngeas de quien la lleva puesta. El movimiento del chicle la conversación excesiva aumenta la probabilidad de que las gotículas exhaladas que contienen bacterias sean expelidas al medio ambiente.
- La mayoría de las situaciones de contaminación se da por la manipulación inadecuada o demasiado frecuente de un artículo, recordemos que más de 4 veces en su manipulación se considera contaminado, también la forma en que se almacene fuera del quirófano.

Los tres momentos en que un artículo debe de manipularse:

- Al retirarse del carro esterilizador y colocarlo en el estante donde se va a almacenar.
- Al colocarlo en un carro para su transporte.
- Al tomar el artículo para abrirlo y utilizarlo.



Los protocolos deben asegurar que los artículos, que llevan más tiempo de esterilización se utilicen primero. Estos deben de estar marcados con fecha de esterilización. Ubicando los artículos que llevan más tiempo de esterilizado en la parte frontal de los estantes.

4. Es de gran importancia considerar que detrás de la confección de un manual técnico institucional de atención perioperatoria se encuentra el interés de mejorar los servicios a través del cumplimiento de este; bajo una supervisión directa y estricta por parte de expertos en la materia.
5. Al ser un área especializada, alta precisión y complejidad se recomienda que las jefaturas y los miembros del equipo quirúrgico de enfermería (profesional de Enfermería instrumentista, circulante) sea personal experto en la materia.
6. El personal del servicio de recuperación posanestésica debe tener amplio conocimiento en el manejo de usuarios de cuidado crítico, preferiblemente una especialidad en cuidados intensivos o enfermería quirúrgica.
7. Las jefaturas de sala de operaciones son las responsables de velar por el cumplimiento de las normas institucionales e internas de cada centro quirúrgico, con el objetivo de garantizar al usuario(a) las condiciones óptimas de servicio.
8. Todo establecimiento de salud que cuente con sala de operaciones debe estar dotado de un espacio físico adecuado para implementar el programa de atención de Enfermería perioperatoria.
9. El depósito de material estéril nunca debe colocarse en la mesa mayo, por peligro de caída del instrumental, en caso de utilizar palanganero depositar



objetos grandes (conexión de aspirar, paños abdominales, cuadros de gasa, guantes electrocauterios, entre otros utilizar el palanganero.

10. Utilizar el riñón o vasija de esponja colocar insumos pequeños como: suturas, cotonoides, clips, grapas, jeringas, entre otros
11. El profesional de Enfermería debe tomar el bisturí con una pinza, principio que aplica también para objetos muy pequeños que van al campo estéril.
12. Cuando se da un cambio del equipo quirúrgico o parte de este por alguna razón especial, durante el procedimiento; se hace entrega de un recuento incompleto se recomienda:
 - Dejar constancia del faltante en la nota de enfermería por el instrumentista saliente y entrante que releva.
 - Notificar al médico cirujano y su equipo quirúrgico del faltante de gasa.
 - En la medida de lo posible finalizar el procedimiento por el mismo equipo quirúrgico que inicio el acto.

Contacto para consultas

Dra. Carmen Loaiza Madriz PhD. Jefe Nacional de Enfermería. Coordinación Nacional de Enfermería. Tel. 25390915. Correo Electrónico: secenfer@ccss.sa.cr



REFERENCIAS

1. Acosta – Gnass S. (2011) Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Washington, D.C: EOPS.
2. Aguirre E. (2009). Formulación de Proyectos en el Área Educativa, Social y Cultural. San José, Costa Rica: Uruk.
3. Asociación de Enfermeras Tituladas Peri-Operatorias. (2002). Normas y Prácticas Recomendadas de la AORN. Denver Colorado. AORN.
4. B. R. Ellen y otras (1992). Consultor de Enfermería. Barcelona: Editorial Océano Centrum.
5. Bernhard, H. Manual de Procedimientos Médico-quirúrgicos. San José, Costa Rica: ECCSS.
6. Berry & Kohn (2005). Técnicas de Quirófano. España: El Sevier.
7. Berry y Kohn. (1994) Técnicas de Quirófano. (7ª. Ed.) México: Editorial Interamericana.
8. Brunner L, Suddarth D (1998) Enfermería Médico-Quirúrgica. (8va. Ed.). México: Hill Mc Graw – Interamericana.
9. Brunner L, Suddarth D. (1990). Enfermería Médico Quirúrgico. (6ta.Ed.). México. Nueva editorial Interamericana S.A.
10. Caballero M. Erika. Becerra S. Rossana. Hullin L. Carolina. Proceso de Enfermería e Informática para la gestión del cuidado. Editorial Mediterráneo Ltda (2010). Santiago Chile.



11. Caja Costarricense de Seguro Social (1988). Manual de Normas y Funciones Centro Quirúrgico Sala de Operaciones. Costa Rica: ECCSS.
12. Caja Costarricense de Seguro Social. (2003) Manual “Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales”. Indumentaria de quirófano y medidas de bioseguridad.
13. Caja Costarricense de Seguro Social. (2003). Compromisos de Gestión. Costa Rica: CCSS.
14. Caja Costarricense de Seguro Social. (2007). Política Institucional de Calidad y Seguridad del usuario(a) Costa Rica: ECCSS.
15. Caja Costarricense del Seguro Social (2008). Manual Institucional de Normas de Atención Perioperatoria: San José, Costa Rica: ECCSS.
16. Cian L. (1994). La Relación de Ayuda. España: CCSS.
17. Colegio de Enfermeras (os) de Costa Rica (1973). Código de Ética y Moral Profesional. Costa Rica: Colegio de Enfermeras (os) Costa Rica.
18. Colegio de Enfermeras (os) de Costa Rica (1973). Código de Ética y Moral Profesional. Costa Rica: Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
19. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2008). Medicina Vida y Salud. Vol. No 6. San José, Costa Rica. ECMCCR.
20. Corway M. (2002) Crisis hipotensivas. Definición profilaxis y tratamiento. Barcelona: Ergon S.A



21. De Borja de la Quintana, G. y López, E. (2003). Compendio de anestesiología para enfermería. España: Harcourt.
22. De Oliveira S. (2005). Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. Revista Cubana Enfermería.
23. Dugas B. W. (1986). Tratado de Enfermería Práctica. (4ta. ed.) México: Editorial Interamericana.
24. Fuller R. (2007). Instrumentación Quirúrgica. México: Panamericana.
25. Gandezas, M (1978). Fundamentos de Instrumentación quirúrgica. (2da. Ed). Buenos Aires: El Ateneo.
26. García G. M. Amparo y otros. (2012) Enfermería de Quirófano- Ediciones DAE. Madrid-España.
27. García, A y otros (2012). Enfermería de Quirófano. España. Editorial: Lexus.
28. Griffith, J. (1989) Proceso de Atención de Enfermería. México D.F: Manual Moderno S.A.
29. Gruendemann B. (2002). Prevención de la Infección en áreas quirúrgicas. España Editorial. Harcourt, S.A. El Servier Science.
30. Hernández R. y Colbs. (2008). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.



31. Kérouac S. y Colbs (1996). Pensamiento profesional de Enfermería. España: Masson.
32. La Gaceta (24 de noviembre 1973) Ley General de Salud. No. 5395. San José, Costa Rica: Imprenta nacional.
33. López Abascal Adriana y otros. (2007). Aspectos Polémicos en Áreas Quirúrgicas. Argentina. Fundación Universidad Nacional de San Martín de Argentina.
34. Lorenzana, L. La pirámide de Maslow las necesidades de las personas. Recuperado de: <http://www.gueb.org/motivacion/julio/2015>.
35. Mac Graw–Hill. (1993) Manual de la Enfermería Brunner. (3era. Ed). México: Editorial Interamericana.
36. Marriner Ann y Raile M. (1999). Modelos y Teorías en Enfermería. (4ª. Ed.) España, Barcelona. Harcourt.
37. Marriner, A. (2001). Gestión y Dirección de Enfermería. España: Harcourt.
38. Méndez, F y otros (1983). Introducción a la técnica quirúrgica. (3ra.Ed) México: UNAM.
39. Ministerio de Salud (2003). Política Nacional de Salud 2002-2006. (1ª. Ed). Costa Rica San José: EMS.
40. Ministerio de Salud. (2002). Análisis Sectorial de Salud. (1ª. Ed). San José. Costa Rica. EMS.
41. Ministerio de Salud. (2003). Agenda Sanitaria Concertada. Diez Compromisos del Sector Salud. 2002-2006. (1ª. Ed.). San José, Costa Rica. EMS.



42. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Bloque quirúrgico, Estándares y recomendaciones. Madrid España.
43. Mosby (1992). Enciclopedia de Medicina y Enfermería. Barcelona: Océano Centrum.
44. Peplau, H. (1993). Relaciones Interpersonales de Enfermería. Barcelona, España: Científicas y Técnicas S.A.
45. Perea R. (2004). Educación para la Salud. España: EUNED.
46. Pineda E, Alvarado E (2008). Metodología de la Investigación. EE. UU.: OPS.
47. Porter, R y Kaplan, J. (1994). El Manual Merck. (9na.Ed). Barcelona: Océano Centrum.
48. Potter, P y Griffin, P. Potter, P y Griffin, P. (2002) Fundamentos de Enfermería. (5ª. ed.) Vol. IV. España: Harcourt / Océano.
49. Rojas L. (2008). Elementos Conceptuales y metodológicos de la Investigación Cualitativa. Costa Rica: UCR.
50. Reglamento del Consentimiento Informado en la práctica asistencial en la Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. CENDEISSS. Área de Bioética, agosto 2012.
51. Rosales R (2008). Formulación y Evaluación de Proyectos. Costa Rica: ICAP.



52. Safford, Jackson y Banks, Jackson W. (1978). Diccionario Léxico Hispano. (4ta ed.). México: Editorial Mexicana, S.A.
53. Sotela, José E. (1997). Reseña histórica de la anestesia en Costa Rica. Costa Rica. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social -CCSS.
54. Surg, A, Charlson ME, Mac Kenzie CR, Bold J. (2012). Petal Intraoperative blood pressure. What pa Herus identifite patients at risk for post operatory complications. Washington.
55. Thora, K. (1993). Liderazgo y Administración. (5ta ed.). México D.F: Interamericana S.A.
56. Tomado el 30/10/14. Historia de la Enfermería. www.JuntadeAndalucía.com.
57. Valverde, F. (1997) Potter, P y Griffin, P. Fundamentos de Enfermería. (5ª. ed.) volumen IV. San José Costa Rica. EUNED. W.D.
58. Wylie y otros (Editores S. A.). (1974). Anestesiología. (2da . ed.). Barcelona: Editorial Salvat.



ANEXOS



ANEXO N° 1

Instrumento de entrevista etapa preoperatorio

Nombre: _____ No Expediente: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Servicio: _____ Cama: _____

Sexo: F M Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Credo: _____ Lugar de procedencia _____

Escolaridad: _____

Diagnóstico Médico: _____

Operación Planeada: _____

Consentimiento Informado: Sí No

Percepción de la cirugía:

Temores:

Apariencia física:

Sobrepeso Obeso Normal Bajo peso Desnutrición

Problemas físicos importantes:

Estado Neurológico:

Orientado Desorientado otros

Explique:

Experiencia operatoria previa:

Sí No Veces: _____ Tipo: _____

Complicaciones:

Sí No Tipo: _____

Exámenes preoperatorios:

LAB	<input type="checkbox"/>	ULTRASONIDO	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	MAMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>
RX	<input type="checkbox"/>	PAP	<input type="checkbox"/>
TAC	<input type="checkbox"/>	BIOPSIAS	<input type="checkbox"/>
RESONANCIA MAGNETICA	<input type="checkbox"/>	UNIDAD SUBETA	<input type="checkbox"/>



HEMOCOMPONENTES

OTROS

Alergias:

Sí

No

Tratamiento: _____

Productos, alimentos o sustancias: _____

Enfermedades: _____

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| HTA | <input type="checkbox"/> | ASMA | <input type="checkbox"/> | CARDIOPATIAS | <input type="checkbox"/> |
| DM | <input type="checkbox"/> | EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> | INMUNOLOGICAS | <input type="checkbox"/> |
| INS. RENAL | <input type="checkbox"/> | HEPATITIS | <input type="checkbox"/> | NEUROLOGICAS | <input type="checkbox"/> |
| EPOC | <input type="checkbox"/> | ITU | <input type="checkbox"/> | HEPATICAS | <input type="checkbox"/> |
| QUIMIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> | TB | <input type="checkbox"/> | GINECOLOGICAS | <input type="checkbox"/> |
| T. TIROIDEOS | <input type="checkbox"/> | HEMATOLOGICOS | <input type="checkbox"/> | RENALES | <input type="checkbox"/> |

Otras: _____

Medicamentos que toma: _____

Capacidades disminuidas: _____

Plan de atención de atención de enfermería de la fase preoperatoria

Diagnóstico de Enfermería	Acción de enfermería
1.	
2.	
3.	
4.	

Nota de Peri-Operatoria Mediata (Acciones Pendientes)

Recomendaciones:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Nombre de Enfermera Perioperatoria: _____



Firma: _____

N° de licencia: _____

Nota de Prequirúrgica Inmediata:

Verificación inmediata

Cumple requisitos preoperatorios: Sí No

Febрил Sí T° _____ No

Tos Sí No

Vómitos Sí No

Diarrea Sí No

Higiene Personal Sí No

Observaciones:

Nombre de Profesional de Enfermería Pre-Quirúrgica (o): _____

Firma: _____

N° de Licencia: _____



Instructivo de la Historia Clínica de Enfermería Preoperatoria.

Objetivo:

Dejar constancia en el Expediente de Salud de la atención ofrecida al Usuario, en la visita que efectúa el Profesional de Enfermería Quirúrgica en el salón, en la Etapa del preoperatorio y la verificación al ingreso del usuario(a) al área prequirúrgica.

Desarrollar y fortalecer los Procesos de Mejoramiento Continuo de la Calidad, mediante la aplicabilidad de la Historia Clínica de Enfermería preoperatoria.

Instrucciones de llenado del informe:

El presente documento orienta, sobre cómo debe llenarse la Historia Clínica. El llenado de este documento no excluye la confección de la nota de enfermería.

Una vez que se ha llenado la historia clínica de enfermería preoperatoria; debe quedar: el original en el expediente de salud, que corresponde al usuario(a). La Historia Clínica debe ser llenada por la Enfermera (o), que haga la visita Pre-Operatoria al Servicio, donde está el usuario(a) que va a ser intervenido quirúrgicamente y dar continuidad en el área prequirúrgica.

Nombre: Debe anotarse el nombre y los dos apellidos completos del usuario(a).

Expediente: Anotar el número de cédula o de asegurado.

Edad: En años cumplidos.

Fecha: Día en que se efectúa la visita de Enfermería.

Servicio: Unidad en que se encuentra internado el usuario. Cama: Número de cama hospitalaria, en que está el usuario. Sexo: Indicar con "M" si es masculino o con "F" si es femenino.

Estado Civil: Escribir si es soltero, casado, divorciado, unión libre u otro.

Ocupación: A qué se dedica actualmente.

Credo: Preferencia de credo del usuario(a).



Lugar de procedencia: Lugar de residencia del usuario(a).

Escolaridad: Nivel educativo del usuario(a).

Diagnóstico Médico: Anotar en el instrumento historia clínica de enfermería; el Diagnóstico que aparece registrado en el expediente de salud del usuario(a).

Operación planeada: La cirugía que tiene programada.

Consentimiento informado: Marcar con una X sí, cuando aparezca la firma del usuario(a) en la hoja respectiva.

Percepción de la cirugía: Anotar con las propias palabras del usuario, lo que comprende del procedimiento quirúrgico que se le va a realizar.

Temores: Anotar los miedos que exprese el usuario(a), en relación con la cirugía.

Apariencia física: Marcar en una sola casilla con X.

Problemas físicos importantes: Anotar alguna limitación física que tenga el usuario, que vaya a interferir en su posición en la mesa quirúrgica o en el acto quirúrgico

Estado Neurológico: Marcar con X, la casilla correspondiente. En Otros explique lo que observa.

Experiencia operatoria previa: Marcar con X la casilla que corresponde a “Sí” o “No”. Si responde afirmativamente, llenar el renglón de número de veces y en el tipo anotar cirugías practicadas. Complicaciones: Marcar con X una sola casilla. Si responde afirmativamente anotar el tipo de complicación presentada.

Exámenes preoperatorios: Revisar que en el expediente de salud; estén todos los exámenes que se le hayan indicado, para el procedimiento quirúrgico a efectuar y que sean de fecha reciente. Marcar con X una sola casilla

Alergias: Marcar con X la casilla correspondiente, “**Sí**” o “**No**”. Si la respuesta es afirmativa anotarlo en el renglón correspondiente.

Enfermedades que padece: Marcar con X. Anotar los que no están contemplados en las casillas.

Medicamentos que toma: Anotar todos los medicamentos, que actualmente esté tomando.



Capacidades disminuidas: Anotar la condición física o mental. Alguna limitación del usuario(a), que interfiera en la comunicación verbal, auditiva o visual.

Plan de Atención de Enfermería: Anotar diagnóstico y acciones de enfermería.

Nota perioperatoria mediata: Anotar las acciones pendientes.

Recomendaciones: Anotar con letra clara y legible cualquier recomendación o referencia hacia otro profesional.

Nombre de Profesional de Enfermería Perioperatoria (o): Anotar el nombre con los dos apellidos, del Profesional de Enfermería que realiza la visita. El profesional de Enfermería que realiza el llenado de este instrumento, debe de anotar, en este rubro su nombre, con los dos apellidos. Así mismo firmar y registrar el número de Licencia emitido por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Nota del profesional de Enfermería prequirúrgico-inmediata: Anotar resultado de verificación prequirúrgica inmediata y/o cuidados brindados.

Verificación inmediata: Marcar con X la condición observada, en caso de fiebre registrar el dato de la temperatura.

Observaciones: Anotar con letra clara y legible, cualquier situación o comentario realizado por el usuario(a) que pueda interferir o afectar el procedimiento planeado. También debe anotar cualquier situación relevante y pertinente, que considere la enfermera importante para el acto quirúrgico.

Nombre de profesional de Enfermería prequirúrgica (o): Anotar el nombre con los dos apellidos, del Profesional de Enfermería que realiza la verificación inmediata. El Profesional de Enfermería que realiza el llenado de este instrumento, debe de anotar, en este rubro su nombre, con los dos apellidos. Así mismo firmar y registrar el número de Licencia emitido por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica.



ANEXO # 2

Instructiva lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras

Antes de la inducción de la anestesia: anestesiólogo (a)

A/ Confirmación de la identificación del usuario, localización quirúrgica y procedimiento. El anestesiólogo (a) confirmará verbalmente con el usuario(a) despierto (preferiblemente) su identidad, el tipo de procedimiento previsto, y el sitio quirúrgico de la cirugía. A pesar de ser reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que no se interviene a un usuario(a) equivocado, no se realiza un procedimiento equivocado, ni se opera el sitio equivocado.

B/ Obtención del consentimiento informado: Confirma que el usuario(a) (o representante del usuario) ha firmado el consentimiento para la cirugía y la anestesia, además, que se encuentra en el expediente del usuario(a).

C/ Marca del sitio quirúrgico: Confirma que el cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía (rotulador permanente), sobre todo en los casos que implique lateralidad (derecha o izquierda), o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o pie, una lesión de la piel, una vértebra, entre otros).

D/ Chequeo de seguridad anestésica completado: El anestesiólogo (a) verifica e inspecciona los equipos de anestesia, instrumental y medicación previa en cada caso.

E/ Oxímetro en el usuario(a) y que esté funcionando: Confirma que el usuario(a) tiene colocado el oxímetro de pulso y verifica que esté funcionando correctamente.

F/ Tiene el usuario(a) alguna alergia conocida? El anestesiólogo verifica en el expediente y con el usuario(a) aún despierto, si éste tiene algún tipo de alergia conocida a medicamentos, y si tiene alergias, ¿A qué es alérgico?

G/ ¿Tiene el usuario(a) alguna dificultad para intubación o riesgo de aspiración? El profesional en anestesia valorará objetivamente si el usuario(a) presenta dificultad en la vía aérea. Si determina alto riesgo, ha de proveer



la ayuda necesaria: ajustar el abordaje de la anestesia, la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado (profesional de anestesia, el cirujano, o instrumentista), que se encuentren físicamente presentes para ayudar en la inducción de la anestesia.

En usuario(a) con reconocida dificultad de la vía aérea, la casilla deberá marcarse sólo cuando haya confirmado que dispone de un adecuado nivel de asistencia presente.

H/ ¿Tiene el usuario(a) riesgo de perder > 500 ml de sangre (7 mg/kg en los niños)? Se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre en usuarios(as) con riesgo significativo de pérdida de sangre. En caso de reanimación éste paso será vital.

Antes de la incisión cutánea: cirujano (a)

A/ El cirujano confirma que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y rol que desempeñan en la cirugía.

B/ El cirujano (a), anesthesiólogo (a) y el (la) instrumentista, confirman verbalmente el nombre del usuario, procedimiento y sitio quirúrgico y la posición del usuario(a).

C/ Pasos críticos previos a la cirugía para reducir el riesgo de sucesos adversos:

C1. El cirujano confirma o repasa con el equipo (pasos críticos o inesperados del procedimiento, cuál es la duración de la intervención y, previsión de pérdida sanguínea).

C2. Revisan aquellos pasos que pueden requerir una preparación o equipo especial.

C3. El cirujano confirma con el profesional de anestesia (los planes de resucitación, y si hay o no consideraciones específicas con el usuario(a). En usuarios(as) con riesgo de pérdida sanguínea importante, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad grave derivada del procedimiento, revisan en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos, y el tipo de comorbilidad (cardíaca o respiratoria).



C4. El cirujano confirma con el (la) instrumentista (los resultados de los indicadores de esterilidad y otros aspectos del equipo o instrumental).

D/ Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos, previos a la incisión cutánea: para reducir el riesgo de infección del sitio quirúrgico, el cirujano pregunta en voz alta si se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si la profilaxis antibiótica no se ha administrado, debería de administrarse ahora, antes de la incisión. Si la administración profiláctica del antibiótico supera los 60 minutos al momento de la incisión, el equipo puede decidir si repite o no la dosis, si no se administra una dosis adicional, la casilla en la lista debe quedar en blanco “no marcar”.

E/ Visualización de las imágenes diagnósticas esenciales: Las imágenes pueden ser indispensables para una adecuada planificación del procedimiento y guía en muchas intervenciones, como en los procedimientos ortopédicos. Por ello, en la pausa quirúrgica (antes de la incisión) el cirujano verifica que las imágenes estén presentes en la sala de operaciones.

Antes del cierre de la herida quirúrgica y la salida del quirófano: instrumentista

A/ antes del cierre de la herida quirúrgica, el (la) instrumentista verifica con todo el equipo:

A1. Que el recuento de gasas, esponjas, paños, torundas, agujas e instrumental, estén correctos en cantidad. De no ser correcto el recuento, se verificará de nuevo, y no se cierra ningún plano de la herida quirúrgica hasta que el recuento se confirme en voz alta que está correcto.

A2. Verifica que el rotulado de las muestras biológicas contenga el nombre, apellidos y número de identificación del usuario(a); aplicable a los procedimientos en los que se obtengan muestras biológicas.



A3. Verifica y reporta los problemas (si existen) con el equipo e instrumental que requieran atención, reparación o cambio, antes de la próxima cirugía.

B/ Antes de la salida del quirófano, el equipo repasa aspectos claves para la recuperación y manejo postoperatorio:

B1. El nombre del procedimiento pautado y el realizado, pues el procedimiento pudo haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos.

Intraoperatorios o las dificultades técnicas.

B2. Los eventos intraoperatorios importantes, entendiéndose cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al usuario(a) o incrementar los riesgos en el postoperatorio.

B3. El plan previsto, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del cuidado del usuario, que pueden no ser evidentes para todos los implicados en el cuidado postoperatorio.

B.4 El anestesiólogo (a) revisa si se añade cualquier recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria. Si no hay eventos críticos o añadidos al plan de recuperación, entonces puede simplemente afirmar “la anestesia ha sido rutinaria, y no hay precauciones especiales”.

Nota: En los centros médicos en los que se pueda contar con un coordinador de la Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras (ejemplo, circulante u otro personal), que haga el check list, será válido, en tanto, el coordinador se dirija y pregunte al profesional responsable la verificación de los ítems del apartado respectivo y que se aplique en el tiempo quirúrgico respectivo de la lista. En todo caso, la responsabilidad de aplicar, verificar (chequeo) y firmar la Lista, es vicariante e intransferible del profesional responsable de la cirugía, anestesia e instrumentación.

La lista sólo será válida cuando este aplicada y completada correctamente en todos sus extremos.



Caja Costarricense de Seguro Social
Programa Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente
Centro:

Fecha:	Hora:
--------	-------

Lista de Verificación de Prácticas Quirúrgicas Seguras

Nombre del paciente:	No. de expediente:
----------------------	--------------------

Antes de la Inducción a la Anestesia		Responsable Anestesiólogo (a)
Se ha confirmado:		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Identidad del paciente
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Sitio quirúrgico
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Procedimiento
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Consentimiento informado y firmado
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NA Sitio Marcado
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Se realizó el control de seguridad anestésica
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO El oxímetro de pulso se le ha colocado al paciente y funciona
Información sobre el paciente y planificación:		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Tiene el paciente alguna alergia conocida.
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Presenta dificultad para intubación o riesgo de aspiración.
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Presenta riesgo de pérdida sanguínea >500ml (7ml/kg en los niños).
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NA ¿Se cuenta con el equipo y la asistencia mínima necesaria?
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NA Se ha planificado acceso intravenoso adecuado y la administración de líquidos.

Antes de la Incisión Cutánea		Responsable Cirujano (a)
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Cirujano confirma: que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función
El Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista confirman verbalmente:		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	La identidad del paciente
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El sitio quirúrgico
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El procedimiento
Pasos Críticos previos a la cirugía		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El cirujano repasa: ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados, duración de la operación y pérdida sanguínea prevista?
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El cirujano confirma con Anestesiólogo (a): Hay consideraciones específicas con el paciente
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El cirujano confirma con Instrumentista: La esterilidad del instrumental y equipo necesario.
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NA Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NA Se muestran las imágenes radiológicas esenciales.

Antes de la Salida del Quirófano		Responsable Instrumentista
El (la) Instrumentista confirma verbalmente con el equipo:		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Nombre del procedimiento realizado.
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Que el recuento del instrumental, paños, gasas, torundas y agujas es correcto.
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NA Rotulado de las muestras biológicas. (Incluido el nombre del paciente y número de expediente).
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Hay problemas con el equipo o instrumental que requieran atención.
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	El Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista examinan los aspectos claves para la recuperación y manejo post operatorio.

_____ Nombre del Cirujano	_____ Firma del Cirujano	_____ Código
------------------------------	-----------------------------	-----------------

_____ Nombre del Anestesiólogo	_____ Firma del Anestesiólogo	_____ Código
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------

_____ Nombre del Instrumentista	_____ Firma del Instrumentista	_____ Código
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------



ANEXO N°3

Instrumento de Enfermería en la Etapa Intraoperatoria

INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA EN LA ETAPA INTRAOPERATORIA					Fecha:	Sala:
Nombre del usuario(a)(a):						
Expediente:			Edad:			
Hora de programada la cirugía		Hora ingreso a quirófano:		Hora de Egreso del quirófano:		
Diagnostico preoperatorio:			Diagnostico posoperatorio:			
Procedimiento programado:			Procedimiento Realizado:			
Cirujano:			Asistente:			
Enfermera:			Anestesiólogo:			
Circulante:			Aux. Quirófano:			
Otras personas presentes						
AL INGRESO DEL USUARIO(A) AL QUIROFANO						
Condición general:						
Objetos Personales	Si	No	Especifique			
<i>Trae los siguientes dispositivos</i>		<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Sitio</i>	<i>Secreción</i>	
Sonda gástrica						
Catéter venoso Central						
Línea Arterial						
Sonda de Tórax						
Drenaje:	Penrose					
	Hemovac					
	Jackson P.					
	Sonda en T					
	Colostomía					
	Ileostomía					
Gastrostomía						
Yeyunostomía						
Sonda Vesical N°						
Oxigenoterapia				Tipo:		
Vía periférica				Lugar:		
Otros dispositivos:						
Soluciones Intravenosas:						
<i>Trae los siguientes documentos:</i>					<i>Si</i>	<i>No</i>
Expediente actual						
Expediente anterior						
Sobre de Radiografías cantidad: _____						
Consentimiento informado firmado						
Se orienta y educa al usuario(a) sobre procedimiento y personal retroalimentación: _____						
Se realiza la Lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras						
Se anota en el censo y registro de factores de riesgo						
Preparación del área:	Si _____	Producto:		Rasurado:	Salón _____	
	No _____			Sí _____ No _____	Quirófano _____	



DURANTE EL PROCEDIMIENTO			Inicia:		Finaliza:	
Posición quirúrgica:			Unidad de Electrobisturí:	Si___ No___	Corte___ Coagulación___	
Posición de la placa:			Accidentes:	Si___ No___	Especifique:	
<i>Especímenes:</i>			Frotis y cultivo:			
Biopsia formal		Biopsia por congelación		Citología:		
				Otros:		
Transfusión transoperatoria:		Si___ No___	Especifique:			
<i>Conteo de instrumental y compresas</i>					Transfusiones transoperatorias	
Conteo Inicial			Conteo final		Si___	No___
Instrumental:	_____		Instrumental_____		Especifique:	
Gasas: N°	_____, _____		Gasas: _____			
Paños N°	_____, _____		Paños: _____			
Torundas N°	_____, _____		Torundas: _____			
Complicaciones transoperatorias:						
AL EGRESO DEL usuario(a)(A) DEL QUIROFANO						
Hora:	Acompaña:				Destino:	
<i>Anotaciones de enfermería:</i>						
Personal que recibe o sustituye a algún miembro del equipo quirúrgico						
					Hora:	
					Hora:	
					Hora:	
Nombre de Enfermera			N° licencia		Firma	
Nombre del Circulante			N° licencia		Firma	



Instructivo del instrumento de enfermería en la etapa intra-operatoria

Introducción: Este instrumento será llenado por la instrumentista o la circulante, en la sala de operaciones donde va a ser intervenido el usuario(a). Según el recurso humano con que cuente cada Hospital.

Instrucciones del llenado de este Instrumento:

Nombre del usuario: Se anota el nombre del usuario(a) conforme al expediente clínico, previa verificación con la fuente directa y según condiciones de persona que va a ser operada.

Fecha: Se anota la del día que lo están operando.

Número de sala: Número del quirófano en el que se está realizando el acto operatorio.

Número de Expediente: Se anota el número del expediente de salud que corresponde.

Edad: Se anota la edad del usuario

Hora de ingreso al quirófano: Anotar hora en que ingresa el usuario(a) al quirófano asignado.

Hora programada de la Cirugía: Anotar hora de programación de la cirugía, según la lista de cirugía electiva.

Hora de inicio de la cirugía: Anotar la hora en la que inicia la cirugía.

Diagnóstico preoperatorio: Anotar el registrado por el cirujano tratante. No el de ingreso.

Diagnóstico postoperatorio: Anotar el diagnóstico posterior a la intervención quirúrgica del usuario(a).

Procedimiento quirúrgico programado: Anotar el procedimiento programado a realizar.



Procedimiento quirúrgico realizado: Anotar los procedimientos dictados y registrados en el expediente de Salud, realizados en el acto quirúrgico.

Cirujano: Anotar el nombre y apellidos completos del cirujano principal, así como otros especialistas que eventualmente lo puedan sustituir o se incorporan al acto quirúrgico.

Médicos Asistentes: Anotar de primero el nombre del cirujano que está realizando la operación, segundo el que asiste, y el tercero. No anotar de acuerdo con el rango.

Anestesiólogo: Nombre completo.

Instrumentista: Anotar el nombre completo de la persona que instrumenta. Si hay cambio de instrumentista, deben entregarse y anotar en las Notas de Enfermería sus nombres y el resultado del conteo de gasas u otros, recibido en el acto quirúrgico.

Circulante: Anotar el nombre completo de la persona circulante, si la sustituyen, deben entregarse y anotar el nombre de la persona en las Notas de Enfermería y el resultado del conteo de gasas u otro, recibido.

Auxiliar de quirófano: Anotar el nombre completo, de la persona que efectúa las labores de auxiliar de quirófano.

Otras personas presentes: Anotar los nombres completos, de cualquier otra persona que participa en el acto quirúrgico. Ejemplo: Estudiantes de Medicina, o de Enfermería.

Al ingreso del usuario(a) al quirófano: Anotar condición en que ingresa el usuario(a) a sala de operaciones tanto mental como física.

Objetos personales: Verifica que el usuario(a), no ingrese con alguna pertenencia. De presentarse esta situación las pertenencias deben ser enviadas a la jefe de área de sala de operaciones, quien mediante nota escrita o siguiendo el procedimiento establecido en cada centro de salud lo remitirá al servicio correspondiente.



Trae los siguientes dispositivos: Marcar si al ingreso del usuario(a) trae los dispositivos enunciados en este ítem, marcar sí o no, sitio donde lo trae o bien si se colocan en sala de operaciones, anotar fecha y nombre de la persona que lo pone.

Con respecto a los diferentes tipos de drenaje, anotar de ser posible la cantidad de fluido con la que ingresa o egresa, si se colocan en sala de operaciones.

Anotar tipo de secreción que se observa. En caso de la sonda foley, anotar el número que se coloca, quien la coloca, la fecha y características de la orina. Anotar si lleva otro tipo de dispositivo que no se haya mencionado, fecha y quien lo coloca.

Oxigenoterapia: Anotar si el usuario(a)ingresa con oxigenoterapia, describir el tipo de cánula o dispositivo con que se recibe.

Vía periférica: Anotar la fecha y sitio anatómico en que se coloca la vía periférica.

Solución intravenosa: Anotar la solución intravenosa con la cual el usuario(a) ingresa a sala de operaciones.

Trae los siguientes documentos: Marcar si los trae o no, la cantidad de sobres de radiografías y si la retroalimentación fue positiva.

Preparación del área: Se prepara según indicación médica, y de acuerdo con el procedimiento establecido, si se dio o no se dio el lavado del área y especificar qué tipo de antisépticos usó.

Rasurado: Marcar si el usuario(a) se rasura en sala de operaciones o viene de salón Durante el procedimiento quirúrgico.

Posición quirúrgica del usuario: Se coloca de acuerdo con el tipo de cirugía que va a practicar el cirujano responsable, de acuerdo con su indicación. Indicar tipo de posición.

Unidad de electrobisturí: Marcar si se hace uso del corte o coagulación de la unidad de electrobisturí durante el acto quirúrgico.



Posición de la placa: Anotar en qué parte del cuerpo se colocó la placa. En caso de accidentes se reporta en la hoja de reporte de accidentes y en la Nota de Enfermería. Debe quedar evidenciado por escrito en ambos Instrumentos: la fecha, la hora, tipo de lesión y el nombre de la persona a la que se reportó el evento adverso, y las acciones mediatas aplicadas. **Ver anexo N° 14 (Hoja de reporte de accidentes en hospitales).**

Accidentes: Marcar sí o no ocurre un incidente durante el acto quirúrgico con el usuario(a) y especificar si ocurriese algo.

Especímenes: Anotar el tipo de biopsia que se envió y la modalidad, si fue por congelación o formal, tipo de tejido, tipo cultivo u otros, enviarlo según indicación médica a patología o laboratorio, con la respectiva fórmula que se lleva para tal fin.

(Ver anexo No 13 fórmula para envío de biopsias).

Conteo de instrumental y compresas: El conteo de paños abdominales, gasas, torundas, plexos y cotonoides utilizados en el acto quirúrgico, se realiza en la fórmula correspondiente titulada: "Recuento de Gasa" Código MP 4-70-05-0320, **(Ver anexo No 12. Documento institucional recuento de gasa).**

En el instrumento intraoperatorio solo se anotará el resultado del recuento inicial y final de: Conteo de instrumental: Al inicio y al final de la cirugía, marque con X SI o NO, según corresponda.

Si el conteo de instrumental inicial está incompleto, especifique detalladamente, que instrumento hace falta y repórtele al arsenal quirúrgico antes de iniciar la cirugía. De igual forma si el conteo de instrumental inicial o final está incompleto, haga la descripción de lo acontecido y actuado en la nota de Enfermería.

Conteo de paños abdominales, gasas, torundas y plexos: Condición final del conteo:

- a. Anotar en forma clara si el conteo fue completo o incompleto en la línea correspondiente.



- b. En caso de estar incorrecta la cuenta, anotar ésta, en las Notas de Enfermería y su causa.
- c. Se debe de informar y registrar en la Nota de Enfermería el nombre del cirujano, al que se le informó, que la cuenta está incompleta.
- d. Previo al cierre de cavidad, la instrumentista y circulante deben verificar si se revisó o no, cavidad, registrando en la Nota de Enfermería los resultados Obtenidos, en caso contrario la instrumentista hará informe escrito a la jefatura correspondiente de lo sucedido.
- e. La responsabilidad del recuento es compartida, por el personal de enfermería y cirujano.
- f. Al cambio de turno o al recibir algún procedimiento, la profesional de Enfermería instrumentista, juntamente con la circulante, debe de realizar el recuento de gases, antes de entregar el campo quirúrgico, y hacer las anotaciones respectivas en la hoja de recuento y en la Nota de Enfermería. Incluir el nombre completo del equipo que recibe.

Transfusiones transoperatorias: Marcar si se transfunde al usuario(a) durante el transoperatorio y especificar con cual hemoderivado. Compréndase que el encargado de realizar la transfusión al usuario(a) es el anestesiólogo(a).

Complicaciones transoperatorias: Anotar en este Instrumento; las complicaciones que se presentaron, dentro del quirófano. En ellas se anotan las situaciones que se presenten durante la cirugía del usuario(a), guardando la ética del caso; anotando la hora de cada hecho.

Al egreso del usuario(a) del quirófano: Anotar claramente hora, quien acompaña al usuario(a) a la salida de sala de operaciones y el destino si es a recuperación, unidad de cuidados intensivos, salón o alguna unidad especializada. También anotar la condición de egreso del usuario(a) como: tipo de apósito y lugar donde lo lleva, bajo efectos de anestesia y cualquier otro dispositivo que no se haya mencionado anteriormente.



Personal que recibe la cirugía o sustituye algún miembro del equipo quirúrgico. Anotar el nombre y apellidos completos, de las personas que reciben el acto quirúrgico en las líneas correspondientes, ya sea para asistir a cita médica o para recibir la cirugía por el equipo de guardia.

Nombre de instrumentista: Anotar nombre completo y apellidos, del funcionario(a) que llena este Instrumento, en la parte inferior.

Número de Licencia: Anotar el número de la Licencia, emitida por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Firma: Escribir la firma según aparece en la cédula.

Nombre de circulante: Anotar nombre completo y apellidos, del funcionario que llena este Instrumento, en la parte inferior.

Número de Licencia: Anotar el número de la Licencia, emitida por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Firma: Escribir la firma según aparece en la cédula



HORA	TRATAMIENTO	DOSIS	VIA

TRATAMIENTOS APLICADOS EN EL POST OPERATORIO

HORA	TRATAMIENTO	DOSIS	VIA

NOMBRE DE FUNCIONARIO: _____ **CÓDIGO:** _____

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL usuario(a) EN RECUPERACION POST-ANESTÉSICA

ESCALA DEL DOLOR

PUNTAJE DE INGRESO:						PUNTAJE DE EGRESO:					
0	2	4	6	8	10	0	2	4	6	8	10
Sin Dolor	Siente poco dolor	Siente un poco más de dolor	Siente aún más dolor	Siento mucho dolor	Muchísimo dolor	Sin Dolor	Siente poco dolor	Siento un poco más de dolor	Siento aún más dolor	Siente mucho dolor	Muchísimo dolor

ESCALA DE ALDRETE

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE	PUNTAJE					Puntaje Egreso
			5'	15'	30'	45'	60'	
ACTIVIDAD	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	2						
	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	1						
	Incapaz de mover las extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	1						

Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser	2					
	Disnea o limitación de la respiración	1					
	Apnea	0					



Circulación	Tensión arterial \pm 20% del nivel preanestésico.	2					
	Tensión arterial \pm 20% al 40% del nivel preanestésico	1					
	Tensión arterial \pm 50% del nivel preanestésico	0					
Conciencia	Usuario totalmente despierto	2					
	El usuario(a) se despierta al Llamado.	1					
	El usuario(a) no responde	0					
Saturación O2	Capaz de mantener la saturación de O2 $>$ 92% al aire ambiente	2					
	Necesita O2 para mantener la saturación de O2 $>$ 90% al aire ambiente	1					
	Saturación de O2 $<$ 90% incluso con suplemento de O2	0					

Total:

Escala de Bromage para usuarios con bloqueo espinal		No Aplica	Ingreso	Egreso
1- COMPLETO	Incapaz de movilizar pies y rodillas			
2- CASI COMPLETO	Solo capaz de movilizar pies			

3- PARCIAL	Capaz de movilizar rodillas			
4- NULO	Flexión completa de rodillas y pies			

VALORACIÓN PARA EL TRASLADO DEL usuario(a) A SALÓN

Descripción	Si	No	No Aplica
El usuario(a) está ubicado en espacio <input type="checkbox"/> tiempo <input type="checkbox"/> lugar <input type="checkbox"/>			
Los signos vitales del usuario(a) se encuentran estables	PA:	FC:	
El usuario(a) se encuentra hemodinámicamente estable			
El usuario(a) se encuentra ventilando adecuadamente	Nivel Sat O2:		
El usuario(a) cuenta con un puntaje mayor o igual a 8 según la escala de Aldrette			
Se cumple con la analgesia indicada en el posoperatorio inmediato			
Todos los dispositivos invasivos colocados al usuario(a) están rotulados Fijos <input type="checkbox"/> Permeables <input type="checkbox"/>			
Se cumplen las indicaciones posoperatorias del usuario			
Se entregan: Radiografías <input type="checkbox"/> Recetas de Medicamentos <input type="checkbox"/> Tratamientos <input type="checkbox"/> Hemoderivados <input type="checkbox"/>			
Se administraron hemoderivados: plasma <input type="checkbox"/> cantidad _____ sangre total <input type="checkbox"/> cantidad _____ plaquetas <input type="checkbox"/> cantidad _____ otros: _____ cantidad _____			

Anestesiólogo que autoriza egreso: _____ Código: _____ Profesional de Enfermería que realiza el egreso: _____ Código: _____



Instructivo para el uso y llenado registro de enfermería en la etapa postoperatoria. Usuario(a) hospitalizado en recuperación

Introducción

El formulario registro de Enfermería en la etapa postoperatoria. usuario(a) hospitalizada recuperación que incluye Escala de Aldrette Modificada fue elaborado para registrar la condición del usuario(a) en la fase de recuperación inmediata, el cual tiene como objetivo principal obtener información fidedigna para brindar atención oportuna al usuario(a).

Instrucciones:

El formulario cuenta con un encabezado de los siguientes datos:

- Fecha
- N° cama
- Nombre y apellidos.
- Anotar nombre y apellido del Anestesiólogo (a).
- Anotar el tipo de cirugía que se le realizó al usuario.
- Hora de ingreso a la URPA
- Número de expediente.
- Edad.
- Fecha de ingreso a la unidad de recuperación.
- Anotar nombre y apellido de cirujano (a) que realizó la cirugía.
- Anotar el tipo de anestesia que se administró.
- Hora de egreso de la URPA.



Fecha:	N° cama:
Nombre:	N.º Expediente:
Edad:	
Anestesiólogo:	Cirujano:
Cirugía realizada:	Tipo de anestesia:
Hora de Ingreso URPA:	Hora de Egreso URPA:
CONTROL DE SIGNOS VITALES	Nota de Enfermería Modelo (SOAPE)

A continuación, se encuentra el cuadro que contiene apartado de control de signos vitales. Cuando ingresa el usuario(a) a la unidad posanestésica, se debe iniciar con el control y registro de los signos vitales, esto se documenta en el lugar identificado como control de signos vitales y de acuerdo con la condición del usuario(a) se controlarán los mismos por un periodo de 15 minutos durante dos horas, si éstos se encuentran dentro de parámetros no aceptables se controlan por los periodos más cortos de acuerdo con la condición del usuario(a).

Entiéndase por:

PA: Presión Arterial

PAM: Presión Arterial Media. P: pulso

FR: Frecuencia Respiratoria.

Sat O2: Saturación de Oxígeno.

CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 15 MIN'					
Hora	PA	PAM	P	FR	Sat O2



Apartado de otros registros.

En este apartado se debe registrar la respuesta del usuario(a) al estímulo de luz en las pupilas indicando según respuesta **CR=** Con respuesta a la luz. **SR=** Sin respuesta a la luz. Entiéndase por **PD:** Pupilas derecha y **PI:** Pupila Izquierda.

La valoración de pupilas se realiza de acuerdo con la reacción a la luz, debe practicarse a todos los usuarios(as) y de forma continua a los usuarios(as) con procedimientos neuroquirúrgicos.

Drenaje: indicar tipo de drenaje y la cantidad de flujo

Diuresis: Indique el color y la cantidad.

OTROS REGISTROS						
Hora	Pupilas		Drenaje		Diuresis	
	P.D.	P.I.	Tipo	Cant.	Color	Cant.

Apartado de analgésicos y antibióticos aplicados en el transoperatorio.

Debe indicar en este rubro el tratamiento que se aplica al usuario(a) señalando la hora, nombre del tratamiento, dosis aplicada y la vía de administración, por el profesional de Enfermería o auxiliar de enfermería de recuperación, para la administración segura de medicamentos.

TRANSCRIPCIÓN DE ANALGESICOS Y ANTIBIOTICOS APLICADOS EN EL TRANS-OPERATORIO			
HORA	TRATAMIENTO	DOSIS	VIA



Apartado de tratamientos aplicados en el post operatorio

Debe anotar en este rubro el tratamiento que se aplica al usuario(a) señalando la hora, nombre del tratamiento, dosis aplicada y la vía de administración.

TRATAMIENTOS APLICADOS EN EL POST OPERATORIO			
HORA	TRATAMIENTO	DOSIS	VIA

Apartado de Nota de Enfermería

En este apartado la enfermera debe realizar la nota de enfermería basada en el modelo SOAPE que incluye los aspectos subjetivos, objetivos, a, p y de educación. La nota de enfermería se debe realizar al pie del usuario(a) y debe incluir hora y fecha cada vez que se va a iniciar, de manera que sea evolutiva y cumpla con los requisitos establecidos por la Institución como: uso de lapicero azul o negro, cero tachones, no uso de corrector, colores, marcadores, nombre, firma y código de la persona que la realiza no escribir fuera del margen, letra legible entre otros

NOTA DE ENFERMERÍA MODELO (SOAPE)

Apartado de Escala del dolor

En este apartado lo que se pretende es medir el dolor tanto al ingreso del usuario(a) a la URPA como cuando este se retira del servicio a su lugar de origen. Se debe preguntar al usuario(a) y según respuesta marcar con una X.



ESCALAS DE VALORACION DEL PACIENTE EN RECUPERACION POST-ANESTESICA											
ESCALA DEL DOLOR											
Puntaje de Ingreso:						Puntaje de Egreso:					
0	2	4	6	8	10	0	2	4	6	8	10
Sin Dolor	Siente poco dolor	Siente un poco mas de dolor	Siente aún más dolor	Siente mucho dolor	Muchísimo dolor	Sin Dolor	Siente poco dolor	Siente un poco mas de dolor	Siente aún más dolor	Siente mucho dolor	Muchísimo dolor

Apartado de Escala de Aldrette Modificada

La primera columna contiene el nombre de los criterios a evaluar que a saber son:

- Actividad.
- Respiración.
- Circulación.
- Conciencia.
- Saturación de Oxígeno

Estos rubros tienen una descripción sobre las variables que hay que cuantificar, a cada una se le asigna una puntuación de cero a dos, donde dos serian el puntaje deseado y cero el puntaje crítico, en los periodos de tiempo indicados en el mismo. (5 -15 - 30 - 45 y 60 minutos).

ESCALA DE ALDRETE							
CRITERIOS	DESCRIPCIÓN		PUNTAJE				
			5´	15	30´	45´	60´
Actividad	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	2					
	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	1					
	Incapaz de mover las extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	0					



Respiración	Capaz de respirar profundamente y toser	2					
	Disnea o limitación de la respiración	1					
	Apnea	0					
Circulación	Tensión arterial \pm 20% del nivel preanestésico	2					
	Tensión arterial \pm 20% al 40% del nivel preanestésico	1					
	Tensión arterial \pm 50% del nivel preanestésico	0					
Conciencia	Usuario totalmente despierto	2					
	El usuario(a) se despierta al llamado	1					
	El usuario(a) no responde	0					
Saturación O2	Capaz de mantener la saturación de O2 $>$ 92% al aire ambiente	2					
	Necesita O2 para mantener la saturación de O2 $>$ 90% al aire ambiente	1					
	Saturación de O2 $<$ 90% incluso con suplemento de O2	0					
Escala de Bromage para usuarios con bloqueo espinal		No Aplica	Ingreso	Egreso			
1- COMPLETO	Incapaz de movilizar pies y rodillas						
2- CASI COMPLETO	Solo capaz de movilizar pies						
3- PARCIAL	Capaz de movilizar rodillas						
4- NULO	Flexión completa de rodillas y pies						

Apartado de Egreso:

Al final de la primera página debe registrarse el nombre del Profesional de Enfermería responsable del usuario(a) y el código de su licencia. Al final del registro para su egreso el anestesiólogo responsable, anota su nombre y código, autorizando el traslado del usuario(a) al salón o sea el egreso de la Unidad, no se pueden egresar usuarios sin la firma de anestesiólogo. Además, anotar el nombre



y código del profesional de Enfermería que realiza las gestiones para el egreso del usuario(a) de la Unidad y funcionario que realiza el traslado, así como el que lo recibe en el Salón.

EGRESO

Nombre y firma del Anestesiólogo que autoriza el traslado: _____ Código: _____

Personal de Enfermería que recibe: _____ Código: _____

Personal de Enfermería que entrega: _____ Código: _____

Apartado de verificación para el traslado al salón: Cuando el anestesiólogo ingresa un usuario(a) a la URPA debe esperar que el personal de enfermería lo reciba y no debe retirarse hasta que los signos vitales hayan sido tomados y se encuentren dentro de los parámetros normales. Todo usuario(a) debe de ser entregado al personal de enfermería por el médico anestesiólogo y el circulante.

Posteriormente se realizan las subsecuentes valoraciones entre ella la “Escala de Aldrette modificada”, teniendo en cuenta los parámetros que se encuentran establecidos en el formulario, en cada uno se debe sumar al final la puntuación que obtuvo el usuario(a) en la valoración inicial y al Egreso, la cual es realizada por los Profesionales en enfermería o auxiliares de enfermería bajo la supervisión del profesional a cargo. La valoración final será realizada únicamente por los profesionales en enfermería, resultados que servirán de parámetros para el egreso del usuario(a)

a) Ingreso a la URPA (como se recibe el usuario)

- Lugar del cual proviene el usuario(a) (sala de operaciones, Hemodinamia, rayos X u otros)
- Descripción del usuario(a) en forma cefalocaudal de acuerdo:
- Posición del usuario(a).
- Estado de conciencia.
- Ventilación del usuario(a).



- Portador de cánulas, sondas, vías centrales, vías periféricas, drenos entre otros
- Soluciones intravenosas que trae el usuario.
- Ubicación de la herida quirúrgica y sus características.
- Tipos y condición de apósitos y vendajes, yesos, férulas, inmovilizaciones, tutores externos u otros.

- Descripción de circulación distal y llenado capilar.

b) Estancia en la URPA (que se le realiza el usuario(a))

Corresponde a todas las acciones realizadas por el personal de enfermería durante la estancia del usuario(a) en la URPA, así como la respuesta de este a los cuidados y acciones brindadas.

Si no queda espacio en el formulario para continuar la nota de enfermería se procede a utilizar una hoja convencional de notas de enfermería.

c) Egreso del usuario(a) de la URPA (Condiciones de traslado)

Se realiza una descripción de la condición del usuario(a) previo a su traslado al servicio asignado. Para realizar el traslado se debe contar con la valoración final de la profesional de Enfermería Profesional y el anestesiólogo asignado.

VALORACION PARA EL TRASLADO DEL USUARIO A SALON			
Descripción	Si	No	No Aplica
El usuario está ubicado en espacio <input type="checkbox"/> tiempo <input type="checkbox"/> lugar <input type="checkbox"/>			
Los signos vitales del usuario se encuentran estables	PA:	FC:	
El usuario se encuentra hemodinamicamente estable			
El usuario se encuentra ventilando adecuadamente	Nivel Sat O ₂		
El usuario cuenta con un puntaje mayor o igual a 8 según la escala de Aldrette			
Se cumple con la analgesia indicada en el post-operatorio inmediato			
Todos los dispositivos invasivos colocados al usuario están rotulados <input type="checkbox"/> fijos <input type="checkbox"/> permeables <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se cumplen las indicaciones post-operatorias del usuario			
Se entregan: Radiografías <input type="checkbox"/> Recetas de Medicamentos <input type="checkbox"/> Tratamientos <input type="checkbox"/> Hemoderivados <input type="checkbox"/>			
Se administraron hemoderivados: plasma <input type="checkbox"/> cantidad _____ sangre total <input type="checkbox"/> cantidad _____ plaquetas <input type="checkbox"/> cantidad _____ otros: _____ cantidad _____			



ANEXO N°6

Encuesta e instructivo para el llenado del formulario para medir la satisfacción del usuario(a) en el proceso perioperatorio

Este Instrumento debe ser llenado por la profesional de Enfermería perioperatoria que realice la visita postoperatoria al usuario(a) en el servicio donde se encuentra internado.

El formulario tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción del usuario(a) en las diferentes etapas del proceso quirúrgico al cual fue sometido. El instrumento está diseñado para ser aplicado a usuarios sometidos a cirugía electiva; en caso de hospitales donde se atiende población pediátrica, se aplicará a usuarios mayores de 6 años, con el apoyo de sus padres.

1. Información General:

Fecha de entrevista: En este punto se anotará el día, la fecha y el año en que se aplica el Instrumento.

Especialidad: Se anotará la especialidad quirúrgica a la que pertenece el usuario.

Edad: Se escribirá lo que aparece en la hoja de admisión en el expediente de Salud.

Diagnóstico: Se registrará el diagnóstico médico, por el cual fue operado(a) el usuario(a) que aparece en la Fórmula de Internamiento u hoja de evolución, incluida en el expediente de salud.

Sexo: Anote el sexo que corresponde. Femenino (F), Masculino (M).

Fecha de cirugía: Anotar la fecha en que fue operado el usuario(a).

Anotar en las líneas en blanco, el día y hora en que el usuario(a) ingreso al salón de hospitalización, según corresponde

Marque con X en SI NO si el usuario(a) recibe entrevista y orientación previa a su cirugía, por la Enfermera perioperatoria. En el espacio en blanco, anote



si el usuario(a) refiere recordar nombre de profesional de Enfermería que le realizó la entrevista.

Marque con X la opción que refiera el usuario(a) de acuerdo con la opinión que emite, de que le pareció la orientación brindada por la Profesional de Enfermería perioperatoria. Excelente - Muy Buena – Buena- Regular o Mala. Si no aplica, especifique porque en la línea en blanco.

¿Pregunte al usuario(a) qué opinión tiene respecto a la orientación y educación que recibió durante el preoperatorio, pídale que indique si dicha intervención de la profesional de Enfermería perioperatoria, le ayudo? Lea las alternativas al usuario(a) y proceda a marcar con X, SI o NO según indicación del usuario(a) Durante su ingreso a sala de operaciones fue recibido por: En este punto puede marcar con X (equis); más de una alternativa.

El ambiente físico de sala de operaciones, le produjo: Entiéndase por ambiente físico. el reflejo de las luces eléctricas, el ruido, los olores. Al marcar cualquiera de las dos alternativas; deberá anotar si no hubo agrado, el porqué.

Lea al usuario(a) las opciones y Marque con X Sí o No según corresponda en la opción referida, con respecto al trato del personal de Enfermería durante la permanencia de este en sala de operaciones.

Pregunte al usuario(a) si en la sala de recuperación se le brindo: Manejo oportuno del dolor, Medidas de confort, Si se le atendieron las necesidades fisiológicas y emocionales en forma oportuna. SI o NO. Marque con X en el espacio que corresponde.

Evalúe la atención de enfermería brindada en la sala de recuperación según los siguientes criterios: **Excelente. Muy Buena, Buena, Regular o Mala.** Si marco



Mala, especifique porque en la línea en blanco. En este apartado deberá marcar con X (equis), solo una alternativa.

Anote las sugerencias que el usuario(a) entrevistado externo, enfocado a mejorar la atención de enfermería en sala de operaciones: Escribir todas las sugerencias, en las líneas en blanco, con letra legible y palabras textuales del usuario(a).

Nombre de la profesional de Enfermería perioperatorio que realiza la entrevista:
Anote nombre completo, firma y número de Licencia.

Formulario para Medir Satisfacción del usuario(a) en el proceso perioperatorio

Introducción

El presente Instrumento debe ser llenado, por la profesional de Enfermería perioperatoria, la cual realiza la visita postoperatoria; al día siguiente de la intervención quirúrgica o posterior de acuerdo con la condición del usuario(a) (Valorar).

Este Instrumento contiene el siguiente cuestionario; el cual tiene como objetivo, evaluar el nivel de satisfacción, de la atención ofrecida por el personal de Enfermería al usuario(a) en el proceso perioperatorio.

Esta información es estrictamente confidencial, siendo de mucha importancia para mejorar la calidad de atención.

Instrucciones

Favor anotar únicamente la información solicitada, en el Instrumento. Marque con X la respuesta que corresponda o la información que se solicita.

1. Información general.



Fecha de entrevista: _____

Especialidad: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Sexo: _____

Fecha de cirugía: _____

2. Indique el día y hora en que el usuario(a) ingreso al salón de hospitalización.

Día de ingreso: _____ **Hora:** _____

3. Indique si el usuario(a) recibe entrevista y orientación previa a su cirugía, por la Enfermera perioperatoria.

SI **NO**

Recuerda el nombre de Profesional de Enfermería .SI _____

NO

4. Pregunte al usuario(a) que le pareció la orientación brindada por la Profesional de Enfermería Perioperatoria.

Excelente **Muy Buena** **Buena** **Regular** **Mala**

No aplica, especifique: _____

¿Indique lo que considera el usuario(a) respecto a la orientación y educación que recibió durante el preoperatorio, le ayudo? (puede marcar más de una alternativa)

La orientación y educación le ayudo a:

Disminuir su ansiedad. SI No

Se sintió más tranquilo. SI No

Obtuvo mayor conocimiento sobre su patología. SI No

Considera necesario se le brinde la educación SI No



Antes de ser operado.

6. Durante su ingreso a sala de operaciones fue recibido por:

Profesional de Enfermería perioperatoria.

Profesional de Enfermería quirúrgica

Auxiliar de enfermería

Auxiliar de quirófano

No recuerda

7. El ambiente físico de sala de operaciones, le produjo:

Agrado SI NO

Explique por qué: _____

8. El personal de Enfermería durante su permanencia en sala de operaciones

SI **NO**

- Lo llamó por su nombre
- Lo trató con respeto
- Le brindó privacidad
- Atendió su pregunta
- Lo acompañó en todo momento

9. Indique si en la sala de recuperación recibió la siguiente atención:

SI **NO**

- Manejo oportuno del dolor
- Medidas de confort

Las necesidades fisiológicas y emocionales fueron atendidas oportunamente

SI **NO**

10. La atención de enfermería, brindada en sala de recuperación. Según su criterio fue:

- Excelente



- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala (especifique)

11. Anote las sugerencias, que el usuario(a) entrevistado externó, enfocadas a mejorar la atención de enfermería en las tres etapas del perioperatorio.

Evaluar Plan de Cuidados.

Nombre profesional de Enfermería perioperatoria que realiza la entrevista:

Firma: _____

No de Licencia: _____



ANEXO N° 7

Manual “Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales” 2007. (Indumentaria de quirófano y medidas de bioseguridad ***indumentaria de quirófano y medidas de bioseguridad.***

Ropa de trabajo para personal del bloque quirúrgico y medidas de bioseguridad

Se deberá utilizar únicamente la ropa verde que provee la Institución para todo acto quirúrgico en sala de operaciones.

No se deberá utilizar otra ropa para sustituir la ropa verde.

No se deberá circular con ropa verde fuera del área quirúrgica.

Para salir del área de sala de operaciones el personal deberá utilizar la ropa particular o uniforme blanco. Se deberá vestir con ropa verde limpia cada vez que ingrese al quirófano.

Todo el personal que ingrese a la sala de operaciones deberá cumplir con el equipo de protección personal: gorro, mascarilla desechable, lentes de seguridad, cubre zapatos u otro EPP que amerite de acuerdo con el procedimiento que se realice en el quirófano, así como con las medidas de precauciones estándares de la bioseguridad.

Se deberán mantener las uñas cortas, limpias y sin esmalte. No se deberá utilizar uñas artificiales, largas o pintadas. No se deberá utilizar joyas.



Los zapatos deberán ser cerrados en la parte delantera y utilizarse siempre medias, sin tacón puntiagudo que puede inducir a romper el cubre zapato.

Se deberá utilizar obligatoriamente botas (desechables o de tela); independientemente del tipo de zapato que se utilice.

Se deberá usar gorro o turbante desechable que cubra el cabello completamente, deberá cambiarse las veces que sea necesario.

Se deberá usar mascarilla desechable, ésta deberá cubrir nariz y boca. Realizar cambio cada vez que se humedezca ó según sea necesario. Se deberá usar anteojos o gafas protectoras de seguridad de uso individual.

La limpieza y desinfección de la piel, antes del procedimiento quirúrgico deberá realizarse, siguiendo los principios de las Técnicas de Asepsia y el uso de antisépticos y desinfectantes.

No es permitido el acceso de personas con afecciones de las vías respiratorias u otras enfermedades infectocontagiosas, heridas, quemaduras o lesiones cutáneas.

Todo el personal deberá estar protegido contra la hepatitis B, el tétano y cualquier otra inmunización que fuera necesaria por situaciones epidemiológicas especiales.



Indicaciones generales del quirófano

El personal deberá vestirse para el acto quirúrgico en un vestidor asignado para tal fin que reúna las condiciones necesarias; no se deberán utilizar los baños o servicios sanitarios como vestidores.

No se permiten objetos personales dentro del quirófano como: celulares, revistas, periódicos, grabadoras, equipos de sonido, maletines u otros.

No se permite mantener alimentos, hornos de microondas, refrigeradores para alimentos, ni comedores improvisados.

No se deberá permitir el acceso de personas ajenas a la sala de operaciones. El personal de apoyo que necesite ingresar deberá vestirse y acatar la norma de sala de operaciones

No se deberá permitir más de dos estudiantes por cada quirófano, los cuales deben cumplir estrictamente con las normas institucionales establecidas.

La sala de operaciones deberá contar con un área específica para el depósito transitorio de la ropa sucia de forma exclusiva. Verificar de forma estricta que en dicho depósito no se depositen otros desechos u otros objetos punzocortantes u otros equipos.

1- Antes de comenzar la jornada laboral:

El mobiliario, las lámparas quirúrgicas y el equipamiento fijo de los quirófanos deberán de limpiarse con un paño limpio húmedo, para eliminar el polvo acumulado en las superficies.



2. Durante la cirugía:

Durante el procedimiento quirúrgico se deberá mantener las puertas cerradas del quirófano.

Todo derrame de sangre o líquidos corporales deberán eliminarse rápidamente, según la norma institucional para el manejo de los desechos hospitalarios.

Los artículos usados y descartados en el curso de la cirugía deberán colocarse en bolsa roja con etiqueta de “Biopeligrosos” (gasas, guantes, torundas) y de ninguna manera mezclarse junto con la ropa sucia reutilizable.

Las muestras de tejidos, sangre y otros líquidos corporales deberán colocarse en recipientes herméticos para transportarlas, según norma institucional de manejo de desechos anatomopatológicos.

3. Después de cada cirugía:

- Todo el personal que participe en la limpieza debe usar equipo bioseguridad personal.
- Una vez que se han retirado todos los equipos, instrumental y materiales se procede a la limpieza y desinfección del quirófano, su mobiliario y equipamiento fijo.
- Los recipientes descartables para aspiración se desconectan de las conexiones de pared y se descartan de acuerdo con las normas institucionales.
- El piso debe limpiarse con agua y desinfectante.
- Las mechas para limpiar el piso son de uso único para cada quirófano y se deberá realizar la desinfección después de su uso, y colocarlas en un lugar específico para tal efecto.



- Los paneles acolchados de la mesa de operaciones se deben retirar para limpiar las superficies, se le da especial atención a las bisagras y ruedas.
- La mesa de operaciones debe moverse para limpiar por debajo de las patas y ruedas. Las áreas aledañas al quirófano deben limpiarse según sea necesario durante el día.
- El piso bajo las piletas, para cepillado del lavado de manos quirúrgico, merecen particular atención, debe mantenerse seco y limpio para evitar que las botas se humedezcan.
- Las camillas de usuarios(as) deberán limpiarse y desinfectarse según norma de limpieza de áreas hospitalarias.



Uso de precauciones estándares en todos los procedimientos a realizar en el quirófano

- Lavado de manos quirúrgico.
- Uso de jabón antiséptico.
- Uso de anteojos protectores.

Los punzo cortantes deben desecharse según la Norma Institucional para el manejo de desechos biopeligrosos.

La ropa sucia se descartará según norma institucional. Manteniendo el debido cuidado de que otros desechos o equipos se descarten junto con la ropa sucia

Lavado de la sala en un caso contaminado:

- En sospecha de cirugía contaminada se deberá retirar todo mobiliario que no se utilizará durante la intervención quirúrgica.
- El material y equipo que se encuentra dentro de la sala cuando ésta se contamina se debe colocar en bolsas para enviarlo a esterilizar.
- Mantener cerrada la vitrina.
- El equipo e instrumental contaminado se coloca en un recipiente con solución enzimática por 15 minutos dentro del quirófano, luego se lleva al arsenal quirúrgico.
- La ropa contaminada se descarta utilizando la técnica de doble bolsa.

Limpieza semanal:

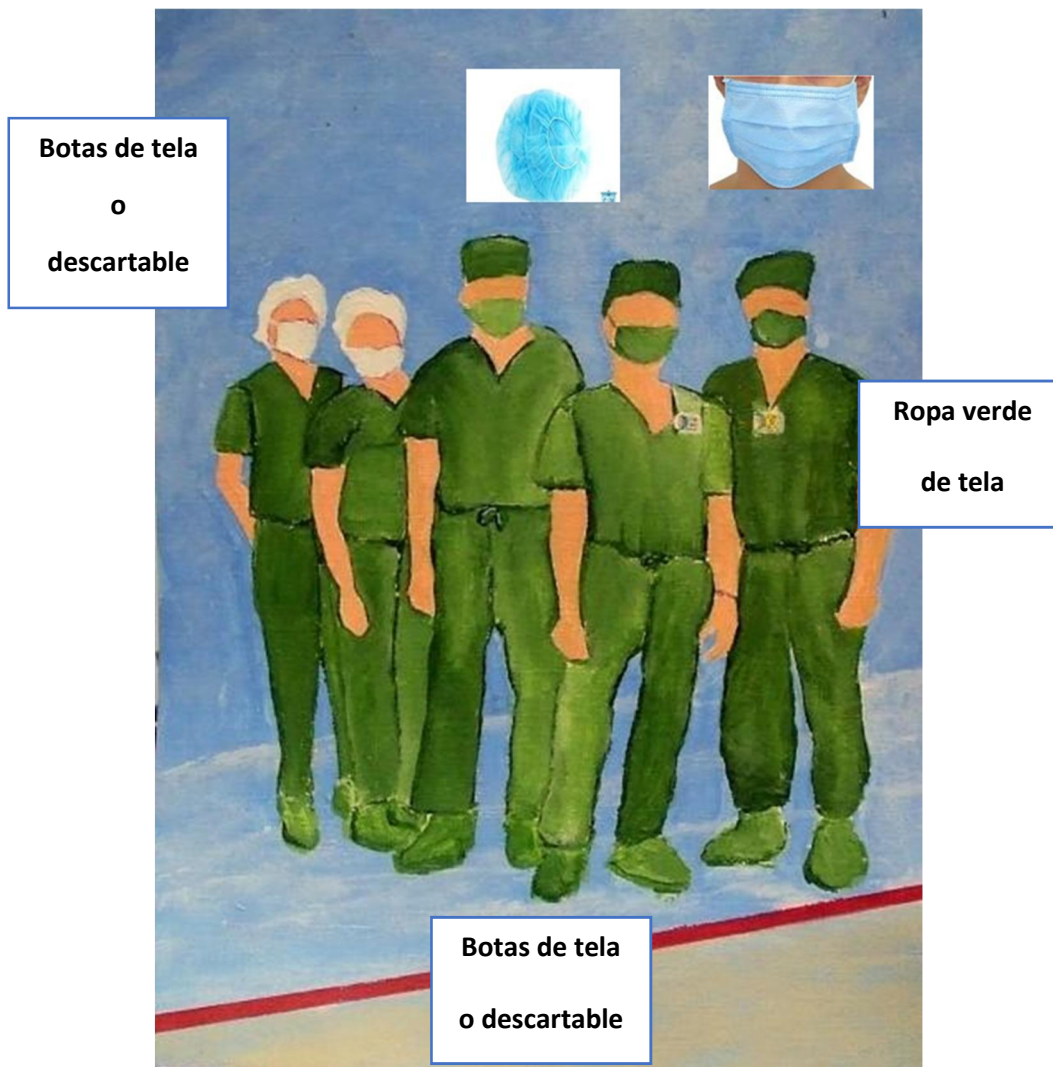
- El material que esté empacado se enviará a esterilizar, según las normas de esterilización.



- Se procede a limpiar la sala según normas y procedimientos de limpieza de áreas hospitalarias.
- Cuando la sala se encuentra limpia se equipa de nuevo con material estéril.

ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS: Los estudios ambientales y de los materiales se harán solo en casos muy especiales (por ejemplo, brotes de infecciones post quirúrgicas), en coordinación con la jefatura correspondiente, el Comité de Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales y el Laboratorio Clínico.

FIGURA N° 3 de ropa verde quirúrgica hospitalaria





ANEXO N° 8

Recomendación para las funciones de la enfermera circulante, elaboradas por el equipo operativo de enfermería perioperatoria

Es el profesional en Enfermería especializada en el área quirúrgica responsable de proporcionar y facilitar el material estéril para el procedimiento quirúrgico. Recibe de la instrumentista especímenes y materiales de la mesa u otros y procede al *tratamiento según las normativas de cada centro hospitalario; según Berry & Kohn. “es vital para la facilitación de los hechos antes, durante y después de la intervención quirúrgica” (6, p. 52)* trabajo que realiza en coordinación con la instrumentista, organiza y planifica todo lo necesario para el acto quirúrgico de mediana y alta complejidad.

Su entrenamiento básico comprende un tiempo mínimo de cinco años, para estar capacitada en técnicas de asepsia, esterilidad y todo proceso de la sala de operaciones y arsenal quirúrgico.

En coordinación con la instrumentista supervisa, enseña y dirige, al personal a su cargo, colaborando con los cirujanos, de acuerdo con sus competencias, durante el desarrollo de los pasos que comprenden los procedimientos quirúrgicos, anticipándose a los requerimientos de material e instrumental en el curso de la cirugía.

El día anterior a la operación:

- Revisa la distribución de trabajo de acuerdo con la programación de cirugía
- Revisa, coordina y planifica con el profesional de Enfermería instrumentista y personal de arsenal quirúrgico la disponibilidad y condiciones del material, instrumental y equipos especiales, para las operaciones asignadas de acuerdo con el programa y distribución de trabajo.



El día de la operación:

- Se presenta a su trabajo debidamente uniformada, a la hora destinada para iniciar sus labores.
- Inspecciona el reporte de los turnos anteriores y verifica con la lista de operaciones para enterarse de eventuales cambios.
- Notifica al profesional de Enfermería perioperatoria cualquier cambio en el programa quirúrgico.
- Coordina con el profesional de Enfermería instrumentista para facilitarle en forma oportuna el material, instrumental y equipos especiales, para las operaciones.
- Antes y después de cada cirugía limpia y dispone todos los muebles del quirófano, en equipo con la instrumentista y auxiliar de quirófano.
- Antes y después de cada cirugía reúne el equipo y material necesario para operaciones en su turno o posteriores.
- Revisa el estante o vitrina de material estéril y el de la mesa accesoria y sustituye lo que falta.
- Comprueba que el auxiliar de quirófano haya limpiado debidamente el quirófano antes de comenzar a abrir los paquetes estériles.
- Al llegar el usuario(a) al quirófano verifica y realiza identificación por medio de la interacción verbal si las circunstancias lo permiten, mediante el expediente de salud, pulsera de identificación y tipo de operación.
- Recibe al usuario(a) y hace las anotaciones correspondientes en el instrumento de la etapa intraoperatoria, así como la correspondiente nota de enfermería en expediente clínico.
- En forma directa observa, facilita y aplica las medidas de seguridad al usuario(a) de acuerdo con cada caso, a la vez, le brinda cuidados de comodidad, confort y resguardo del pudor durante el traslado a la mesa quirúrgica, coopera con el anestesiólogo(a), médico(a) asistente y auxiliar de quirófano, para dar posición al usuario(a) en la mesa operatoria.



- Colabora con el (a) médico (a), anestesiólogo (a) cuando se presenta una situación de emergencia, si en ese momento no está ocupada (a) atendiendo a la (el) instrumentista.
- Prepara el área operatoria de acuerdo con protocolos establecidos en cada centro de salud.
- Supervisa que el equipo multidisciplinario, personal en general y visitantes cumpla con la normativa establecida en cuanto a vestimenta y técnicas de asepsia.
- Cumple con los principios científicos establecidos al realizar cualquiera de las funciones en donde se aplican los mismos, antes durante y después del acto quirúrgico.
- Ayuda a los cirujanos a acomodarse la ropa estéril (delantal).
- En caso de ausencia breve del auxiliar de quirófano asume su rol.
- Está alerta a las necesidades de la instrumentista, para proveer de todo lo que se necesite, para lo que permanecerá al pie de la mesa de mayo, observando la operación.
- Cuantifica junto con la Instrumentista, el material, instrumental y equipos, realiza el recuento de gasas, cuadros, torundas, plexos y paños abdominales. Lo mismo que las agujas, antes de iniciar la operación. El recuento de gasas torundas paños abdominales y otros se realiza antes de:
 - a. Cierre de peritoneo,
 - b. Cierre de la fascia
 - c. Cierre de celular subcutáneo (según el caso)
 - d. Cierre de piel
- Mantiene el piso libre de compresas.
- Seca la frente del personal que está asistiendo el acto quirúrgico en caso necesario, para evitar que el sudor caiga en el campo operatorio.



- Rotula las biopsias según como la instrumentista se los vaya entregando y dictando, ejecuta el tratamiento de estas de acuerdo con lo establecido en cada centro hospitalario.
- Realiza el recuento de gasa y registro de este en el documento correspondiente (Hoja de recuento institucional); de acuerdo con lo recomendado en la Norma de Infecciones Intrahospitalarias de la CCSS.
- Mantiene constantemente la técnica aséptica quirúrgica, en caso de que tenga duda de la esterilidad de algo, darlo por contaminado.
- Recoge el material o insumos estériles sobrante de las operaciones y lo entrega: en el arsenal quirúrgico, área de almacenamiento de material o anaqueles específicos para estos fines. El instrumental no utilizado se debe devolver al Taller quirúrgico (área de recepción, limpieza y desinfección) de acuerdo con las Normas de Técnicas y procedimientos de Central de Esterilización /Equipos y Arsenales Quirúrgicos.
- Permanece siempre dentro de la sala, sale solamente por motivos de mucha urgencia, dejando a alguien que la (lo) reemplace y con el permiso de la (el) instrumentista.
- Una vez terminada la cirugía brinda los cuidados postoperatorios.
- Ningún instrumental se debe lavar en las piletas de lavado de manos quirúrgico, dando cuidado posterior al mismo de acuerdo con la norma.
- Prepara la sala para operaciones siguientes, equipándola con el material necesario.
- Lleva el instrumental al área de recepción, limpieza y desinfección que durante el transcurso de la operación se haya contaminado y sea necesario volverlo a utilizar.
- En los casos sépticos, sigue los procedimientos establecidos para ello. Según protocolo de cada hospital.
- Al terminar las operaciones del día, deja debidamente equipada y lista la sala para usarla otra vez.



- En caso de muerte del usuario (a) sigue el procedimiento establecido para ello.
(Ver protocolo de cada hospital)
- Supervisa y realiza la limpieza total de las salas una vez por semana, con la ayuda del auxiliar de quirófano.
- *“La circulante controla la atmosfera física y emocional en el quirófano, esto permite a los otros miembros del equipo, concentrarse en sus deberes sin distraerse.” Berry &Kohn (3, p. 52)*
- *“El diagnostico de enfermería y la habilidad de tomar decisiones son esenciales para valorar, planear, implementar y evaluar el plan de cuidados ante, durante y después de una intervención quirúrgica. Este es el papel perioperatorio profesional de la enfermera circulante” Berry &Kohn (3, p. 52).*
- Por medio de la implementación de la asepsia demuestra el sentido de la conciencia quirúrgica, creando y manteniendo un ambiente seguro para el usuario(a).
- El profesional de enfermería circulante participa en la educación, capacitación y orientación del personal de nuevo ingreso al bloque quirúrgico, profesional de enfermería, auxiliares de enfermería, auxiliares de quirófano y personal de aseo.




ANEXO N° 9

Documento sobre las funciones permanentes de la instrumentación de las cirugías en las salas de operaciones

Andrés

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAL
ÁREA DISEÑO, ADMINISTRACIÓN DE PUESTOS Y SALARIOS
☎ 2539-0280/2539-0279 Ext. 4610/4611
Fax: 2539-0280 / 4612



ADAPS-299-2011
27 de junio de 2011

Señores(as)
Jefes y Encargados (as)
Oficinas de Recursos Humanos
Presente.-

Asunto: Sobre las funciones permanentes de la instrumentación de las cirugías en las Salas de Operaciones

Estimados (as) señor (as):

Mediante el oficio No. CEYECR-Fiscalía-320-2011 del 31 de enero de 2011, la Fiscalía del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, emite criterio sobre la función de circular e instrumentar cirugías, en los siguientes términos:

"... la responsabilidad profesional de la enfermería está regulada por la Ley Orgánica del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica (2343) y en virtud de que la Procuraduría General de la República, en el Dictamen C-377-2008, interpretó del Artículo 20 de la Ley 7085, Estatuto de Servicios de Enfermería, que las labores de asistencia que realiza el Auxiliar de Enfermería, "debe hacerlas junto o con el profesional respectivo y no en forma independiente" (La cursiva no es del original).

Ante esta explicación el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica, hace una relectura del perfil del Auxiliar de Enfermería, en lo que se refiere a la formación y las tareas a desempeñar, modificando progresivamente su actuar, condicionado a la supervisión permanente del profesional de enfermería, en el lugar de trabajo en que se ubique.

Es por ello, que la profesión de Enfermería retoma todas las funciones denominadas de mayor complejidad, necesidad de observancia debida, análisis crítico, responsabilidad profesional, gestión de riesgo, reparación en caso de daños a las personas clientes, toma de decisiones, supervisión, prevención y otras acciones descritas(...)

Las funciones de instrumentar las cirugías corresponden al perfil de Enfermera/o (E-1) Licenciado.

El acto de la cirugía, conlleva participación interdisciplinaria, mayor responsabilidad profesional. En función del riesgo y resultado en aras de la mejor respuesta posible y esa garantía no la pueda ofrecer un Auxiliar de Enfermería, pero sí un profesional.

Esto implica que las salas de operaciones deben contar con un equipo de profesionales en enfermería que planifiquen, dirijan, coordinen, supervisen y atiendan el cuidado, función en lo que el profesional debe ser asistido por Auxiliares de Enfermería, pero no sustituido por ellos."

Asimismo, mediante Informe No. EDVP-018-2011 "Análisis técnico sobre el personal de enfermería que se desempeña como instrumentistas en las Salas de Operaciones de la Institución" del 02 de mayo del 2011, elaborado por la Subárea Diseño y Valoración de Puestos, se determina que por el nivel de complejidad, tareas, funciones, condiciones ambientales y organizacionales, requisitos académicos y legales, así como otros aspectos, la

Página 1 de 2



Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital General de Costa Rica
Apartado 10000, San José, Costa Rica
Punto de venta: DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAL
Punto de venta: DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PUESTOS Y SALARIOS
Tel: 2539-0280/2539-0279 Ext. 4610/4611
Fax: 2539-0280/4612



ADAPS-299-2011
27 de junio de 2011

instrumentación de las cirugías en forma permanente en las Salas de Operaciones, corresponde al nivel profesional de enfermería tipificado en el perfil de Enfermera I Licenciada.

Conforme lo anteriormente expuesto, es procedente la reasignación de las plazas del personal Auxiliar de Enfermería, que ejerce permanentemente la instrumentación en las Salas de Operaciones de los Centros de Salud a Enfermera(o) I Licenciada, toda vez que cumplan con los requisitos establecidos en la Ley No. 7085 Estatuto de Servicios de Enfermería y su Reglamento.

Para tales efectos, se instruye a las Oficinas de Recursos Humanos que a través del Técnico en Clasificación de Puesto (TECLA), se presente el estudio individual de puestos, de conformidad con lo que dispone el Manual de Procedimientos para el Trámite de Estudios en Materia de Clasificación y Valoración de Puestos vigente, cuyo contenido debe considerar en el acápite "Análisis de la Información", los siguientes aspectos:

Información General

- Nombre de las especialidades médicas del Centro de Salud.
- Número de quirófanos con que cuenta ese Centro de Salud.
- Número de quirófanos habilitados por turno y su distribución por especialidad médica.
- Cantidad de equipos básicos distribuidos por turnos (Enfermera Profesional – Auxiliar de Enfermería y Asistente de Quirófano).
- Número de Auxiliares de Enfermería asignadas como circulantes y Enfermeras Profesionales asignadas como instrumentistas de la Sala de operaciones y su distribución en los respectivos turnos.

Información del funcionario que ocupa la plaza objeto de estudio

- Capacitación teórica y práctica recibida en el Centro de Trabajo y/o en el CENDEISS.
- Experiencia en la instrumentación de cirugías por años, meses; distribuidos por especialidades médicas y turnos (sin incluir los períodos de capacitación recibida).

Lo anterior enunciado es indispensable consignarlo en el análisis técnico que se realice, con el propósito de constatar que el(la) funcionario(a) cuente con la condición de permanencia en el ejercicio de la función como instrumentista en un centro hospitalario.

Atentamente,

DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAL
Área Diseño, Administración de Puestos y Salarios

Msc. Natalia Villalobos Leiva
Jefe



NVL/RMS/SEA/RWAZ

Cc.
Auditoría Interna
Dirección Administración y Gestión de Personal
Subdirección de Diseño y Valoración de Puestos
Expediente administrativo
Archivo



ANEXO N°10

Medidas para el control de paquetes estériles

Medidas de control para paquetes estériles.

Numero de control de lote

Tanto si se ha esterilizado en el propio centro como fuera, cada paquete de objetos estériles debe llevar un número de lote impreso de la etiqueta. Este número indica el esterilizador utilizado, el ciclo y la fecha de esterilización.

En los esterilizadores con registros controlados con ordenador, una impresora de etiquetas relaciona el mismo número de control para cada paquete que hay en el lote. Si utilizan número de control de lote para facilitar la identificación y recuperación de los productos, en caso de que sea necesario porque haya habido un problema con la esterilización. También se debe atribuir un número de lote de control a los productos sumergidos en un esterilizante químico.

La fecha de esterilización se puede registrar en términos de calendario juliano (Día 1 o al 365) o gregoriano (día, mes, año). En el paquete se pone un sello con la fecha de esterilización en el momento en que sale del esterilizador.

La fecha también puede ir escrita o adherida al paquete cuando se empaqueta. En las etiquetas se pueden utilizar sistemas de codificación de color o por meses. También se pueden encontrar etiquetas adheridas con un código de barras que ayudan a controlar el inventario y la facturación de los productos al cliente.

Paquetes húmedos

En todos los métodos de esterilización en los que la humedad habitualmente, el vapor es un parámetro del proceso, existe un registro potencial de producir paquetes



húmedos. Los microorganismos migran fácilmente a través de la humedad cuando se les proporciona una vía desde el exterior hacia el interior del paquete. A veces se pueden ver gotas de agua en el interior o en el exterior, o bien se puede ver o palpar la humedad.

A menos que el envoltorio sea completamente impermeable al agua, si un paquete esta húmeda se debe considerar no estéril e inaceptable para el uso. Una mancha en el envoltorio puede indicar que había humedad y se ha secado. Se debe investigar la causa de paquete húmeda y corregirla de inmediato. Un paquete húmedo con un lote con uno o más paquetes húmedos o sospechosos se deben volver a esterilizar.

Los sistemas de recipientes cerrados pueden contener algo de condensación después de la esterilización. Esta humedad retenida dentro de un recipiente cerrado no se considera una contaminación porque el recipiente esta sellado y es impermeable a la capilaridad. El agua condensada se considera estéril.

Causas de los paquetes húmedos: La humedad excesiva puede ser debida al propio vapor a la carga o al esterilizador.

Vapor húmedo: Si el vapor es anormalmente húmedo puede formarse gotas de agua en el exterior y / o el interior de los paquetes, y los materiales absorbentes quedaran empapados de humedad. Cuando llega el punto de ebullición el agua se transforma en vapor.

El vapor saturado contiene tanta agua en estado de vapor como sea físicamente posible (98%) y un mínimo de agua líquida (2% de gotas de agua). En un esterilizador de vapor la presión aumenta de 6 kg o más de la presión atmosférica a nivel del mar, lo que lleva la temperatura de ebullición hasta 121C o más. En otros tipos de esterilizadores la temperatura del vapor no supera el punto de ebullición a



una presión atmosférica normal. Si el vapor pierde vapor de agua, puede alcanzar una temperatura superior, aunque la presión sea la misma, es decir, se sobrecalienta. En la esterilización por vapor el sobrecalentamiento reduce la eficacia del vapor para destruir los microorganismos.

La sequedad (pureza) del vapor depende de la cantidad de agua en estado de vapor en relación con la cantidad de la contaminación con sólidos, líquidos o vapor. Esta contaminación puede proceder de partículas de la caldera, tuberías de vapor o del esterilizador, de aditivos químicos del agua o de la humedad del lote. Cuando el vapor entra en contacto con superficies frías, el descenso de la temperatura transforma el vapor en agua produciendo la condensación de la superficie y elevando la temperatura del vapor restante, lo que provocara el sobrecalentamiento del vapor.

Los tejidos secos y deshidratados y otros materiales porosos absorben el agua del vapor, lo que también cambia la proporción del contenido del agua del vapor y genera sobrecalentamiento. El contenido de agua de vapor no debe descender por debajo del 98% durante el ciclo de esterilización.

“Por debajo de este nivel los objetos del lote se pueden sobresaturar de agua, lo que hace que el secado subsiguiente sea inadecuado” (29, p186-188).

Características del lote. Existen muchos factores que afectan las penetraciones esterilizantes a través de la carga.

Destacamos las siguientes características:

Los objetivos se deben limpiar antes de ser empaquetados. Los materiales porosos como las telas tejidas se hidratan (es decir, se humedecen) pero no se mojan.



Las bateas se separan con material absorbente y se apoyan sobre el borde para que el agua que se condense pueda caer.

El calor penetra en los distintos materiales a diferentes velocidades. Para conseguir un calentamiento uniforme del lote es preferible no mezclar los materiales. Por ejemplo, un lote puede contener solamente juegos de instrumentos y metales o solamente paquetes de tela.

La densidad del paquete debe permitir la circulación del aire, de la humedad y del esterilizante por dentro del paquete. Los objetos porosos no se deben empaquetar muy prietos.

La permeabilidad del material de empaquetado varía. Una gota de agua sobre un envoltorio impermeable puede que no sea un problema, pero puede ser absorbida por el paquete adyacente con un envoltorio impermeable.

Puesto que la condensación se difunde a distintas velocidades, el ciclo de secado y refrigeración depende de los materiales del lote. No se deben manipular los paquetes hasta que este ciclo se haya acabado.

Errores de funcionamiento de esterilizador.

Los desagües obstruidos, del vapor retenido y el filtro de aire, las válvulas de control que no funcionan las juntas desgastadas o una cámara sucia pueden hacer que el esterilizador funcione mal. Es imprescindible limpiarlo periódicamente y hacer el mantenimiento preventivo periódicamente.



Re-esterilización de los paquetes húmedos.

Los paquetes húmedos se desmontan y su contenido se seca cuidadosamente para volverlos a empaquetar todo antes de volver a esterilizarlo. Las telas utilizables se envían a lavandería para que las laven antes de volver a usarlas. Los tejidos empaquetados o húmedos provocan sobrecalentamiento durante la esterilización.

Vida útil

La esterilidad depende del proceso, no el tiempo, a menos que el paquete contenga componentes inestables como fármacos o productos químicos. Se deben establecer las condiciones de almacenamiento que conserven la integridad del paquete. Un objeto se considera estéril según los siguientes acontecimientos:

- Manipulación del paquete durante el transporte y almacenamiento (es decir, prevención de contaminación y daños físicos).
- Integridad, tipo y configuración del material de empaquetado.
- Condiciones de almacenamiento. Deben existir políticas escritas específicas que describan el manejo y almacenamiento de todos los productos estériles almacenados.

Se deben anotar las fechas de caducidad en todas las bandejas que contengan medicación u otras sustancias inestables. La mayoría de los productos comerciales esterilizados se consideran estériles por tiempo definido mientras se mantenga la integridad del paquete

La fecha de caducidad puesta en la etiqueta por el fabricante indica el tiempo máximo que fabricante puede garantizar la estabilidad esterilidad del producto de acuerdo con los datos de las pruebas aprobadas por la FDA.



ANEXO N° 11

Cronograma de limpieza del área quirúrgica

Área	Día	Hora	Personal involucrado	Nombre de quién supervisa



ANEXO N°12

Caja Costarricense de Seguro Social

Recuento de gasa

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	No. asegurado
Operación			Cirujano
Gasas			
Torundas			
Abdominales			
Plexos			
Cotonoides			
Fecha: _____			TOTAL
_____			_____
Instrumentista (nombre completo)			Circulante (nombre completo)

M y P. 4-70-05-0320



ANEXO N°13

Biopsia muestra y llenado

Las muestras de tejidos, sangre y otros líquidos corporales deberán ser trasladadas según protocolo establecido. **(Ver. Anexo 10 de “Normas y Procedimientos Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales” 2007. Toma y trasiego de muestras de laboratorio vigente a la fecha).**

De la obtención de la muestra y llenado de boleta de biopsia:

La indicación y toma de muestra para biopsia, es de responsabilidad médica, y la orden de la biopsia deberá llevar los siguientes datos:

Apellidos y nombre del usuario(a): _____

Domicilio por provincia, cantón, distrito: _____

Espécimen enviado: _____

Diagnóstico preoperatorio: _____

Biopsia No. _____

Hospital o servicio: _____

Expediente clínico No. _____

Edad: _____

Sexo: _____

Biopsia previa: Si No:

Fecha: _____

Procedimiento quirúrgico: _____

Médico tratante y código: _____

Resumen de historia clínica y observaciones:



Solicitud de biopsia

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL			Biopsia No.	
Anatomía Patología				
SOLICITUD DE BIOPSIA			Hospital o Servicio	
			Expediente Clínico No.	
Usuario	(Apellido)	(Nombre)	Edad	Sexo
Domicilio (Provincia, Cantón, Distrito)			Biopsia Previa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha
Espécimen enviado		Procedimiento quirúrgico		
Diagnósticos preoperatorios		Médico tratante		

Resumen de Historia Clínica y Observaciones: Fórm. No. 2100 08/97



ANEXO N°14

Hoja para reporte de accidente en hospital



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO Y ORDEN DE ATENCION MEDICA

CASO NUMERO _____

Señor Patrono: Este documento constituye una declaración de que el evento ocurrió en tiempo y forma. Debe ser llenado con un solo tipo de letra, legible, sin borrones o tachones, ni cualquier alteración que permita dudar de la autenticidad del documento. Favor llenar TODOS los campos solicitados.

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo	
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo		Estado civil		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	
Identificación		Ocupación o actividad económica		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Celibe	
Fecha de nacimiento Dia / Mes / Año		Nacionalidad		<input type="checkbox"/> Otro	
Provincia		Cantón		Escolaridad	
Dirección exacta		Distrito		<input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	
Calle		Avenida		<input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario	
Aparado		Teléfono Oficina		Teléfono Domicilio	
Correo Electrónico:		Teléfono Domicilio		Teléfono Celular	
DATOS RELATIVOS A LA RELACION LABORAL					
Número de Póliza:		Nombre del Patrono:			
Dirección del Patrono:					
Correo Electrónico:		Teléfono de Oficina:		Fax:	
Forma de pago Mensual <input type="checkbox"/> No Mensual <input type="checkbox"/>		Jornada laboral Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Fecha de ingreso a la empresa	
				Días laborados por semana	
				1 2 3 4 5 6 7	
DATOS RELATIVOS AL ACCIDENTE					
Lugar del accidente					
Fecha y hora del accidente		Fecha en que suspende trabajo		El accidente ocurrió en:	
Dia Mes Año Hora		Dia Mes Año		Jornada Trabajo <input type="checkbox"/> Trayectoria/case <input type="checkbox"/>	
				Trabajador falleció: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Descripción del accidente (Indicar que hacía, como ocurrió y cuales miembros se lesionó)					
DATOS RELATIVOS A LA ENFERMEDAD LABORAL					
Mencione los síntomas que presenta el trabajador (s)				Fecha en que recibió la PRIMERA atención médica por esos síntomas:	
Centro en que recibió la atención médica:					
Nombre del Patrono o Representante Legal Sello de la empresa			Número de identificación		Firma
ESPACIO PARA USO DEL INS					
Aceptado por:		Código de aceptación:	Forma de pago:	Salario diario promedio:	SELLO DE RECIBIDO

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Riesgos del Trabajo	ACUSE DE RECIBO DE RIESGO DEL TRABAJO O CURRIDO
El Patrono asegurado deberá dar aviso del Riesgo del Trabajo sucedido al Instituto Nacional de Seguros a más tardar dentro de los 8 días siguientes a la ocurrencia del riesgo (artículo 214 del Código de Trabajo)	
PATRONO: _____	Nombre del trabajador _____
DIRECCION: _____	Fecha de accidente _____
VER INSTRUCCIONES AL DORSO	



TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 195, 201 Y EXTRACTO DEL 214 DE LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

Art. 195 "Constituyen riesgos del trabajo, los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de estos accidentes o enfermedades".

Art. 201 "En beneficio de los trabajadores, declárese obligatorio, universal y forzoso el seguro contra riesgos del trabajador en todas las actividades laborales. El patrono que no asegure a los trabajadores, responderá ante éstos y el ente asegurador, por todas las prestaciones médico - sanitarias, rehabilitación y en dinero, que este Título señala, y que dicho ente asegurador haya otorgado".

Art 214 "Sin perjuicio de otras obligaciones que este Código impone en relación con los riesgos del trabajo, el patrono asegurado queda también obligado a:

- a) Indagar todos los detalles, circunstancias y testimonios, referentes a los riesgos del trabajo que ocurran a sus trabajadores y remitirlos al Instituto Nacional de Seguros.
- b) Denunciar al Instituto Nacional de Seguros, todo riesgo del trabajo que ocurra, dentro de los ocho días hábiles siguientes al acaecimiento.
- c) Cooperar con el Instituto Nacional de Seguros, a solicitud de éste, en la obtención de toda clase de pruebas, detalles y pormenores que tengan relación directa o indirecta con el seguro y con el riesgo cubierto.

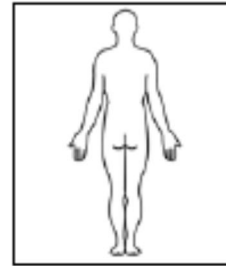
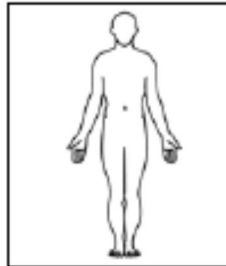
1. Suministre los salarios brutos y los días efectivamente laborados, de las 3 planillas reportadas ante el Instituto antes del accidente. Si se presentan diferencias de un 50% entre un mes y otro, favor desglosar los diferentes rubros que se incluyen.

MES Y AÑO	SALARIO DEVENGADO	DIAS PAGADOS	OBSERVACIONES

2. Si el trabajador no labora jornada completa, sírvase aclararlo indicando cual es su jornada:

3. Si el trabajador es de nuevo ingreso indique la Sede donde presentó la inclusión provisional.

4. Favor encerrar con un círculo el área del cuerpo según el diagrama, que se lesiona el trabajador en el accidente. Si son varias, amplíe el espacio de observaciones.



5. Declaro que los nombres de las personas a continuación fueron testigos presenciales del evento.

Testigos presenciales del accidente	Dirección	Teléfono

PATRONO O SU REPRESENTANTE
(Firma y Sello)

OBSERVACIONES _____

SEÑOR PATRONO:
UTILICE NUESTRAS HERRAMIENTAS VIRTUALES, EL REPORTE MENSUAL DE PLANILLAS ASÍ COMO ESTE AVISO PUEDE ENVIARLO DESDE SU OFICINA O CUALQUIER COMPUTADORA CON SOLO UNA CLAVE.
SOLICITELA YA, EN LA DIRECCIÓN, www.ins.cr.com



ANEXO N°15

Normativa institucional relacionada con el uso del celular y otros dispositivos personales de comunicación o sonido

El uso de teléfonos celulares, radios localizadores, radios portátiles u otros artefactos que interfieran en la adecuada prestación de los servicios que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), está claramente delimitado en la Institución desde el año 2005, gracias a la ***"Política para el uso de teléfonos celulares, radios localizadores, radios portátiles y otros en dependencias de la CCSS"***.

La política, que rige desde enero de ese año, considera entre otros aspectos que: el Reglamento del Seguro de Salud, dentro de los principios y derechos de los asegurados (as), señala el derecho de ser atendidos con el máximo respeto y bajo una relación que destaque su condición de ser humano, Además menciona el artículo 53 del Reglamento Interior de Trabajo que establece absolutamente la prohibición a los trabajadores de realizar actividades particulares, de cualquier naturaleza, así como también atender visitas y efectuar llamadas telefónicas de carácter personal, durante las horas de trabajo, sin permiso o autorización del jefe inmediato.

Por estas razones y según se definió que queda totalmente prohibido el uso de teléfonos celulares, radios localizadores, radios portátiles y otros artefactos en aquellas áreas en donde por aspectos de equipo médico o de alcance tecnológico, su uso puede interferir en los resultados de los diferentes exámenes o procesos diagnóstico.



En todos los centros de la institución, y durante la prestación de los servicios que se brinden, **deberá prevalecer y destacarse el respeto a los derechos, dignidad humana, consideración, cuidado y amabilidad al usuario, usuario(a) o público en general.**

El cumplimiento de este principio será de acatamiento obligatorio por todos los funcionarios de la CCSS.

Por tal motivo, queda restringido a los funcionarios de la CCSS, durante su jornada de trabajo, sea esta ordinaria o extraordinaria, el uso de teléfonos celulares, radios localizadores, radios portátiles y otros artefactos que interfieran en la adecuada prestación de los servicios, especialmente durante la atención a los usuarios, usuarios o público en general.

Únicamente podrán hacer uso de esos medios aquellos funcionarios a quienes, por sus labores, la Institución se los haya proporcionado, o así lo requieran, para atender asuntos exclusivos de sus funciones. Para la aplicación de la política anterior, se deberá tomar en cuenta las normas que a continuación se detallan:

- Normas para el uso de teléfonos celulares, radios localizadores, radios portátiles y otros en dependencias de la CCSS.
- Según los términos de la Ley General de Control Interno N.º 8292 y sus respectivas normas, quedará bajo la responsabilidad de la Jefatura Inmediata de cada servicio en los diferentes centros de trabajo de la Institución velar por el cumplimiento constante de las presentes disposiciones.
- En caso de que un trabajador(a) incumpla con lo dispuesto, la jefatura inmediata deberá de aplicar la respectiva sanción, según las medidas disciplinarias señaladas en el artículo 79 y subsiguientes del Reglamento Interior de Trabajo, aplicando el debido proceso.



- En caso de que alguna denuncia, por esta causa, sea interpuesta en la Contraloría de Servicios del centro de trabajo, por algún usuario, usuario(a) o público en general, el contralor (a) deberá notificar lo sucedido a la jefatura inmediata del trabajador(a) denunciado(a), o en su defecto, a la instancia jerárquica correspondiente, iniciando paralelamente la respectiva investigación y proceso.

Normas para la divulgación y comunicación de la presente política:

- Será obligatorio para los directores o instancias superiores de cada centro, velar para que, en los diferentes servicios, salas, consultorios, oficinas y zonas de los centros de trabajo, en donde se presta la atención a usuarios(as), usuarios(as) o público en general, se mantenga un afiche en donde se indique la prohibición en esa zona, del uso de teléfonos celulares, radios localizadores, radios portátiles y otros.
- La administración de cada centro de trabajo, se encargará de distribuir y colocar en un lugar visible dicho afiche, el cual será distribuido o puede ser solicitado a la Dirección de Recursos Humanos.
- La Oficina de Recursos Humanos de cada centro de trabajo, será la responsable de colocar la circular mediante la cual se comunica el presente acuerdo, en las vitrinas y lugares visibles, así como también deberá hacer del conocimiento de manera formal a todos (as) los (as) funcionarios (as), las presentes disposiciones.



ANEXO N° 16

Instructivo de la hoja de registro de las suspensiones de cirugía

Este documento fue creado por la Jefatura de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, para llevar el control de la suspensión de cirugías y el motivo por el cual no se realiza el procedimiento quirúrgico.

Esta hoja de registro, también; tiene como fin recopilar los datos que serán utilizados para realizar un análisis estadístico; dirigido a la Evaluación de los Compromisos de Gestión. Esta hoja servirá de guía para ser utilizada según normativas de cada centro de salud.

Nota: Este documento se incluye para conocimiento de su existencia. Es llenado por el cirujano(a), o el anestesiólogo(a).



Formulario hoja de registro de las suspensiones de cirugía

	Hoja de Registro de las Suspensiones de Cirugía	
<p>Nombre del Usuario: _____ Sala: _____ Expediente: _____ Hora de cancelación: _____ Operación Propuesta: _____ Fecha: _____ Consulta Externa: _____ Ambulatoria: _____ CCE: _____ Emergencias: _____ Causa de cancelación: _____</p>		
<p>Condiciones del usuario(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad preexistente descompensada (HTA- DM-EPOC)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuadro patológico de aparición aguda (Diarrea- gripe- sepsis urinaria).</p> <p><input type="checkbox"/> Usuario ausente.</p> <p><input type="checkbox"/> Usuario no acepta cirugía.</p> <p><input type="checkbox"/> Ingreso de usuario(a) con emergencia quirúrgica aguda</p>		<p>Equipo / Materiales</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo mal estado o mantenimiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de equipo e instrumental.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de material quirúrgico y no quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Infraestructura (AC, recuperación, iluminación).</p> <p>_____</p>
<p>Programación</p> <p><input type="checkbox"/> Prolongación de Cirugía anterior por complicación médico-quirúrgica.</p> <p><input type="checkbox"/> Prolongación de Cirugía anterior por problemas organizacionales.</p> <p><input type="checkbox"/> Usuario no requiere cirugía o ya se operó.</p> <p><input type="checkbox"/> Faltan exámenes / exámenes vencidos.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta valoración preoperatoria.</p> <p><input type="checkbox"/> Mala preparación del usuario(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p>		<p>Falta de Personal</p> <p><input type="checkbox"/> Falta Anestesiólogo.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta Cirujano y/o asistente.</p> <p><input type="checkbox"/> Falta Enfermería (instrumentista, auxiliar, circulan).</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p>
<p>Nombre responsable de la suspensión: _____ Nueva Operación programada: _____ Firma: _____ Sustitución Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Expediente: _____ Hora de inicio: _____ CCE = Cirugía de corta estancia (24 horas).</p>		



ANEXO N° 17

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DE REGULACION Y SISTEMATIZACION DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
COORDINACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA



GUÍA DE SUPERVISION DE ESTRUCTURA SALA DE OPERACIONES

Objetivo: Verificar el cumplimiento de las estructuras de las áreas quirúrgicas, a fin de detectar deficiencias de los procesos estructurales en los establecimientos de salud.

Área o Hospital: _____

Fecha y Hora: _____

No	ESTRUCTURA SALA DE OPERACIONES	C	N C	N A	OBSERVACIONES
1	Existe un área operatoria con relación a emergencias, recuperación y UCI.				
2	Cuenta con batería de baños para hombres y mujeres.				
3	Cuenta con vestidores para hombres y mujeres				
4	Cuenta con servicios sanitarios para hombres y mujeres				
5	Cuenta con área de locker para hombres y mujeres				
6	Existe área de comedor o estar.				
7	Existe quirófanos sépticos, separado de los asépticos.				
8	Cuenta con lavamanos de pileta profunda, de material liso, no poroso que permita la desinfección. jabón y papel con apertura de pedal o sensor.				
9	Cuenta el lavamanos con jabón apertura de sensor.				
10	Cuenta el lavamanos con dispensador de papel toalla con apertura de sensor.				
11	Cuenta con Contenedor con tapa y pedal para el desecho de las toallas de papel.				
12	Cuenta con pasillos que permitan el flujo del personal.				
13	Los quirófanos cuentan con puertas con apertura automática.				
14	Existe área de colocación de botas, cubre bocas y Gorro(EPP).				
15	El quirófano cuenta con flujo laminar.				
16	El quirófano cuenta con aire acondicionado				
17	El quirófano cuenta con extractor de gases anestésicos.				
18	Cuenta el quirófano con gases médicos (aire comprimido, oxígeno) y vacío.				
19	Existe adecuada iluminación. Según la norma INTE/ISO 8995-1: 2016 por la exigencia visual del quirófano se refiere una cantidad de iluminación 1000 luxes.				
20	Las luminarias son selladas				
21	Cuenta con sistemas eléctricos aislados (tableros de aislamiento) con sus respectivos monitores de aislamiento.				
22	Cuenta con la cantidad de toma corrientes mínima establecida por la normativa				
23	Cuenta con puntos de puesta a tierra de equipos móviles con los respectivos cables				
24	Cuenta con conexiones a la red de datos para equipos médicos				



	(cableado estructurado)				
25	Existe el mobiliario básico y en buenas condiciones (mesa quirúrgica, mesa de mayo)				
26	Existe el mobiliario básico y en buenas condiciones (media luna, soporte, gigante)				
27	Existe el mobiliario básico y en buenas condiciones (gigante, tarima, grada, bancos giratorios)				
28	Se cuenta aire acondicionado con recambios, control de humedad				
29	El mobiliario de acero inoxidable tiene ruedas anti-hilos y que sea de tecno polímeros (no hule).				
30	Existe rotulación y señalización de las áreas.				
31	Existe señalización en caso de emergencias de acuerdo con el plan de emergencias del área.				
32	Existe estado lámparas quirúrgicas con giro mínimo de 340° y posicionamiento seguro de los brazos en cualquier posición				
33	Se cuenta con pisos antideslizantes, que no desprendan fibras ni partículas. No deben ser afectados por los agentes químicos utilizados habitualmente en la limpieza.				
34	Existe pisos a pared - pared a techo con curva cóncava.				
35	Cuenta con pisos lisos, lavables, claros y antiestáticos.				
36	La planta física deberá contar con acabados asépticos.				
37	Cuenta con paredes lisas y continuos, no porosos, impermeables, lavables y antideslizantes, que no desprendan fibras ni partículas. No deben ser afectados por los agentes químicos utilizados habitualmente en la limpieza.				
38	Cuenta con cielo raso (Techo), deben ser lisos y continuos, pintados de color claro, con recubrimiento impermeable de fácil lavado, construidos de manera que no queden ángulos expuestos y presenten una superficie única (curva sanitaria), para evitar la acumulación de humedad, polvo y otros contaminantes.				
39	Cuenta con área de prequirúrgica.				
40	Existe arsenal quirúrgico dentro de la SOP.				
41	Cuenta con tomas eléctricas en buen estado y suficientes según la normativa del Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos, CFIA.				
42	Cuenta con área para descarte de desechos (cuarto séptico)				
43	Cuenta con piletas de los cuartos de aseo, así como las de los cuartos para depósito de desechos y equipo sucio (cuartos sépticos) destinadas para la eliminación de excretas, disponen d de fosa profunda y grifería alta.				
44	Cuenta con cuartos para depósito de desechos y equipo sucio (cuartos sépticos) destinadas para la eliminación de excretas, disponen de fosa profunda y grifería alta.				
45	Cuenta con área para almacenaje de sueros y otros insumos				
46	Existe área para basura y ropa separado del cuarto séptico				

Evaluación: C CUMPLE NC:NO CUMPLE NA:NO APLICA

PERSONA QUE SUPERVISA: _____



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DEREGULACION Y SISTEMATIZACION DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
COORDINACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA

GUÍA DE SUPERVISIÓN TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

Objetivo: Verificar el cumplimiento de la gestión del área de SOP, a fin de detectar incumplimiento de los procesos técnicos-Administrativos.

Área o Hospital _____

Fecha y Hora: _____

No	TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Existe un profesional de Enfermería como jefe en SOP.				
2	Existe el Recurso Humano según norma de dotación y capacitado.				
3	Existe equipo un profesional por quirófano instrumentando.				
4	Existen normas por escrito de perioperatorio en el servicio.				
5	Existe cronograma de limpieza de aseo de la unidad.				
6	Existe cronograma de distribución de alimentación.				
7	Existe plan de trabajo de la enfermera encargada de la unidad.				
8	Existe programa de educación continua para el personal.				
9	Existen normas, protocolos, guías por escrito propias del servicio.				
10	Existe cronograma de limpieza de los quirófanos especial.				
11	Cuenta la jefatura con oficina con la tecnología requerida.				
12	Existe planes de inducción para los diferentes perfiles de enfermería.				
13	Existe cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.				
14	El personal anda debidamente identificado y vestido.				

Evaluación: C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

NA: NO APLICA

PERSONA QUE SUPERVISA: _____



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
ÁREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
COORDINACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA



GUÍA DE SUPERVISIÓN DEL PREOPERATORIO

Objetivo: Verificar el cumplimiento en estructura de las áreas quirúrgicas, a fin de detectar incumplimiento de los procesos estructurales en los establecimientos.

Área o Hospital

Fecha y Hora:

No	Programa preoperatorio	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	El programa está a cargo de un profesional de Enfermería a tiempo completo				
2	El expediente está de acuerdo con el guía ordenado, rotulado.				
3	Se corrobora que el nombre del usuario(a) se encuentre anotado en la programación de SOP.				
4	La hoja de requisitos preoperatorios está correctamente llena.				
5	El expediente tiene incluida la hoja de verificación de Prácticas quirúrgicas seguras				
6	Se realiza visita perioperatoria por enfermería.				
7	Se realizó la historia de enfermería preoperatoria.				
8	Se revisa requisitos preoperatorios y se cumple con indicaciones especiales.				
9	Se realizó nota de enfermería de acuerdo con el estándar de calidad.				

Evaluación: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA: NO APLICA

Persona que supervisa: _____



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
ÁREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO
COORDINACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA



GUÍA DE SUPERVISIÓN DEL CORRECTO MANEJO DEL PROCESO QUIRÚRGICO.

Objetivo: Verificar el cumplimiento por el personal quirúrgico en la SOP del correcto manejo del proceso quirúrgico.

Área o Hospital: _____

Fecha y Hora: _____

No	CORRECTO MANEJO DEL PROCESO QUIRÚRGICO.	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	El personal quirúrgico utiliza el EPP requerido (delantal, lentes, cubre bocas, botas, guantes)				
2	El personal utiliza la TAM TAQ antes y después del acto quirúrgico				
3	EL personal quirúrgico se coloca adecuadamente el delantal y los guantes quirúrgicos.				
4	Se verifica y cumple por el equipo la hoja de cirugía segura salvavidas.				
5	Se le brinda comodidad y confort al usuario.				
6	Se utilizan las medidas de seguridad en la posición quirúrgica del usuario(a)				
7	Viste el instrumentista correctamente la mesa media luna y mesa mayo.				
8	Comprueba esterilización del material e instrumental a través del indicador químico dentro del paquete.				
9	Se realiza recuento de gasas, cuatros, torundas, paños abdominales, plexos y otros materiales (cuerda umbilical, aplicadores, entre otros) en compañía del circulante.				
10	Se viste correctamente al cirujano y asistente.				
11	Se mantiene ordenado y limpio el instrumental quirúrgico y el área operatoria.				
12	En caso necesario realiza cambios en el perdis en el área operatorio.				
13	Durante el acto quirúrgico realiza el instrumentista recuento de gasas antes durante y al finalizar en compañía del circulante y lo notifica al médico.				
14	El instrumentista comprueba que la cantidad de punzocortantes (agujas de tapa, de sutura, hojas de bisturí) son exactamente las mismas utilizadas en el proceso quirúrgico.				
15	Se mantiene la asepsia a la hora de desplazarse en el quirófano				
16	Se mantiene la Técnica aséptica a la hora de pasar el material al instrumentista.				
17	Se mantiene en orden la sala y limpia de derrames de líquidos o fluidos corporales.				
18	Se verifica que el material este estéril e íntegro.				
19	Se realiza nota de enfermería con los estándares de calidad de la atención de enfermería.				



20	El material o instrumental quirúrgico es trasladado en carro de transporte, indicando el número de sala correspondiente.				
21	Se verifica por el equipo la colocación del usuario(a) en la mesa operatoria con las medidas de seguridad.				
22	Se verifica por enfermería la colocación de la placa y se registra.				
23	El material o instrumental quirúrgico se sumerge en un recipiente con el jabón multienzimático diluido.				
24	Existe reporte de faltante o mal estado del instrumental de la canasta por el instrumentador y medidas tomadas.				
25	Se traslada el usuario(a) acompañado por el asistente o auxiliar de quirófano.				

Evaluación: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA: NO APLICA

Persona que supervisa: _____



**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACION DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
COORDINACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA**



GUÍA DE SUPERVISIÓN DEL MANEJO DE LAS BIOPSIAS

Area o Hospital: _____

Fecha y Hora: _____

No	MANEJO DE LAS BIOPSIAS	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	El personal utiliza el EPP requerido (lentes cubrebocas, guantes) en la manipulación de las biopsias.				
2	El personal utiliza la TAM antes y después de manipular las biopsias.				
3	Se encuentran en el quirófano área séptica frascos de biopsias correspondientes a otras cirugías.				
4	La tarjeta esta llenada de manera correcta según biopsia.				
5	El frasco esta rotulado con la información del usuario(a) y descripción de la pieza recogida.				
6	Existe registro de la anotación en bitácora de biopsias de la misma.				
7	Se indica en la nota de enfermería las biopsias enviadas a patología con registro del número de boleta.				
8	Existe algún mueble o carro para el resguardo de la biopsia mientras es transportada a patología.				

Evaluación: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA: NO APLICA

Persona que supervisa: _____



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
COORDINACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA



GUÍA DE SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL QUIRÓFANO

Objetivo: Verificar el cumplimiento en el proceso de limpieza y desinfección del quirófano por el equipo de limpieza.

Area o Hospital: _____

Fecha y Hora: _____

No	Proceso de limpieza y desinfección del quirófano	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	El personal utiliza el EPP requerido (delantal, lentes, cubre bocas, guantes, botas)				
2	El personal utiliza la TAM antes y después del procedimiento.				
3	El personal utiliza la mecánica corporal en todo momento.				
4	Antes de iniciar la desinfección el personal encargado retira del quirófano o aparta todos los equipos, vitrinas, mesa operatoria, carros de material y resto del mobiliario.				
5	Se desconecta los frascos de aspiración y se realiza el correspondiente lavado.				
6	Se desconecta los frascos de aspiración y se colocan conexiones estériles				
7	Se corre la mesa operatoria de lugar para la respectiva desinfección y del piso.				
8	El personal utiliza agua-jabón y desinfectante en piso, puertas, ventanas y cielorraso.				

Evaluación: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA:NO APLICA

Persona que supervisa: _____



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DE REGULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
COORDINACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA



GUÍA DE SUPERVISIÓN DE LA ESTRUCTURA FUNCIONALIDAD DEL ÁREA DE RECUPERACIÓN

Objetivo: Verificar el cumplimiento en estructura funcionalidad del área de Recuperación, a fin de detectar incumplimiento de los procesos estructurales y técnicos.

Área u Hospital: _____

Fecha y Hora: _____

No	ESTRUCTURA FUNCIONALIDAD DEL ÁREA DE RECUPERACIÓN	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	La URPA ESTA ubicada cerca de posible del área quirúrgica y de las unidades especiales de reanimación y cuidados intensivos				
2	Existe el Recurso Humano según norma de dotación y capacitado.				
3	Existe equipo quirúrgico necesario para brindar el soporte vital inmediato al usuario. (Oxímetro, aspiradores de alta succión, toma de gases medicinales, monitoreo invasivo y no invasivo, capnógrafo				
4	Dotado de tomas eléctricas en buen estado y suficientes				
5	Existe carro de paro debidamente equipado				
6	Existe con desfibrilador				
7	Cuenta con calentadores de infusiones venosas				
8	Cuenta con bombas de infusión				
9	Cuenta con sábanas térmicas,				
10	Cuenta con área para preparación de medicamentos				
11	Cuenta con área para descarte de desechos (cuarto séptico)				
12	Cuenta con área para almacenaje de insumos				
13	Cuenta con área para almacenaje de sueros y otros insumos				
14	Existe Área para procedimientos sépticos y asépticos				
15	Existe área de aislamiento para usuarios				
16	Existe con área para recuperación ambulatoria				
17	Existe lavamanos al alcance del personal				
18	Existe dispensador de jabón, toalla y basureros para su adecuada segregación				
19	Existe basureros para su adecuada segregación (rojo, negro, punzocortantes, vidrio, plástico)				
20	Existe batería de baños para el personal				
21	Existe batería de baños para el usuario(a)				



22	Existe aire acondicionado con recambios				
23	Cuenta con extractores en baños y cuarto séptico.				
24	Existe área para basura y ropa separado del cuarto séptico				
25	Cuenta con área de descanso(comedor), para el personal				
26	Aplica el personal medidas de higiene de mano				
27	El personal mantiene medidas de protección personal durante la atención				
28	Existen normas por escrito de perioperatorio en el servicio.				
29	Se realiza el traslado del usuario(a) a salón o unidades según norma y clasificación.				
30	Se cuenta con profesionales de enfermería según distribución por turno				
31	Existe cronograma de limpieza de aseo de la unidad.				
32	Existe cronograma de distribución de alimentación				
33	Existe plan de trabajo de la enfermera coordinadora o encargada de la unidad.				
34	Existe programa de educación continua para el personal.				
35	Existen normas, protocolos, guías por escrito propias del servicio.				
36	Existe cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos.				

Evaluación: C: CUMPLE NC: NO CUMPLE NA:NO APLICA
Persona que supervisa: _____