



INSTITUTO SALVADOREÑO  
DEL SEGURO SOCIAL

## **VERSIÓN PÚBLICA**

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.

**Código**  
MPTA- 004

**Versión**  
1.0

**Aprobación**  
agosto 2024

## Gerencia de Salud

---

Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo en Salud

**Oportunidad quirúrgica para  
cirugía de catarata y de retina en  
el Centro Especializado Integral de  
Atención Ambulatoria La Ceiba**

# MPTA

**AUTORIZADO**

F.   
Dr. Edwin Roberto Salmerón  
Hernández

Gerente de Salud

**REVISADO**

F.   
Licda. Rosa Alba Quinteros

Jefatura Unidad de Desarrollo  
Institucional

**APROBADO**

  
Dra. Mónica G. Ayala Guerrero

Directora General del ISSS



## Contenido

Portada

I. Propósito

II. Marco legal y documentos de referencia

III. Alcance

IV. Vigencia

V. Definiciones

VI. Desarrollo

VII. Responsabilidades en el proceso

VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

IX. Anexos

X. Registro de actualización del documento

XI. Registro de Adendas

### I. Propósito

Estandarizar el proceso de atención de pacientes a realizarles cirugía de cataratas o de retina que ejecuta el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba, durante los fines de semana, en horarios de 7:00 am a 7:00 pm.

### II. Marco legal y documentos de referencia

- Constitución de la República de El Salvador. Capítulo Único - La Persona Humana y los Fines del Estado
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud
- Acuerdo de Dirección General para realizar Procedimientos Médico Quirúrgicos, Diagnósticos y Terapéuticos en la especialidad de Oftalmología en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba, vigente.

### III. Alcance

El presente manual de procedimientos es de aplicación obligatoria por todo el personal de salud que interviene directa o indirectamente en la atención de los pacientes a quienes se les realizará cirugía de cataratas o de retina en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba, durante los fines de semana en horarios de 7:00 am a 7:00 pm.



## IV. Vigencia

El presente manual tiene un período de vigencia de 5 años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

## V. Definiciones

- **Catarata:** Es la opacidad del cristalino, que disminuye la visión de manera progresiva y puede causar ceguera.
- **Cirugía de catarata:** Es la técnica de remoción de catarata mediante la extracción del núcleo completo por medio de incisión de 8 a 10 mm. en limbo esclero corneal o en esclera, que requiere colocación de suturas. Se puede colocar un lente rígido o plegable para reemplazar el cristalino.
- **Cirugía de retina:** Es el procedimiento que se realiza en el segmento posterior del ojo por medio del cual se remueve el humor vítreo, que generalmente se acompaña de la realización de otros procedimientos como endoláser, retiro de membranas, extracción o colocación de silicón, entre otros.
- **EEC:** Es la técnica extra capsular.
- **Facoemulsificación:** Es la técnica para la remoción de cataratas que emulsifica el cristalino por medio de ultrasonido y aspiración, utilizando pequeñas incisiones de aproximadamente 2 mm o menos que generalmente no requieren uso de suturas. Se coloca una lente intraocular plegable para reemplazar el cristalino. En la actualidad se considera el procedimiento estándar de oro para cirugía de catarata.
- **Lente intraocular:** Es el dispositivo con características ópticas que tiene la capacidad de sustituir las funciones del cristalino del ojo cuando éste es removido. Los principales tipos son las lentes plegables y las lentes rígidas.
- **SICS:** Small Incision Cataract Surgery.
- **Viscoelásticos:** Es el insumo que se utiliza para estabilizar la cámara anterior y posterior del segmento anterior del ojo durante la realización de la cirugía de catarata y que permite proteger los tejidos del ojo y la realización del procedimiento mismo.

## VI. Desarrollo

### A. Disposiciones generales

1. El director médico de cada centro de atención, las diferentes jefaturas y el personal de salud en general, en el ámbito de sus competencias, son responsables de la divulgación, del cumplimiento y del control de las disposiciones descritas en el presente manual de procedimientos.



2. Las autoridades locales antes mencionadas, una vez que hayan divulgado este manual de procedimientos, deben ponerlo a disposición del personal de salud de su centro de atención, por los medios que les sea apropiado y posible, para consulta y análisis del trabajo a desarrollar.
3. En el caso de pacientes que se programarán para vitrectomía, es necesaria la evaluación o el visto bueno del oftalmólogo especialista en retina que avale la programación del paciente y que realizará la cirugía.
4. Si el oftalmólogo que diagnosticó al paciente tiene lista de espera más prolongada que el resto de los que participan en esta modalidad, a sus pacientes debe programársele la cirugía con otro oftalmólogo.
5. Los médicos oftalmólogos que participen en la modalidad de trabajo a la que este manual se refiere son los autorizados por el ISSS para tal fin, y además cuya producción/rendimiento en su horario de trabajo normal sea igual o mayor del 80% de la meta programada. El personal de enfermería especializado en sala de operaciones que participe en esta misma modalidad debe ser el que su producción/rendimiento en su horario de trabajo normal sea igual o mayor del 80% de la meta programada.
6. Para el caso de los formularios con código SAFISSS contenidos en éste documento, en el apartado “Registros y formularios utilizados en el proceso” se detallará el nuevo código SAFISSS del SAP- S/4 HANA y el código anterior; los formularios actuales impresos con el código SAFISSS anterior se deben seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.
7. Todo personal que brinda una atención directa a usuarios debe identificarse por su nombre y dirigirse de forma cortés y amable.
8. La jefatura o responsable de la dependencia resguardará la documentación o formularios propios de su área por un período de 5 años y posteriormente realizará el descarte o depuración de los mismos. A excepción de los documentos o formularios que tienen un periodo definido diferente por las leyes vigentes.

## B. Procedimientos

### • Procedimiento: cirugía de cataratas / cirugía de retina

#### 1. Definición

- a) La cirugía de cataratas se realiza para extraer el cristalino del ojo, cuando éste se ha vuelto opaco, y en la mayoría de los casos, reemplazarlo con una lente artificial.
- b) La cirugía de retina consiste en la remoción del vítreo con o sin retiro del cristalino, además de aplicación de láser, retiro de membranas, drenaje de líquido, con o sin aplicación de gas o silicón dentro de la cavidad vítrea.

#### 2. Objetivo

- a) La cirugía de cataratas pretende mejorar la visión del paciente.



- b) La cirugía de retina busca resolver patologías quirúrgicas de la cavidad posterior del ojo como el desprendimiento de retina, retinopatía diabética, hemorragias del vítreo, traumas oculares, luxación de lente o de cristalino, entre otras.

### **3. Material/ instrumental y equipo necesario**

- a) Instrumental de cajas quirúrgicas para cirugía de catarata y para cirugía de retina.
- b) Asepsias oculares y asepsias de retina.
- c) Lentes intraoculares.
- d) Viscoelásticos de diversas características. Equipo para cirugía de catarata por Facoemulsificación o convencional (SICS: pequeña incisión, Small Incision Cataract Surgery; EEC: técnica extracapsular, entre otros) con sus respectivos consumibles.
- e) Equipo para cirugía de retina (vitrectomía) y catarata por Facoemulsificación con sus respectivos consumibles (pinza de membrana, endoláser, extrusión, endocauterío, entre otros).
- f) Máquina e insumos de anestesiología.

### **4. Indicaciones**

- a) Paciente identificado por médico oftalmólogo del centro de atención, con diagnóstico de catarata o enfermedad de la retina que requiere tratamiento quirúrgico.
- b) Paciente referido por médico oftalmólogo desde otro centro de atención, con diagnóstico de catarata o enfermedad de la retina que requiere tratamiento quirúrgico.
- c) Paciente con enfermedad crónica controlada o con el aval por subespecialidades en la evaluación pre operatoria.

### **5. Contraindicaciones**

- a) Paciente con enfermedades crónicas no controladas.
- b) Pacientes con diagnóstico de catarata o enfermedad de la retina, que cuentan con mal pronóstico quirúrgico por factores de riesgo.
- c) Paciente cuyos problemas de retina no pueden ser resueltos quirúrgicamente.

### **6. Criterios de priorización**

- a) Tiempo de espera:
  - i. Más de seis meses como parte de la lista para cirugía, es decir, paciente apto para cirugía con evaluaciones preoperatorias y biometría realizada, tratando de priorizar los pacientes con mayor antigüedad en lista de espera.
- b) Gravedad o progresión de la alteración visual:
  - i. Pacientes que cuentan con mayor alteración visual: que impiden o entorpecen sus labores cotidianas.
  - ii. Pacientes con ojo único.
  - iii. Pacientes laboralmente activos.

### **7. Descripción del procedimiento.**

- a) Fase prequirúrgica:
  - i. Consulta Externa de Oftalmología



- Atención al usuario/quiosco:
  - Realiza la confirmación de la cita y verifica si es para consulta o procedimientos.
  - Ubica a paciente en la toma de visión.
  
- Colaborador clínico/servicio de oftalmología:
  - Verifica que el paciente asista a su cita de acuerdo a la agenda del día.
  - Ubica al paciente con su respectivo médico.
  
- Personal de enfermería:
  - Realiza toma de visión y dilatación pupilar (si aplica).
  - Al finalizar la toma de visión dirige al paciente a recepción.
  - Verifica que el paciente haya cumplido con las citas de exámenes, estudios y evaluaciones y que los resultados se encuentren en el expediente clínico del paciente.
  - Proporciona y asesora al paciente en el llenado del “Cuestionario Pre-quirúrgico” (C. SAFISSS 130100124), con el objetivo de que ésta información se encuentre disponible en el expediente antes de ser evaluado por el médico oftalmólogo. (Ver anexo A.1.1)
  
- Médico oftalmólogo:
  - Realiza evaluación médica oftalmológica, y la consigna en el respectivo expediente clínico.
  - Solicita evaluaciones médicas previas: anestesiología, medicina interna u otras que correspondan de acuerdo al estado de salud del paciente.
  - Pacientes con anestesia local no amerita evaluación anestésica.
  - En pacientes sanos y sin comorbilidades y menores de 65 años, que ameriten sedación, evalúa la necesidad de evaluación pre anestésica en base a Norma de Manejo Perioperatorio de Anestesiología vigente.
  - En pacientes con enfermedades sistémicas y/o mayores de 65 años, se indican los exámenes y la evaluación preoperatoria por medicina interna y si aplica, de otras especialidades según sea el caso.
  - Explica al paciente y al familiar responsable en qué consiste la cirugía y las posibles complicaciones.
  - Realiza el llenado del formulario “Registro Operatorio”, (C. SAFISSS 130100383), de manera adecuada, con tipo y número de dioptría de lente intraocular (si aplica) y tipo de anestesia, además de fecha y hora en el caso de procedimientos de retina (vitrectomía). (Ver anexo A.1.2)
  - Explica y completa el formulario “Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervención Quirúrgica” (C. SAFISSS 130100014) y pide al paciente y/o familiar responsable que firme el formulario, si está de acuerdo con la realización del procedimiento. (Ver anexo A.1.3)
  
- Personal de enfermería:
  - Verifica que el registro preoperatorio esté completo (tipo y dioptría de lente intraocular, si aplica), fecha y hora (si aplica).
  - Realiza despacho de paciente:
    - Brinda instrucciones y recomendaciones preoperatorias.



- Solicita número de teléfono actualizado y verifica información de contacto del responsable de paciente con el fin de contactarlo posteriormente por personal del área de programación prequirúrgica.
- Remite los registros operatorios completos al área de programación prequirúrgica.
- Personal de recepción/ despacho:
  - Entrega citas indicadas (exámenes, estudios de gabinete y de evaluación preoperatoria de anestesiología) (si aplica).
  - Se finaliza el procedimiento.
- Médico Internista:
  - Realiza evaluación médica integral preoperatoria (EMIP) en cumplimiento a las disposiciones descritas en la “Norma de Manejo Perioperatorio en Anestesiología del ISSS”, vigente.
- ii. Consulta externa anestesiología
  - Evaluar si en pacientes sanos y sin comorbilidades y menores de 65 años, que ameriten sedación, referidos por el oftalmólogo, amerita exámenes, estudios y evaluaciones por medicina interna, en cumplimiento de “Norma de manejo Perioperatorio de Anestesiología” vigente.
  - Paciente con exámenes de laboratorio, gabinete y evaluaciones completas se presenta a evaluación anestésica (si aplica).
  - El anestesiólogo valora la necesidad de pruebas adicionales y/o evaluaciones extra según criterio.
  - La vigencia de la evaluación anestésica será de una semana para el mismo procedimiento.
- iii. Programación prequirúrgica

En el área llamada programación prequirúrgica ubicada en el servicio de oftalmología, se realizan las siguientes acciones para la selección de pacientes en lista de espera que serán programados:

  - Personal de enfermería:
    - Recibe, clasifica y resguarda los registros operatorios previamente verificados, adecuadamente llenos y con exámenes, estudios y evaluaciones completas, dioptría del lente intraocular seleccionado, hoja de indicaciones prequirúrgicas y orden para evaluación de anestesia (si aplica).
    - Coordina con el jefe de oftalmología para programar pacientes, asignando los espacios quirúrgicos para los pacientes que forman parte de la lista de espera según los criterios de priorización.
    - Solicita expediente clínico al centro de atención de donde ha sido referido el paciente, o realiza consulta de expediente electrónico para verificar que se encuentren exámenes de laboratorio, estudios clínicos y evaluaciones completas y vigentes.
    - Coordina charla informativa para familiares y pacientes para explicar los detalles de la cirugía.
    - Reitera al paciente que si su ingreso es a las 6:00 a.m., a partir de medianoche no podrá ingerir alimentos independientemente del tipo de anestesia que se utilizará, y si su horario de ingreso es a las 11:00 a.m. debe cumplir con 6 horas de ayuno.
  - Recepcionista de programación prequirúrgica:
    - Realiza contacto telefónico con el paciente, le informa la fecha de su cirugía y verifica su disponibilidad para ello (esta actividad puede ser ejecutada por personal de enfermería si es necesario).



- Secretaria de programación prequirúrgica:
  - Envía programación de pacientes con tipo y número de dioptrías a la sala de operaciones y la recepción central para coordinación de insumos y validación de derechos.

b) Fase quirúrgica

i. Atención al usuario.

- Verifica documentación.
- Ubica en la sala de espera.
- Brinda indicaciones a pacientes.

ii. Sala de espera.

- Recepcionista o colaborador clínico:
  - Confirma si los pacientes programados cuentan con derecho de salud el día de la cirugía.
  - Comprueba que el paciente se presente a la hora y en las condiciones indicadas.
  - Traslada al paciente al área de cambio de ropa de calle a ropa quirúrgica.
  - Traslada al paciente al área de preparación.

iii. Área de preparación quirúrgica.

- Personal de enfermería:
  - Colocan zapateras al paciente e indica cómo hacer el lavado de cara correctamente y coloca gorro y mascarilla.
  - Tomar signos vitales y realización de entrevista clínica general.
  - Verifica y marca el ojo a operar y se procede a la dilatación pupilar.
  - Canalización de vena periférica, incluso en pacientes bajo anestesia local.
  - Cumplimiento de medicamentos prequirúrgicos.
  - De encontrar anormalidades, reporta a un médico anesthesiólogo.
  - Traslada al paciente a quirófano al indicársele.

iv. Área de quirófano.

- Proveedor de anestesia (médico anesthesiólogo o licenciado en anestesiología):
  - Verifica el ayuno.
  - Confirma el tipo de anestesia.
  - Entrevista al paciente, revisa el expediente clínico y las recomendaciones de medicina interna u otros especialistas, si las hay.
  - Verifica los ítems descritos en la “Lista de Chequeo para Anestesia Segura” (Anexo # 2 de la Norma de manejo perioperatorio en anestesiología del ISSS. (julio 2018), disponible en máquina de anestesia. (Ver anexo A.2.1)
  - Anota su verificación en la “Hoja de Anestesia”, (C. SAFISSS 130100276). (Ver anexo A.1.4)
  - Realiza monitoreo de presión arterial no invasiva, electrocardiografía y oximetría de pulso, reportando al médico oftalmólogo alguna anormalidad de manera oportuna. Según se encuentra establecido en la Norma de manejo perioperatorio de anestesiología (2018).



- Médico oftalmólogo:
    - Realiza acto quirúrgico de cataratas o de retina según lo indicado:
      - Cirugía de catarata por técnica convencional (SICS: pequeña incisión, EEC: técnica extracapsular o Facoemulsificación, entre otras).
      - Cirugía de retina con técnica de vitrectomía (cerclaje y/o vitrectomía, extracción de silicón, cirugía combinada [Facoemulsificación + vitrectomía posterior] o vitrectomía posterior, entre otras)
    - Realiza el llenado del correspondiente formulario “Registro Operatorio”, (C. SAFISSS 130100383). (Ver anexo A.1.2)
  - Personal de enfermería:
    - Realiza el procedimiento de acuerdo con el Manual de Procesos: Realizar Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicos.
  - Proveedor de anestesia:
    - Para los pacientes con sedación, evalúa el traslado del paciente al Área de Recuperación (estabilización de signos vitales), una vez que el médico oftalmólogo establece la finalización del acto quirúrgico y luego realiza entrega del paciente a personal de enfermería.
- v. Área de recuperación (o de espera post cirugía)
- Proveedor de anestesia:
    - Verifica ausencia de dolor (escala análoga del dolor) y de vómitos.
    - Verifica estado de conciencia, respiración y oximetría.
    - Evalúa alta según Escala de Aldrete mayor de 9.
  - Personal de enfermería:
    - Monitorea los signos vitales del paciente.
    - Brinda indicaciones y recomendaciones al paciente.
    - Le entrega los documentos de identidad del paciente, medicamentos, incapacidad (si aplica) y la papelería que corresponda al caso.
    - Traslada al paciente al área de cambio de ropa para entregarlo con el acompañante y brindarle también a este último las indicaciones y recomendaciones de cuidado del paciente.
  - Colaborador clínico:
    - Brinda comprobante de próxima cita con el médico oftalmólogo que lo operó.
- c) Fase post quirúrgica
- vi. Consulta externa oftalmología
- Médico oftalmólogo:
    - Realiza una evaluación postquirúrgica en consulta fuera de los horarios de contratación por compra de servicios, de 24 a 48 horas después de la cirugía, de 5 a 8 días y entre 3 a 4 semanas.
    - En la tercera consulta postoperatoria, se programará la cirugía del ojo contralateral en caso de ser necesario.



## VII. Responsabilidades en el proceso

### 1. Director (Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba)

- a) Velar por el cumplimiento del “Manual de Procedimiento, en el ámbito de sus competencias.

### 2. Jefe del departamento de oftalmología (Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba)

- a) Velar por el cumplimiento del Manual de procedimiento, en el ámbito de sus competencias.
- b) Autorizar las cirugías que cumplan con los criterios de indicación y de priorización de cirugías.
- c) Elaborar mapa quirúrgico

### 3. Médico oftalmólogo

- a) Cada médico oftalmólogo a cargo de pacientes con indicación de cirugía oftalmológica, es responsable de evaluar la pertinencia de la cirugía conforme a las indicaciones y contraindicaciones y siguiendo el procedimiento explícito en el presente manual.

### 4. Proveedor de anestesia (médico anesthesiólogo o licenciado en anestesia)

- a) Verifica que el paciente cuente con exámenes de laboratorio, gabinete y evaluaciones por especialistas pertinentes y vigentes, según sea el caso.
- b) Verifica que se realice la lista de chequeo anestesia segura.
- c) Vigila el estado hemodinámico y respiratorio en todo momento durante el procedimiento y área de recuperación.

### 5. Médico interconsultante

- a) Cada médico de las distintas especialidades, a quienes se le solicite interconsulta o evaluaciones previas a la cirugía de catarata o de retina, será responsable de realizar dichas evaluaciones y consignar sus recomendaciones médicas en el expediente.

### 6. Personal de enfermería

- a) Cumple con las indicaciones de los diferentes profesionales que intervienen en la preparación y manejo de cirugía de catarata o de retina, conforme a lo establecido en el presente manual.
- b) Prepara el material y equipo a utilizar en el procedimiento.

## VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

- 1. Formulario “Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervención Quirúrgica”, C. SAFISSS 130100014 (Código anterior C. SAFISSS 130201002), físico.



2. Formulario “Cuestionario Pre-quirúrgico”, C. SAFISSS 130100124 (Código anterior C. SAFISSS 130201680), físico.
3. Formulario “Hoja de Anestesia”, C. SAFISSS 130100276 (Código anterior C.B. 104-119), físico.
4. Formulario “Registro Operatorio”, C. SAFISSS 130100383 (Código anterior C. SAFISSS 130201153), físico.
5. “Lista de Chequeo para Anestesia Segura”, (Anexo #1 de la Norma para el manejo perioperatorio en anestesiología del ISSS, julio 2018), disponible en máquina de anestesia.

## IX. Anexos

### A. Anexo 1: Formularios

- A.1.1. “Cuestionario Pre-quirúrgico”, C. SAFISSS 130100124 (Código anterior C. SAFISSS 130201680).



### INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD

#### CUESTIONARIO PRE-QUIRÚRGICO

Centro de Atención:	
Nombre:	N° de Afiliación:
Tipo de Cirugía:	Fecha de Cirugía:
¿Ha sido operado antes?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido alguna reacción a la anestesia?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál ?
¿Es alérgico a algún medicamento?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál ?
¿Tiene alguna otra alergia (Espiradrapo, yodo, alimentos, etc.)?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál ?
¿Consume alguna droga (Cannabis, cocaína, opiáceos u otras)?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál ?
¿Toma bebidas alcohólicas habitualmente?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene o ha tenido la presión arterial alta?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema del corazón? (Arritmias, angina, lleva marcapasos o desfibrilador)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál ?
¿Ha tenido trombosis / flebitis / tromboflebitis?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Necesita más de una almohada para dormir?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Se ahoga o tiene dolor en el pecho al subir escaleras?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Ha fumado durante el último año?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna enfermedad pulmonar?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál ?
¿Tiene apneas del sueño?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Utiliza dispositivo para respirar mientras duerme. CPAP?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna enfermedad del riñón?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna enfermedad en el hígado o una hepatitis?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Le han diagnosticado hepatitis B, C o HIV?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Usa insulina?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido convulsiones, desmayos, embolismo o derrame cerebral?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Sangra fácilmente por las encías, nariz o heridas?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido anemia?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna objeción a la transfusión de sangre?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Toma aspirina o algún otro medicamento anticoagulante?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Ha estado hospitalizado antes?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene algún diente flojo?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene prótesis dentales?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene lentes de contacto?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Tiene otros problemas médicos?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál ?

C. SAFISSS 130201680



- A.1.2. "Registro Operatorio", C. SAFISSS 130100383 (Código anterior C. SAFISSS 130201153).



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
SUBDIRECCION DE SALUD  
REGISTRO OPERATORIO**

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

CENTRO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

(APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES)

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M  F  CIRUJANO: \_\_\_\_\_

FECHA DE OPERACIÓN: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO: \_\_\_\_\_

OTROS DIAGNÓSTICOS: HTA: SI  NO  ALERGIAS: SI  NO  IRC: SI  NO

DIABETES: SI  NO  PORTADOR DE INFECCIÓN: SI  NO  OTROS: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

**TIPO DE CIRUGÍA:**  
 1. URGENCIA  3- SÉPTICA  5- INGRESADA  7- MAYOR   
 2. PROGRAMADA  4- NO SÉPTICA  6- AMBULATORIO  8- MENOR

RE INTERVENCIÓN: SI  NO  FECHA CIRUGÍA PREVIA: \_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES DE EVALUACIONES PREOPERATORIAS (SI APLICA)**

CARDIOVASCULAR  NEUMOLÓGICA  ENDOCRINOLÓGICA

OTRA ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SI  NO  PROFILAXIS ANTIMICROBIANA: \_\_\_\_\_

**RESUMEN CLÍNICO**

TENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_ MAX: \_\_\_\_\_ MIN: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ I.MC: \_\_\_\_\_

EXÁMENES: HB gm./dl \_\_\_\_\_ HT % \_\_\_\_\_ TIPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE COAGULACIÓN: \_\_\_\_\_

EXAMEN GENERAL DE ORINA: Albúmina \_\_\_\_\_ Glucosa \_\_\_\_\_ Densidad \_\_\_\_\_

ELECTROCARDIOGRAMA: Normal  Anormal  RAYOS " X" DE TÓRAX Normal  Anormal

OTROS ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

OPERACIÓN PROYECTADA: \_\_\_\_\_

ANESTESIA SOLICITADA: \_\_\_\_\_ CONSENTIMIENTO INFORMADO: SI  NO

TIEMPO OPERATORIO ESTIMADO: \_\_\_\_\_ SANGRAMIENTO CALCULADO: MÁS DE 500 CC  MENOS DE 500 CC

NOMBRE FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO: \_\_\_\_\_

REVISADO Y AUTORIZADO \_\_\_\_\_

**SALA DE OPERACIONES**

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CLASIFICACIÓN ASA: \_\_\_\_\_

SALA DE OPERACIONES N°: \_\_\_\_\_ TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_

CAUSA DE CANCELACIÓN DE OPERACIONES: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE INSTRUMENTAL E INSUMOS A ARSENAL**

FECHA DE PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ N° DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

C. SAFISSS 130201153





- A.1.3. “Consentimiento Informado para Ingreso, Procedimiento, Estudios Radiológicos o Intervención Quirúrgica”, C. SAFISSS 130100014 (Código anterior C. SAFISSS 130201002).

<b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE SALUD</b> <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA</b> <b>INGRESO, PROCEDIMIENTO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>			
<b>INGRESO</b> <input type="checkbox"/>	<b>PROCEDIMIENTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b> <input type="checkbox"/>	<b>ESTUDIOS RADIOLÓGICOS</b> <input type="checkbox"/>
CENTRO DE ATENCIÓN:		FECHA:	HORA: am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:		N° AFILIACIÓN/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:	
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).			Parentesco del menor Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>
<b>DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL</b>			
DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELÉFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).	DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.		
<p>1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnóstico; Estado de salud, estudio radiológico y/o tratamiento de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así:  DETALLE EL NOMBRE DEL ESTUDIO A REALIZAR _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>2) Reconozco que los médicos y/o odontólogos me han explicado <b>VERBAL y/o POR ESCRITO</b> los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del ingreso, procedimiento, estudio radiológico o intervención quirúrgica. Así mismo que en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos, medios de contraste o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones nosocomiales; parálisis; daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica si lo hubiere se aplicaría en beneficio de mi (la) salud (de mi representado). La información proporcionada ha tomado en cuenta los Art. 9, 15, 16, 18 y 27 del <b>DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud</b>, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención):</p> <p>Riesgos por estudios radiológicos y uso de medios de contraste:  Radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Potencial Daño Renal <input type="checkbox"/> Reacciones adversas <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<b>C. SAFISSS 130201002</b>			



CONSENTIMIENTO

DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO:  Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice \_\_\_\_\_, que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos, odontólogos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que acepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si \_\_\_ No \_\_\_) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA:  Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice \_\_\_\_\_, Y (SOLICITO \_\_\_ NO SOLICITO \_\_\_) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA  Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente  deniega

\_\_\_\_\_  
Firma y huellas.

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años. Profesión: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N° DUI \_\_\_\_\_ Firma Testigo \_\_\_\_\_

Nombre, Firma y Sello del Médico. \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_  
del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

C. SAFISSS 130201002



- A.1.4. Formulario "Hoja de Anestesia", C. SAFISSS 130100276 (Código anterior C.B.104-119).



## INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

### SUBDIRECCIÓN DE SALUD

### HOJA DE ANESTESIA

CENTRO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ N° DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: \_\_\_\_\_

OPERACIÓN SOLICITADA: \_\_\_\_\_ TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CLASIFICACIÓN ASA: \_\_\_\_\_

MEDICO CIRUJANO: \_\_\_\_\_ MEDICO ANESTESIOLOGO: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN PREANESTÉSICA: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

HORA QUE INGERIRÓ ÚLTIMO ALIMENTO: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN DEL PTE. ESTABLE / DESCOMPENSADO

HORA:	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
INDUCCIÓN:															
AGENTE:															
PA ó PAM															
Pulso															
N <sub>2</sub> O															
AIRE COMP.															
INICIO CIRUGIA															
O <sub>2</sub>															
INICIO ANEST.	38	240													
FIN CIRUGIA	36	220													
FIN ANESTESIA	34	200													
TEMPERATURA	32	180													
RESPIRACIÓN	30	160													
	28	140													
	26	120													
	24	100													
	22	80													
	20	60													
	18	40													
	16	20													
PVC (cm H <sub>2</sub> O)															
S <sub>a</sub> O <sub>2</sub> %															
Resp. E A C.															
FREC. RESPIRAT.															
VOL. CORRIENTE															
PH															
PO <sub>2</sub>															
PO <sub>2</sub> ó CO <sub>2</sub> E															
HCO <sub>3</sub>															
DB															

POSICIÓN: \_\_\_\_\_

C. B. 104-119





- A.2.1. “Lista de Chequeo para Anestesia Segura”, (Anexo #1 de la Norma para el Manejo perioperatorio en anestesiología del ISSS, julio 2018), disponible en máquina de anestesia.

ANTES DE CADA JORNADA	ANTES DE CADA INTERVENCIÓN
INSPECCIÓN GENERAL INICIAL	1. COMPROBACIÓN DE LA ESTANQUEIDAD DEL CIRCUITO
2. CONEXIÓN ELÉCTRICA Y ENCENDIDO DE MAQUINA DE ANESTESIA.	2. DISPONIBILIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE MONITORES
3. VERIFICAR CONEXIONES DE GASES	3. AJUSTES DEL RESPIRADOR Y ALARMAS ADECUADOS AL PACIENTE Y COMPROBACIÓN DE QUE FUNCIONA EN VENTILACIÓN MECÁNICA
4. COMPROBAR MEDIOS DE VENTILACIÓN ALTERNATIVOS	
5. VERIFICAR SISTEMA DE ASPIRACIÓN	4. EQUIPAMIENTO AUXILIAR Y FÁRMACOS
6. COMPROBACIÓN DE VAPORIZADORES	<b>Equipo o material:</b>
7. COMPROBACIÓN DE SUMINISTRO DE GASES	1. Vía aérea: - Laringoscopio y hojas de diferentes tamaños que funcionen de forma adecuada. -Dispositivos Supragloticos y tubos endotraqueales de diferentes tamaños. Comprobar balón y existencia de jeringas y de sistemas de fijación (esparadrapo, venda) - Cánulas de Guedel de diferentes tamaños; mascarillas faciales de diferentes tamaños - Conductor de tubos endotraqueales y pinza de Magill
8. VERIFICACIÓN DE CALIBRACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN DE O2	2. Cánulas IV, sueros y sistemas de suero con las llaves de 3 vías y extensiones apropiadas
9. FALLO EN EL SUMINISTRO DE O2	3. Manguito de presión arterial del tamaño adecuado
10. COMPROBACIÓN DEL SISTEMA DE LAVADO DE O2 (O2 DE EMERGENCIA)	4. Estetoscopio
11. COMPROBACIÓN DE LA ESTANQUEIDAD DE LA LÍNEA DE SUMINISTRO DE GASES FRESCOS( PRUEBA DE FUGAS DE GASES)	5. Bolsa autoinflable («Ambú»)
12. VERIFICAR ESTADO DE ABSORBENTE DE CO2	6. Monitores: ECG, pulsioxímetro y capnógrafo y todos aquellos que se vayan a utilizar
13. SALIDA AUXILIAR DE GASES FRESCOS Y CIRCUITOS MANUALES INDEPENDIENTES	7. Aspirador de secreciones que funcione correctamente
14. VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DEL VENTILADOR	8. Desfibrilador
	9. Carro de intubación difícil
16. COMPROBACIÓN DE LA ESTANQUEIDAD DEL CIRCUITO	<b>Fármacos</b>
17. DISPONIBILIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE MONITORES	- Revisar la existencia de todos los fármacos necesarios para el procedimiento anestésico, incluidos los de emergencia
18. EQUIPAMIENTO AUXILIAR Y FÁRMACOS	- Vaporizador lleno y correctamente cerrado y anclado
19. AJUSTES DEL RESPIRADOR Y ALARMAS ADECUADOS AL PACIENTE	- Jeringas cargadas con la medicación anestésica y apropiadamente etiquetadas
20. DOCUMENTAR LA FINALIZACIÓN DEL PROCESO.	

**B. Anexo 2: Personal que participó en actualización del documento****Equipo técnico coordinador**

<b>NOMBRE</b>	<b>PUESTO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
		Sección Normalización
		Sección Normalización
<b>Dra. Silvia G. Mendoza</b>	Jefatura de Sección	Sección Normalización

**Equipo que elaboró el documento**

<b>NOMBRE</b>	<b>PUESTO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
		Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
<b>Dr. Alexis Castro</b>	Jefatura de Oftalmología	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
<b>Dra. Ana Victoria Peñate</b>	Jefatura de Sala de Operaciones	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
<b>Leticia Maricela Sánchez Recinos</b>	Jefatura de Enfermeras Sala de Operaciones	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
<b>Dra. Nancy Carolina Figeac Chávez</b>	Jefatura Anestesia	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
		Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
<b>Maria Alejandra Polio García</b>	Jefatura de Registros Médicos	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
		Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
<b>Licda. Adela Isabel Guzmán</b>	Jefatura de Enfermeras Consulta Externa Oftalmología	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba
		Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria la Ceiba

**Equipo que revisó y validó el documento**

<b>NOMBRE</b>	<b>PUESTO</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
<b>Dra. Diana Patricia Cabrera</b>	Subgerente	Subgerencia Servicios Operativos de Salud
<b>Dra. Mirian Ivonne Umaña</b>	Directora	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
[REDACTED]		Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
<b>Dr. Alexis Castro</b>	Jefatura de Oftalmología	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
<b>Dra. Ana Victoria Peñate</b>	Jefatura de Sala de Operaciones	Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba
[REDACTED]		Gestión de la Calidad de los Servicios Médicos y Odontológicos

**X. Registro de actualización del documento**

		Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo en Salud Oportunidad Quirúrgica para Cirugía de Catarata y de Retina en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba	<b>MPTAS-004</b>
<b>Modificaciones</b>			
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Naturaleza de la modificación</b>	<b>Aprobado</b>
0.0	Septiembre 2023	Manual de Procedimiento de Salud Cirugía de Catarata y de Retina en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba	Dra. Mónica Ayala
1.0	Agosto 2024	Se actualiza el Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo en Salud Oportunidad Quirúrgica para Cirugía de Catarata y de Retina en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba, en sustitución del “Manual de Procedimiento de Salud Cirugía de Catarata y de Retina en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba”, septiembre 2023.	Dra. Mónica Ayala



## XI. Registro de Adendas

	Manual de Procedimiento Técnico y Administrativo en Salud Oportunidad Quirúrgica para Cirugía de Catarata y de Retina en el Centro Especializado Integral de Atención Ambulatoria La Ceiba		<b>MPTAS-004</b>
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			