



---

# **INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

## **MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SALA DE OPERACIONES**

**CONTENIDO**

HOJA DE APROBACIÓN	3
CAPITULO I. GENERALIDADES	6
1. Introducción	6
2. Uso y Actualización	6
3. Objetivo del Manual	7
4. Base Legal	7
5. Vigencia	7
CAPITULO II. CONTENIDO	8
1. Objetivo del Proceso	8
2. Procedimientos Incluidos	8
3. Normas del Procedimiento	8
3.1 Generales	8
3.2 Específicas	9
4.1 Reservación de Quirófano	15
4.2 Evaluación de Pacientes para Cirugía	18
4.3 Ingreso y Egreso del Paciente de Sala de Operaciones	20
4.4 Verificación de la Seguridad del Paciente en la Cirugía	25
4.5 Ingreso y Egreso del Paciente a Sala de Recuperación Postquirúrgica	29
ANEXOS	33



HOJA DE APROBACIÓN

Fecha de Elaboración: Marzo de 2014

AUTORIZADO POR:

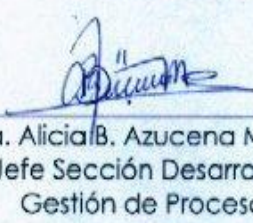
  
 Licda. Ana B. Estrada de Carbajal  
 Jefe de Unidad de Desarrollo Institucional

  
 Dr. Carlos Ramón Menjivar Claros  
 Subdirector de Salud

REVISADO POR:  
  
  
 Dra. Sandra Cornejo Rodríguez  
 Jefe Departamento Atención Hospitalaria

  
  
 Dr. José René Serrano Crespin  
 Jefe Departamento de Cirugía ISSS

  
 Licda. Beatriz Estrada de Carbajal  
 Por Jefe Departamento Gestión de Calidad Institucional

  
 Inga. Alicia B. Azucena Martínez  
 Jefe Sección Desarrollo y Gestión de Procesos

ELABORADO POR:

  
 Ing. Jorge A. Baires Orellana  
 Analista de desarrollo Institucional

**PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN LA REVISIÓN DEL MANUAL**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>
Dr. Carlos R. Rodriguez Solorzano	Jefatura Servicio de Anestesiología HMQ Oncológico
Dr. Carlos Romeo Ramos Castillo	Jefatura Servicio de Anestesia Hospital General
Dr. Carlos González B.	Jefatura Servicio de Anestesiología ISSS San Miguel
Dr. Luis R. Gamero Quintanilla	Jefatura Servicio de Anestesiología Hospital 1° de Mayo
Dr. Alexander Martinez Melendez	Jefatura Servicio de Anestesiología Hospital Amatepec
Dr. Miguel A. Luna Mendoza	Jefatura Servicio de Sala de Operaciones Hospital Regional de Sonsonate
Dr. Ernesto A. Molina Barrera	Jefatura Servicio de Sala de Operaciones Hospital Regional de Santa Ana
Dr. Henry Donald Alarcón Serrano	Jefatura Servicio de Sala de Operaciones Hospital Roma
Dr. Miguel A. Sánchez	Colaborador Técnico de Salud II Departamento Atención Hospitalaria

**REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS****VERSIÓN 0.0**

## CREACIÓN DEL DOCUMENTO:

Acuerdo D. G. N° 2003-05-0859	Depto. Desarrollo Institucional	Encargado Proceso Centros de Atención ISSS
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>
Fecha: Mayo 2003	Fecha: Noviembre 2003	Fecha: Noviembre 2003

## REGISTROS DE ACTUALIZACIONES:

División de Desarrollo y Planificación Institucional	Depto. Desarrollo Institucional	Dr. José Eduardo Avilés Flores	1.0
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Julio 2007	Fecha: Abril 2008	Fecha: Octubre 2008	
MODIFICACIÓN: Actualización de la normativa y procedimientos de hospitales, disgregación de procesos por nivel de atención.			

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SALA DE OPERACIONES****DEPENDENCIA: CENTROS DE ATENCIÓN****V 3.0**

Dr. José René Serrano Crespín	Lic. Evellin Y. Lozano Ibarra	Dr. Carlos Ramón Menjivar Claros	2.0
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Marzo 2012	Fecha: Marzo 2012	Fecha: Octubre 2012	

MODIFICACIÓN: Integración de Norma de Sala de Operaciones, Enero 2005 y Proceso Sala de Operaciones del Manual de Normas y Procedimientos Hospitales, Octubre 2008. Incorporación Procedimiento Verificación de la Seguridad del Paciente en la Cirugía y fusión de los procedimientos existentes.

Dr. José René Serrano Crespín	Ing. Jorge Baires	Dr. Carlos Ramón Menjivar Claros	3.0
<b>Solicitado por</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Aprobado por</b>	<b>VERSIÓN</b>
Fecha: Octubre 2013	Fecha: Febrero 2014	Fecha: Marzo 2014	

MODIFICACIÓN: Actualización de Normas y Procedimientos de Sala de Operaciones.



## **CAPITULO I. GENERALIDADES**

### **1. Introducción**

En cumplimiento a las Normas Técnicas de Control Interno Especificas del ISSS, Mayo 2008, así como para lograr la mayor eficiencia en las complejas operaciones del ISSS, es preciso establecer normas y procedimientos, los cuales serán cumplidos por los responsables de su ejecución con la mayor fidelidad en todo momento.

Este Manual ha sido diseñado para ser un documento dinámico y como tal, deberá ser revisado para su actualización durante el desarrollo de la vida del Instituto. Las revisiones y actualizaciones podrán ser elaboradas a iniciativa de los Funcionarios del Instituto y deberán siempre conservar o mejorar la calidad, el control y la eficiencia de los procedimientos.

Debido a que este Manual será el patrón bajo el cual operarán las Dependencias del Instituto y contra el cual serán medidas en su eficiencia por las auditorias que se realicen, las revisiones y enmiendas del mismo serán permitidas solamente con la aprobación del Departamento Gestión de Calidad Institucional.

### **2. Uso y Actualización**

- Las Jefaturas deberán mantener en buenas condiciones y poner a disposición del personal un ejemplar del Manual para consulta y análisis del trabajo.
- El personal de nuevo ingreso deberá estudiar el Manual como parte de su inducción y adiestramiento en el trabajo.
- Las jefaturas del Instituto podrán proponer revisiones y enmiendas, conservando o mejorando la calidad, el control y la eficiencia de los procesos.
- Posterior a las actualizaciones de la normativa, podrán realizarse revisiones y enmiendas del mismo, con la aprobación del Departamento Gestión de Calidad Institucional, solamente una vez al año o si hubieren cambios que lo ameriten, lo cual se deberá registrar en la hoja de actualizaciones incluida en este documento.
- Este Departamento será responsable de enviar los documentos oficializados al Usuario a través del medio que se estime conveniente y será publicado en la página web institucional.



### **3. Objetivo del Manual**

El Manual de Normas y Procedimientos ha sido diseñado para lograr los objetivos siguientes.

- Servir de guía al personal en el desarrollo de los diferentes procedimientos de los procesos del Instituto, brindando los lineamientos específicos para mantener una administración adecuada de los servicios prestados.
- Lograr la mayor eficiencia, calidad y control en las complejas operaciones del Instituto, ahorrando tiempo y esfuerzo en la ejecución del trabajo, al evitar la duplicidad de funciones dentro de los procesos.
- Servir de guía para la capacitación y orientación del personal involucrado en la administración y control de los procesos del Instituto

### **4. Base Legal**

#### **▪ NTCIE ISSS Mayo 2008**

Capítulo III

Actividades de Control

Documentación, actualización y divulgación de políticas y procedimientos

Art. 48 al 51

Capítulo V

Normas Relativas al Monitoreo

Monitoreo sobre la Marcha

Art. N° 102

### **5. Vigencia**

El presente documento entrará en vigencia a partir de la fecha de su divulgación.



## CAPITULO II. CONTENIDO

### 1. Objetivo del Proceso

- Evaluar y realizar en forma oportuna y eficiente las intervenciones quirúrgicas mayores indicadas a los pacientes del ISSS.

### 2. Procedimientos Incluidos

- a) Reservación de Quirófano.
- b) Evaluación de Pacientes en Cirugía.
- c) Ingreso y Egreso de Paciente de Sala de Operaciones.
- d) Verificación de la Seguridad del Paciente en la Cirugía.
- e) Ingreso y Egreso del Paciente a Sala de Recuperación Postquirúrgica.

### 3. Normas del Procedimiento

#### 3.1 Generales

1. Los procedimientos de este proceso, además de ser aplicados a los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, deberán ser aplicados a sus donantes en el caso de trasplante de órganos.
2. El donante será ingresado en los registros del hospital relacionándolo con el paciente.
3. Los procedimientos donde intervenga el Médico Anestesiólogo se realizarán en los lugares donde se disponga de este recurso. En caso de no disponer de este recurso será responsabilidad del Director del Centro de Atención gestionar la cobertura correspondiente a esta especialidad.
4. El personal de Sala de Operaciones debe de presentarse y estar preparado 15 minutos antes de la hora fijada de la intervención: Cirujano, los ayudantes, instrumentistas, proveedor de anestesia, enfermera circulante.
5. Los quirófanos de cirugía electiva deberán ser utilizados hasta por un tiempo no menor de 12 horas continuas durante los días hábiles o de acuerdo con la disponibilidad local de los recursos.
6. Los horarios de cirugías programadas se respetarán, siempre y cuando no hayan pacientes que necesiten una cirugía de emergencia, teniendo estas últimas prioridades de ingreso al quirófano sobre paciente de cirugía electiva.
7. El personal de enfermería y anestesia (excepto los cirujanos) será relevado y tendrá 40 minutos para almorzar, sin suspender el trabajo de sala, (esto sujeto a la programación establecida y recurso humano disponible).





8. Si las cirugías son continuas, una vez el paciente operado sale del quirófano, no deberá tardar más de 20 minutos en iniciarse el siguiente caso; siempre y cuando exista demanda del servicio, dándole cumplimiento a los lineamientos para la prevención de las infecciones nosocomiales ( IAAS).
9. El personal asignado a un quirófano, permanecerá dentro de éste hasta finalizar la cirugía (en caso de una urgencia del personal, lo comunicará a la Jefatura inmediata para ser sustituido), o podrá salir del mismo solamente en caso necesario para el buen desarrollo de la misma intervención.
10. La cirugía electiva se practicará todos los días hábiles, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. en adelante o de acuerdo al horario establecido en cada centro de atención.
11. Las cirugías electivas deben ser autorizadas por: la Jefatura del Servicio de la especialidad quirúrgica correspondiente, el coordinador quirúrgico, la Jefatura del Departamento de Cirugía o el Director local cuando no se cuente con los puestos de trabajo antes mencionados.

### **3.2 Específicas**

#### **Cirugías Electivas**

1. Las cirugías electivas sólo se podrán suspender por los siguientes motivos:<sup>1</sup>
  - Orden del Cirujano, debiendo señalar correctamente la causa de la suspensión, la cual debe quedar escrita tanto en reporte operatorio como en el expediente clínico del paciente. Quedando la orden del reporte operatorio en manos de él o de la Jefatura de Sala de Operaciones para ser utilizada en su informe de suspensión de cirugías.
  - Orden del Médico Anestesiólogo, o del proveedor de anestesia quien señalará por escrito la causa de suspensión en el expediente clínico del paciente.
  - Orden de la Jefatura de la Sala de Operaciones o Jefatura de Enfermería (en caso que la Jefatura de Sala de Operaciones no esté presente), si se diera una de las situaciones siguientes:
    - Que el Cirujano no se presente luego de 15 minutos de la hora de programación.
    - En caso de prolongación de cirugía anterior y próximo Cirujano ya esté presente,
    - Al presentarse una cirugía de emergencia.
    - En casos de emergencia nacional y posterior a instrucción girada por la dirección local o autoridad designada.
2. Las cirugías suspendidas podrán ser reprogramadas previo conocimiento del paciente y aprobación de la Jefatura de Sala de Operaciones.

<sup>1</sup> La suspensión de la cirugía puede ser en el ámbito de sala de operaciones o fuera de él.



3. La inasistencia ó suspensión de cirugía sin causa justificada es considerada falta grave y debe reportarla por escrito la Jefatura de Sala de Operaciones a la Jefatura del servicio correspondiente, al coordinador quirúrgico y al Director del hospital o de la unidad médica correspondiente.
4. El Cirujano responsable, que practicará la operación debe llenar y firmar la solicitud de intervención en duplicado y enviarla a Sala de Operaciones, un día antes de la intervención en horario de 7:00 a.m. a 11:00 a.m. o el día previo hábil correspondiente.
5. Sólo podrán efectuar procedimientos quirúrgicos, los cirujanos contratados y autorizados por la Institución, ya sean operaciones electivas o de emergencias.
6. Los cirujanos de las diferentes especialidades operaran las cirugías electivas los días y horarios que tengan asignados por la Jefatura de su Servicio y la Jefatura de Sala de Operaciones.
7. Se podrá hacer procedimientos quirúrgicos fuera de los días asignados en horarios que la Jefatura de Sala de Operaciones determine según cupos disponibles y prioridad de la cirugía a ser realizada.

### **Cirugías de Emergencia**

1. Los casos de emergencia y de extrema urgencia serán evaluados por el Cirujano de planta o de turno visto bueno del Cirujano coordinador del área, evaluado por el Anestesiólogo o proveedor de anestesia.
2. Las cirugías de emergencia se practicarán todos los días del año, las 24 horas del día, sin ninguna excepción en cualquiera de los quirófanos disponibles.
3. Posterior a la evaluación del paciente por el Anestesiólogo o del proveedor de anestesia la solicitud de intervención será entregada a la coordinadora de sala de operaciones de emergencia para la asignación del quirófano.
4. Para todo traslado de paciente para cirugía de emergencia entre hospitales de la red de atención es requisito la comunicación previa del coordinador de cirugía que ha autorizado el traslado con la Enfermera responsable de quirófanos de emergencia.

### **Uniforme de Sala de Operaciones**

1. El uniforme de Sala de Operaciones, será entregado solamente al personal autorizado.
2. No se permite al personal de Sala de Operaciones utilizar la ropa de sala sobre la ropa de calle.
3. Es obligación del personal utilizar el uniforme completo; esto incluye: Camisa (dentro del pantalón), pantalón, gorro, mascarilla, zapateras o zapatos exclusivos para Sala de Operaciones.



4. Sólo el personal que se encuentre completamente uniformado, podrá ingresar a los Quirófanos, previo lavado de manos.
5. El gorro debe cubrir completamente el cabello, la mascarilla que cubra la nariz y boca y el pantalón sujeto por el ruedo con las zapateras atadas hacia atrás.
6. La mascarilla debe cambiarse por lo menos, en cada intervención y si ésta se prolonga por más de 4 horas, es necesario un nuevo cambio. Queda prohibido usarla en el cuello o no sujetarla completamente.
7. Queda prohibido circular con vestimenta quirúrgica parcial o completa en áreas semirestringida, o con el uniforme de Sala de Operaciones, fuera de sus instalaciones.
8. El uniforme de Sala de Operaciones, es de uso exclusivo del personal de quirófanos y no debe ser prestado para otro personal y mucho menos, usarlo en otros servicios fuera del área quirúrgica.
9. El uniforme de Sala de Operaciones debe ser usado en sala y cuando sea necesario salir del Quirófano al área de recepción o fuera del lugar de trabajo es necesario cambiarse a su ropa de calle, las gabachas blancas pueden utilizarse para deambular por el hospital y proteger su ropa de calle; pero nunca el uniforme de sala.
10. En toda intervención quirúrgica el personal de Sala de Operaciones debe cumplir con las normas de bioseguridad establecidas.

### **Circulación del Personal en el Área**

1. El personal de Sala de Operaciones, deberá respetar las áreas de tráfico y no podrá circular en las áreas restringidas, si no tiene ninguna participación en el procedimiento quirúrgico a efectuarse en los pacientes.
2. El personal está en la obligación de conocer y respetar las áreas de circulación, para evitar contaminación y contribuir con la prevención de las infecciones nosocomiales.
3. Los pacientes del quirófano entrarán y saldrán por una puerta exclusiva (al área de quirófanos), las puertas deberán permanecer cerradas.
4. Al quirófano no deberá ingresar ni permanecer ningún personal ajeno y que no tenga cirugía programada.
5. El personal fuera de su jornada laboral no puede permanecer en el área de sala de operaciones, sólo cuando fuese necesario.
6. Sólo se permitirá de cinco (5) a ocho (8) personas dentro de cada quirófano, excepto en cirugías de alta complejidad y que se necesite aumento de personal.
7. Cuando se solicitara autorización a alguna persona para ingresar a quirófanos ésta será extendida por la Jefatura de Sala de Operaciones exclusivamente.



8. Si algún médico ha invitado la entrada al quirófano de alguna persona ajena al área, ésta deberá ser acompañada por el médico especialista que lo invito y solicitó la autorización, hasta que abandone el quirófano.
9. Ningún Cirujano ajeno a la institución podrá realizar procedimientos quirúrgicos, exceptuando casos especiales dentro de los programas de educación continuada u otro programa con la debida autorización de la Jefatura del Servicio correspondiente, la Jefatura de Sala de Operaciones y del Director del Hospital.

### **Seguridad e Higiene**

1. Todo personal del Quirófano deberá cumplir con las normas de higiene personal (baño diario, cabello limpio, corto y si es largo, recogido; barba debidamente rasurada o recortada, uñas cortas no acrílicas, limpias sin esmalte).
2. Al personal que adolezca de cualquier problema de enfermedad transmisible, queda prohibido su ingreso a los quirófanos (Dermatosis, Gastroenteritis, Infecciones Respiratorias Agudas, etc.) debiendo consultar oportunamente y presentar la incapacidad médica correspondiente.
3. Es terminantemente prohibido el ingreso y la ingesta de alimentos en los quirófanos y salas de recuperación.
4. El personal del quirófano no debe portar alhajas.
5. Los servicios sanitarios para uso exclusivo del personal que esta laborando en sala de operaciones deben contar con ducha, cumplir con las normas de higiene personal y ambiental, ubicados dentro del área de los desvestideros y encontrarse completamente aislados de los quirófanos.
7. La conversación entre el equipo de trabajo, debe restringirse al mínimo y hacerlo con fines educativos o profesionales, ya que en muchas operaciones, el paciente está escuchando la conversación.
8. Todo antiséptico deberá ser almacenado según indicaciones del fabricante y al menos a un metro de la superficie del piso para evitar su contaminación.
9. Todas las soluciones antisépticas y desinfectantes deberán mantenerse cerradas y en sus propios envases para evitar contaminación y evaporación.
10. El mobiliario y equipo del Quirófano debe limpiarse antes de iniciar la primera intervención y cada vez que termina una cirugía de acuerdo a protocolo establecido (desinfección recurrente).
11. Los carros con pacientes o sin ellos, que son ocupados en área de quirófanos y recuperación, no deberán salir de Sala de Operaciones.
12. Todo equipo, carro u objeto que deba introducirse al área de quirófanos deberá ser desinfectado previamente a su ingreso.
13. Durante el procedimiento quirúrgico el uso de teléfonos celulares debe de ser dentro de los límites racionales (atender llamadas, leer o enviar mensajes, u otros).



14. Evitar introducir radios, grabadoras, televisores y otros a los quirófanos.
15. No se introducirá al Quirófano, libros, revistas, periódicos u otros objetos que procedan de la calle. No se fumará en ninguna de las dependencias de la zona quirúrgica: sala de descanso, almacenes, pasillos, central de esterilización.
16. En esta área quedan terminante prohibidas la visita al personal, permanencia de familiares y personal ajeno al hospital.

### **Limpieza y Desinfección**

1. Los tipos de limpieza a utilizar en Sala de Operaciones serán los siguientes:
  - Limpieza al inicio de la jornada
  - Limpieza entre intervención quirúrgica
  - Limpieza al final de la jornada
  - Limpieza post intervención quirúrgica contaminada
  - Limpieza complementaria o terminal
2. La limpieza terminal de quirófanos que incluye: techo, paredes, pisos, mobiliario y equipo, debe realizarse una vez por semana, usando soluciones: detergentes, agua y antisépticos, de acuerdo a protocolo establecido.
3. El mobiliario y equipo del Quirófano debe limpiarse antes de iniciar la primera intervención y cada vez que termina una cirugía de acuerdo a protocolo establecido, (desinfección recurrente).
4. En caso de contaminación del quirófano con materiales fecales, secreciones o en caso de pacientes sépticos, deberá efectuarse una limpieza terminal para la posterior utilización.
5. La limpieza y desinfección se realizará iniciando de las partes más altas y limpias, a las más bajas y contaminadas, (iniciando desde una altura de dos metros).
6. El edificio de Sala de Operaciones, debe ser fumigado trimestralmente (previo período de vacación administrativo).
7. Cuando exista un caso contaminado:
  - El personal asignado debe efectuar limpieza terminal del Quirófano correspondiendo al personal de servicio: techo, paredes y piso y al personal de enfermería: mobiliario y equipo.
  - La ropa utilizada para todo tipo de procedimiento o intervención se introducirá en bolsa negra.
  - Los desechos sólidos se clasificarán utilizando bolsas rojas o negra según corresponda llevándolas posteriormente al centro de acopio.



- El personal expuesto a la contaminación, no podrá ser parte de otro equipo quirúrgico, sin antes efectuarse una ducha completa idealmente, de igual forma cambiarse de traje quirúrgico.
  - La vigilancia de esto, estará a cargo de la Jefatura o Coordinadora de Enfermería y el no cumplimiento de las mismas, serán consideradas faltas graves, sujetas a sanción.
8. Los palos de los trapeadores serán de aluminio y se dejarán escurrir en el lavabo correspondiente con el estropajo hacia abajo.
  9. El personal asignado para la limpieza de pisos, manejo de ropa sucia y manejo de desechos deberá tomar las medidas de bioseguridad establecidas.
  10. Los carros de los pacientes deberán ser limpiados y desinfectados al inicio y al final del turno.
  11. Es responsabilidad de la Jefatura Médica y la Jefatura de Enfermería de Sala de Operaciones el que se respeten y practique las normas de la disposición de los desechos sólidos hospitalarios.
  12. Los instrumentos utilizados en todo tipo de intervención serán lavados de acuerdo a protocolo establecido y posteriormente enviados a la Central de Esterilización para su respectivo proceso.

### **Material y Equipo de Sala**

1. La entrada y salida de cualquier material y equipo ajeno al hospital; pero necesario para la cirugía de paciente programado, quedará bajo la responsabilidad de la Jefatura de la Central de Esterilización o de la Jefatura de Enfermeras de Sala de Operaciones con autorización de la Jefatura de Sala de Operaciones.
2. Todo préstamo de mobiliario y equipo electro médico a otro hospital del ISSS, deberá efectuarse a través de una nota de orden de salida la cual será autorizada por: El Administrador del hospital, la Jefatura de Mantenimiento local, el Encargado de Mobiliario y Equipo y la Jefatura de Sala de Operaciones del hospital.
3. Deberá realizarse inventario de material y equipo de sala de operaciones al menos dos veces cada año, con descarte del dañado y la inclusión del nuevo.
4. Todo material ó equipo nuevo que ingrese asignado a Quirófanos llevará el visto bueno de la Jefatura de Sala de Operaciones y será recibido por la Jefatura de Enfermeras de Sala de Operaciones; pero deberá ser entregado en el Almacén para ser inventariado.
5. El material utilizado en cirugías, debe regresar a la Central de Esterilización limpio y completo.



6. El personal de Sala de Operaciones debe entregar al Técnico de Central de Esterilización vale firmado del material de osteosíntesis, prótesis, etc., cuando se hayan utilizado.
7. Todo instrumental quirúrgico deteriorado será reportado a la Jefatura de Enfermeras de Sala de Operaciones quien informará a la Jefatura de la Central de Esterilización para su debido descarte y reposición correspondiente.

### **Capacitación**

1. Es responsabilidad de la Jefatura de Enfermeras de Sala de Operaciones, programar el calendario de capacitaciones, actualizando las técnicas y procedimientos de asepsia y lo relacionado al desempeño del personal.
2. Es obligación del personal asistir a las capacitaciones programadas por las jefaturas de Sala de Operaciones.

### **Descripción de los Procedimientos**

#### **4.1 Reservación de Quirófano**

##### **4.1.1 Normas Específicas**

1. La Jefatura de Sala de Operaciones o la Jefatura de Enfermeras de Sala de Operaciones es responsable de proporcionar a la Secretaria de la Sala de Operaciones la programación de las cirugías que incluirá número del Quirófano, hora de cirugía, nombre y número de registro del paciente, nombre del Cirujano responsable del caso, procedimiento a efectuar y tipo de anestesia, quien posterior a su digitación enviará copias a los servicios correspondientes.
2. Las solicitudes de intervenciones electivas para el día lunes, se recibirán los viernes respetando el horario establecido.
3. La Jefatura de Sala de Operaciones previa solicitud, será la responsable de programar las cirugías, acorde a cada especialidad y asignación de Quirófano.
4. Deberán programarse lo más temprano posible los procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad ó aquellos en los cuales el paciente esté más delicado.
5. Debe respetarse el orden de la programación y sólo la Jefatura de Enfermeras podrá hacer cambios previa autorización de la Jefatura de Sala de Operaciones.

##### **4.1.2 Descripción del Procedimiento**

#### **Secretaria Clínica de Sala de Operaciones**

1. Recibe y revisa el Registro Operatorio.



2. Si los documentos no están correctos devuelve el Registro Operatorio para modificación de usuario.
3. Si los documentos están correctos firma de recibido en el registro correspondiente.
4. Entrega Registro Operatorio a la Jefatura de Sala de Operaciones.

**Jefatura de Sala de Operaciones/Jefatura de Enfermeras de Sala de Operaciones**

5. Revisa el Registro Operatorio.
6. Asigna el Quirófano y hora de procedimiento.
7. Elabora la programación de cirugía por especialidad y Quirófano, de acuerdo a calendarización de horarios por cirujano.
8. Entrega programación de cirugía a Secretaria Clínica de Sala de Operaciones.

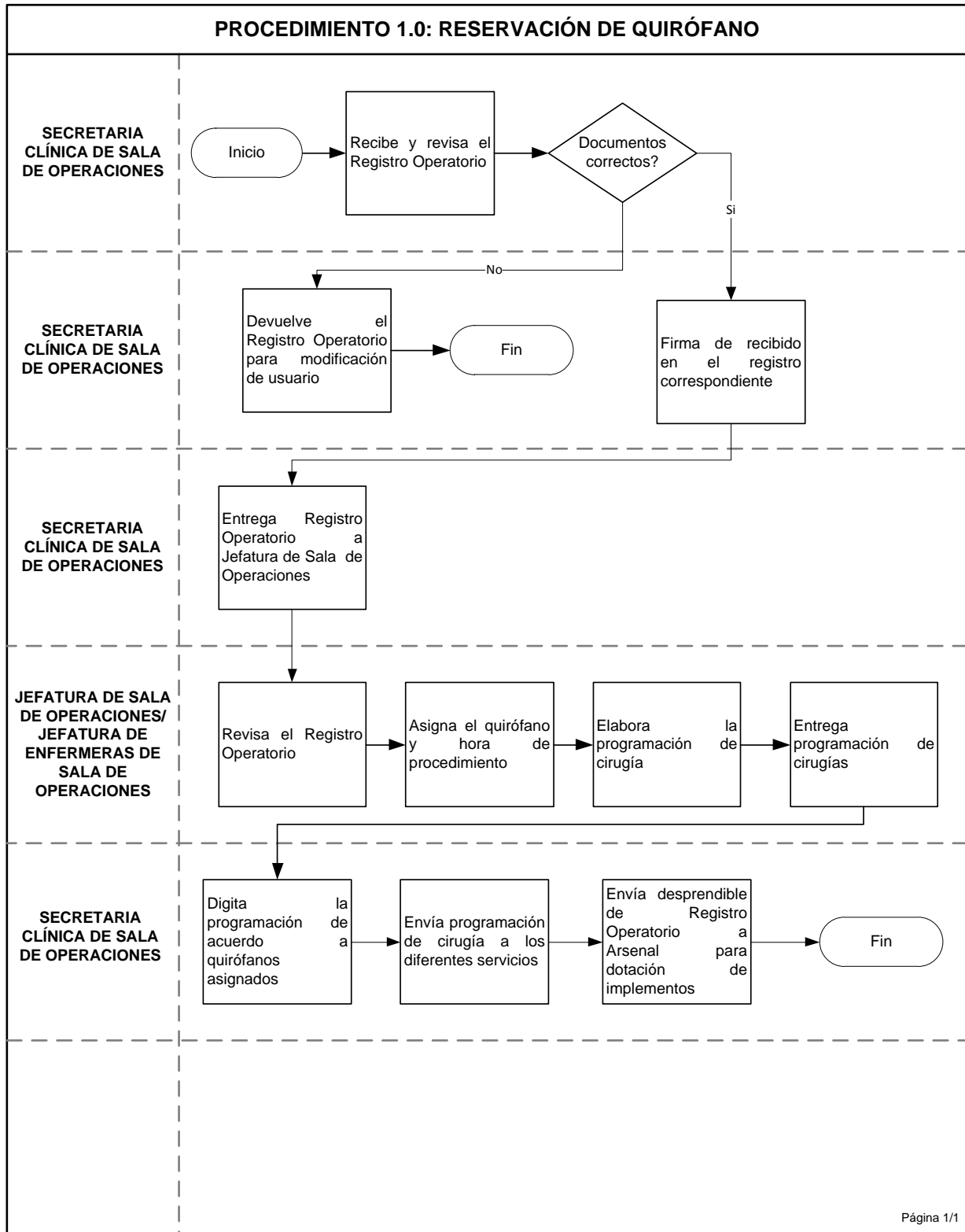
**Secretaria Clínica de Sala de Operaciones**

9. Digita la Programación de Cirugía de acuerdo a quirófanos asignados.
10. Envía la Programación de Cirugía a los diferentes servicios.
11. Envía el desprendible del Registro Operatorio al Arsenal para la dotación de implementos especiales solicitados por el Cirujano para realizar la cirugía.





### 4.1.3 Diagrama de Flujo





## **4.2 Evaluación de Pacientes para Cirugía**

### **4.2.1 Normas Específicas**

1. La evaluación preoperatoria del paciente si es cirugía electiva, deberá estar completa al menos con un día de anticipación a la fecha de la intervención quirúrgica.
2. Para aquellos Centros de Atención que por su naturaleza no cuenten con el apoyo de Médicos Residentes de las diferentes especialidades, especialmente de Anestesiología, el Médico Anestesiólogo o Proveedor de Anestesia que hace la evaluación prequirúrgica transcribirá en el expediente de manera clara y completa, las indicaciones y recomendaciones prequirúrgicas de las valoraciones preoperatorias de especialidades; y esto le permita conocer el historial patológico y farmacológico del paciente para orientar de manera eficaz la administración de la anestesia en el quirófano.
3. El médico responsable del servicio donde está ingresado el paciente, es quien debe solicitar la evaluación pre anestésica del paciente que fue hospitalizado sin haber sido evaluado.

### **4.2.2 Descripción del Procedimiento**

#### **Proveedor de Servicios de Anestesia/ Médico Residente**

1. Identifica al paciente y realiza el procedimiento médico.
2. Si el paciente no está apto para cirugía escribe la causa de su rechazo, en el registro operatorio y/u hoja de evolución del caso.
3. Firma y sella el registro operatorio.
4. Integra el registro operatorio al expediente clínico del paciente.
5. Notifica a la Enfermera Coordinadora de Sala de Operaciones que el paciente no está apto para la cirugía.
6. Si el paciente está apto para cirugía, actualiza el registro operatorio y el registro de órdenes médicas, firma, sella y entrega el paciente y el expediente clínico para la atención a paciente hospitalizado.

#### **Enfermera del Servicio de Hospitalización**

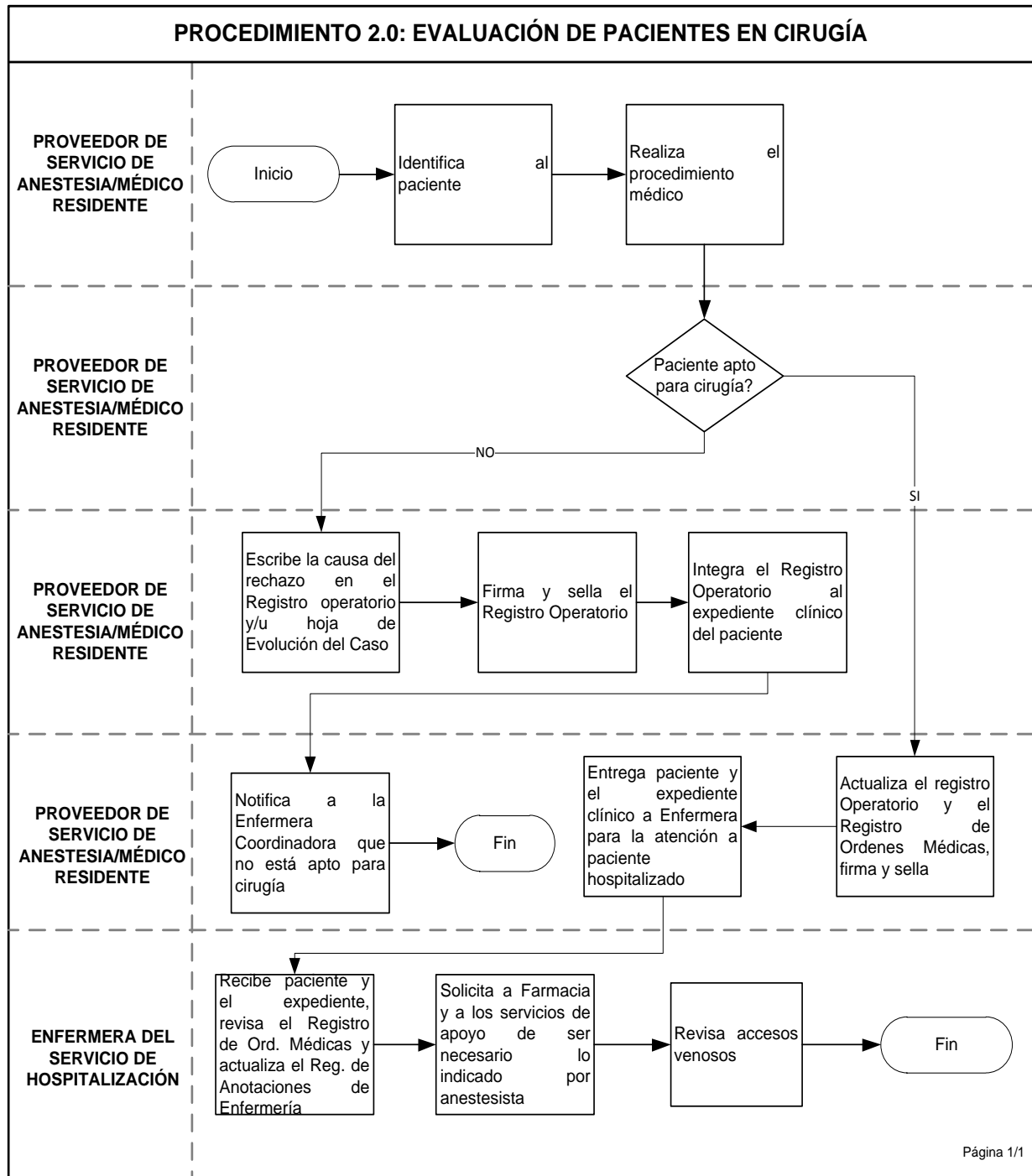
7. Recibe el paciente y el expediente, revisa el registro de órdenes médicas y actualiza el registro de anotaciones de enfermería.



8. Solicita a Farmacia y a los servicios de apoyo, de ser necesario, lo indicado por anestesia.

9. Revisa accesos venosos.

### 4.2.3 Diagrama de Flujo





### **4.3 Ingreso y Egreso del Paciente de Sala de Operaciones**

#### **4.3.1 Normas Específicas**

1. Es indispensable para poder realizar cualquier procedimiento quirúrgico a los pacientes, la autorización (Consentimiento Informado) previamente escrita y firmada por el paciente y un familiar, caso contrario que lo imposibilite, será el familiar responsable.
2. Todo paciente que será sometido a intervención quirúrgica, deberá ser entregado y recibido por personal de enfermería en el área de transferencia de pacientes de Sala de Operaciones 30 minutos antes de la hora programada, bañado, con ropa apropiada, limpia y preparada su región operatoria, según indicación médica. Así como también debe de corroborarse la identidad por brazalete, el cumplimiento de las indicaciones médicas y pre anestésicas (según norma de anestesia) por parte de la Enfermera Instrumentista, Enfermera Circular o personal de enfermería asignado a recibir pacientes.
3. Antes de ingresar al Quirófano, el paciente debe llevar colocado: Gorro, bata y zapateras o piñeras.
4. Los pacientes de emergencia serán preparados de manera que lleguen a Sala de Operaciones en las mejores condiciones de limpieza posibles de acuerdo a la urgencia.
5. Todo paciente debe llegar al Quirófano con su expediente completo, con estudios radiológicos, exámenes de laboratorio y gabinete; evaluaciones cardiovascular, neumológica y otras según norma de Anestesiología, de manera que no exista ningún tipo de inconvenientes, o la posibilidad de suspender la cirugía.
6. En los pacientes que necesitarán transfusiones sanguíneas en el momento operatorio, se les debe realizar con anterioridad los trámites correspondientes, según lo normado.
7. Los pacientes de cirugía electiva deberán ingresar al hospital siguiendo las instrucciones que el médico les haya proporcionado. Los que tengan indicaciones especiales de cumplirles, deberán ingresar a criterio del Cirujano con el tiempo necesario para cumplir las indicaciones preoperatorias de los especialistas.
8. La Orden de Hospitalización y Alta, el Registro Operatorio, el Recordatorio de Ingreso a Hospital y la Autorización para Tratamiento y/o Intervención Quirúrgica deberán estar libres de borrones, testaduras y enmendaduras.
9. Los pacientes de cirugía ambulatoria estarán sujetos a las disposiciones de cada centro en donde se realicen este tipo de cirugía.
10. Los pacientes a quienes se les efectuará cirugía con anestesia local, deberán ingresar el día de la cirugía, según horario del Cirujano, previa evaluación de Anestesiología.
11. La Enfermera de Sala de Operaciones será la responsable de ingresar al paciente cuando éste se recibe en Sala de Operaciones, verificando el Registro Operatorio, Asignación de Quirófano y la Solicitud al Paciente para Cirugía.



12. La Enfermera de Sala de Operaciones será la responsable de identificar plenamente al paciente en el momento de ingreso al Quirófano.
13. La Enfermera de Sala de Operaciones será la responsable de tener preparado el Quirófano con el equipo, el instrumental y el material requeridos para la intervención quirúrgica en el momento de ingreso del paciente.
14. El Médico Cirujano, Anestesiólogo y Técnico Anestésista, que intervienen al paciente, serán los responsables de identificarlo plenamente antes de iniciar la intervención quirúrgica.
15. El médico responsable de la intervención quirúrgica, que autoriza el alta del paciente que abandona el hospital el mismo día que ingresa a la Sala de Operaciones, deberá autorizar la Certificación de Incapacidad Temporal y anotar la fecha de inicio y terminación de la incapacidad, así como la cantidad de días de incapacidad, recetas otorgadas y Orden de Hospitalización y Alta.
16. La Certificación de Incapacidad Temporal mayor a 29 días deberá ser autorizada por el Director del Hospital donde sea emitida.
17. El médico que autoriza el alta de los pacientes, será el responsable de emitir una Referencia Médica cuando lo considere necesario.
18. La Enfermera responsable del paciente que abandona el hospital el mismo día que ingresa a la Sala de Operaciones, deberá entregarle los medicamentos que le hayan sido prescritos para continuar su tratamiento fuera del hospital.
19. Si al paciente le fue prescrito aparato para su tratamiento, adicionalmente deberá entregarle el documento correspondiente (vale de consumo) para el retiro del aparato prescrito por el médico que lo atendió durante la intervención quirúrgica.
20. Cuando el paciente ha sido anestesiado y por alguna contingencia determinada no puede ser intervenido quirúrgicamente, deberá ser trasladado a la Sala de Recuperación.
21. El Médico Cirujano, responsable de la intervención quirúrgica, deberá elaborar el Informe de la suspensión del acto quirúrgico en el Registro Operatorio y en el registro de Notas de Evolución.
22. El paciente recibido de emergencia que no haya sido intervenido quirúrgicamente y cuyo estado clínico no sea crítico, deberá ser ingresado al Servicio de Hospitalización y/o servicio correspondiente.
23. El Coordinador Quirúrgico, el Cirujano coordinador de turno o la Jefatura de Cirugía establecerá el orden de prioridades de los registros operatorios recibidos.



24. La Enfermera Circular y la Instrumentista de Sala de Operaciones será la responsable de hacer que se efectúe la limpieza del Quirófano inmediatamente después de concluir el acto quirúrgico.
25. La Enfermera Instrumentista de Sala de Operaciones será la responsable de entregar a la Central de Esterilización el instrumental y los materiales utilizados en la cirugía.
26. La Enfermera de Sala de Operaciones, después de que el Anestesiólogo haya evaluado al paciente, será la responsable de coordinar con Técnico Anestesta el traslado al paciente a la Sala de Recuperación.
27. La Secretaria Clínica de Sala de Operaciones elaborará diariamente el Reporte de Cirugías Realizadas y lo entregará en forma mensual a la Dirección y Sub-Dirección del Hospital, previa autorización de la Jefatura Médica de Sala de Operaciones.

#### **4.3.2 Descripción del procedimiento**

##### **Enfermera de Sala de Operaciones**

1. Identifica al paciente.
2. Revisa que el Expediente Clínico esté completo y el cumplimiento de las indicaciones y evaluaciones pre-operatorias del médico.
3. Traslada paciente y Expediente Clínico a Quirófano.
4. Registra datos de ingreso al Quirófano en el Registro de Pacientes para Cirugía (libro).

##### **Proveedor de Servicios de Anestesia**

5. Revisa Expediente Clínico e identifica al paciente.
6. Realiza el procedimiento médico y completa la Hoja de Anestesia.

##### **Médico Cirujano**

7. Revisa Expediente Clínico e identifica al paciente.
8. Realiza el procedimiento quirúrgico, elabora reporte Operatorio y actualiza órdenes médicas.



### Enfermera de Sala de Operaciones



11. Realiza procedimiento de enfermería y actualiza el Registro de Pacientes para Cirugía.
12. Registra muestras para biopsia en libro correspondiente para su envío a Patología (si hubieren).
13. Realiza el llenado completo del formulario Hoja de Gastos código SAFISSS 130201403.

### Enfermera de Sala de Operaciones y Proveedor de Servicios de Anestesia

14. Trasladan y entregan paciente y Expediente Clínico a Encargado de Sala de Recuperación, o Servicio de Cuidados Críticos o Especiales según el caso, previa evaluación de Anestesiólogo o Técnico Anestésista.
15. Adjunta original de reporte operatorio a expediente clínico de paciente y archiva la Hoja de Gastos y copia de reporte operatorio en Sala de Operaciones.

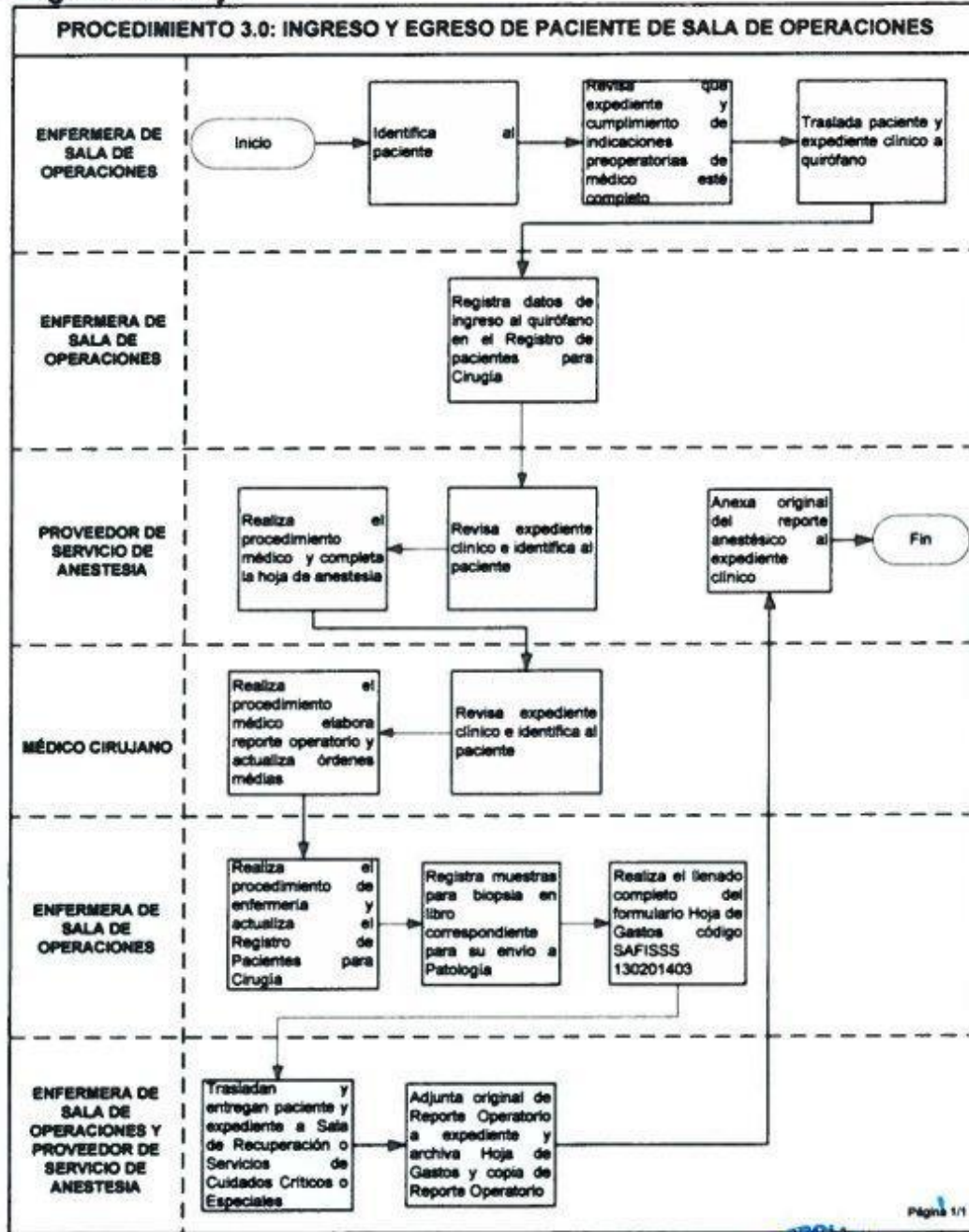
### Proveedor de Servicios de Anestesia

16. Anexa original del reporte anestésico al expediente clínico.

COD: MNP-S-106		Página 23 de 50
 F. <u>Dra. Evelyn M. de Calderón</u> Jefe División Evaluación de la Calidad de Salud	 F. <u>Ing. Claudia Jenniffer Molinas</u> Jefe Unidad de Desarrollo Institucional	Fecha de modificación 16/ Julio/ 2015



4.3.3 Diagrama de Flujo



Página 1/1

COD: MNP-S-106

Página 24 de 50



F.   
 Dra. Evelyn M. de Calderón  
 Jefe División Evaluación de la  
 Calidad de Salud



F.   
 Ing. Claudia Jennifer Molina  
 Jefe Unidad de Desarrollo  
 Institucional

Fecha de  
 modificación  
 16/ Julio/ 2015





## **4.4 Verificación de la Seguridad del Paciente en la Cirugía**

### **4.4.1 Normas Específicas**

1. La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía<sup>2</sup> debe ser aplicada a nivel institucional en todos los casos de pacientes que se les vaya a practicar una cirugía electiva, a fin de reducir las complicaciones o eventos adversos posteriores a un evento quirúrgico e Introducir y mantener una cultura de seguridad del paciente en cada cirugía.
2. Para el cumplimiento del uso del formulario Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (Anexo) se conformarán por los directores médicos de los centros de atención a nivel institucional, comités locales<sup>3</sup> quienes contarán con la coordinación del Departamento de Cirugía del ISSS para la comunicación entre el comité central y los comités locales de los centros de segundo y tercer nivel.
3. Cada equipo quirúrgico en su quirófano debe realizar la incorporación del uso del formulario "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía" en su quehacer con la máxima eficiencia, y al mismo tiempo, completar adecuadamente todos los pasos.
4. El coordinador a medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, monitoreará los controles en sus esquemas de trabajo habituales, que se anuncie en voz alta la ejecución de cada uno de los pasos de la Lista y el completado de la misma.
5. Los casos de morbilidad sucedidos dentro de la sala de operaciones deberán ser evaluados por un comité integrado por la Jefatura del Servicio involucrado, la Jefatura de Anestesia y la Jefatura de Sala de Operaciones e informar el resultado al Director del Hospital y a la Jefatura del Departamento de Cirugía para la debida retroalimentación.
6. El Cirujano y/o residente encargado del caso antes de que el paciente ingrese a Sala de Operaciones debe haber marcado el sitio quirúrgico en el paciente cuando así lo amerite.
7. En toda cirugía deben revisarse y completarse los 21 ítems contenidos en la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, la cual contiene en la entrada 6 ítems (antes de la inducción de la anestesia), pausa quirúrgica 8 ítems (antes de la incisión cutánea) y 7 ítems en la salida (antes que el paciente salga del quirófano).

<sup>2</sup> La OMS conforma en Octubre de 2004 la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, centrada en el control de infecciones sanitarias y la implementación del lavado de manos.

<sup>3</sup> Conformado por: Director local del centro de atención, Jefatura del Servicio de Cirugía, Jefatura de Sala de Operaciones, Jefatura de Enfermeras de Sala de Operaciones, Jefatura de Anestesia, Jefatura del Comité de Infecciones Nosocomiales; en los Centros de Atención que cuenten con este personal, caso contrario será el Director local quien designe a los integrantes.



8. El Anestesiista debe realizar una verificación del equipo médico, de los insumos necesarios para la aplicación de la anestesia y del riesgo anestésico del paciente antes de la intervención.
9. Al momento de aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, todo el equipo quirúrgico debe guardar silencio para prestar atención a las preguntas efectuadas por el responsable de aplicar la lista.

#### 4.4.2 Descripción del procedimiento

##### Enfermera Circular

1. Identifica al paciente, confirmando verbalmente su identidad, el lugar anatómico de la intervención el tipo de intervención prevista y el consentimiento del paciente para su realización.
2. Confirma que el Cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (cuando aplique).
3. Solicita al Anestesiista que confirme que se ha realizado control de la seguridad de la anestesia, colocación de oxímetro de pulso, verificación de vía aérea, equipo disponible, existencia de hemoderivados, alergias conocidas del paciente y acceso venoso adecuado **(en este punto se ha completado la fase de “Entrada” y se puede proceder a la inducción de la anestesia).**
4. Pregunta al personal de anestesia si el paciente presenta algún problema específico.
5. Pregunta a Enfermera Instrumentista si se ha confirmado la esterilidad de instrumental, ropa e insumos (de acuerdo a indicadores), y si existen dudas o problemas relacionados con instrumental y equipos.
6. Pregunta al personal de anestesia si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.
7. Pregunta a Cirujano, sobre eventos críticos, duración del procedimiento y la pérdida sanguínea estimada.
8. Pregunta al Cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen radiológico (de ser necesario).
9. Solicita al equipo designado para la cirugía que se presenten por su nombre y función.
10. Solicita a Cirujano, que confirme verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse y su localización anatómica (ambiente de sala sin interferencias auditivas).



11. Le informa al Cirujano sobre la utilización de profilaxis trombo embolica.

### **Cirujano**

12. Responde que dichas imágenes están en el Quirófano y en lugar visible para que puedan utilizarse durante la operación. **(en este punto se ha completado la pausa quirúrgica).**

### **Enfermera Circular**

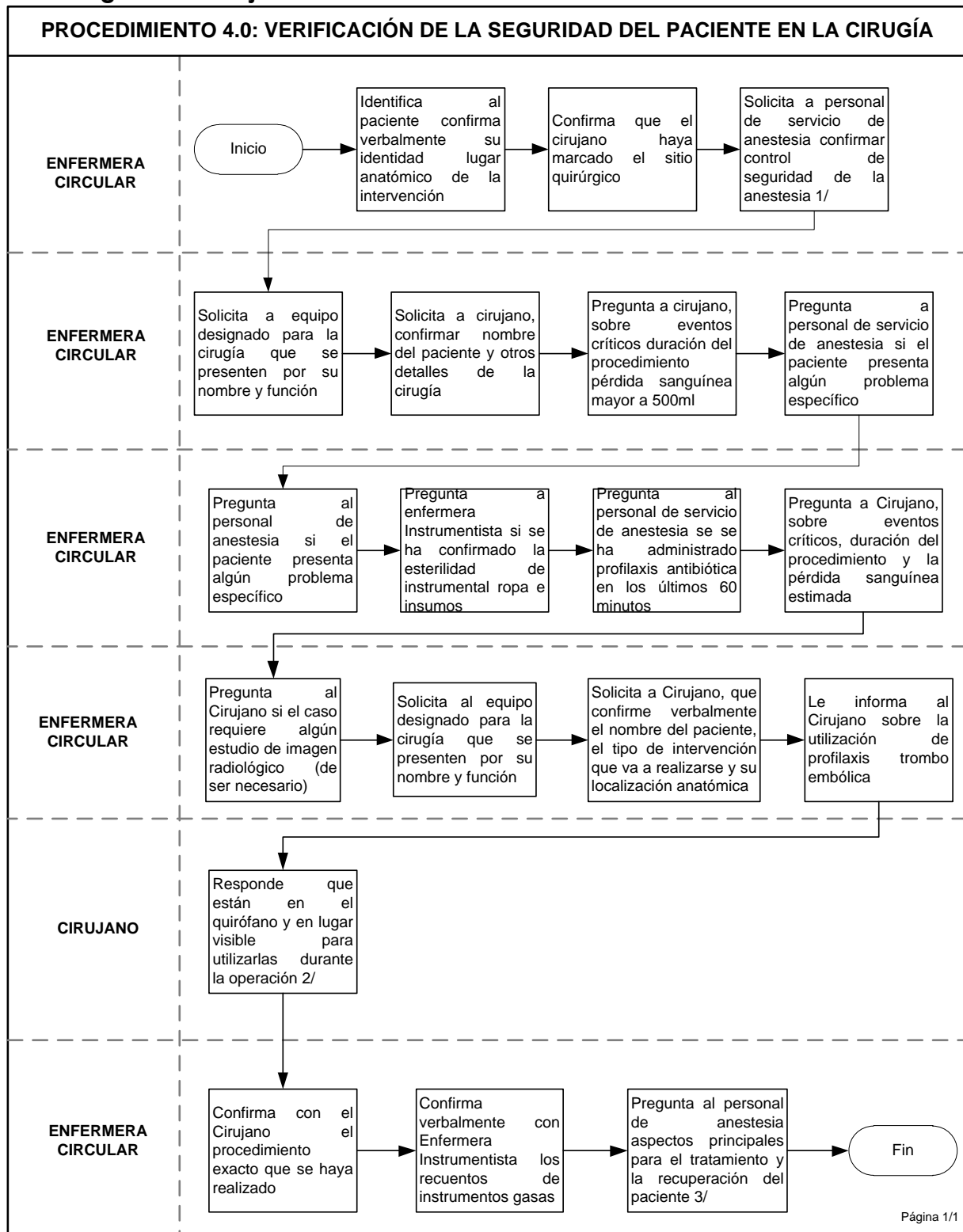
13. Confirma con el Cirujano el procedimiento exacto que se haya realizado, sangrado transoperatorio mayor o menor de 500ml y el etiquetado de la muestra extraída, en caso que hubiere, (nombre del paciente). Revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

14. Confirma verbalmente con Enfermera Instrumentista los recuentos de instrumentos, gasas y agujas si son correctos o no procede, si hay problemas que resolver con el instrumental, equipos y lo comunica al cirujano.

15. Pregunta al personal de anestesia aspectos principales para el tratamiento y la recuperación del paciente **(con esta intervención se finaliza la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía).**



### 4.4.3 Diagrama de Flujo



1/ En este punto se ha completado la fase de «entrada» y se puede proceder a la inducción de la anestesia.

2/ En este punto se ha completado la pausa quirúrgica.

3/ Con esta última intervención se finaliza la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.



## **4.5 Ingreso y Egreso del Paciente a Sala de Recuperación Postquirúrgica**

### **4.5.1 Normas Específicas**

1. Finalizada la cirugía, el paciente debe pasar a la Sala de Recuperación, acompañado de la enfermera de Sala de Operaciones y el proveedor de servicios de anestesia; quienes lo entregarán a la Enfermera de Sala de Recuperación.
2. La enfermera de Sala de Operaciones y el proveedor de servicios de anestesia, no deben retirarse antes de entregar al paciente verificando signos vitales.
3. El personal de enfermería de recuperación, debe iniciar el monitoreo de los signos vitales y cumplir las indicaciones médicas.
4. Esta sala debe contar con un proveedor de servicios de anestesia, de preferencia anesestesiólogo que evalúe a los pacientes y con personal profesional de enfermería.
5. La Sala de Recuperación debe estar conformado por una Enfermera General para toda la sala y una auxiliar de enfermería por cada tres carros camilla.
6. El personal de recuperación debe de aplicar las medidas de bioseguridad con cada paciente atendido, con el objetivo de evitar contaminaciones cruzadas.
7. Cuando el paciente es trasladado de recuperación debe ser evaluado por un proveedor de servicios de anestesia, según norma de anestesiología, para ser enviado al servicio designado.
8. La Enfermera de Recuperación y/o el proveedor de servicios de Anestesia serán los responsables de identificar plenamente al Paciente en el momento de ingreso a la Sala de Recuperación.
9. Para todo paciente que sea trasladado a otro centro de atención, el médico responsable o el proveedor de anestesia deberá firmar el traslado al centro de referencia con sus respectivas indicaciones y notas pertinentes; así:
  - Si el traslado es debido a saturación de los hospitales más complejos (Hospital Médico Quirúrgico-Oncológico y Hospital General), el paciente deberá ser trasladado a hospitales de similar o de menor complejidad en compañía de Enfermera de Recuperación.
  - En caso que el traslado sea por complicación médica en el post operatorio inmediato el paciente deberá ser trasladado y acompañado por un médico, el proveedor de servicios de anestesia y el personal de enfermería correspondiente.
10. Para los pacientes que ameriten traslado a otro centro de atención para su hospitalización, la enfermera de recuperación debe hacer la coordinación necesaria, con el control de ambulancias y solicitar Camilleros (si hubieren).
11. Las camas y/o carros camilla de los pacientes de Sala de Recuperación no podrán salir del área limpia. Deberá ser el personal del servicio de hospitalización donde será ingresado el paciente el responsable del traslado correspondiente. Excepto aquellos pacientes de Unidades de Cuidados Críticos o Especiales.



12. El Médico Cirujano responsable de la intervención quirúrgica, en pacientes críticos indicará el traslado del paciente a cuidados críticos, caso contrario pasara al servicio respectivo.
13. En caso de pacientes de emergencia que no tengan cama asignada, la Jefatura de Enfermeras de Recuperación/ Enfermera Coordinadora, deberá solicitarla al servicio según la especialidad.
14. En caso de reintervención quirúrgica idealmente debe de ser operado por el mismo equipo que realizó el procedimiento.
15. La sala de recuperación debe contar con equipo de reanimación cerebro-cardio-pulmonar.

#### **4.5.2 Descripción del Procedimiento**

##### **Enfermera de Recuperación**

1. Identifica al paciente e inicia el monitoreo correspondiente de signos vitales y oximetría de pulso.
2. Actualiza y cumple el Registro de Ordenes Médicas y Observaciones de la Enfermera.
3. Actualiza el ingreso a Sala de Recuperación en el Registro de Pacientes Intervenidos Quirúrgicamente (libro).
4. Mantiene el Expediente Clínico y el paciente hasta que sea autorizado el egreso de Sala de Recuperación.
5. Entrega el Expediente Clínico y el paciente a la Enfermera de Servicio.

##### **Proveedor de Servicios de Anestesia**

7. Evalúa el egreso del paciente del área de recuperación, incluyendo la necesidad de la analgesia correspondiente.
8. Actualiza, firma y sella la Hoja de Anestesia y/o Hoja de Evolución del Caso, las integra en Expediente Clínico del paciente y archiva copia.
9. Entrega paciente y Expediente Clínico a la Enfermera de Recuperación.

##### **Enfermera de Recuperación**

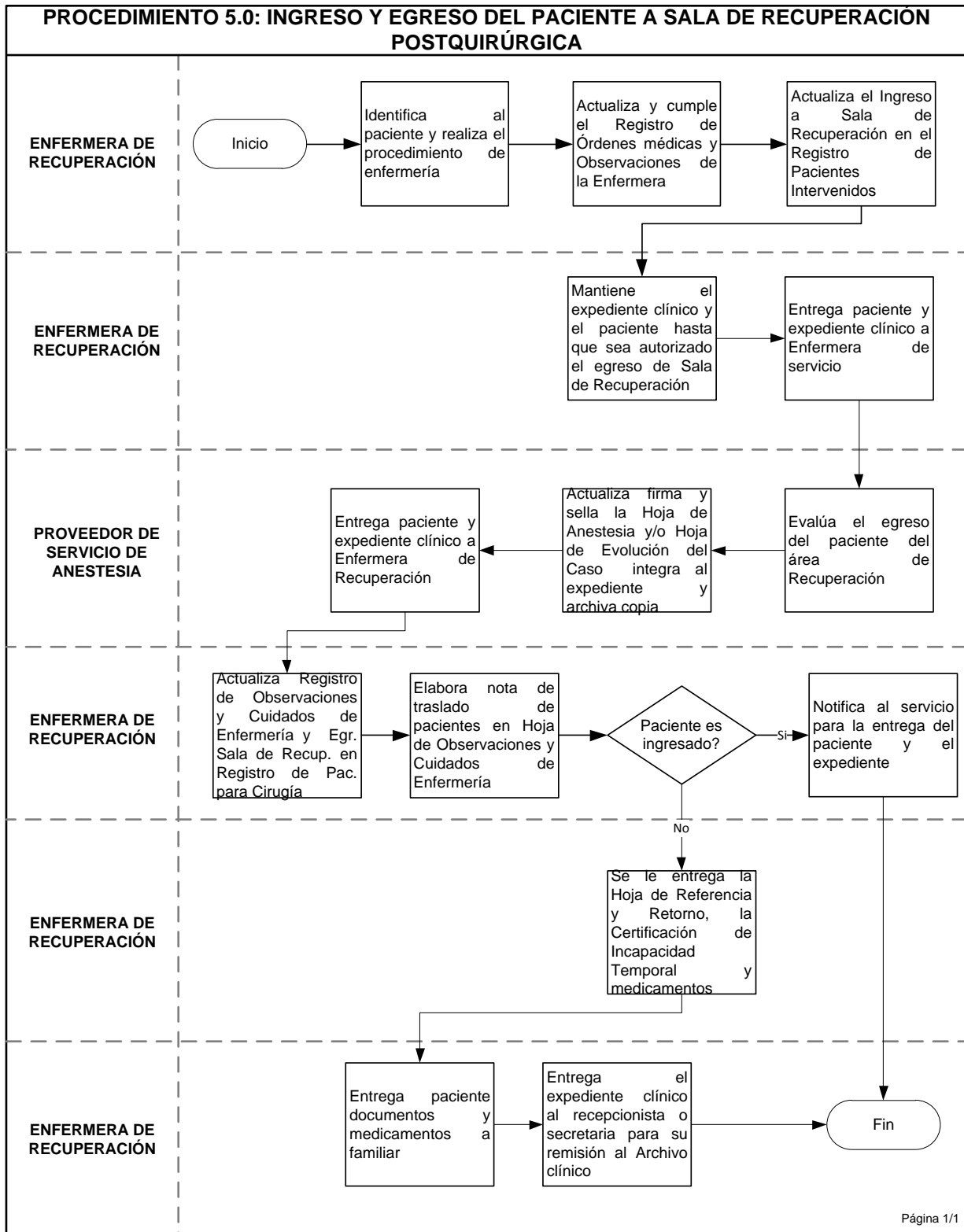
10. Actualiza el Registro de Observaciones y Cuidados de Enfermería y el Egreso de Sala de Recuperación en el Registro de Pacientes para Cirugía.



11. Elabora la Nota de Traslado de Pacientes en Hoja de Observaciones y Cuidados de Enfermería.
12. Si el paciente es ingresado notifica al servicio correspondiente para la entrega del paciente ya recuperado de efectos anestésicos y el Expediente Clínico en el Área de Recuperación.
13. Si el paciente no es ingresado y es dado de alta se le entrega la hoja de Referencia y Retorno, la Certificación de Incapacidad Temporal y medicamentos, previa evaluación médica.
14. Entrega paciente, documentos y medicamentos a familiar.
15. Entrega el Expediente Clínico al Recepcionista o Secretaria para remisión al Archivo Clínico.



### 4.5.3 Diagrama de Flujo







ANEXOS

 <b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE SALUD</b> <b>LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA</b> 				
NOMBRE DE PACIENTE:		N° AFILIACIÓN:	TELÉFONO:	
SERVICIO:	FECHA:	DIAGNÓSTICO:		
NOMBRE DE CIRUGÍA		CIRUJANO:	N° QUIRÓFANO:	
<b>Antes de la inducción de la anestesia</b> ▶▶▶▶			<b>Antes de la incisión cutánea</b> ▶▶▶▶	<b>Antes que el paciente salga del quirófano</b>
ENTRADA	PAUSA QUIRÚRGICA	SALIDA		
<b>ENFERMERÍA</b> <input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO <input type="checkbox"/> SU IDENTIDAD <input type="checkbox"/> EL SITIO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> EL PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> SU CONSENTIMIENTO <b>DEMARCAción DEL SITIO</b> <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI PROCEDE <input type="checkbox"/> N/A <b>SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</b> <small>(Esto incluye: Oxímetro de pulso, verificación de vía aérea y de equipo disponible)</small> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>PACIENTE TIENE SANGRE PREPARADA:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N/A <b>¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <b>SE CUENTA CON ACCESO VENOSO ADECUADO Y PERMEABLE</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN <input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: <input type="checkbox"/> IDENTIDAD DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> EL SITIO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> EL PROCEDIMIENTO <b>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</b> <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVISAR: <input type="checkbox"/> LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS <input type="checkbox"/> LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y <input type="checkbox"/> LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA >500ML <b>EL PERSONAL DE ANESTESIA VERIFICA:</b> SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE DE ENFERMERÍA REVISAR: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON INSTRUMENTAL Y EQUIPOS <b>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</b> <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N/A <b>PROFILAXIS PARA TROMBOEMBOLISMO</b> <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MECÁNICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A <b>¿ PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?</b> <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No.PLACAS RX	<b>EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:</b> <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> SANGRADO TRANSOPERATORIO <input type="checkbox"/> MÁS DE 500 CC <input type="checkbox"/> MENOS DE 500 CC <input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE NOMBRE DEL RESPONSABLE FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE		
LA PRESENTE LISTA NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA COMPLETARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL			C.SAFISS 130201433	



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL  
TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

AUTORIZACIÓN  DENEGATORIA

CENTRO DE ATENCIÓN:		FECHA:
NOMBRE DE PACIENTE		NO. DE AFILIACIÓN
NOMBRE DE APODERADO LEGAL (SOLO SI PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR O DENEGAR)		

DATOS DE QUIEN AUTORIZA O DENIEGA		
DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN U OFICIO:
CÉDULA DE IDENTIDAD PERSONAL NÚMERO:	DOCUMENTO QUE ACREDITA REPRESENTACIÓN LEGAL:	

1) Yo, \_\_\_\_\_, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado las condiciones de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Que el tratamiento médico-quirúrgico que me ofrecen los Médicos y personal paramédico del Instituto, conlleva los riesgos comunes inherentes a este tipo de tratamiento, procedimiento o intervención reconocidos mundialmente, como: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) Reconozco que los médicos me han explicado ampliamente los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del procedimiento médico-quirúrgico y de diagnóstico, así como en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones, parálisis, daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el procedimiento médico quirúrgico y anestésico si lo hubiere, que se aplicaría es en beneficio de mi (la) salud (de mi representado).



INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIOS

 <b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)</b>					1. SELLO DE CLINICA O SERVICIO											
<b>2. RIESGO</b> <table border="1"> <tr> <td>Enfer. Común</td> <td>Enfer. Profes.</td> <td>Accid. Común</td> <td>Accid. de Trab.</td> <td>Maternidad</td> </tr> <tr> <td>Régimen General</td> <td>Trabajador Independiente</td> <td>Trabajador Autónomo</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Enfer. Común	Enfer. Profes.	Accid. Común	Accid. de Trab.	Maternidad	Régimen General	Trabajador Independiente	Trabajador Autónomo			<b>3. TIPO DE INCAPACIDAD</b> Inicial <input type="checkbox"/>  Prórroga <input type="checkbox"/>			
Enfer. Común	Enfer. Profes.	Accid. Común	Accid. de Trab.	Maternidad												
Régimen General	Trabajador Independiente	Trabajador Autónomo														

4. NOMBRE DEL ASEGURADO SEGÚN TARJETA DE AFILIACIÓN			5. No. DE AFILIACIÓN						
6. SEXO	7. TELÉFONO DE ASEGURADO O PARIENTE				8. OCUPACIÓN				
<table border="1"> <tr> <td>1 M</td> <td>2 F</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1 M	2 F			TELÉFONO PATRONAL				
1 M	2 F								
9. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO					
11. NOMBRE DEL PATRONO			10. No. PATRONAL						

**12. PERÍODO DE INCAPACIDAD**

DESDE

E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
N	E	A	B	A	J	A	S	O	N	D																																
E	B	R	R	Y	U	G	E	C	O	I																																

HASTA

E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
N	E	A	B	A	J	A	S	O	N	D																																	
E	B	R	R	Y	U	G	E	C	O	I																																	

TOTAL DE DÍAS (EN NÚMEROS) \_\_\_\_\_ (EN LETRAS) \_\_\_\_\_

13. FECHA DE EXPEDICIÓN

14. FECHA DE ACCIDENTE				15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO		16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE	
14. FECHA DE PARTO				17. NOMBRE PARAMÉDICO QUE ATENDIÓ		18. Vo.Bo. DIRECTOR U.M. (30 DÍAS O MÁS)	
14. FECHA DE HOSPITALIZACIÓN							
14. FECHA DE ALTA							
14. FECHA DE FALLECIMIENTO							

19. DIAGNÓSTICO

**USO EXCLUSIVO SECCIÓN SUBSIDIOS**

20. LUGAR DE RECEPCIÓN		21. TIEMPO DE LABORAR EN LA EMPRESA	
22. AFP QUE COTIZA	23. BANCO		24. FECHA DE PARTO SEGÚN PLANTARES
25. OBSERVACIONES			
26. FIRMA DEL RECEPCIONISTA		27. FECHA DE RECEPCIÓN SOLICITUD	28.



29. NOMBRE DE OTROS PATRONOS	30. NÚMERO PATRONAL

31. USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO DE INSPECCIÓN

---



---



---



---



---



---

---



---



---

FECHA
NOMBRE
FIRMA DEL RESPONSABLE

**INDICACIONES PARA SOLICITAR SUBSIDIOS**

---

SEÑOR (A) ASEGURADO (A):

1. Si solicita Subsidios, es un requisito obligatorio que usted presente este Certificado de Incapacidad a su patrono para que lo firme y selle en el siguiente espacio:

**CONSTANCIA PATRONAL**

Por este medio hago constar: que el trabajador cuyo nombre aparece en el presente Certificado de Incapacidad, se encuentra gozando de licencia por esa causa en esta Empresa, durante el período que el ISSS le ha concedido.

---



---

33. FIRMA DEL PATRONO O REPRESENTANTE LEGAL
34. SELLO

2. Absténgase de hacer correcciones en los datos contenidos en este documento, toda alteración lo anula. Si detecta errores, pida rectificación en la Clínica donde fue extendido.

3. Usted puede solicitar Subsidios en las Oficinas Centrales, Sucursales Administrativas (Sonsonate, Usulután, San Miguel y Santa Ana) y Unidades Médicas en el Interior del País.

4. Documentos a presentar para el Pago:

- Certificado de Incapacidad Temporal (Original)
- En caso de Accidente de Trabajo:
  - Aviso del Accidente de Trabajo Original y Copia
- En caso de Maternidad:
  - Constancia de Retiro por Maternidad


5. Documentos a presentar para verificación de Datos (serán devueltos):

- Tarjeta de Afiliación
- Certificación de derechos y cotizaciones
- Tarjeta de AFP
- Plantares de Recién Nacido

6. El derecho a reclamar esta prestación prescribe en un año, a partir de la fecha de inicio de incapacidad temporal (Art.74 ley del ISSS).



INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIOS

 <b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)</b>						1. SELLO DE CLINICA O SERVICIO																																																	
2. RIESGO		Enferm. Común	1	Enferm. Profes.	2	Accid. Común	3	Accid. de Trab.	4	Maternidad	5	3. TIPO DE INCAPACIDAD																																											
4. TIPO DE TRABAJADOR		Régimen General	1	Régimen Especial	2	Trab. Indep.	3					Inicial <input type="checkbox"/> Prórroga <input type="checkbox"/>																																											
5. NOMBRE DEL ASEGURADO SEGÚN TARJETA DE AFILIACIÓN										6. No. DE AFILIACIÓN																																													
7. SEXO		8. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO						9. OCUPACIÓN																																															
<table border="1"> <tr> <td>1 M</td> <td>2 F</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1 M	2 F			Departamento _____ Municipio _____ Calle _____ N° _____ Colonia o Barrio _____																																																	
1 M	2 F																																																						
10. NOMBRE DEL PATRONO										11. N° PATRONAL																																													
12. DÍAS DE INCAPACIDAD																																																							
Desde		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																									
Hasta		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																									
Total de días: (en números) _____										(En letras) _____				13. FECHA DE EXPEDICIÓN																																									
14. NOMBRE DEL PARAMÉDICO QUE ATENDIÓ						15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO						16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE																																											
17. DIAGNÓSTICO																																																							

IMPORTANTE: GUARDE ESTA INCAPACIDAD PUES EN CASO DE OTORGÁRSELE PRÓRROGA LE SERÁ VÁLIDA PARA EL TRAMITE DE SUBSIDIO.

C.SAFISSS 130201023





**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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PESO	TALLA
OPERACIÓN SOLICITADA:			TIPO DE ANESTESIA:		CLASIFICACIÓN ASA:
MÉDICO CIRUJANO		MÉDICO ANESTESIOLOGO		ANESTESISTA	
MEDICACIÓN PREANESTÉSICA: 1 _____ HORA		2 _____ HORA		HORA QUE INGIRIÓ ÚLTIMO ALIMENTO: _____	
4 _____ HORA		5 _____ HORA		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.															
CIRUGÍA															
Ø															
INICIO ANEST.	38	240													
↓															
FIN CIRUGÍA	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>r</sub> O%															
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. SAFISSS 130201094



**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SALA DE OPERACIONES**

**DEPENDENCIA: CENTROS DE ATENCIÓN**

**V 3.0**

BALANCE HÍDRICO	HORA	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
	P.A.							
EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA								
PÉRDIDAS INSENSIBLES								
SONDA NASOGÁSTRICA								
SANGRADO								
DIURESIS								
TOTAL EGRESOS								
TOTAL INGRESOS								
BALANCE HÍDRICO								

INTUBACIÓN: OROTRAQUEAL  NASOTRAQUEAL  CÁNULA FARÍNGEA  CÁNULA ORAL  FÁCIL  DIFÍCIL  INTENTOS

APARATO USADO: \_\_\_\_\_ ACCESORIOS USADOS: \_\_\_\_\_

RAQUÍA - EPIDURAL: SIMPLE \_\_\_\_\_ FRACCIONADO \_\_\_\_\_ AGUJA \_\_\_\_\_ CATETER \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES TRANSANESTÉSICAS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	DOSIS UTILIZADA	HORA INICIO DE ANESTESIA:																								
		HORA INICIO DE OPERACIÓN:																								
		HORA FINALIZÓ OPERACIÓN:																								
		HORA FINALIZÓ ANESTESIA:																								
		TÉCNICA ANESTÉSICA																								
		EMPLEADA:																								
SOLUCIONES HIDRO ELECTROLÍTICAS:	CC	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">CASOS OBSTÉTRICOS</th> </tr> <tr> <td colspan="3">EXPULSIÓN DE PLACENTA:</td> <td>ESPONTANEA <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">MANUAL <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>R.N.</td> <td>M</td> <td>F</td> <td>PESO</td> <td>TALLA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HORA DE NACIMIENTO</td> <td></td> <td>APGAR 1º</td> <td>5º</td> <td>10º</td> <td></td> </tr> </thead> </table>	CASOS OBSTÉTRICOS						EXPULSIÓN DE PLACENTA:			ESPONTANEA <input type="checkbox"/>	MANUAL <input type="checkbox"/>		R.N.	M	F	PESO	TALLA		HORA DE NACIMIENTO		APGAR 1º	5º	10º	
CASOS OBSTÉTRICOS																										
EXPULSIÓN DE PLACENTA:			ESPONTANEA <input type="checkbox"/>	MANUAL <input type="checkbox"/>																						
R.N.	M		F	PESO	TALLA																					
HORA DE NACIMIENTO		APGAR 1º	5º	10º																						
	CC																									
HEMODERIVADOS	CC																									
	CC																									

OPERACIÓN EFECTUADA: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: \_\_\_\_\_

**ESCALA DE ALDRETTE**

**VALORACION DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA**

VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN ANESTÉSICA		PUNTAJE	AL SALIR DEL QUIRÓFANO	SALA DE RECUPERACIÓN					OBSERVACIONES
				0 MIN	20 MIN	60 MIN	90 MIN	120 MIN	
ACTIVIDAD MUSCULAR	MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS EN LAS 4 EXTREMIDADES	2							
	MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS EN LAS 2 EXTREMIDADES	1							
	COMPLETAMENTE INMÓVIL	0							
RESPIRACIÓN	RESPIRACIONES AMPLIAS Y CAPAZ DE TOSER	2							
	RESPIRACIÓN LIMITADA Y TOS DÉBIL	1							
	APNEA	0							
CIRCULACIÓN	T.A.: = ó < 20% DE CIFRAS CONTROL	2							
	T.A.: = 20-50% DE CIFRAS CONTROL	1							
	T.A.: = ó > 50% DE CIFRAS CONTROL	0							
ESTADO DE CONCIENCIA	COMPLETAMENTE DESPIERTO	2							
	RESPONDE AL SER LLAMADO	1							
	NO RESPONDE	0							
COLORACIÓN	MUCOSAS SONROSADAS	2							
	PÁLIDA	1							
	CIANOSIS	0							
ALTA DE RECUPERACIÓN		TOTAL							
	SELLO Y FIRMA DE RESPONSABLE								





# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SALA DE OPERACIONES

## DEPENDENCIA: CENTROS DE ATENCIÓN

V 3.0



### INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL DIVISION DE SALUD ORDEN DE HOSPITALIZACION Y ALTA

PARA EL LLENADO VER  
INSTRUCCIONES AL REVERSO

CENTRO DE ATENCIÓN	FECHA Y HORA DE EXPEDICION
--------------------	----------------------------

DATOS PERSONALES	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	SEXO	No DE EXPEDIENTE		NO LLENAR (ESTADISTICA)
	DIRECCION DEL PACIENTE	M	F			
	ULTIMO PATRONO	ULTIMA OCUPACION				
	NOMBRE DEL AFILIADO (SOLAMENTE CUANDO EL PACIENTE ES BENEFICIARIO(A))					
	EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (NOMBRE COMPLETO, DIRECCION Y TELEFONO)					

Unidad de Origen	NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA INGRESO
Nombre del Médico Remitente	

Cotiz. Act.	TIPO DE ASEGURADO				SECTOR			RIESGO			Maternidad
	Pensionado	Cónyuge	Hijos	Padres	No Asegurados	Público	Privado	Enfermedad Común	Enfermedad Profesional	Accidente Común	
No. DE REGISTRO	FECHA DE INGRESO	HORA DE INGRESO	FECHA DE ALTA	HORA DE SALIDA							
DIAGNOSTICO DE INGRESO:											
DIAGNOSTICO DE ALTA:											
CAUSA DEL ALTA:											
ESTADO DE SALIDA											
CURADO <input type="checkbox"/> MEJORADO <input type="checkbox"/> IGUAL <input type="checkbox"/> FALLECIDO ANTES DE 48 HORAS <input type="checkbox"/> FALLECIDO DESPUES DE 48 HORAS <input type="checkbox"/>											
OPERACION PRÁCTICADA:										FECHA	
SERVICIO			SALA		CAMA No.		TOTAL DIAS HOSPITALIZACION				
LLENAR SOLO EN CASO DE MATERNIDAD								DOCUMENTOS PRESENTADOS			
Sexo		Nacido Vivo	Nacido Muerto	Normal	Prematuro	Peso al nacer (Grs)		Carta de doce semanas <input type="checkbox"/>			
M	F					-2500	+2500	Certificado de derechos y cotizaciones o certificado patronal <input type="checkbox"/>			
M	F							Referencia <input type="checkbox"/>			
M	F							No. REGISTRO (ESTADISTICA)			
OBSERVACIONES											

COD.:104-158 Form. 510001-003-08-98

MEDICO QUE AUTORIZA EL ALTA:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y SELLO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

158



**INSTRUCCIONES**

**CENTRO DE ATENCIÓN:** Nombre del Centro de Atención que está registrando el ingreso del paciente.

**FECHA Y HORA DE EXPEDICION:** Fecha y hora en que se registra el ingreso del paciente.

**DATOS PERSONALES**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Tal como aparece registrado en el carné del cotizante, pensionado, y/o beneficiario.

**SEXO DEL PACIENTE:** Marcar con una "X".

**EDAD DEL PACIENTE:** Ya sea cotizante, pensionado y/o beneficiario, no asegurados y otros.

**NUMERO DE EXPEDIENTE:** Escribir correctamente el número de afiliación, 9 dígitos.

**DIRECCION DEL PACIENTE:** Dirección actual del paciente ya sea; cotizante, pensionado y/o beneficiario.

**ULTIMO PATRONO:** Nombre del último patrono para quién esté o ha estado irabajando el cotizante al momento de ser hospitalizado.

**ULTIMA OCUPACION:** Última ocupación que el cotizante tiene o ha tenido al ser hospitalizado.

**NOMBRE DEL COTIZANTE:** Nombre del asegurado cotizante, solo en el caso de que el paciente sea beneficiario.

**EN CASO DE EMERGENCIA:** Dirección, teléfono y nombre completo de la persona a quién se deba avisar en caso de emergencia.

**UNIDAD DE ORIGEN:** Nombre del Centro de Atención y/o servicio de donde es remitido el paciente.

**NOMBRE DEL REMITENTE:** Nombre del médico que lo remite.

**MEDICO QUE AUTORIZA EL INGRESO:** Nombre, firma y sello.

**TIPO DE ASEGURADO, SECTOR Y RIESGO:** Marcar con una "X" lo que corresponde (Sector: Ya sea que labore en dependencias del gobierno o empresa privada).

**DATOS DE INGRESO Y ALTA**

**NUMERO DE REGISTRO:** Control exclusivo del recepcionista del Centro de Atención. Es la numeración correlativa que se da a los pacientes que se internan según fecha y hora de ingreso. La numeración inicia y finaliza cada año.

**FECHA Y HORA DE INGRESO O ALTA:** Fecha y hora en la cual ingresó o se dió de alta al paciente.

**DIAGNOSTICO DE INGRESO O ALTA:** Anotar en forma clara, sin abreviaturas en la medida de lo posible el diagnóstico designándolo de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

**CAUSA DEL ALTA:** Circunstancia que motiva el alta del paciente  
Ejemplo: "No amerita hospitalización".

**ESTADO DE SALIDA:** Marcar con una "X" la condición de salud en que el paciente abandona el centro.

**OPERACION PRACTICADA:** Anotar en forma clara el tipo de intervención practicada al paciente, de acuerdo a la clasificación de Operaciones Quirúrgicas y otros procedimientos Terapéuticos.

**FECHA:** Fecha en que fue realizada la intervención quirúrgica.

**SERVICIO, SALA, No. DE CAMA:** Servicio en el que estuvo el paciente, así también la sala y el número de cama.

**TOTAL DE DIAS DE HOSPITALIZACION:** Es el número de días calendario transcurridos desde la fecha de ingreso, hasta el egreso o alta. Se obtiene restando de la fecha de alta, la fecha de ingreso. Cuando un paciente ingresa y es dado de alta el mismo día, se registrará como un día de hospitalización.

**DATOS DEL NIÑO**

Este bloque podrá contener los datos de tres niños, uno por cada fila. Para los campos de SEXO, NACIDO VIVO O MUERTO, PESO Y DOCUMENTOS PRESENTADOS, se deberá marcar con una "X" según corresponda.

**NORMAL Y/O PREMATURO:** Marcar con una "X"  
Si nació: entre las 38 o 40 semanas de gestación es "Normal", o si nació antes de las 37 semanas de gestación es "Prematuro".

**NUMERO DE REGISTRO:** Para uso exclusivo del Departamento de Estadística.

**OBSERVACIONES:** Observaciones que se consideren necesarias.

**MEDICO QUE AUTORIZA EL ALTA:** Escribir el nombre, firma y sello.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICO- HOSPITALARIOS

ORDENES MEDICAS Y OBSERVACIONES DE LA ENFERMERA

[ ]  
(Expediente N°)

\_\_\_\_\_  
(Hospital)

\_\_\_\_\_  
(Servicio)

\_\_\_\_\_  
(Sala)

M    F

\_\_\_\_\_  
(Cama)

\_\_\_\_\_  
(Apellidos Paterno, Materno y Nombres)

\_\_\_\_\_  
(Edad)

\_\_\_\_\_  
(Sexo)

FECHAS	O R D E N E S	C U M P L I M I E N T O



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  SI  NEUMOLÓGICA  SI  ENDOCRINOLÓGICA  SI

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

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

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

RESUMEN CLÍNICO

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

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: \_\_\_\_\_



**REPORTE OPERATORIO**

CIRUJANO: \_\_\_\_\_ AYUDANTE: \_\_\_\_\_

2° AYUDANTE: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGO: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTALISTA: \_\_\_\_\_ TÉCNICO ANESTESISTA: \_\_\_\_\_

OPERACIÓN PRACTICADA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO: \_\_\_\_\_

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACCIDENTES TRANS OPERATORIOS: \_\_\_\_\_

TIPO DE HERIDA: LIMPIA  CONTAMINADA  LIMPIA CONTAMINADA  SUCIA

MARCAJE DE SITIO QUIRÚRGICO: SI  NO  IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE: SI  NO

TRANSFUSIONES : SI  NO  TIPO: \_\_\_\_\_

PÉRDIDA ESTIMADA DE SANGRE: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS: SI  NO  DRENAJES: SI  NO  TIPO: \_\_\_\_\_

CANTIDAD: \_\_\_\_\_ UBICACIÓN: \_\_\_\_\_

ESPECÍMENES REMITIDOS AL LABORATORIO: \_\_\_\_\_

ESPECÍMENES REMITIDOS A PATOLOGÍA: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ HORA DE INICIO DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_ HORA FINALIZA PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

CUENTA COMPLETA: SI  NO  HORA INICIO ANESTESIA: \_\_\_\_\_ HORA FINALIZA ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ESQUEMA: \_\_\_\_\_

	NOMBRE DEL CIRUJANO
	FIRMA Y SELLO



# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SALA DE OPERACIONES

## DEPENDENCIA: CENTROS DE ATENCIÓN

V 3.0



### INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD / SERVICIO DE SALA DE OPERACIONES HOJA DE GASTOS

CENTRO DE ATENCIÓN:		FECHA:	
NOMBRE DEL PACIENTE:		REGIÓN OP.:	
EDAD:	SEXO: M ( ) F ( )	N° DE AFILIACIÓN: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
HORA DE ENTRADA A SALA:	HORA DE SALIDA DE SALA:	QUIROFANO N°	ESPECIALIDAD:
CALIDAD: A: B: P: BE: ASA:	ESTADO CIVIL:		
CIRUJANO:	CIRUJANO PRESENTE: SI ( ) NO ( )		
1° AYUDANTE:	INSTRUMENTISTA:		
2° AYUDANTE:	CIRCULAR:		
ANESTESIÓLOGO:	ANESTESISTA:		
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:	TIPO DE ANESTESIA:		
OPERACIÓN EFECTUADA:			
DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO:			
HORA CIRUJANO:	IA:	IC:	FC: FA: HR:
TIEMPO	PACIENTE EN SALA:	PREPARACIÓN DE CIRUGÍA:	CIRUGÍA:
RIESGO	ENF. COM. ( )	ENF. PROF. ( )	ACCID.COM. ( ) ACCID. TRAB. ( ) ESTADO DE CG.:

#### COMPLICACIÓN ANESTESICA

CODIGO	SUTURAS	CANTIDAD
	prolene 2/0	
	prolene 3/0	
	prolene 5/0	
	prolene 6/0	
	prolene 7/0	
	vicryl 0	
705-095	vicryl 1	
705-103	vicryl 1 (T12)	
705-091	vicryl 2/0	
705-098	vicryl 3/0	
705-105	vicryl 4/0	
	vicryl 6/0	
	vicryl 7/0	
	dexon 1	
	dexon 2/0	
	dexon 3/0	
	safil 1	
	safil 2/0	
	safil 3/0	
	mercenele 5/0	
	nylon 1	
705-055	nylon 2	
705-050	nylon 2/0	
705-054	nylon 3/0	
705-056	nylon 4/0	
	nylon 5/0	
	nylon 6/0	
705-052	nylon 10/0 KIT	
705-078	seda s/a 0	
705-079	seda s/a 1	
705-080	seda s/a 2/0	
705-081	seda s/a 3/0	
	seda c/a 0	
	seda c/a 1	
705-068	seda c/a 2/0	
705-069	seda c/a 3/0	
	seda 8/0	
	crómico 1 c/a	
	crómico 1 s/a	
	crómico 2/0 gas.	
	crómico 2/0 obs.	
	crómico 3 c/a	
	crómico 3/0	
	simple 2/0	
	simple 3/0	
	hemoseal	

CODIGO	JERINGAS	CANTIDAD
700-523	1 cc.	
700-516	3 cc.	
700-517	5 cc.	
700-518	10 cc.	
700-519	20 cc.	
700-515	60 cc.	
700-506	quyón	

CODIGO	AGUJAS	CANTIDAD
700-037	# 18	
700-036	# 20	
700-911	# 21	
700-956	# 22	
700-910	# 23	
700-031	# 26	

CODIGO	SONDAS	CANTIDAD
700-739	SNG # 16	
700-740	SNG # 18	
9533015	SNY	
	foley 3 vias	
	foley 2 vias	
	foley	
700-730	pezzer # 22	
700-951	pezzer # 22	
700-731	pezzer # 24	
700-952	pezzer #24	
	sonda T	
	sonda nasogástrica	
	sonda nelatón	

CODIGO	VENDAS	CANTIDAD
700-824	de gasa 2"	
700-825	de gasa 3"	
700-826	de gasa 4"	
	elástica 3"	
700-834	elástica 4"	
700-835	elástica 6"	
	torundas	
	curación abdom	
	gasa simple	
	curación ocular	
	venda de yeso	

CODIGO	OTROS	CANTIDAD
	stery strep	
	stery drape	
700-760	tubo tórax # 24	
700-761	tubo tórax # 28	
700-762	tubo tórax # 32	
700-763	tubo tórax # 36	
	fogarty	
700-223	recolector de orina	
	dreno cigarrillo	
	dreno ancho	
	dreno mediano	
700-462	hemovac	
	neurosoc	
	bolsa colostomía	
700-501	K-Y	
	electrogel	
833-0007	cold cream	
	esparadrappo	
	maya marlex	
700-821	micropore 1/2"	
700-822	micropore 1"	
700-823	micropore 2"	
700-418	transpore 1"	
700-419	transpore 2"	
700-420	transpore 3"	
700-421	transpore 4"	
700-211	palillos	
700-210	hisopos	
	fosforos	
	tefla	
	clips vasculares	
	clips M - L	
	cinta umbilical	
	cera de hueso	
	estóquinete	
	injerto de carnero	
	huata quirúrgica	
	bajalenguas	
	prolene 4.0	
	maskilla desc.	
	CO2 ltrs.	

C. SAFISSS 130201403



**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS SALA DE OPERACIONES**

**DEPENDENCIA: CENTROS DE ATENCIÓN**

**V 3.0**

CÓDIGO	MEDICAMENTO	CANTIDAD	CÓDIGO	ROPA	CANTIDAD
816-0510	Dw 5% 250cc		141-004	camisa para s op verde	
816-0513	mixtoltr		141-026	gorros	
816-0517	hartman ltr		141-031	pantalones para s op verde	
816-0524	SSN amp		141-041	zapateras	
816-0523	SSN 250cc		142-001	bata blanca para paciente	
816-0518	SSN ltr		142-006	frazada	
816-0521	agua destilada amp		142-007	media sábana tirante blanco	
816-0522	agua destilada 250cc		142-010	sábana corriente blanca	
816-0520	agua destilada ltr				
	BSS 250cc				
816-0527	haemacel				
CÓDIGO	MEDICAMENTO	CANTIDAD	CÓDIGO	ROPA ESTÉRIL	CANTIDAD
801-0518	diclofenac amp		100-004	campos corrientes	
801-0107	dipirona amp		100-005	campos de ojo	
801-0209	tramal amp		100-006	campos especiales	
801-0322	ceftriaxona amp		100-009	compresas	
	unasyn/aumentin		100-010	gabachones	
801-0307	keflin		100-012	media sábana	
801-0311	garamicina fco		141-009	campos hendidos	
802-0201	ranitidina amp				
CÓDIGO	MEDICAMENTO	CANTIDAD	CÓDIGO	PAQUETES Y EQUIPO ESTÉRIL	CANTIDAD
802-0403	metoclopramida amp		100-002	equipo de curaciones	
805-0305	heparina 5000 UI		100-003	equipo de quitar puntos	
816-0108	bupivacaina 0.5% fco		100-007	paquete de cirugía general	
816-0105	bupivacaina pesada amp		100-008	paquete de cirugía obstétrica	
810-0013	dexametasona gotas				
810-0014	dexametasona ungu				
	kenacort				
	acetaminofén V.O.				
	xilocaina				
	ungüento oftálmico				
	ponti				
	midriacil				
816-0623	atropina amp				
	nefrin				
	optigel				
810-0027	pilocarpina 2%				
810-0028	pilocarpina 4%				
810-0017	garamicina oftalm				
	grifostat				
	vicotears				
CÓDIGO	SOLUCIONES	CANTIDAD	CÓDIGO	ANESTÉSICOS	CANTIDAD
	violeta de genciana cc		8160114	Sevorane	
835-0001	benjui cc		8160111	Forane	
816-0206	yodine cc		8160106	Thiopental	
	zephiran cc		8160112	Propofol	
816-0204	clorhexidina jabón liq cc		8160110	Etomidato	
	isodine cc		8160405	Succinil Colina	
	argisol cc		8010203	Fentanil	
	vaselina cc		8160407	Nimbex	
816-0202	alcohol al 70% cc		8040604	Epinetrina	
816-0202	alcohol al 90% cc		8160623	Atropina	
	solución de yodo		8080107	Midazolán	
	cloruro de benzol con co		8160403	Neostigmina	
	agua oxigenada		8160113	Lidocaina 2%	
	solución salina 1000 cc		8160105	Bupivacaina Pesada	
	solución salina 250 cc		8160108	Bupivacaina Isobárica	
	dextrosa 5% 1000 cc		CODIGO	BISTURI	CANTIDAD
	dextrosa 5% 250 cc		700-464	número 10	
S/C	garrapas de agua		700-465	número 11	
				número 15	
			700-468	número 20	
CODIGO	MATERIALES	CANTIDAD	CODIGO	GUANTES	CANTIDAD
	bolsa negra pequeña			guantes para procedimiento	
	bolsa roja pequeña		900-780	# 6 c/u	
	leja diluida		700-456	# 6 1/2 c/u	
	jabón en polvo		700-457	# 7 c/u	
	jabón yodado		700-458	# 7 1/2 c/u	
	jabón quirúrgico		700-459	# 8	
CÓDIGO	MATERIALES	CANTIDAD	CODIGO	CATETERES	CANTIDAD
			500-431	doble "J" # 6	
			500-187	doble "J" # 7	
			700-398	descartable para suero	
				embolectomia	
				bolsa de succión	
CÓDIGO	MATERIALES	CANTIDAD	CÓDIGO	PAQUETES Y EQUIPO ESTÉRIL	CANTIDAD
			100-002	equipo de curaciones	
			100-003	equipo de quitar puntos	
			100-007	paquete de cirugía general	
			100-008	paquete de cirugía obstétrica	

C. SAFISSS 130201403



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

**SUBDIRECCIÓN DE SALUD**

SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PREOPERATORIA,  
REFERENCIA A ODONTOLOGÍA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS

SELLO  
CENTRO DE ATENCIÓN  
Ó SERVICIO SOLICITANTE

Interconsulta

Evaluación Preoperatoria

Referencia a Odontología General

Procedimientos diagnósticos ó terapéuticos:

(Especifique)

Otros:

\_\_\_\_\_  
(Apellidos y Nombres del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(N° Afiliación)

\_\_\_\_\_  
Dependencia a la que se le solicita la prestación

\_\_\_\_\_  
Fecha

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Información relevante: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C SAFISS 130201131**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello Médico solicitante

\_\_\_\_\_  
VoBo Director Centro de Atención

ó Designado (cuando la realización de un procedimiento lo requiera)





## GLOSARIO

**Asepsia:** Serie de procedimientos o acciones dirigidas a impedir la llegada de microorganismos patógenos a un medio esterilizado o limpio (evitar contaminación).

**Antisepsia:** Conjunto de acciones emprendidas con el objeto de eliminar los microorganismos patógenos presentados en el medio, se usa también el término descontaminación

**Descontaminación:** Proceso por medio del cual se disminuye el número de microorganismos en un sitio determinado.

**Desinfección:** Proceso por medio del cual, con la utilización de medios físicos o químicos se eliminan los microorganismos de una superficie inanimada, alcanzando niveles que llegan hasta la eliminación de todo microorganismo a excepción de las esporas bacterianas.

**Niveles de Desinfección:** Se refiere a la actividad de un determinado método y se mide con respecto al tipo y número de microorganismos que elimina

**Desinfección de alto nivel:** Se logra con la utilización de agentes químicos o hervido. Se consigue una eliminación de todo microorganismo exceptuando las esporas bacterianas durante un tiempo relativamente corto (generalmente menor de 30 minutos).

**Desinfección de nivel Intermedio:** Se consigue generalmente con la utilización de algunos agentes químicos .Se eliminan el bacilo de la tuberculosis, bacterias vegetativas y la gran mayoría de hongos y virus. El proceso dura aproximadamente 10 minutos.

**Desinfección de nivel bajo:** Se consigue principalmente por agentes químicos que eliminan bacterias vegetativas, algunos hongos y virus pero sin acción sobre el bacilo de la tuberculosis. Se lleva a cabo sobre un período de tiempo corto (generalmente menor a los 10 minutos).

**Esterilización:** Proceso por medio del cual se logra la eliminación completa de todo microorganismo, incluyendo esporas. Completa eliminación y destrucción de todas las formas de vida microbiana.

**Glutaraldehido:** Agente desinfectante y esterilizante; solución acuosa generalmente con un pH ácido cuya activación a una sustancia alcalina la convierte en un agente más efectivo para esterilización y desinfección.

**Limpieza:** Proceso de separación por medios mecánicos y/o físicos, de la suciedad depositada en las superficies inertes que constituyen un soporte físico y nutritivo a los microorganismos. Se refiere a la eliminación de material extraño visible, polvo y suciedad de un elemento utilizado en interacción o no con el paciente. El agente básico es el detergente, su uso ayuda a la eliminación física de la materia orgánica y de la contaminación de los objetos.

**Norma:** Regla de comportamiento. Leyes que deben ser obedecidas con disciplina y responsabilidad. Conjunto de pautas que regulan actividades de



distintos miembros del equipo de salud, permite explicar la forma en que se llevaran acabo las distintas actividades a fin de alcanzar los objetivos de un servicio. Deben basarse en la aplicación de conocimientos científicos mas actualizados.

**Unidad Quirúrgica:** Área que alberga la Sala de Operaciones y servicios anexos, como Pre anestesia, Recuperación pos-anestésica, Central de Esterilización y Equipo (CEYE), Almacén de Material de Insumo, Laboratorio, Rayos X, Banco de Sangre, Oficinas Administrativas, Vestidores, y pasillos exteriores.

### División en el área

**Área Negra o sin restricciones:** En esta zona se permite el acceso con ropa de calle o uniforme hospitalario; en ella se ubican las oficinas administrativas, como jefatura de cirugía, de anestesia y de quirófanos, transferencias o recepción de pacientes, pasillos o corredores de acceso a los quirófanos, así como los vestidores.

En estos últimos el personal cambia su ropa por el uniforme quirúrgico y tiene acceso al área gris o semirestringida a través de una trampa de madera donde deben colocarse zapateras para llegar a ella.

**Área Gris o semirestringida:** En ella se ubican los servicios de apoyo como los siguientes.

**Pre anestesia:** Su función consiste en proporcionar cuidados preoperatorios inmediatos al procedimiento quirúrgico, quien es transferido a una camilla interna a través de transfer de paciente y llevado a un cubículo individual a esperar su turno para la cirugía.

**Recuperación pos anestesia:** Está destinada a proporcionar cuidados posoperatorios inmediato al paciente quirúrgico hasta disminuir los efectos anestésicos y vigilar su estado hemodinámico e identificar complicaciones posquirúrgicas inmediatas.

**Área Blanca o Restringida:** es el área de mayor restricción, comprende la sala de operaciones propiamente dicha en donde se lleva a cabo la intervención quirúrgica, se requiere portar uniforme quirúrgico completo.