



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA BIOLOGICA

**TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL.**

**Mejoramiento de la calidad de atención en el centro quirúrgico del hospital
“Aida León de Rodríguez Lara” del cantón Girón - 2013.**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

AUTORA: Narváez Vanegas, María Teresa.

DIRECTORA: León Ojeda, Mercedes Alicia Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA.

2014.

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

MGS.

Mercedes Alicia León Ojeda.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

DE MI CONSIDERACION:

Que el presente trabajo de Fin de Maestría denominado “Mejoramiento de la calidad de atención en el centro quirúrgico del hospital Aida León de Rodríguez Lara 2013” realizado por la Lcda. María Teresa Narváez Vanegas, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja tanto en aspectos de forma como de contenido; por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes

Cuenca, diciembre del 2013.

(f).....

MGS. Mercedes Alicia León Ojeda.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo. María Teresa Narváez Vanegas declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría denominado “Mejoramiento de la calidad de atención en el centro quirúrgico del hospital Aida León de Rodríguez Lara 2013” de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo MGS. Mercedes Alicia León Ojeda. Directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles Reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional de la Universidad”.

Cuenca, diciembre del 2013

(f).....

Narváez Vanegas, María Teresa.

CI 010363901-9

DEDICATORIA

Mi presente tesis La dedico al Doctor Washington Roberto Freire Morejón Cirujano Traumatólogo quien desde el primer instante en que me conoció me brindo su amistad sincera y su apoyo moral siempre incondicional a pesar de la distancia que nos separa supo creer en mí como mujer, profesional amiga, siempre él ha sido mi motivo de inspiración para superar todos los obstáculos que se me presento en el camino .pues del aprendí, de su ejemplo como el gran profesional, hombre ,amigo, compañero de trabajo y de quien me siento muy orgullosa por todo lo vivido, compartido durante nuestro internado que es gracias a ti mi querido amigo que puedo cumplir una meta de la cual tú fuiste una luz que me guio todo y sin ti no la hubiese podido realizar.

SIEMPRE GRACIAS.

La Autora.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las cosas, a su bondad por la cual nos permite realizar todas las metas, sueños que nos trazamos a mis queridos padres ,hermanos, amigos a cada uno de ellos que supieron ser comprensivos buenos amorosos, sufrir mis ausencias, a la Universidad Técnica Particular de Loja por la formación académica recibida ,a mis tutores. Y en especial a los directores del hospital quienes me permitieron realizar mi proyecto de tesis, ya que sin su colaboración, respaldo no se hubiera realizado este trabajo.

La Autora.

INDICE DE CONTENIDOS

Preliminares:

Portada:.....	I
Certificación:.....	II
Autoría y Cesión de derecho:.....	III
Dedicatoria:.....	IV
Agradecimiento:.....	V
Índice.....	VI

APARTADOS.

Resumen.....	7
Abstrac.....	8
Introducción.....	9
Problematización.....	10
Justificación.....	11
Objetivo.....	12
Marco Teórico.....	13
Diseño Metodológico.....	32
Resultados Esperados.....	43
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	59
Bibliografía.....	60
Anexos.....	63

RESUMEN

El presente proyecto de intervención denominado “Mejoramiento de la Calidad de Atención en el Centro Quirúrgico se realizó en el hospital Aida León de Rodríguez Lara” del cantón Girón.

Por tanto; se consideró necesario fortalecer la calidad de atención mediante la aplicación de normas, reglamentos que permitieron tener un mejor funcionamiento en el servicio Quirúrgico, a fin de evitar complicaciones en la salud del paciente y brindar un servicio integral

Para realizar esto, se formó un comité de centro quirúrgico; se realizó una capacitación sobre servicios de calidad con calidez y se elaboró un manual de instrumentación quirúrgica.

.

Siendo así los beneficiarios del presente proyecto los usuarios del servicio y el personal del hospital; con su pilar fundamental destinado a mejorar la salud poblacional.

Todos estos componentes al ser aplicados permitieron el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios; a través de un adecuado desenvolvimiento en el área quirúrgica por parte del personal lo que se traduce adicionalmente en un incremento en la satisfacción del usuario externo e interno.

PALABRAS CLAVES: Calidad de atención, centro quirúrgico.

ABSTRACT

The present intervention project called "Improvement of the quality of care in the surgical Center Aida León de Rodríguez Lara was in the hospital" Girón Canton.

Therefore; It was considered necessary to strengthen the quality of care through the application of standards, regulations that allowed you to have a better performance in the service of surgical,in order to avoid complications in the patient's health and provide an integral service.

To do this, formed a Committee of surgical Center; held a workshop on quality services with warmth and developed a manual of surgical Instrumentation.

Thus the beneficiaries of the present project service users and staff of the hospital; with its fundamental pillar to improve population health.

All these components to be applied allowed the improvement of the quality of life of the users; through a suitable development.

KEY words: Quality of care, Center surgical.

INTRODUCCION.

Conforme Donal Berwick, el mejoramiento de la calidad constituye “un esfuerzo mancomunado para mejorar el nivel del desempeño de un proceso clave. Involucra medir el nivel del desempeño actual, encontrar formas de mejorar ese desempeño e implementar nuevos y mejores métodos”. (Donal, 1990).

De igual manera; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la asamblea del 2002 exhorta la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario, lo que tiene por objeto mejorar la seguridad ligada a los procedimientos quirúrgicos, para garantizar mayor seguridad ya que un error puede producir la muerte. (Perez, 2012).

El presente tema de intervención denominado “Mejoramiento de la calidad de atención en el centro quirúrgico realizado en el hospital Aida León de Rodríguez Lara del cantón Girón”, tiene como finalidad mejorar la calidad de atención en el área de quirófano.

La atención al usuario se encuentra vinculada con la calidad del bien o servicio, con las relaciones humanas que se puede brindar al usuario, está íntimamente relacionada con la satisfacción de los clientes, debe ser total es decir desde el momento que el paciente ingresa al servicio pasando por las diversas áreas del hospital hasta su egreso. (Davila, 2012).

Se Mejoró la calidad de atención en quirófano mediante la formación de un comité que normaliza el buen funcionamiento de esta área mediante la elaboración, aplicación de normas y reglamentos.

De igual manera se capacitó al personal a través un taller sobre, atención y servicio al cliente, estándares de calidad internacional, y trabajo en equipo. Se elaboró un manual de instrumentación quirúrgica, lo que permitió a los profesionales de esta casa de salud mejorar la calidad de atención con la implementación de todas de estas actividades, beneficiando así a los usuarios.

El presente proyecto fue factible de realizar; ya que las autoridades y funcionarios del hospital “Aida León de Rodríguez Lara”; apoyaron y colaboraron desinteresadamente con el mismo.

PROBLEMATIZACION.

Por la experiencia acumulada en el trabajo que como enfermera he realizado en los últimos años he evidenciado que en el Hospital “Aida León de Rodríguez Lara” del Cantón Girón especialmente en el centro quirúrgico se han determinado varios problemas entre los cuales podemos destacar: la inexistencia de un Comité que regule y norme su buen funcionamiento, la ausencia de capacitación sobre estándares de calidad internacional, y la carencia de un manual de instrumentación quirúrgica, lo que hace que la calidad de atención sea deficiente, al no satisfacer las necesidades de los usuarios. El principio básico de atención de calidad en la aérea de quirófano del hospital no se cumple en su totalidad constituyendo una situación que se repite a diario.

Según reporte estadístico de la producción anual del quirófano en el Hospital de Girón en el año dos mil doce se han realizado aproximadamente seiscientas cirugías, las que detallo a continuación: Cirugías generales (abiertas y Laparoscópicas) Herniorafias; Hernioplastia; Apendicetomías; Colectomías; Circuncisiones, Limpiezas quirúrgicas y Cirugías Obstétricas: Legrado Uterino Instrumental; Cesáreas; Histerectomías; Cistectomías; Pomeroy Laparoscópicas. (Hospital, 2012).

Debido al problema indicado el ambiente laboral en el Centro Quirúrgico se vuelve caótico, generando en el personal médico y de enfermería relaciones interpersonales deficientes. La falta de capacitación sobre estándares de calidad hace que el personal que se encuentra laborando no pueda garantizar una adecuada prestación de salud debido a que no están actualizados y la falta de un manual en instrumentación quirúrgica lleva a que se realice este procedimiento de manera inadecuada, lo que eleva el riesgo de complicaciones derivadas de maniobras incorrectas durante la cirugía, incrementando el estrés, en los usuarios internos existiendo inconformidad con la atención de los usuarios externos.

Se justifican las acciones a tomar con la finalidad de que el Hospital brinde atención de calidad a los usuarios del cantón mediante el cumplimiento de los objetivos indicados que lleva a la realización de procedimientos seguros que eviten complicaciones quirúrgicas y consecuentemente mejoren la calidad en la atención de los pacientes.

JUSTIFICACION.

Es una realidad la importancia que ha adquirido el trabajo que se desarrolla en los quirófanos; aproximadamente representa entre el 30 y 40% de la carga que se desarrolla en un hospital, tanto por el volumen de enfermos que requieren tratamiento quirúrgico como por el personal que participa en esta actividad; ahí confluyen cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, ingenieros biomédicos, técnicos, consultantes, personal de apoyo administrativo, proveedores de insumos quirúrgicos de alta tecnología, personal de limpieza, etc.(López D. G., 2008)

Requiere que cada uno de ellos esté comprometido con los conceptos de trabajo en equipo y de la calidad en la atención del paciente, de forma tal que al realizar la parte que les corresponde, si la hacen bien, contribuirán a proporcionar seguridad al paciente y sus familiares, y mejorar y elevar la productividad de su unidad de trabajo y, por ende, del sistema hospitalario en el que desarrolle su labor. (López D. G., 2008).

Por tal motivo es fundamental que este proyecto de tesis sea implementado en el hospital beneficiando a la población que reside en este cantón con el propósito de brindar una atención integral humanizada con los principios de calidad y calidez

OBJETIVOS.

GENERAL.

Brindar Atención Integral a los pacientes del Centro Quirúrgico del Hospital “Aida León de Rodríguez Lara”, mediante la formación de un Comité, capacitación al personal médico y de enfermería sobre estándares de calidad internacional y diseño de un manual de instrumentación quirúrgica, para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

ESPECIFICOS.

1. Formar un Comité de centro Quirúrgico. Para que regule y norme el funcionamiento de quirófano.
2. Capacitar al personal de Centro quirúrgico en atención y servicio al cliente, estándares de calidad internacional y trabajo en equipo para brindar servicios de calidad con calidez.
3. Diseñar e implementar un manual de instrumentación quirúrgica para el personal médico y enfermeras del hospital.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. Marco institucional

Aspecto Geográfico del cantón Girón. Ubicación geográfica.

El cantón Girón se encuentra ubicado al sur de la provincia del Azuay, a 37 Km. de la ciudad de Cuenca, cuenta con dos parroquias rurales, la parroquia San Gerardo y la parroquia La Asunción, y una parroquia urbana que es la cabecera cantonal que lleva el mismo nombre.

Croquis – mapa del cantón Girón



Altitud: 2.162 msnm.

Población: 12607.

Superficie: 337km².

Límites.

Al Norte Parroquia Baños, Victoria del Portete y Cumbe, pertenecientes al cantón Cuenca.

Al Este la parroquia Jima y la Jurisdicción de la cabecera cantonal de Nabón.

Al Sur con las parroquias las Nieves y el Progreso (cantón Nabón), la parroquia Abdón Calderón (La Unión, Santa Isabel).

Al Oeste Cantón San Fernando y parroquia Chumblin

Accesibilidad: desde Cuenca se toma la vía Girón – Pasaje (Plan de desarrollo estrategico del canton Giron, 2008)

Descripción general del hospital de Girón

Ubicación. El Hospital “Aida León de Rodríguez Lara” se encuentra ubicado en las calles Antonio Flor y Leopoldo Peña Herrera, al suroeste del Cantón Girón.

Datos históricos

La inauguración oficial de los servicios hospitalarios tuvo lugar el 20 de diciembre de 1974, en ceremonia especial y con la participación de representantes del gobierno nacional (Junta Militar presidida por el General, Guillermo Rodríguez Lara). En honor a la Esposa del General lleva el nombre de “Aida León de Rodríguez Lara”. El primer Director fue el Dr. Sergio Arias Rendón.

En el año de 1991, es nombrado como Área No. 11 de Salud, con las Unidades del subcentro de Salud de la Asunción, SCS de San Fernando y SCS de Chumblin.

En el año de 1999, se anexa al hospital de Girón como unidad del Área 7 Santa Isabel. Luego de manifestaciones y paros se logra conseguir el presupuesto propio para esta casa de Salud.

El hospital de Girón se financia con el presupuesto que cada año le entrega el gobierno nacional (Morocho, 1998).

Dinámica población del cantón Girón

El análisis de la población según los grupos de edad nos pone al frente de una población de adolescentes de 10 a 19 años, seguida por la población de niños comprendida entre 1 a 9 años.

Por lo tanto la población del cantón en su mayoría está formada por niños y adolescentes. Se puede apreciar que la población femenina es mayor a la masculina, esto debido a la migración. Existen 5777 hombres, 6830 mujeres y un total de la población de 12607 habitantes.

Misión Institucional. Ser un Hospital de Especialidades para la familia en general, de segundo nivel de atención, integrado al sistema integral de salud, que brinda atención de calidad a la población del cantón, la provincia y la región.

Visión institucional. Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y calidad de vida de la población del cantón Girón mediante actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, así como el fomento de las condiciones que influyen en la determinación de los problemas de salud de la familia.

Organización Administrativa. El personal que labora en el hospital de Girón y sus departamentos es el siguiente: estadística², emergencia consulta externa, vacunación y hospitalización, enfermeras 10, médicos residentes 8, rayos x 1, laboratorio 2, farmacia 3, dirección 1, administración 4, secretaria y talento humano 2, inspector sanitario 1, odontología 4, auxiliares de enfermería 11, médicos especialistas 7, médicos generales 5, ropería 3, departamento dietético 4, servicios generales 3, técnicos de mantenimiento 2.

Servicios que presta la institución. Consulta externa, hospitalización, emergencia odontología, farmacia, laboratorio, rayos x, ecografía, control sanitario y vacunación.

Infraestructura del hospital de Girón. Para esquematizar como están distribuidas la diferente dependencia de servicio del hospital se divide al mismo en cuatro bloques:

Bloque A: se encuentra el área de consulta externa, los consultorios, estadísticas, dirección, administración, farmacia, emergencia, preparación de pacientes y residencia médica.

Bloque B: hospitalización, lavandería, sala de sesiones, habitación de internos, estación de enfermería, bodega cocina, comedor.

Bloque C: vestidor, sala de esterilización, sala de preparación, sala de partos, quirófano, sala de lavado de manos y bodega.

Bloque D: laboratorio, inspección sanitaria bodega, vacunación, hemoteca y odontología.

Datos estadísticos de cobertura. La rinofaringitis está en primer lugar como una de las patologías principales en el cantón debiéndose principalmente al clima, veranos secos e inviernos muy húmedos. Le sigue la parasitosis intestinal y como se puede notar las

primeras patologías están estrechamente ligadas con las dos patologías principales, a continuación se presenta la siguiente tabla estadística.

Tabla No. 1
Perfil Epidemiológico.
10 principales causas de morbilidad en el cantón Girón
Enero – Diciembre 2012

CODIGO	PATOLOGIA	NUMERO DE CASOS 2012	%
J00	RINOFARINGITIS AGUDA	1024	32,78
B82	PARASITOSIS INTESTINAL	499	15,9
J11	INFLUENZA POR VIRUS NO IDENTIFICADO	396	12,68
A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS	360	11.52
J02	FARINGITIS AGUDA	348	11.14
J42	BRONQUITIS CRONICA	121	3.87
I10	HIPERTENSION ARTERIAL	109	3.49
J03	AMIGADALITIS AGUDA	100	3.20
M54.5	LUMBAGO	83	2.65
A54	INFECCION GONOCOCICA	83	2.65
	TOTAL	3123	100%

Fuente: Archivo Estadístico del Hospital de Girón 2012.

Responsable: Lcda. María Teresa Narváez Vanegas. Enfermera del Hospital.

Análisis.

Dentro del perfil epidemiológico del Hospital “Aida León de Rodríguez Lara” del Cantón Girón”, muestra que las tres primeras causas de morbilidad corresponden a enfermedades infecciosas, lo que corresponde al 61,36% del total de atenciones del año 2012.

1.2. Marco conceptual

Se define al ambiente como todo lo que rodea a la organización. De este modo, ambiente es el contexto dentro del cual existe la organización o el sistema. Es vasto, amplio, genérico y difuso, diferencia dos estados ambientales; el macro ambiente o ambiente general y el ambiente laboral o ambiente de trabajo, denominado microambiente. (Chiavenato, 2011)

Si bien es verdad que el área del quirófano se encuentra dentro del contexto general del hospital, que constituye el macro ambiente, es en esta área donde se presenta el problema, es decir en uno de sus micro ambientes.

Calidad de salud

Los primeros informes de calidad en servicios datan desde finales del siglo XIX, posterior a la guerra de Crimea, donde los hospitales comenzaron a evaluar hallazgos sobre los mecanismos que permitieran mejorar la calidad en la atención con el objeto de reducir la mortalidad de los pacientes asociados con la anestesia. Posteriormente en el año 1983, aparece el aporte más conocido de Lee y Jones, quienes definen a la calidad de salud en 8 artículos, donde relacionan el resultado favorable de una buena atención médica.

Igualmente la calidad es un proceso constante de evaluación, el concepto tiene muchas interpretaciones; uno de los más acertados se da en 1990, con la afirmación de la calidad, como aquella que se puede proporcionar al paciente el máximo y completo bienestar, mediante el cumplimiento de normas y su continuo perfeccionamiento.

La atención al cliente está vinculada con la calidad del bien o servicio y con las relaciones humanas que se puede brindar al cliente (Dávila, 2012).

Según la OMS: la apropiada ejecución de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición.

Según la asociación americana de control de calidad: conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente.

Nivel aceptable de calidad

Es la proporción de errores que pueden cometerse y estar todavía produciendo un servicio de **calidad**. Es decir la proporción de errores en Medicina es un indicador fundamental de la Calidad en Salud.

Bases conceptuales de la calidad

Existen dos elementos centrales para garantizar la calidad: el monitoreo y un adecuado sistema Para Avedis Donabedian (1919- 2000), padre de la Calidad de la Atención de la Salud y docente de la universidad de Michigan, (Garantía y monitoria de la calidad de la atención medica, Instituto Nacional de salud Pública, México, 1990).

Son cinco los elementos fundamentales que permiten garantizar la calidad.

- a. Evaluación,
- b. Monitoreo,
- c. Diseño
- d. Desarrollo, y
- e. Cambio organizacional.

Los ocho principios de gestión de calidad

- Enfoque al cliente
- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores.
- Decisiones basadas en hechos.
- La mejora continua
- Enfoque para la gestión
- Liderazgo
- Participación del personal
- Enfoque a los procesos
- Coordinación
- Respeto
- Satisfacción de usuario
- Eficacia- Eficiencia- Efectividad
- Pertinencia (Racionalidad TC)
- Seguridad

- Comodidad
- Información
- Suficiencia
- Identidad.
- Oportunidad
- Accesibilidad
- Competencia profesional
- Educación
- Planeación

Todos tienen su propia misión específica en la vida; todos deben cumplir un cometido concreto; nadie puede reemplazarlo, ni su vida puede repetirse. Por eso, la tarea y el sentido de la vida de cada persona, son únicos.

Calidez

Es un derecho: a la atención digna, a no ser discriminado, a la confidencialidad, derecho a la información y a decidir.

Trabajamos con seres humanos sensibles, personas con nombres y rostros propios, merecedores de trato digno, amable, respetuoso y considerado, sin distinciones.

No hay calidad sin calidez.

Calidad en la atención de salud

- Familiaridad y confianza en la relación del profesional de salud con el usuario.
- Claridad en la información al usuario
- Inclusión de los usuarios en su tratamiento
- Horarios de atención y turnos adecuados
- Instalaciones bien mantenidas
- Ambiente amigable
- Apoyo brindado.

Comité del centro quirúrgico

Se puede definir al Comité como el conjunto de personas, cuyas actividades están relacionadas y articuladas entre sí con el objeto de desarrollar y ejecutar tareas identificadas y determinadas en los procesos, con la finalidad de cumplir con los objetivos establecidos por el interés común. (Davila 2012)

En base a las ideas expuestas se define al Comité del centro quirúrgico como el conjunto de personas que trabajan en equipo para brindar servicios y atención relacionada con la salud de los pacientes que acuden al centro hospitalario, de tal manera que puedan lograr el propósito constitucional del Plan del Buen Vivir.

De conformidad con la estructura organizativa del centro hospitalario, el comité del centro quirúrgico estará conformado por las siguientes dignidades:

- Jefe del Quirófano.
- Sub jefe de Quirófano.
- Jefe de Enfermería.
- Jefe de auxiliares de Enfermería.
- Representante de Servicios Generales.

Estándares de calidad de centro quirúrgico

Los estándares son requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, y serán sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos y a los avances científicos y tecnológicos en salud. (Ministerio de Salud: Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud)

La elección segura del paciente quirúrgico comprende una correcta sincronía entre conducta, normas, infraestructura y la adecuada administración que garanticen la calidad de talla internacional, siendo el principal diferenciador competitivo en el entorno de empresas de salud. Entendiéndose por calidad, aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar tanto para el cliente interno como externo.

El paciente quirúrgico es atendido en salas de cirugía, siendo este un lugar en el cual desarrollan el conjunto de actividades de un grupo multidisciplinario compuesto por el personal de enfermería, cuerpo médico, instrumentistas, anestesiólogos, personal asistencial, y de apoyo que garanticen al paciente calidad de atención.

Por otra parte los hospitales y las unidades de salud deben encaminar sus esfuerzos en el cumplimiento de exigencias que acrediten sus progresos en los procesos de atención quirúrgica, como los mejores en su campo mediante la oferta en servicios con la más alta garantía en calidad nacional e internacional.

Históricamente los estándares de calidad, y su evolución data desde 1917, cuando el colegio Estado Unidense de cirujanos elaboró los primeros estándares mínimos en servicios de salud, para hospitales, este primer aporte asentó las bases para que la Joint comisión on the acreditation healthcare organization, administre el proceso de acreditación en salud desde el año de 1959 hasta la fecha.

La organización mundial de la salud, y la Joint comisión internacional, se han preocupado por la atención del paciente tanto de los centros de atención sanitaria, como en los bloques quirúrgicos.

Sistema general de garantía de salud

El termino garantía se refiere, al poder lograr asegurar o proteger contra un riesgo y responder a la calidad de algo, cuando se ofrecen los servicios de salud; por tanto todo servicio debe responder a las necesidades del usuario y la protección a diferentes riesgos de manejo de la atención médica.

El Sistema General de Garantía Salud, su origen se remonta al año 1994, con la expedición del decreto 1876, de la ley 100 en el cual se reglamenta la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del estado, dos años después se reglamenta el sistema de garantía, de calidad en salud, con el decreto 2174 en el cual se plantean los siguientes objetivos

1. Garantizar parámetros de calidad en salud, promoción de desarrollo, con una cultura de calidad, competencia leal, entre las empresas públicas de salud.
2. Fomentar el desarrollo de un sistema internacional de información sobre calidad, permitiendo ejercer labores de auditoría, vigilancia, y control.

3. Fortalecer la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

De manera que la garantía se convierte en el conjunto de acciones que sistemáticamente realizan los individuos y las instituciones públicas en salud para responder al servicio que presta, con el objeto de prevenir al usuario o paciente de riesgos, y ofrecerles protección y beneficios, para mejorarle su calidad de vida, mediante el uso de estrategias de monitoria y evaluación, que es lo que comprende la gestión de calidad.

Al hablar de monitoria y evaluación se habla también de aseguramiento de la calidad, y para el aseguramiento de la calidad se han establecido estándares que deben ser verificados en forma periódica, que permiten asegurar un nivel máximo de atención.

En este contexto se entiende como aseguramiento de la calidad al conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de un producto o servicios para satisfacer al usuario.

Estándares mínimos de calidad del área de quirófano

- ♦ Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía.
- ♦ El usuario externo recibe, comprende y acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso.
- ♦ El centro quirúrgico cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios.
- ♦ El centro quirúrgico asegura la aplicación de normas y procedimientos para el control de riesgos quirúrgicos y de infecciones intrahospitalarias.
- ♦ El centro quirúrgico cuenta con protocolos, manuales y procedimientos aprobados y actualizados, conocidos por el personal y disponibles para la atención.
- ♦ Los médicos tratantes supervisan la prescripción de medicamentos para las cirugías.
- ♦ El personal del hospital supervisa el uso racional de medicamentos a través de las acciones de vigilancia y control del Comité Farmacológico. (Salud, 2003).

Manual de instrumentación quirúrgica

El manual es un instrumentó administrativo que contiene en forma explícita ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, organización y

procedimientos de los órganos de una institución, así como las instrucciones o acuerdos que se consideren necesarios para la ejecución del trabajo asignado al personal, teniendo como marco de referencia los objetivos de la institución. La palabra instrumentación se deriva de instrumento y se refiere a la forma de ordenar algo (manual.org).

El Quirófano

El Quirófano es el área que contiene las Salas de Operaciones, destinadas a realizar las Intervenciones Quirúrgicas, tiene como finalidad brindar apoyo con alta calidad técnico, científica y humana para el diagnóstico y/o tratamiento de los pacientes que a juicio del Cuerpo Médico requieran de los servicios del Área Quirúrgica. La Sala de Recuperación destinada a la Medicación Pre anestésica, Analgesia Post Operatoria y a la completa emersión de la anestesia.

Zonas del quirófano

Zonas del quirófano: El quirófano es un espacio cerrado que debe ser completamente independiente del resto del hospital; deben quedar estanco frente al resto del hospital por una serie de separaciones con las estructuras exteriores. El quirófano permite la atención global e individualizada de los pacientes por un equipo interdisciplinario (anestesiistas, cirujanos y también radiólogos, gastroenterólogos, neumólogos, enfermeras de quirófano, auxiliar de enfermería, instrumentadores Quirúrgicos, camillero...) para todos los actos que se hacen bajo anestesia (general o local según el acto que debe efectuarse y el estado de salud del paciente).

Zonas del quirófano

El área de quirófano se divide en tres zonas principales de restricción progresiva para eliminar fuentes de contaminación:

- Zona negra
- Zona gris
- Zona blanca

Zona negra

La zona negra es la primera zona de restricción y funciona como zona amortiguadora de protección; incluye oficinas, baños, admisión quirúrgica y vestidores. En esta zona se permite el acceso con bata clínica, y es donde el personal se coloca el atuendo quirúrgico, la comunicación con la zona gris es a través de una trampa de botas para el personal y una trampa de camillas para los enfermos. En esta zona se coloca el uniforme que consta del pijama quirúrgico, cubre bocas, gorro y las botas que se colocan en la trampa para botas que es una especie de banco que conecta a la zona negra con la gris. El personal que entre a cirugía se recomienda que no debe llevar ningún objeto que pueda estar contaminado y se considere un fómite como pulsos, aretes, cadenas o celulares, se debe de entrar a la zona gris libre de estos. El uniforme correcto para la zona negra incluye lo siguiente.

Gorro. Debe cubrir completamente el cabello y patillas, evitando que caigan cabellos o caspa sobre el uniforme. Los gorros se deben ajustar cómodamente. Los gorros una vez utilizados al ser desechables se depositan en el recipiente adecuado a la salida del quirófano.

Protección Bucal. La mascarilla se debe utilizar porque un porcentaje importante del personal de quirófano son portadores de gérmenes altamente patógenos en los orificios nasales o en la boca.

Se debe utilizar por todo el personal de quirófano en las zonas restringidas. Deber ser de gran capacidad de filtrado cubriendo la boca y la nariz, evitando así la expulsión de gotitas de Fulge oro y nasofaringe dentro del ambiente quirúrgico. Se han de llevar correctamente, no deben colgar en el cuello, se cambiaran en cada intervención o siempre que se hallan humedecidas.

Botas quirúrgicas. Todas las personas que entran en el área restringida del quirófano deben llevarlas. Cuando se utiliza el mismo calzado en varias intervenciones quirúrgicas, adquiere un grado de contaminación bacteriana importante y constituye un peligro de infección cruzada se debe utilizar un par de botas por cada intervención. Las botas se deben quitar cuando se sale del área restringida y se debe colocar un par limpio cuando se ingresa. Esta medida evita la contaminación cruzada con otras áreas del hospital.

Gafas de protección. Se está generalizando el uso de gafas y pantallas como protección de la mucosa conjuntival. Se usan las gafas y pantallas cuando se utilizan técnicas que

producen aerosoles, cuando hay riesgo de salpicaduras de sangre o de líquidos orgánicos. En la terapéutica con láser, en las electrocoagulaciones, al manipular nitrógeno líquido y siempre que se produzcan sustancias volátiles, partículas virales y micro gotas de sangre, es recomendable el uso de gafas y pantallas para evitar infecciones.

Zona gris

La segunda zona es la llamada también zona limpia, todo personal que entra a la zona gris, debe vestir pijama quirúrgico. La cabeza se cubre con gorro de tela y oculta todo el pelo para impedir la caída de los cabellos en zonas estériles; la nariz y la boca se cubren con una mascarilla. En ella también se encuentra El área de lavado quirúrgico, central de equipos, cuarto de anestesia, sala de recuperación, cuarto de rayos X y también cuarto séptico. En la zona gris se requiere portar el uniforme completo. Además debe comunicar con el laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre y con el servicio de anatomía patológica.

La tecnología va de la mano con todas las ciencias y así lo es con la medicina ya que gracias a ella se ha podido disminuir el riesgo de infección.

En ningún quirófano puede faltar la sustancia antiséptica para el lavado de manos.

Zona blanca

La zona blanca es el área de mayor restricción, es el área estéril o zona blanca en la que se encuentra la sala de operaciones propiamente. Comprende la sala de operaciones local donde se lleva a cabo la intervención quirúrgica. Debe tener un área de 36 metros cuadrados y cerca de 3 metros de altura. Las puertas serán de tipo volandero para evitar toda corriente de aire. Las paredes deben ser impermeables, de fácil limpieza, sin brillo y sin colores fatigantes a la vista del cirujano. Es muy importante que el piso sea conductor de corriente. El aire debe estar en concentraciones bajas de partículas y bacterias y es necesario que se mantenga una temperatura ambiente. La iluminación debe ser flexible y ajustable para que no canse la vista del personal.

Circulación en las zonas quirófano

- Con amplitud suficiente y en una misma dirección, evitando el paso de materiales limpios por áreas sucias.

- El ingreso del personal del quirófano es por vestuario, colocándose en un área de uso exclusivo.
- El ingreso del paciente se hará en camilla especial.
- Las puertas del quirófano se mantendrán cerradas mientras dure la cirugía.
- Al terminar la cirugía, la ropa sucia y los residuos contaminados deben salir del quirófano en bolsas de acuerdo con las normas (quiropfano.net, 2013).

Trabajo en equipo

Definición. Existen múltiples definiciones de trabajo en equipo. Lo más importante es conocerlas para desarrollar un propio concepto que nos identifique y nos guíe en nuestro equipo de trabajo.

Cabe destacar la diferencia que existe en dos conceptos:

- Equipo de trabajo: Es el conjunto de personas asignadas de acuerdo a habilidades y competencias específicas, para cumplir una determinada meta bajo la conducción de un coordinador.
- Trabajo en equipo: Se refiere a la serie de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas.

Características del trabajo en equipo

Para el desarrollo de un trabajo en equipo deben existir ciertas características comunes a cualquier equipo que se detallará a continuación:

- Grupo de personas con objetivos y metas en común.
- Comunicación fluida entre sus miembros
- Liderazgo efectivo
- Trabajo armónico que promueva la participación de sus miembros
- Responsabilidades compartidas entre sus miembros
- Desarrollo de actividades en forma coordinada
- Cada miembro posee una visión clara de sus propias funciones y de los intereses comunes
- Los intereses del equipo sobrepasan los intereses particulares
- Respeto por los roles y funciones de cada miembro

- Existe apoyo mutuo y colaboración entre sus miembros. (Ancona, 2007)

Etapas de la formación de equipos y sus características

Durante la creación de los equipos se producen en una serie de cambios adaptativos que permiten la cohesión de equipos, estos cambios se traducen en etapas de desarrollo de los equipos, estas etapas pueden tener avances y retrocesos que va a estar determinado por la singularidad de cada equipo, que se detallan a continuación:

- Formación.
- Agitación.
- Normalización.
- Actuación.

En la etapa **formación** las personas se consideran parte del grupo, es una etapa de análisis en donde se experimenta una gran incertidumbre ante la finalidad, estructura y liderazgo del equipo. Se exploran las conductas y formas de interacción de los miembros.

Agitación, es la etapa en donde se producen los **conflictos**, ya que se generan subgrupos dentro del equipo que desean imponer sus intereses particulares, si se mira desde el punto de vista positivo, esto permite la libre expresión de las ideas en forma clara y respetuosa.

Normalización, se caracteriza por aumento de la colaboración de los integrantes del equipo, es una etapa de organización, en donde existe mayor aceptación y compromiso para la solución de las diferencias.

Actuación, el equipo se encuentra en su nivel más óptimo de crecimiento, el equipo es capaz de resolver problemas, realizar diagnósticos e implantar cambios. En la actuación cada miembro se responsabiliza por la calidad con que se realizan las tareas y por el funcionamiento del grupo.

Planteamientos en relación al trabajo en equipo

Trabajo en equipo es una forma de trabajo:

En la salud se trabaja mucho en equipo, por lo tanto deben estar a la vanguardia sin hacer partícipes a las personas involucradas, esto produce un rechazo en las personas y por ende un mal funcionamiento de los equipos.

Las personas hacemos los equipos:

En este mundo tan acelerado y competitivo a veces nos olvidamos que somos personas que trabajamos en el área de salud, por lo tanto el cambio debe ocurrir primero en nosotros y debemos tener una actitud positiva para enfrentarlos debemos estar motivados para trabajar en equipo:

Debe existir una participación activa dentro del grupo que nos motive más allá de los objetivos como grupo, debe existir una fuerza interna que nos lleve a actuar con entusiasmo y no obligados o presionados, para trabajar en equipos deben existir compromisos de los directivos:

Es necesario que exista una actitud positiva para el trabajo en equipo, los directivos deben apoyar a los grupos en sus planteamientos, deben ayudar a fortalecer los lazos entre sus miembros y fomentar la participación en estos, existe un proceso de aprendizaje dentro de los equipos:

Al integrarnos a un grupo llevamos una serie de sentimientos, experiencias, creencias, conocimientos, etc. Que al involucrarnos vamos compartiendo con los miembros del equipo, así también vamos aprendiendo de ellos, lo que se traduce en una retroalimentación de crecimiento personal y del grupo.

Dificultades en el equipo de trabajo

- Cuando surgen dificultades, por graves que éstas sean, es fundamental que el jefe del equipo informe a sus colaboradores, que no trate de “maquillar” la situación.
- El equipo perdería confianza en su responsable si se entera de que les ha ocultado información, de que les ha falseado la realidad.
- Ellos están involucrados de lleno en el proyecto, sus carreras profesionales pueden estar en juego, por lo que tienen derecho a saber qué es lo que ocurre.
- Esta misma transparencia debe exigir el líder del equipo a sus colaboradores.

Por ello es fundamental que la filosofía que impere en el equipo la de ante los **problemas o dificultades**, no buscar culpables sino soluciones (Miller, 2007).

Conflictos en el equipo de trabajo

- En el desarrollo de un equipo de trabajo es frecuente que en algún momento puedan surgir conflictos personales, lo que en si no tiene mayor importancia ya que es normal que en una relación intensa y prolongada entre personas surjan ocasionalmente roces.
- A diferencia de carácter de los miembros del equipo quirúrgico, la tensión que genera el trabajo, las dificultades, etc., el problema se presenta cuando este conflicto termina generando un enfrentamiento grave entre dos o más miembros del equipo, es imposible coordinar y avanzar en un proyecto cuando dentro del equipo hay enfrentamientos.

Lo que debe hacer el líder no puede permitirse bajo ningún concepto es hacer la vista gorda y no darse por enterado de lo que está ocurriendo, esperando que el tiempo solucione los problemas.

Si el conflicto persiste, tomará cartas en el asunto, informándose previamente con detalle de lo sucedido y adoptando a continuación la decisión que estime oportuna.

Motivación

La motivación hace referencia a todas aquellas actuaciones con un fuerte compromiso con el trabajo.

Cuando una organización introduce el trabajo en equipo debe tener en cuenta que a partir de ese momento tendrá que aplicar un doble esquema de motivaciones.

- * Uno dirigido al equipo y el otro dirigido al individuo

La organización debe conseguir que el equipo este motivado si quiere que rinda a lo máximo y para ello no sea suficiente con que lo estén algunos de sus miembros y otros no.

Proyectos a la altura de las expectativas creadas, proyectos exigentes que supongan un auténtico desafío.

Evaluación del equipo

La organización debe evaluar con regularidad el rendimiento del equipo de trabajo, no va dirigida únicamente a premiar o castigar, sino especialmente a detectar posibles deficiencias y poder tomar las medidas correctoras oportunas.

Además esto permite al equipo tener cierta idea de cómo percibe la organización su desempeño.

No obstante, esta evaluación no va dirigida exclusivamente al líder del equipo, sino que éste debe compartir los resultados de la misma con el resto de colaboradores.

El resultado de esta evaluación será tenido en cuenta a la hora de fijar una gratificación extraordinaria para el equipo.

Diferencia entre equipo eficaz con equipo que no funciona

Equipo eficaz

Es aquel que consigue coordinar de manera óptima el esfuerzo de sus componentes obteniendo el máximo rendimiento.

Ello le permite funcionar fluidamente, de forma compenetrada, alcanzando las metas propuestas por la dirección.

El éxito de un equipo no es resultado de la buena suerte ni de la casualidad. Detrás de este éxito se encuentra una serie de factores que lo hacen posible.

Equipo que no funciona

Los motivos de este fracaso pueden ser numerosos. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes:

- Falta de liderazgo
- Objetivo mal definido
- Escasa comunicación
- Falta de reconocimiento
- Dificultades de relación profesional dentro del equipo

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2. DISEÑO METODOLÓGICO

A. MATRIZ DE INVOLUCRADOS.

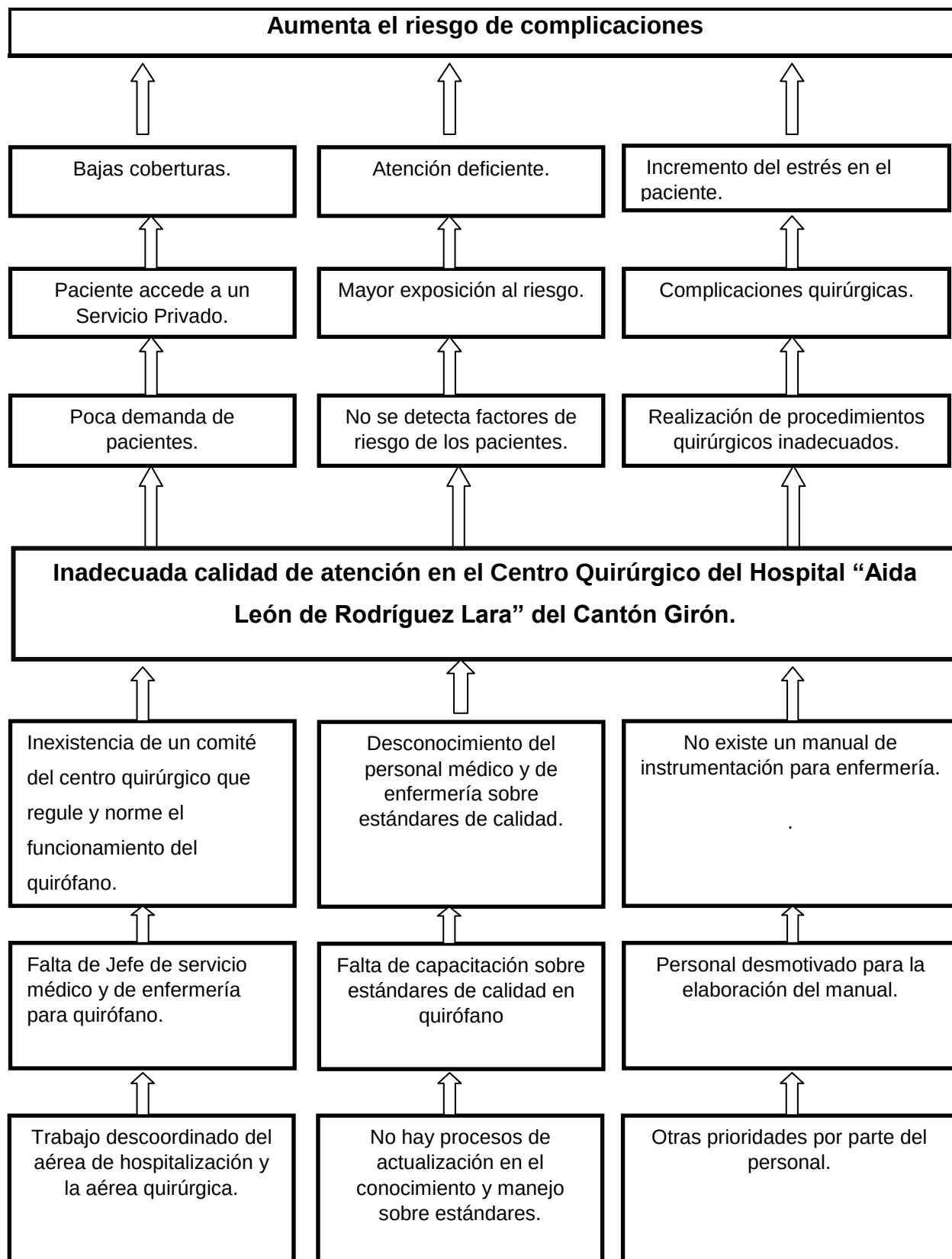
GRUPOS Y O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Hospital” Aida León de Rodríguez Lara”.	Satisfacer la calidad de salud y vida de los usuarios externos.	R: • Humanos. • Materiales. • Económicos. M: Cumplir con la Constitución del Ecuador Art.32 “La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derecho que sustentan el buen vivir”. (MSP, 2012).	Insatisfacción de la calidad de salud y vida de los usuarios.
Equipo de Especialistas Médicos del Hospital Básico “Aida León de Rodríguez Lara”.	Realizar cirugías programadas y de emergencias seguras.		Limitaciones Presupuestarias.

Dirección y Coordinación del Hospital.	Brindar atención optima a pacientes sometidos a Cirugía mediante indicadores. Ofertar un procedimiento quirúrgico de calidad.	<u>R:</u> • Humanos, • Materiales, • Económicos. <u>M:</u> Cumplir con: La Ley Orgánica de Salud que en su artículo 4 indica la “Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerios de Salud Pública, entidad a la corresponde el ejercicio de las funciones de Rectoría de la Salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionada con la Salud así como el funcionamiento de las entidades del sector integral”.	Limitaciones Presupuestarias.
Personal Médico y de Enfermería.	Mejorar el Ambiente Laboral para la ejecución de cirugías.	<u>R:</u> • Humanos, • Materiales, • Económicos. <u>M:</u> Cumplir con lo enunciado en la LOSEP 2006 “Personalmente con las obligaciones de su puesto con solicitud, eficiencia, calidez, solidaridad y en función del bien colectivo, con la diligencia que emplea generalmente en la administración de sus propias actividades”. (LOSEP, 2006)	Deficiente Ambiente Laboral en el Centro Quirúrgico.

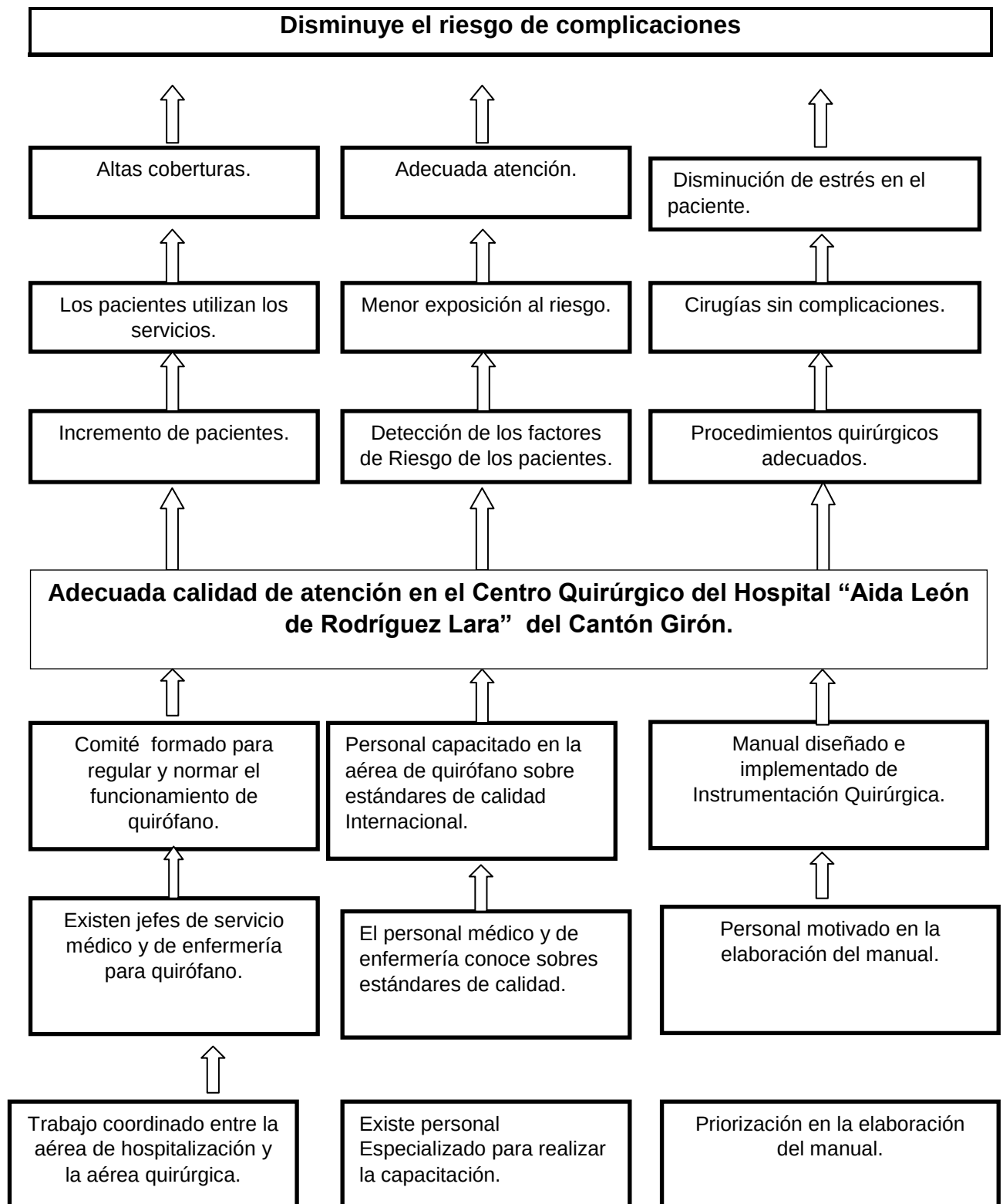
Internos Rotativos de Medicina y de Enfermería	Formación Profesional para Medicina y Enfermería.	<u>R:</u> * Humanos. * Materiales. * Económicos. <u>M:</u> Departamento del internado oriento su actividad fundamental a actualizar programas de medicina al amparo de una nueva reglamentación y de todo lo que vive al momento la Universidad Ecuatoriana es importante también una nueva reforma a la luz del nuevo enfoque de la Educación Medica – Enfermería en el mundo en América Latina y en el Ecuador., cuatro internos de medicina, cuatro internas de enfermería de la Universidad de Cuenca.	Temor a represalias.
. Usuarios del hospital.	Recibir atención de calidad de parte del personal médico y de enfermería del Hospital.	<u>R:</u> • Humanos. • Materiales. • Económicos. Demandar el cumplimiento del art 359. <u>M:</u> “Toda persona, sin discriminación tiene derecho al acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones de los servicios de salud” (Ley Orgánica de La Salud, 2006).	Demora en la atención quirúrgica. Falta de confianza en el desenvolvimiento del personal del área por parte del usuario externo.

Maestrante de la UTPL.	Mejorar el ambiente laboral para la ejecución de cirugías.	<u>R:</u> • Humanos. • Materiales. • Económicos. <u>M:</u> “Cumplir con el artículo 363 que indica: “El estado será el responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención curación y rehabilitación, atención integral en salud y fomentar practicas saludables en los ámbitos familiar, laboral, y comunitario.	Deficiente Ambiente Laboral entre el personal del centro quirúrgico del Hospital.
------------------------	--	--	---

B. ÁRBOL DE PROBLEMAS.



C. ÁRBOL DE OBJETIVOS.



D. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO.	INDICADORES.	MEDIOS DE VERIFICACION.	SUPUESTOS.
Brindar Atención Integral a los pacientes del Centro Quirúrgico del Hospital "Aida León de Rodríguez Lara" del cantón Girón.			
PROPOSITO. Atención integral Implementado en el Centro Quirúrgico del Hospital" Aida León de Rodríguez Lara" del Cantón Girón.	Atención integral de Calidad Implementado y funcionando en el centro quirúrgico, mediante la conformación de un comité, que regule y norme. Capacitación del personal en estándares de calidad. Elaboración del manual hasta Diciembre 2013.	- Acta de Conformación. - Entrega de la normativa y reglamento. - Acta de reuniones. - Observación directa.	Apoyo directo de la Dirección y Coordinación del hospital. Participación del personal de enfermería, y de Auxiliares de Enfermería. Participación directa de médicos, residentes, médicos tratantes e internos de medicina y de enfermería.

COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS			
1.- Comité de centro quirúrgico formado y funcionando en el área de quirófano.	Comité de centro quirúrgico estructurado y funcionando hasta agosto del 2013.	Acta de reunión del personal que trabaja en quirófano con las Autoridades del Hospital. Acta de asistencia del personal. Acta de conformación del Comité. Normas y reglamentos escritos.	Personal del Centro Quirúrgico empoderado en las actividades de su lugar de trabajo
2.- Personal de Centro Quirúrgico capacitado, brindando servicios de calidad y con calidez.	El 90% del personal de quirófano capacitado con conocimientos, actitudes y prácticas de Estándares de Calidad Internacional hasta octubre del 2013.	Asistencia al taller. Lista del personal capacitado. Material audiovisual empleado en el taller. Estadísticas de las Evaluaciones sobre la capacitación impartida.	Personal de quirófano capacitado en Estándares de Calidad Internacional.
3.- Manual de instrumentación Quirúrgica Elaborado e implementado.	Manual Elaborado y en uso hasta diciembre 2013.	Manual de Instrumentación quirúrgica Apéndices. Acta de Entrega.	Coordinación Interpersonal activa para elaborar el manual.

A1. COMITÉ FORMADO Y FUNCIONANDO EN EL ÁREA DE QUIRÓFANO.			
ACTIVIDADES.	RESPONSABLES.	CRONOGRAMA.	RECURSOS.
1.1. Reunión con las autoridades del Hospital, y médicos tratantes de Cirugía, Anestesiología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia para socialización, y aprobación del proyecto.	Autora del proyecto. Dr. Julio Jaramillo (Director). Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo). Dr. Fabián Jiménez (Cirujano). Dr. Fabián López (Ginecólogo). Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra). Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).	15 de Agosto del 2013.	\$50.00
1.2. Presentación de Evidencias relacionadas con el comportamiento actual en el quirófano del Hospital.	Autora del proyecto. Dr. Fabián Jiménez (Cirujano)	29 de Agosto del 2013.	\$ 100,00
1.3. Conformación del comité de Centro quirúrgico.	Comité de Centro Quirúrgico: presidente Dr. Fabián Jiménez (Cirujano), vicepresidente Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo), secretaria Lcda. Carmita Riera.	29 de Agosto del 2013	20\$

A2.PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO CAPACITADO PARA BRINDAR SERVICIOS DE CALIDAD.			
2.1. Taller sobre atención y servicio al cliente	Autora del proyecto. Dra. Eulalia Beltrán (médico internista).	24 de octubre del 2013.	\$ 150,00
2.2 Capacitación al personal de Quirófano en el taller de Estándares de Calidad Internacional.	Dra. Karla Rojas (medico ginecóloga del hospital).	28 de octubre del 2013.	\$150,00
2.3 Taller sobre trabajo en equipo.	Dra. Jaqueline Villavicencio (sicóloga clínica del hospital).	29 de octubre del 2013.	\$100,00

A3.MANUAL DE INSTRUMENTACION QUIRURGICO ELABORADO E IMPLEMENTADO			
3.1 Socialización interinstitucional para elaborar el manual de instrumentación.	Autora del proyecto. Personal médico y enfermeras del hospital Internos de enfermería y medicina.	15 de Agosto del 2013.	\$50,00
3.2 Elaboración de un inventario de instrumental del área quirúrgica	. Internas de enfermería.	Septiembre a noviembre del 2013.	\$100,00
3.3Elaboracion y presentación del manual de instrumentación quirúrgica en enfermería.	Autora del Proyecto. Internas de enfermería. Autora del proyecto.	Septiembre a noviembre del 2013.	\$150,00
3.4. Entrega del documento definitivo del manual de Instrumentación Quirúrgica	Comité de centro quirúrgico. Personal médico y de enfermería. Auxiliares de hospital. Internas de enfermería y medicina.	Diciembre del 2013	\$150.00

CAPITULO III

RESULTADOS

Resultado # 1

Comité formado y funcionando en el área de quirófano

Para cumplir con este resultado se desarrollaron las tres siguientes actividades:

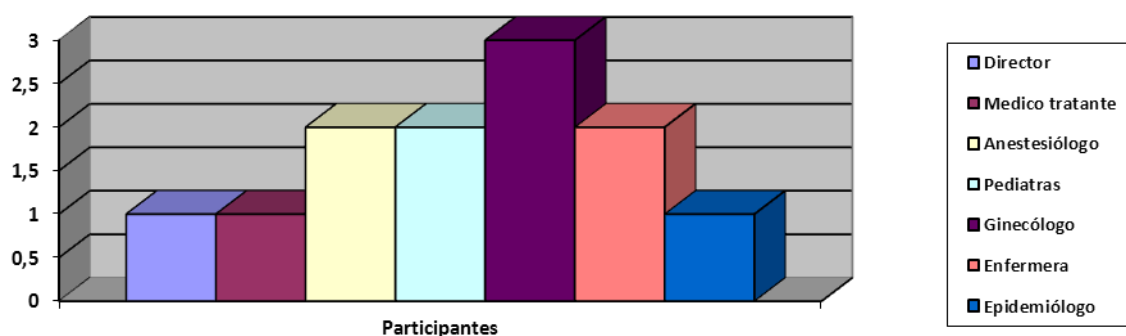
Actividad 1. Reunión con las autoridades del hospital y médicos tratantes de cirugía, anestesiología, pediatría, ginecología y obstetricia para socialización y aprobación del proyecto.

El día jueves 15 de agosto del 2013 nos reunimos en la dirección del Hospital con el personal de salud que labora en el centro quirúrgico para tratar asuntos inherentes al departamento, el mismo que está conformado por anestesiólogos, pediatras, cirujano, ginecólogos, epidemiólogo y enfermeras entre ella la autora del proyecto, contando con la participación del Director del hospital.

Luego de dar la bienvenida y agradecer la presencia del personal de quirófano, inmediatamente se procedió a socializar el proyecto de investigación para su aprobación, denominado “Mejoramiento de la calidad de Atención en Centro Quirúrgico del Hospital Aida León de Rodríguez Lara” el mismo que luego de sostener discusiones quedó aprobado en primer instancia por el director del hospital, contando con su respaldo incondicional para su ejecución, seguidamente lo aprobó el personal de quirófano. El Director de Hospital mencionó que es un proyecto importante y que a su vez permitirá mejorar la calidad de atención en el servicio (**Convocatoria de reunión ver apéndice 1**).

Representación gráfica de participantes

Grafico # 1



Fuente: Convocatoria a reunión.
Elaborado por: La autora

En el gráfico presentado se observa que participaron en la reunión inicial con autoridades: el Director del Hospital, 1 médico tratante de cirugía, 2 anestesiólogos, 2 pediatras, 3 ginecólogos y obstetras, 2 enfermeras en las que se incluye la autora del proyecto y 1 epidemiólogo. Es decir se contó con la participación de todo el personal médico del centro quirúrgico.

La realización de la actividad indicada contribuyó de manera directa al cumplimiento del resultado planteado, sin la cual habría sido imposible continuar con el desarrollo del proyecto.

Actividad 2. Presentación de evidencias relacionadas con el comportamiento actual en el quirófano del hospital.

El día jueves 29 de agosto del 2013, a partir de las 11h00, en el salón de actos del hospital nos reunimos con el personal de centro quirúrgico para tratar asuntos relacionados al departamento con la siguiente orden del día: Constatación del quórum, presentación de evidencias relacionadas con el comportamiento actual del quirófano siendo responsable de la exposición un interno de medicina. Luego de agradecer la participación de las autoridades el Hospital, se concluye la reunión.

Participaron en la presente actividad todos quienes conforman el personal del centro quirúrgico: médico tratante de cirugía, anestesiólogos, pediatras, ginecólogos y obstetras, enfermeras en las que se incluye la autora del proyecto y epidemiólogo.

Foto # 1.



Fuente: Reunión realizada con personal médico.
Elaborado por: La autora.

En la fotografía presentada se observa al personal médico y de enfermeras del centro quirúrgico que participa en la presentación de evidencias sobre el comportamiento actual en el quirófano, luego de la cual se sacaron conclusiones sobre los aspectos positivos y negativos que se presentan en el trabajo diario.

La actividad realizada permitió analizar la realidad actual del quirófano. Esto contribuyó a que el Comité establezca estrategias para el mejoramiento del funcionamiento del área del quirófano. Es decir, es una actividad que contribuye de manera directa a obtener el resultado planificado. **(Convocatoria de reunión ver apéndice 2).**

Actividad 3. Conformación del Comité del centro quirúrgico.

El personal médico y de enfermería se reunió en el salón de actos para conformar el Comité del centro quirúrgico. El Director de Hospital indicó que tratándose de un proyecto importante, que a su vez permitirá mejorar la calidad de atención en el servicio, se lo debe apoyar. Seguidamente y por votación se conformó el comité de centro quirúrgico, el mismo que se integró de la siguiente manera: un presidente que recae en la persona del cirujano, Dr. Fabián Jiménez; Vicepresidente, Dr. Luis Méndez, anestesiólogo del hospital, y Secretaria, Lic. Carmita Riera, enfermera del hospital.

La posesión del comité del centro quirúrgico se realizó el día jueves 29 de agosto del 2013, en el salón de actos de la institución, con la presencia del Director del Hospital, médico tratante de cirugía, anestesiólogos, pediatras, ginecólogos y obstetras, enfermeras, en las que se incluye la autora del proyecto y el epidemiólogo.

Miembros del Comité del centro quirúrgico

Foto # 2.



Fuente: Posesión del Comité del centro quirúrgico.
Elaborado por: La autora.

En la fotografía que antecede se observa al personal médico y de enfermería que participó en el acto de posesión del Comité del centro quirúrgico.

La actividad desarrollada permite que el resultado planificado se concrete en realidad y así se ha lo ha conseguido. **(Ver apéndice 3).**

Se elaboró las normas y reglamentos para el servicio de quirófano, que fueron entregados al director del Hospital, al Presidente y una tercera quedando de constancia en el área de quirófano **(ver anexo 4).**

Análisis del resultado 1

Resultado esperado. Comité de centro quirúrgico formado y funcionando en el área del quirófano.

Indicador. Comité del centro quirúrgico estructurado y funcionando hasta agosto del 2013.

Porcentaje alcanzado. 100 %.mediante el desarrollo de todas las actividades realizadas.

Resultado # 2

Personal de centro quirúrgico capacitado para brindar servicios de calidad con calidez.

Para el cumplimiento del resultado indicado se realizaron tres actividades, las mismas que se describen a continuación:

Actividad 1. Taller sobre atención y servicio al cliente.

Esta actividad se realizó en el salón de actos del hospital, el personal de centro quirúrgico se reunió para asistir al taller sobre atención y servicio al cliente que fue disertado por la Dra. Eulalia Beltrán, médico internista. También se cuenta con la asistencia de: Dr. Julio Jaramillo Director del hospital, Dr. Alex Torres Epidemiólogo y Dra. Jacqueline Villavicencio como invitados.

Luego de agradecer la presencia del personal convocado para el desarrollo de este taller se explicó la metodología de evaluación sobre esta capacitación, la presentación duro aproximadamente dos horas, cumpliéndose con éxito este primer tema quedando en el libro de actas del área de quirófano.

Programación del taller.

Taller N° 1.

Tema: Atención y servicio al cliente.

Asistentes: Personal médico y de enfermería del centro quirúrgico. Invitados especiales.

Fecha: 24 de octubre del 2013.

Duración: 2 horas.

Lugar: salón de actos del hospital.

Facilitadora: Dra. Eulalia Beltrán, Médico Internista del hospital.

Objetivo: Determinar las características de una buena atención y servicio al cliente.

HORA	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
11h00 a 11h10	Saludo y presentación. Presentación de objetivos del taller.	Proyector de imágenes. Computadora. Esferos. Copias de encuestas de evaluación inicial y final.	Se contó con la entusiasta participación de todo el personal médico y de enfermería.
11h10 a 13h00	Aplicación de encuestas de evaluación inicial. Presentación de diapositivas sobre la atención al cliente. Diálogo en parejas sobre la importancia del tema tratado. Establecimiento de acuerdos para mejorar la atención a los pacientes. Aplicación de encuestas de evaluación final. Ofrecimiento de un refrigerio. Agradecimiento y despedida.		

El tema desarrollado en el taller permitió profundizar el conocimiento que el personal tiene sobre la calidad de la atención al usuario. Condujo a reflexionar sobre los errores cometido y las maneras de evitar prácticas de mala atención. Todo lo analizado permite a los profesionales mejorar su rol y la calidad de su servicio.

Se recomienda poner en práctica los temas analizados en la atención que cada funcionario ofrece a los usuarios del área del quirófano de la institución. **(Convocatoria de reunión ver anexo 5), (lista del personal capacitado ver anexo 5.1), (medios audiovisuales ver anexo 5.2), (evaluaciones realizadas al personal antes y después de todas las capacitaciones realizadas con sus respectivos datos estadísticos y análisis ver anexo 5.3).**

Actividad 2. Taller sobre Estándares de calidad internacional

Esta actividad se realizó en el salón de actos del hospital, el personal de centro quirúrgico se reunió para asistir al taller sobre Estándares de calidad internacional que fue disertado por la Dra. Karla Rojas También se cuenta con la asistencia de: Dr. Julio Jaramillo, Director del hospital y del Dr. Alex Torres, Epidemiólogo, como invitados.

Luego de dar la bienvenida y agradecer la presencia del personal convocado para el desarrollo de este taller, se explicó la metodología de evaluación sobre esta capacitación, la presentación duro aproximadamente una hora y media, cumpliéndose con éxito este segundo tema, quedando en el libro de actas del área de quirófano.

Programación del taller.

Taller N° 2.

Tema: Estándares de calidad internacional.

Asistentes: Personal médico y de enfermería del centro quirúrgico. Invitados especiales.

Fecha: 28 de octubre del 2013.

Duración: 1,30 horas.

Lugar: Salón de actos del hospital.

Facilitadora: Dra. Karla Rojas, Médico Ginecólogo del hospital.

Objetivo: Analizar los estándares de calidad que se deben tomar en cuenta en el desempeño profesional del personal médico y de enfermería.

HORA	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
11h00 a 11h05	Saludo y presentación. Presentación de objetivos del taller.		
11h05 a 12h30	Aplicación de encuestas de evaluación inicial. Presentación de diapositivas sobre los estándares de calidad internacional. Diálogo en grupos sobre la importancia del tema. Establecimiento de acuerdos para mejorar la atención a los pacientes. Aplicación de encuestas de evaluación final. Ofrecimiento de un refrigerio. Agradecimiento y despedida.	Proyector de imágenes. Computadora. Esferos. Copias de encuestas de evaluación inicial y final.	Se contó con la entusiasta participación de todo el personal médico y de enfermería.

El tema tratado sirvió para analizar la realidad en la que se ejecuta el trabajo diario, relacionar con instituciones de otros países, establecer maneras de mejorar la atención y servicio al público.

Se recomienda poner en práctica los aprendizajes adquiridos en la atención que se ofrece a los usuarios del área del quirófano de la institución. **(Convocatoria de reunión ver anexo 5.4),(lista del personal capacitado ver anexo 5.5),(medios audiovisuales ver anexo 5.6),evaluaciones realizadas al personal antes y después de la capacitación con sus respectivos datos estadísticos y análisis 5.7).**

Actividad 3. Taller sobre trabajo en equipo

Esta actividad se realizó con el personal de centro quirúrgico se reunió para asistir al taller sobre trabajo en equipo que fue disertado por la Dra. Jaqueline Villavicencio, psicóloga clínica del hospital.

Luego de agradecer la presencia del personal convocado para el desarrollo de este taller, se explicó la metodología de evaluación sobre esta capacitación, la presentación duró aproximadamente dos horas y media, cumpliéndose con éxito este tercer taller, quedando en el libro de actas del área de quirófano.

Programación del taller.

Taller N° 3.

Tema: Trabajo en equipo.

Asistentes: Personal médico y de enfermería del centro quirúrgico. Invitados especiales.

Fecha: 29 de octubre del 2013.

Duración: 2,30 horas.

Lugar: Salón de actos del hospital.

Facilitadora: Dra. Jacqueline Villavicencio, psicóloga del hospital.

Objetivo: Analizar las ventajas y bondades que ofrece el trabajo en equipo para establecer compromisos de apoyo y solidaridad entre compañeros y poder ofrecer un mejor servicio a los usuarios.

HORA	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
11h00 a 11h10	Saludo y presentación. Presentación de objetivos del taller.		
11h10 a 14h30	Aplicación de encuestas de evaluación inicial. Presentación de diapositivas sobre el trabajo en equipo. Diálogo en tríos sobre la importancia del tema tratado. Establecimiento de acuerdos para mejorar la atención a los pacientes. Aplicación de encuestas de evaluación final. Agradecimiento y despedida. Ofrecimiento de un almuerzo de confraternidad y agradecimiento	Proyector de imágenes. Computadora. Esferos. Copias de encuestas de evaluación inicial y final.	Se contó con la entusiasta participación de todo el personal médico y de enfermería.

Los participantes desarrollaron conocimientos relacionados con el trabajo en equipo, analizaron sus ventajas y la forma de usarlos en situaciones laborales para mejorar la atención y servicio al público.

Se recomienda poner en práctica los aprendizajes adquiridos en la atención que se ofrece a los usuarios y comprometerse a colaborar con los compañeros cuando se necesario. **(Convocatoria de reunión ver anexo 5.8), (lista del personal capacitado ver anexo 5.9),(medios audiovisuales taller 5.10),(evaluaciones antes y después de las capacitaciones con sus respectivos datos estadísticos y análisis ver anexo 5.11.**

Análisis del resultado 2

Resultado esperado. Personal del centro quirúrgico capacitado brindando servicios de calidad con calidez.

Indicador. El 90 % de personal de quirófano capacitado con conocimientos, actitudes y prácticas de estándares de calidad internacional, hasta octubre del 2013.

Porcentaje alcanzado. 90 %.mediante la ejecución de las actividades planificadas.

Resultado # 3

Manual de instrumentación quirúrgica elaborado e implementado

Para el cumplimiento del resultado indicado se realizaron cuatro actividades, que se describen a continuación:

Actividad 1. Socialización con el personal del centro quirúrgico para elaborar el manual de instrumentación.

Esta actividad se realizó por convocatoria escrita, debidamente autorizada por el Sr. Director del Hospital.

Agenda de la reunión.

Tema: Socialización para elaboración del manual de instrumentación quirúrgica.

Asistentes: Personal profesional del hospital.

Fecha: 5 diciembre de 2013.

Duración: 2 horas.

Lugar: Salón de actos del hospital.

Coordinación: Lic. María Teresa Narváez, Enfermera del hospital.

Objetivo: Determinar pautas y estrategias para la elaboración del manual de instrumentación quirúrgica

HORA	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
11h00 a 13h00	Saludo y presentación. Presentación de objetivos de la reunión. Análisis de posibilidades y estrategias para elaborar manual de instrumentación quirúrgica. Establecer compromisos que permitan elaborar manual de instrumentación quirúrgica. Clausura de la sesión.	Folletos de manuales que se usan en otras instituciones. Copias de documentos varios.	El personal del hospital se encontró interesado en la elaboración del manual y ofreció su apoyo para realizarlo.

Los participantes demostraron gran interés y motivación para elaborar el manual y se comprometieron a apoyar en todo el proyecto hasta su culminación.

Se recomendó que el apoyo no debe ser solamente verbal sino que lo deben demostrar en todo el proceso de elaboración de manual.

Actividad 2. Elaboración de un inventario del instrumental del área quirúrgica.

Esta actividad se realizó por convocatoria escrita de la autora del proyecto, autorizada por el Sr. Director del Hospital.

Inventario realizado.

CANTIDAD	INSTRUMENTAL	TIPO DE CIRUGÍA
33	Equipo de plastia	Debridación.
33	Equipo de plastia	Limpieza quirúrgica
33	Equipo de plastia	Pastioplastias
33	Equipo de plastia	Exeresis
2	Pinzas adicionales	Exeresis
69	Equipo cirugía mayor	Colecistectomía
9	Pinzas adicionales	Colecistectomía
42	Pinzas para laparoscopia	Colelap laparoscópica
23	Pinzas para laparoscopia, pizas adicionales.	Colelap laparoscópica
50	Equipo de cirugía menor	Hernias
50	Equipo de cirugía menor	Hemorroidectomias
44	Equipo de cirugía mediana	Apendicetomías
33	Equipo de plastia	Hidrocelectomias
42	Cirugía menor	Cesárea
37	Equipo de cureñaje	Legrados
69	Equipo de cirugía mayor	Histerectomías
25	Equipo de cirugía menor	Ligaduras quirúrgicas
33	Equipo de plastia	Mastectomías
33	Equipo de plastia	Fibroadenoctomias
50	Equipo de cirugía menor	Marsupialización
50	Equipo de cirugía menor	Cistectomías

El hospital cuenta con el instrumental básico para realizar las cirugías señaladas; sin embargo, hace falta más instrumental para mejorar la atención en el área de quirófano. Cabe destacar que hay instrumental para atender un solo tipo de cirugía a la vez, razón por la cual no se podrían hacer intervenciones quirúrgicas simultáneas sobre el mismo caso.

La administración del hospital debería preocuparse para implementar con mayor instrumental el área de quirófano debido a que el existente es reducido.

Actividad 3. Elaboración y presentación del manual de instrumentación quirúrgica.

Esta actividad se realizó de manera consensuada con todo el personal de enfermería del hospital, de septiembre a noviembre del 2013.

Luego de haber elaborado el inventario y el manual del instrumental quirúrgico con el que cuenta el hospital, el personal no tendrá dificultades para darse cuenta del instrumental que se tiene y usarlos en las cirugías que corresponden. Esto permitirá agilizar la atención al paciente y evitará cometer errores que podrían poner en riesgo la vida de quienes acuden al hospital en busca de ayuda.

Se recomienda usar de manera adecuada el instrumental, cuidarlo y conservarlo de manera adecuada para que pueda ser utilizado cuando las circunstancias lo requieran.

Actividad 4. Entrega del Documentos definitivo del manual de instrumentación quirúrgica. .

Esta actividad se realizó por convocatoria escrita de la autora del proyecto, debidamente autorizada por el Sr. Director del Hospital.

Agenda de la reunión.

Tema: Entrega del Documentos definitivo del manual de instrumentación quirúrgica para enfermería.

Asistentes: Personal profesional del hospital.

Fecha: 12 diciembre de 2013.

Duración: 1 hora.

Lugar: Salón de actos del hospital.

Coordinación: Lic. María Teresa Narváez, Enfermera del hospital.

Objetivo: Entregar el manual de instrumentación quirúrgica para enfermería al personal médico y de enfermeras del hospital.

HORA	ACTIVIDADES	RECURSOS	OBSERVACIONES
12h00 a 13h00	Saludo y presentación. Presentación de objetivos de la reunión. Entrega formal del manual de instrumentación quirúrgica Refrigerio. Clausura de la sesión.	Folletos de manuales impresos.	El personal del hospital se mostró entusiasmado por la entrega del manual y se comprometió a usarlo con los cuidados debidos.

El personal médico y enfermeras del hospital demostraron satisfacción al recibir el manual y se comprometen a usarlo de manera adecuada en el trabajo que realizan.

Se recomienda usar de la mejor manera posible el documento recibido y tomarlo en cuenta en su trabajo. **(Ver apéndice 5.12)**

Análisis del resultado 3.

Resultado esperado. Diseñado e implementado el Manual de Instrumentación quirúrgica

Indicador. Manual elaborado e implementado y en uso en el área de quirófano hasta diciembre del 2013.

Porcentaje alcanzado. El 100% llevando a cabo con el cumplimiento de todas las actividades propuestas en este proyecto de intervención.

Análisis del propósito.

Propósito. Atención integral implementada en el Centro Quirúrgico del Hospital” Aida León de Rodríguez Lara” del Cantón Girón.

El proyecto desarrollado ha permitido ofrecer una atención integral y de Calidad con un centro quirúrgico Implementado y funcionando, mediante la conformación de un comité que regule y norme su funcionamiento, mediante la capacitación del personal en estándares de calidad y la elaboración del manual correspondiente, lo que ha sido alcanzado hasta Diciembre 2013.

Este indicador ha sido alcanzado en un 100 %

El propósito fue alcanzado por medio del cumplimiento de los siguientes resultados.

1. El Comité del centro quirúrgico ha sido formado y se encuentra funcionando en el área del quirófano desde agosto del 2013. Este resultado se ha conseguido en un 100 %.
2. El personal del centro quirúrgico ha sido capacitado para ofrecer a lo usuarios servicios de calidad y con calidez. Este resultado se ha alcanzado en un 90 %.
3. Se ha elaborado un manual de instrumentación quirúrgica el mismo que se encuentra en pleno proceso de aplicación y ejecución. Este resultado se ha alcanzado en un 100 %.

Análisis del fin.

Fin. Contribuir al mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes quirúrgicos atendidos Hospital “Aida León de Rodríguez Lara” del Cantón Girón.

Con el desarrollo del proyecto se ha conseguido que los pacientes quirúrgicos se encuentren satisfechos por la atención que ofrece el Hospital “Aida León de Rodríguez Lara” del Cantón Girón.

El Fin ha sido conseguido en virtud de haber alcanzado el propósito del proyecto direccionado a la atención integral implementada en el Centro Quirúrgico del Hospital” Aida León de Rodríguez Lara” del Cantón Girón.

CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.

Como conclusiones del presente proyecto de mejoramiento de la calidad de atención de los pacientes quirúrgicos atendidos en el Hospital “Aida León de Rodríguez Lara”, se plantean las siguientes:

1. Se ha formado y se encuentra en pleno funcionamiento el Comité de centro quirúrgico, con lo cual se pretende generar orden, cumplimiento de normativas, organización en el trabajo, disciplina en el desempeño del rol profesional de médicos y enfermeras, para mejorar la atención a los usuarios.
2. Se ha capacitado al personal que trabaja en el centro quirúrgico sobre la atención al cliente, estándares internacionales de calidad y trabajo en equipo, para que puedan fortalecer su rol profesional y así ofrecer un servicio de calidad y calidez que haga posible que los usuarios del hospital puedan sentirse satisfechos con la atención que se les ofrece.
3. Se ha logrado elaborar, de manera consensuada y participativa, un Manual de Instrumentación Quirúrgica para el área de quirófano, que servirá para optimizar y usar de manera cuidadosa y responsable los recursos técnicos que la institución posee con la finalidad de ofrecer a los usuarios una atención oportuna y eficaz.
4. Con la formación del Comité del centro quirúrgico, la capacitación al personal médico y de enfermeras y la elaboración del manual de instrumentación quirúrgica se ha implementado un proceso de atención integral en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara, del cantón Girón.
5. Mediante la ejecución práctica de las actividades del proyecto se logrado contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención de los pacientes del quirófano del Hospital Aida León de Rodríguez Lara, del cantón Girón.

RECOMENDACIONES.

De las conclusiones planteadas surgen las siguientes recomendaciones:

1. El Comité de centro quirúrgico debe evaluar de manera constante, la generación del orden en el trabajo, el cumplimiento de normativas, la organización, la disciplina en el desempeño del rol profesional de médicos y enfermeras, para poder mejorar la atención a los usuarios.
2. El personal médico y de enfermería, en el trabajo que realiza, debe aplicar los conocimientos analizados en los procesos de capacitación sobre atención al cliente, estándares internacionales de calidad y trabajo en equipo, para que puedan fortalecer su rol profesional y así ofrecer un servicio de calidad y calidez a los pacientes del hospital.
3. Tanto los médicos como las enfermeras del área de quirófano deben emplear el Manual de Instrumentación Quirúrgica, para agilizar el servicio a los usuarios y mantener ordenado y en buen estado de conservación los recursos técnicos que la institución posee, para evitar cometer errores en su manejo.
4. El personal que labora en la institución debe aplicar el proceso de atención integral implementado en el Hospital Aida León de Rodríguez Lara, del cantón Girón, a fin de que los usuarios se sientan satisfechos con la atención recibida.
5. Todo el personal médico como de enfermería del hospital debe demostrar su mejor esfuerzo para mantener en niveles altos la confiabilidad de los usuarios, reforzando las prácticas que permitan cumplir a cabalidad y con responsabilidad el rol profesional que a cada uno le toca desempeñar.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. [\(www.quirofano.net.\(2013\)\)](http://www.quirofano.net) Disponible en : <http://www.quirofano.net/normas-quirofano/normas-quirofano-y-legislacion.php>.
2. Buele.N. (2012). Diseño, Ejecucion y Gerencia de proyectos para la salud: trabajo de grado II. Iloja: EDILOJA.
3. Chiavenato.I. (2011). Administracion de recursos humanos. Mexico: Mc Graw hill.
4. Davila s. (2012). Teoria de la Organizaciones guia didactica, . Iloja: EDILOJA CIA LTDA.
5. Donald M. (1990). engenderhealth.org. Recuperado el septiembre de 2013, de engenderhealth.org: Disponible en:
6. <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/qi-for-emoc-liderazgo.pdf>.
7. GIRON.D. (2012). Archivos estadísticos del Hospital de Girón 2012. Archivos estadísticos del Hospital de Girón 2012 . GIRON, ECUADOR.
8. Lopez, D. G. (2008). medigraphic.com. Recuperado el septiembre de 2013, de medigraphic.com: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2008/cg084a.pdf>.
9. Lopez, . G. (2008). medigraphic.com. Recuperado el septiembre de 2013, de medigraphic.com: Disponible en:
10. <http://www./pdfs/cirgen/cg-2008/cg084a.pdf>.
11. LOSEP, 2. (2006). ESPE.EDU. Recuperado el SEPTIEMBRE de 2013, de ESPE.EDU:<http://www.espe.edu.ec/portal/files/regres/leyes/losep.pdf>.
12. Manual.org, d. d. (s.f.). definicion.org. Recuperado el septiembre de 2013, de definicion.org: Disponible en:
 - a. <http://www.definicion.org/manual>.

13. Ministerio de Salud: Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, e. d. (s.f.). estándares de calidad para el primer nivel de salud. Recuperado el septiembre de 2013, de estándares de calidad para el primer nivel de salud: Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/otros/EstandarHosp2003.pdf
14. Morocho, E. (1998). Historia del canton Giron . Giron: Atlntica.
15. MSP, I. (2012). INSTITUCION.MSP.GOB. Recuperado el SEPTIEMBRE de 2013, de INSTITUCION.MSP.GOB: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
16. Pérez, D. E. (2012). actamedica.sld. Recuperado el septiembre de 2013, de actamedica.sld: Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_12/seguridad.htm.
17. PLAN DE DESARROLLO ESTRATEGICO DEL CANTON GIRON. (2008). Recuperado el SEPTIEMBRE de 2013, de PLAN DE DESARROLLO ESTRATEGICO DEL CANTON GIRON: http://www.undp.org.ec/art/frontEnd/images/objetos/PRIORIDADES_ART_AZUAY_LR_1.pdf.
18. Pública, I. N. (1990.). Garantía y monitoria de la calidad de la atención medica. México. quirofano. (s.f.). quirofano.net. Recuperado el septiembre de 2013, de quirofano.net: Disponible en: <http://www.quirofano.net/normas-quirofano/normas-quirofano-y-legislacion.php>.
19. Quirofano. (s.f.). quirofano.net. Recuperado el septiembre de 2013, de quirofano.net: Disponible en: <http://www.quirofano.net/normas-quirofano/normas-seguridad-paciente.php>.
20. Quirofano. (s.f.). quirofano.net. Recuperado el septiembre de 2013, de quirofano.net: Disponible en: <http://www.quirofano.net/enfermeria-quirofano/tecnicas-lavado-quirurgico.php>.

21. Quirofano. (s.f.). quirofano.net. Recuperado el septiembre de 2013, de quirofano.net: Disponible en: <http://www.quirofano.net/el-quirofano/quirofano.php>.
22. Quirofano.net. (2013). quirofano.net. Recuperado el septiembre de 2013, de quirofano.net: Disponible en: <http://www.quirofano.net/el-quirofano/manual-quirofano.php>.
23. Real, B. (2003). Manual de enfermería quirúrgica Galdakan. País Vasco.
24. Sappia, D. (2007). Guía de estudios de cirugía general . Colombia: Colombia cap.III.
25. Trabajo, G. (2002). Normas de actuación en el quirófano. Palmas: celadores.
26. Vitolo, F. (2006). Comunicación efectiva en el quirófano. jama277:553557.
27. González JM, Blanco JM, ayuso E, recuero E, cantero M, Sainz E, peláez . r. (2003). Epidemiología de las úlceras por presión en un hospital de agudos. rev . Calidad asistencial.
28. Guía de autoevaluación para la administración pública. (1999). Modelo Europeo de gestión de calidad. Ministerio de administraciones públicas. Madrid.
29. Horovitz J. (1991) la calidad del servicio. a la conquista del cliente. Madrid: Mc Graw-Hill.
30. Donabedian, A. "Seminario sobre Garantía de Calidad. Esquemas de Conferencias y materiales ilustrativos". Preparado por A. Donabedian e impreso por Comisión Organizadora, Buenos Aires, mayo 1993.

ANEXOS

**FOTOS DE LAS REUNIONES PARA LA CAPACITACIÓN Y DE LOS TALLERES
IMPARTIDOS AL PERSONAL DEL HOSPITAL**

Foto # 3



Foto # 4



Foto #5



Foto # 6



Foto #7



Apéndice # 1



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal de Salud No.6
Distrito de Salud 01D03
Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"



CONVOCATORIA DE REUNION

SE CONVOCA A TODO EL PERSONAL DEL CENTRO QUIRÚRGICO A UNA REUNION CON EL CARÁCTER DE ORDINARIA, A REALIZARSE EL DIA JUEVES 15 DE AGOSTO A LAS 9H00 EN LA DIRECCION DE HOSPITAL CANTONAL DE GIRON, PARA TRATAR ASUNTOS INHERENTES RELACIONADOS AL DEPARTAMENTO DE QUIRÓFANO.

ASISTENTES

Dr. Julio Jaramillo (Director).....
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo.).....
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga.).....

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 2275377
Email: hospigiron@hotmail.com
Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay/

Apéndice # 2



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal de Salud No.6
Distrito de Salud 01D03
Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"



CONVOCATORIA DE REUNION

SE CONVOCA A TODO EL PERSONAL DEL CENTRO QUIRÚRGICO A UNA REUNION CON EL CARÁCTER DE ORDINARIA, A REALIZARSE EL DIA JUEVES 29 DE AGOSTO A LAS 11H00 EN EL SALÓN DE ACTOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRÓN, PARA LA EXPOSICIÓN DEL TEMA "EVIDENCIAS DEL COMPORTAMIENTO ACTUAL EN QUIRÓFANO".

ASISTENTES

Dr. Julio Jaramillo (Director).....
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo.).....
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga.).....

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 2275377
Email: hospigiron@hotmail.com
Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay/

Apéndice # 3.

Acta N. 1

En el día 15 de agosto del año 2013 a las 9 am ,se procede a instalarse la reunión para realizar la conformación del comité del centro quirúrgico ., contando con la presencia de las siguientes personas :

Dr . Julio Jaramillo

Dr. Alex Torres

Dr. Luis Méndez

Dr. Fabián López

Dr. Pablo Sigüenza

Lcda. María Teresa Narváez

Lcda. Carmen Riera

Da la bienvenida a los presentes el Dr. Alex Torres enunciando el siguiente orden del día.

1.- Constatación del quórum

2.-Conformación del Comité del Centro Quirúrgico

3.- Varios

1.- Desarrollo.- Se realizó la constatación contando con la presencia de la mayoría de las personas convocadas se procede a la reunión.

2.- Conformación.- La conformación del Centro Quirúrgico por decisión unanime queda conformado de la siguiente manera:

Dr.- Fabián Jiménez Presidente

Dr.- Luis Méndez Vicepresidente

Lcda.- Carmen Riera Secretaria

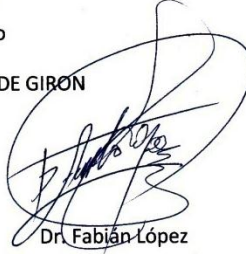
3.- Varios.- Licenciada María Teresa Narváez dio a conocer su anteproyecto de tesis con el tema "Mejoramiento de la calidad de atención en el área de quirófano", sus objetivos generales y los objetivos específicos.

Se da por finalizada la reunión a las once de la mañana, para constancia firman:



Dr. Julio Jaramillo

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE GIRON



Dr. Fabián López

MEDICO GINECOLOGO

Dr. Alex Torres
COORDINADOR DEL HOSPITAL



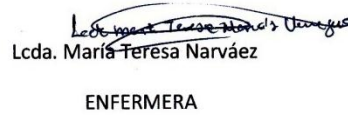
Dr. Fabián Jiménez
MEDICO CIRUJANO



Dr. Luis Méndez
MEDICO ANESTESIOLOGO



Dra. Yesenia Toledo
MEDICO PEDIATRA



Lcda. María Teresa Narváez
ENFERMERA



Dra. Carla Rojas
MEDICO GINECOLOGO



Lcda. Carmen Riera
ENFERMERA

Apéndice # 4

NORMAS Y REGLAMENTOS GENERALES DENTRO DEL QUIROFANO

Organización y procedimientos:

El Proceso de Quirófano tiene como función principal, ofrecer la mejor asistencia Anestésico - Quirúrgica para el paciente; requiere personal de diferentes especialidades, que deben sujetarse estrictamente y sin excepción, a Normas y Reglamentos previamente establecidos para el mejor funcionamiento de las Salas de Operaciones. El Proceso de Quirófano forma parte del Macro proceso de Atención Médica de Urgencias (AMU). Se desarrolla en una Área Física con los Recursos Materiales y Humanos para realizar actividades Pre anestésicas, Anestésico - Quirúrgicas y de Recuperación. (.net)

Normas del quirófano y legislación quirúrgica: Aspectos éticos, legales y de responsabilidad del equipo quirúrgico. El bienestar, la salud y la seguridad del paciente constituyen el objetivo fundamental de la atención médica. Un comportamiento incorrecto o una actuación inadecuada pueden causar daño en el paciente, produciéndole lesiones de diferente gravedad. El equipo quirúrgico tiene una responsabilidad legal por sus actuaciones sobre el paciente. Cada miembro es responsable de los daños que cometa. Es importante conocer las obligaciones legales del equipo, la responsabilidad profesional (quirofano, quirofano.net)

Obligaciones legales

Ser legalmente responsable es tener un compromiso legal, adquirido por la profesión que cada miembro del equipo ejerce. Este compromiso puede ser reparar un daño que se produzca por una actuación sobre el paciente y responder por ello.

Un daño es un perjuicio legal cometido por una persona que produce lesión en otro individuo. Pueden promover un juicio civil.

La causa principal de demandas por negligencia profesional, es la lesión médica iatrogénica o lesión sufrida por el paciente en el transcurso de su tratamiento médico. Una regla legal general es que cada persona es responsable de los daños que cometa. Estas demandas pueden solucionarse en un juicio civil, pero dependiendo de la gravedad de la lesión y el grado de la falta, pueden pasar a un juicio penal.

Los tribunales reconocen que el cirujano no tiene el control sobre los actos de enfermeras y técnicos. El cirujano es responsable de aquellas actuaciones de los miembros del equipo cuando tiene la obligación de controlar la forma en que esos miembros realizan una función determinada. Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas y prácticas establecidas por los decretos sobre las profesiones sanitarias, organizaciones profesionales e instituciones reguladoras.

Si una actuación sanitaria se realiza por un equipo de profesionales, se organizará de forma jerarquizada según los conocimientos, competencia y titulación de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta, confianza y conocimiento de las aptitudes de sus miembros.

Responsabilidad profesional

La responsabilidad es la obligación que la persona tiene de responder por las actividades que realiza en función de su actividad profesional y su experiencia. Los enfermeros deben responder a los pacientes, al hospital, a la profesión y a sí mismos y a otros miembros del equipo.

La responsabilidad está relacionada con la eficacia y la eficiencia. Los pacientes exigen una atención de calidad. El registro de los cuidados que se proporciona puede reflejar la eficacia o proteger la responsabilidad legal, cuando ocurra un incidente fuera de lo normal.

La enfermería de quirófano tiene que contemplar las actividades sistemáticas que van dirigidas al plan de cuidados individualizado del paciente. Es una práctica fundamental registrar los cuidados del paciente.

NORMAS GENERALES

1. Todo personal asignado al Quirófano, debe permanecer en el mismo durante su jornada de trabajo y ausentarse solo con autorización de su jefe inmediato.
2. Todo personal sin excepción, que circule de Área Negra a Gris y Blanca, deberá portar Uniforme Quirúrgico, Gorro, Cubre boca y Botas.

3. Es responsabilidad de la Enfermera, ingresar al paciente con: Identificación, ropa adecuada para Quirófano, sin objetos personales o prótesis y con expediente, exámenes y estudios preoperatorios.
4. El Anestesiólogo, el Cirujano, los Ayudantes, la Enfermera Instrumentista y la Enfermera Circulante, deberán estar presentes 15' antes de la hora programada para el inicio de la intervención. Se deberá respetar el horario de programación.
5. El Expediente Clínico deberá incluir el formato: Consentimiento con Información debidamente requerida.
6. El Coordinador de Quirófano, deben registrar las modificaciones a la programación, informando al personal involucrado.
7. No se permite introducir alimentos o bebidas al área.
8. Los procedimientos con Rayos x deberán realizarse con estricto control y protección para el paciente y el personal.
9. Las intervenciones sépticas electivas, deberán realizarse al final del programa, el personal que realice la intervención, deberá efectuar los procedimientos de protección y desinfección correspondientes, antes de salir de la sala de operaciones, observar las técnicas de aislamiento para éstos casos.
10. El Anestesiólogo, el Cirujano y la Enfermera Circulante, realizarán los registros correspondientes al inicio y término de cada Intervención Quirúrgica.
11. Verificará y registrará la Enfermera Circulante, el consumo de Material Quirúrgico, Medicamentos, Prótesis.
12. El Expediente Clínico debe estar con el paciente al ingresar a Quirófano, debe constar: de Historia Clínica elaborada con claridad, fecha, hora, nombre y firma de quien la elaboró, Laboratorio, ECG, Rayos x, Consentimiento con Información, Solicitud de Cirugía, Notas Clínicas, etc.
13. El alta del paciente de recuperación post - anestésica, se hará con base en la escala de Aldrete.

- 14.** Todo el personal deberá cumplir con las disposiciones contempladas en el Reglamento del Cuerpo Médico y en las Normas Oficiales de la Secretaría de Salud y del Medio Ambiente.
- 15.** La Programación Quirúrgica para el día siguiente será elaborada por la Jefa de Enfermeras, el Jefe y el responsable del Quirófano a las 12 horas del día hábil anterior. Se tomarán en cuenta los siguientes puntos:
- a) Solicitud de cirugía debidamente requerida por el Cirujano avalada con su Nombre y Firma.
 - b) Consentimiento con información debidamente requerida
 - c) Historia Clínica del paciente debidamente requerido.
- 16.** La programación se elaborará en la computadora y se imprimirán 3 copias para:
- a) La original para el responsable de Quirófano.
 - b)** Copia para Enfermería.(trabajo, 2002)

NORMAS ESPECÍFICAS DEL EQUIPO QUIRURGICO

NORMAS DE LA ACTUACIÓN DEL CIRUJANO:

- Debe desarrollar y ejercitar su criterio, lo que permitirá tomar decisiones rápidas y seguras en los momentos necesarios situaciones imprevistas o complicaciones que obliguen a variar los pasos de la cirugía).
- Debe trabajar rodeado de las mejores condiciones: buena luz, buen instrumental, lencería suficiente, adecuada anestesia, debiendo haber previsto con anterioridad todos los elementos que utilizaría durante el acto quirúrgico.
- Debe trabajar con orden y minuciosidad.
- No debe realizar una cirugía careciendo del conocimiento de la patología y/o de la técnica que debe aplicar.
- Debe exigir orden y trabajo sistemático a todo el equipo y señalar los errores a quienes lo asisten, pues es el responsable de su formación y perfeccionamiento.
- Debe tratar de realizar los llamados de atención sin humillar a los componentes del equipo (usar tono severo pero cordial).
- Debe conocer al detalle el trabajo de todos los integrantes del equipo para poder corregirlos y entender las dificultades que puedan presentárseles.
- Todo el instrumental que utilice debe devolverlo a la instrumentadora. Es de mala técnica dejar el instrumental sobre la mesa de operaciones.
- No debe realizar maniobras ciegas, reconocer bien lo que se incide o se disecciona; no se deben realizar maniobras incompletas.
- El trabajo del cirujano debe ser minucioso; con los progresos de la anestesia no tienen ya sentido las antiguas maniobras realizadas con la velocidad de un prestidigitador, Lo recomendable es el trabajo minucioso sin pérdida de tiempo.
- Al pedir instrumental no debe desviar la vista de la herida, es la instrumentadora quien debe ir hacia el cirujano, debiendo solicitarlo en voz alta y clara, presentando la mano de manera que ésta pueda entregar lo pedido.
- Es conveniente que el cirujano se haga el tiempo necesario para hacer la crítica o elogio de la acción a cada uno de los componentes de equipo, una vez finalizada la cirugía.(Sappía, 2007)

NORMAS DE LA ACTUACIÓN DEL PRIMER AYUDANTE:

- Es la segunda autoridad del equipo. Debe conocer la operación perfectamente y facilitar el trabajo al cirujano, adelantándose a las necesidades de éste.

- Trabaja enfrente y algo hacia la derecha del cirujano. Cuando no hay Segundo Ayudante trabaja enfrente del cirujano.
- Es quien suministra el instrumental al Segundo Ayudante.
- No debe extralimitarse realizando maniobras que sólo competen al cirujano.
- Colabora con el cirujano en la colocación de los paños de campo.
- Puede pedir a la instrumentadora lo que necesita en voz alta, pero lo ideal sería que solo hablara el cirujano, utilizando entonces un lenguaje de gestos que está perfectamente reglado y codificado.

NORMAS DE LA ACTUACIÓN DEL SEGUNDO AYUDANTE:

- Su función principal es sostener los separadores (separadores dinámicos).
- Corta las ligaduras cuando el Cirujano y el Primer Ayudante hacen hemostasia en serie.
- No debe hablar en el transcurso de la cirugía.
- Recibe el instrumental del Cirujano y el Primer Ayudante, no debe hacerlo directamente de la instrumentadora.
- Su accionar no debe entorpecer el trabajo del Primer Ayudante.
- Generalmente trabaja a la derecha del Primer Ayudante, exceptuando situaciones que requieran un cambio de posición.
- Debe realizar todo lo que le indique el Cirujano y el Primer Ayudante.

NORMAS DE LA ACTUACIÓN DE LA INSTRUMENTADORA:

Este puesto puede ser ocupado por un varón o mujer, indistintamente. Su trabajo, si es correcto y eficiente, da mayor velocidad y orden al trabajo del cirujano, pues debe atender todos los trastornos que se presentan y que no atañen directamente a las maniobras operatorias. Alivia al cirujano permitiéndole no distraer su atención de la herida. Es el/la jefe/a de las enfermeras del quirófano, debiendo solucionar todos los problemas que éstos le planteen y mandarlos en todo lo que necesite.

Su negligencia puede convertirla en una molestia y no en una ayuda como debería ser. Su acción le permite al cirujano no desviar la vista de la herida y no distraer así su atención de la misma.

- Deberá conocer en detalle la cirugía en la que participará para preparar todo lo necesario y prever toda complicación posible.
- Debe tratar, en lo posible, de resolver los problemas que se presentan sin complicar al cirujano.

- Debe ingresar al quirófano antes que el cirujano y el paciente para tener todo listo y preparado antes de la entrada de éstos.
- El armado de la mesa debe hacerlo en un orden habitual y sistemático.
- Una vez lista la mesa no se alejará de su puesto, salvo expresa orden del cirujano.
- Al pasar el instrumental deberá ir de su mano a la del cirujano.
- Debe facilitar y acelerar el ritmo de la cirugía.
- No discutirá órdenes ni opiniones del cirujano y ayudantes.
- No se distraerá con hechos extra operarios y hablará solo lo indispensable.
- Debe pasar el instrumental de manera que el Cirujano sienta que lo tiene en su mano (recordar que el Cirujano no la mira, sino que sólo tiende la mano para recibir lo pedido).
- Seguirá la cirugía atentamente, adelantándose a las necesidades del Cirujano o Ayudantes.
- Todo el material devuelto a la mesa debe ser limpiado con una gasa antes de colocarlo en su lugar.
- Mantendrá la mesa lo más ordenada y limpia posible, para que al final de la cirugía esté igual que al principio.
- Terminada la operación colaborará en el vendaje de la herida quirúrgica asistida por la enfermera del quirófano; supervisará y/o lavará el instrumental ayudada por el circulante y chequearán que el quirófano y la caja de instrumental queden en orden.

NORMAS DE LA ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA DEL QUIRÓFANO O CIRCULANTE.

- Se encuentra bajo las órdenes directas del/la Instrumentador/a.
- Debe preparar el quirófano para la cirugía a realizar: lencería, instrumental, guantes y vestimenta estéril, suturas, gasa, una bandeja con antiséptico, una bandeja para retirar la pieza proveniente de la cirugía.
- Preparará, el aspirador, el instrumental especial. Antes de la operación debe realizar el control de todo el equipo eléctrico para asegurarse su funcionamiento.
- Ayudará al Anestesiólogo en la tranquilización del paciente.
- Realizará, en la sala de preparación del paciente, todos los pasos previos que correspondan a la antisepsia del campo operatorio.
- Ayudará a la instrumentadora a vestirse asépticamente y luego en todo lo que ésta necesita para la preparación de la mesa.
- Estará atenta durante toda la cirugía (que por supuesto debe conocer y seguir atentamente) a cualquier situación imprevista que se presente a la instrumentadora o al cirujano.

- Cuidará de no contaminar lo que deba manipular, si esto sucede debe avisar, aunque tema la reprimenda, para evitar una complicación postquirúrgica. Su acción correcta y eficiente es también necesaria para el buen desarrollo de la intervención y el posterior buen resultado.
- Una vez finalizada la cirugía, debe limpiar bien la zona de la herida y colaborar con el / la instrumentador/a en el vendaje de la misma. Ayudará a el/la instrumentador/a en el lavado y secado del instrumental.

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

- Las actuaciones de enfermería en un quirófano podemos destacar las siguientes indicaciones relativas a procedimientos:
- La identificación del paciente. Comienza en las unidades de hospitalización, se debe comprobar a su llegada al quirófano si es posible pedirle al paciente que pronuncie su nombre. Verificar su tarjeta identificativa, contrastarla con el parte quirúrgico y con su historia clínica.
- Las pertenencias personales. Pueden acompañar al paciente cuando llega al quirófano y se deben etiquetar registrando sus datos personales y nº de cama del hospital, colocándolas en un recipiente rígido.
- Colocación del paciente según la técnica quirúrgica, basándonos en principios de seguridad y confort. Deben estar registrados los soportes, para evitar lesiones en su piel.
- Principios de asepsia y técnicas estériles. Antisépticos y desinfectantes que se utilizan. La desinfección de la piel está definida para cada tipo de intervención.
- Recuento de material utilizado. Gasas, compresas, torundas, linternas, así como instrumental quirúrgico. Debe estar estandarizado para cada tipo de cirugía.
- Tipos de instrumental y aparataje necesarios durante la cirugía. Todos ellos tienen que utilizarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante y debe existir un conocimiento de las características técnicas y manejo.
- El envío de muestras a los diferentes laboratorios: de bioquímica, banco de sangre, anatomía patológica, microbiología, también ha de estar estandarizado, tanto en el recipiente en el que se envían como en el circuito correcto de esas muestras.

NORMAS DE COMPORTAMIENTO ANESTESISTA.

Es el responsable de la anestesia del paciente. No debe estar vestido en forma aséptica.

- Realiza la canalización del paciente.
- Interviene en la preparación del campo operatorio.

- Da la orden para el comienzo de la cirugía.
- Ayuda a la sujeción del paciente en la mesa operatoria, tratando de que el mismo tenga la mejor posición.
- Debe monitorear permanentemente al paciente y llevar una planilla anestésica donde figurará la evolución intraoperatorio de todos los parámetros vitales.
- No se debe retirar de la mesa anestésica mientras dure la intervención. Finalizada la cirugía debe seguir monitoreando al paciente hasta que logre una completa recuperación.
- Debe realizar un informe mencionando si hubo alteraciones pre, intra o post operatorias de los parámetros normales.(Real, 2003)

REGLAS GENERALES DEL QUIRÓFANO

Existen principios que constituyen las bases del éxito en todo procedimiento quirúrgico. se debe tener un seguimiento riguroso y estricto de las reglas de asepsia que son parte integral de la técnica quirúrgica.

Las reglas de conducta en el área quirúrgica:

1. reconocer cuales objetos y cuáles no lo están para su manejo adecuado.
2. No poner en contacto con otros, ya que esto contaminara a los objetos estériles.
3. cuando se produce una contaminación detener inmediato el procedimiento y sustituir o desechar este material.

Dentro de la sala de operaciones se deben reconocer los roles de las personas de acuerdo con su labor:

1 grupo estéril.

Formado por el instrumentista, el cirujano y los asistentes. Son las personas que realizan el procedimiento quirúrgico.

2 Grupo no estéril.

Lo forman las personas que sirven de apoyo para el procedimiento: el anestesiólogo, las enfermeras circulantes, el personal necesario para el mantenimiento de las instalaciones. (quiropfano, quiropfano.net)

ATUENDO QUIRÚRGICO

La ropa para vestir en el quirófano debe estar confeccionada con material libre de pelusas, resiste ente a la electricidad estática y a las llamas. Cuando se colocan los pantalones no se debe permitir que toquen el piso. Ya que se contaminarían con polvo y bacterias.

Deben ser lo suficiente mente cortas como para poder realizar un adecuado lavado de manos y brazos, y para evitar que se mojen durante el lavado. El cabello es vector importan red de bacterias. Deben usarse gorros quirúrgicos en toda el área quirúrgica. El gorro reúne los mismos requisitos de seguridad debe ser puesto antes para evitar la caída de bacterias es necesaria la protección ocular cuando hay riesgo de salpicaduras contaminantes o cuando se emplean instrumentos láser, porque el reflejo del rayo sobre el instrumental quirúrgico puede caer directamente en la retina y dañarla Igualmente debe protegerse al equipo médico contra radiación.

Las mascarillas se utilizan en las zonas restringidas de la sala de operaciones, confeccionados con material libre de pelusas y diseñados para filtrar material. La respiración es una de las mayores fuentes de contaminación en la sala de operaciones, los cubre bocas deben estar ajustados de manera tal que no permitan el escape de la respiración por el costado

Las (botas) deben ser empleadas en todo momento por el personal quirúrgico en las áreas blanca y gris. Si es necesario salir del departamento quirúrgico deben ser descartados y colocar un juego limpio antes de reingresar. La bata se coloca después del lavado quirúrgico y los guantes después de la bata.

PREPARACION INICIAL.

LAVADO DE LAS MANOS.

El objetivo que se persigue es que las manos estén limpias y libres, de gérmenes, ya que no se puede conseguir una completa esterilización de ellas. El lavado quirúrgico va encaminado a eliminar la flora transitoria mediante un procedimiento mecánico y químico con el uso de agentes antis sépticos, es importante disminuir en lo posible la concentración de la flora residente.

El tiempo correcto del lavado depende de la solución utilizada, cuando se emplea la yodopovidona es de 10 minutos para ambas extremidades. Otras soluciones antisépticas

son el clorhidrato de dorohehidina, el hexaclorofeno y el triclosán, que requieren de un tiempo menor (5-7 minutos).

El lavabo se encuentra siempre adyacente a la sala de operaciones, tiene a disposición agua corriente. Las jaboneras también son accionadas con mecanismos hidráulicos de pedal, los cuales proporcionan la sustancia antiséptica. Las más utilizadas están los derivados del yodo y el triclosán.

El orden del lavado es: primero se cepillan las uñas. Después cada dedo por cada una de sus caras, empezando por el pulgar, posteriormente los pliegues interdigitales; se continúa con la mano, el puño y el antebrazo hasta cinco centímetros por arriba del codo, con movimientos circulares en toda su circunferencia. Los movimientos son cortos y firmes; el cepillo que ha llegado hasta el codo ya no regresará a la mano sin ser enjuagado.

Técnica

- Localizar los cepillos, el jabón y los limpiadores de uñas.
- Humedecer las manos, los antebrazos y los codos. Las manos deberán estar siempre más alto que los codos.
- Lavar las manos y los brazos con jabón antiséptico.
- Cepillar primero las uñas, después cada lado de cada dedo, luego entre los dedos, el dorso y la palma de la mano derecha, nunca regresar al lugar lavado.
- Proceder a cepillarse el brazo hasta 4cm por arriba del codo, manteniendo todo el tiempo la mano más alta que el brazo. Esto previene que el jabón y el agua con bacterias contaminen la mano.
- Repetir el proceso con la mano y con el brazo izquierdo.
- Enjuagar la mano derecha y el brazo derecho tallado, jumo con el cepillo, pasándolos por el agua en una sola dirección, desde la punta de los dedos hasta después de los codos.
- Pasar el cepillo a la mano izquierda y repetir el tallado en la mano enjuagada (derecha), pero el tallado será hasta el nivel de los codos.
- Enjuagar la mano y el brazo izquierdos y el cepillo; se pasa a la mano derecha y cepilla la mano y el brazo izquierdos hasta el nivel del codo.
- Repetir el método, pero hasta 4 cm por abajo del codo.
- Dejar caer el cepillo. Enjuagar las manos y los brazos y dirigirse a la sala de operaciones, siempre sosteniendo las manos por encima de los codos

Las manos y los puños se lavan tres veces, los antebrazos dos y el codo una vez. El cepillo se ha dejado caer en el lavabo, sin bajar las manos, las cuales se mantienen a la altura del pecho y sin tocar el cuerpo. Se pasa a la sala de operaciones, procurando no tocar ya ningún objeto, la puerta se abrirá empujándola con el cuerpo, ya sea de lado o con la espalda.

SECADO DE LAS MANOS

- Introducir la mano en el paquete estéril y tomar la toalla, sin gotear agua sobre el paquete.
- Utilizar un extremo para secar una mano, con técnica de esponjeo.
- Rotar el brazo mientras se procede a secarlo, trabajando desde la muñeca al codo.
- Una vez que el brazo está seco, voltear la toalla y tomar el extremo opuesto de la toalla con la mano seca y secar la otra.
- Secar el brazo utilizando el movimiento rotatorio.
- Proseguir hasta el codo, no se debe regresar al lugar ya seco.
- La toalla debe ser desechada. No se debe tocar con la toalla las mesas estériles
- Se debe recordar que un extremo de la toalla seca primero una extremidad, empezando con los dedos, después la mano, el puño y el antebrazo hasta el codo. El otro lado se seca de igual manera con el extremo no usado de la toalla.
- Una vez que se ha llegado a secar hasta el codo no se regresará la toalla a la mano.
- Después de terminada la maniobra anterior la toalla se desecha dentro de depósitos que hay en la sala.
- Una vez terminado el secado se mantienen las manos en alto para esperar el siguiente paso que es el vestido con la ropa estéril.(quirófano, quirofano.net)

VESTIDO Y ENGUANTADO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES.

Colocación de la bata quirúrgica por uno mismo.

Técnica Autónoma.

- Tomar la bata firmemente y sacarla de la mesa. La bata ha sido doblada de manera tal que el interior quede hacia fuera.
- Sosteniendo la bata por los hombros. Pero por la parte interna. Despléguela suavemente, sin sacudir, No tocar con las manos la cara externa de la bata
- Ubicar las manos dentro de los agujeros de las mangas y deslizar cada brazo a través de ellas elevando y separando los brazos. No permitir que las manos salgan de los puños
- La enfermera circulante ayudan tirando de la bata por sobre: los hombros y atando las cintas por atrás.
- Colocación de la bata quirúrgica por otro miembro del equipo Técnica asistida. La enfermera instrumentista viste al cirujano después del lavado y secado de manos. La técnica asistida de vestido al cirujano y auxiliares se inicia cuando la instrumentista.
- Desdobla la bata desplegándola con suavidad, asegurándose de que exista suficiente espacio como para evitar la contaminación con un equipo no estéril.
- Toma la bata de manera tal que el interior quede hacia el cirujano y se la ofrece exponiendo la superficie que ha de estar en contacto con su cuerpo, con lo que se hacen visibles los orificios de las mangas para introducir las manos en ellas. La enfermera sostiene la bata a la altura de los hombros.
- El cirujano coloca sus brazos en las mangas y la enfermera desliza la bata hasta el tercio proximal de los hombros. Las manos no deben salir de las mangas.
- La enfermera circulante ayuda colocando la bata hacia arriba, hasta los hombros (siempre tocándola por dentro) y atando las cintas
- El cirujano descubre las manos, teniendo cuidado de no tocar nada que pueda contaminar.

COLOCACIÓN DE GUANTES POR UNO MISMO

Técnica cerrada.

- Trabajando a través de la manga de la bata, (tomar el guante derecho de su envoltorio con la mano izquierda, apoyar la palma del guante sobre el puño de la bata (cara palmar de la mano derecha) y los dedos del guante apuntando hacia

Usted Trabajando con la manga izquierda. Tomar el puño del guante derecho y desdoblarlo sobre la porción inferior de la manga. El puño del guante está colocado sobre el puño elástico de la bata mientras la mano está dentro de la manga. Tomar la porción del puño con la mano izquierda y desdoblarlo sobre la parte inferior de la manga y mano derechas. El puño del guante ahora está colocado sobre el puño elástico mientras la mano está dentro de la manga.

- Tomar la porción superior del guante derecho y la manga subyacente con la mano izquierda cubierta. Tirar del guante sobre los dedos hasta que cubra por completo el puño de la bata.
- Con la mano derecha enguantada. Tomar el guante izquierdo y colocarlo sobre la palma de la mano izquierda. Luego. Con la mano derecha. Tomar la porción inferior del puño. Por arriba de la palma y desdoblarlo sobre la manga y la mano izquierda. El puño del guante izquierdo queda colocado sobre el puño elástico de la manga mientras la mano permanece dentro de ella.
- Con la mano derecha tomar la porción superior del guante izquierdo y la manga, y al tirar hacia arriba la manga y del guante se acomodan en la mano. Nunca permitir que la mano descubierta toque el borde del puño de la bata o el exterior del guante.

Técnica Abierta.

- Tomar el guante con una mano por el lado interno del dobléz. No tocar el envoltorio del guante con la mano descubierta.
- Deslizar el guante sobre la mano opuesta. Dejando el dobléz tal como está.
- Utilizando la mano parcialmente enguantada, deslizar los dedos en el interior del puño del guante opuesto. Insertar la mano dentro del guante y desenrollar el puño, no tocar el brazo descubierta mientras se desenrolla el puño.

Colocación de guantes por la técnica asistida.

Técnica asistida.

- La instrumentista toma el guante derecho y desliza los dedos debajo del dobléz del guante y lo abre para crear una apertura suficiente para que el cirujano introduzca la mano rápida y firmemente dentro del guante.
- Se suelta cuidadosamente el puño del guante tirando para arriba para que quede colocado por arriba del puño de la bata.
- Se repite el procedimiento para la mano izquierda donde el cirujano colabora.

EL CAMPO OPERATORIO.

Preparación de la piel del paciente.

- Los métodos de antisepsia pueden variar de un hospital a otro, pero en general podemos decir que el mejor antiséptico para preparación de la piel es la yodopovidona.

La enfermera circulante coloca compresas al lado del área a operar, con objeto de recoger el material de escurrimiento, prepara la solución de jabón quirúrgico, se pone guantes con técnica abierta y realiza un primer lavado con gasas y frotando la piel en forma circular. Comienza en la zona donde se realizará la incisión y describe círculos cada vez más amplios, alejándose hacia la periferia y desechando las gasas a llegar a ésta. Repite el procedimiento durante 5. 10 minutos. Se debe poner especial cuidado en las zonas que fácilmente coleccionan contaminantes: ombligo, pliegues cutáneos, perineo, vulva, pliegue retro auricular. Otro criterio, es iniciar un segundo tiempo del procedimiento utilizando para ello yodo povidona en su presentación espumosa o gluconato de clorohexidrina, para realizar un nuevo lavado y, finalmente, después de enjuagar con agua estéril se retiran las compresas mojadas

La antisepsia debe abarcar por lo menos 15 cm más allá del límite del corte, el principio consiste en hacerlo de la porción central a la periferia y desechar la gasa sin regresar nunca a la zona donde se hará la incisión. El antiséptico puede aplicarse así en superficies planas. Cuando existe alergia al yodo no debe utilizarse la yodopovidona, puede utilizarse simplemente alcohol.

NORMAS DEL PACIENTE.

El parte quirúrgico incluirá los siguientes datos:

- Número de Historia Clínica.
- Ubicación del paciente.
- Nombre y apellidos del paciente.
- Número de la Seguridad Social.
- Edad.
- Diagnóstico de su proceso.
- Tipo de intervención.

- Necesidad o no de transfusión, y cantidad de sangre que se ha pedido a Banco de Sangre para el paciente.
- Necesidad o no de Reanimación.
- Tipo de Anestesia (General, Local o Regional).
- Nombre del cirujano responsable del paciente.
- Orden y número del Quirófano.

Las rectificaciones del parte quirúrgico pueden ser realizadas por el Jefe de Servicio, en función de los cambios de situación clínica de los pacientes ingresados o que hayan ingresado.

La distribución del nuevo parte será similar a la ya mencionada.

Las rectificaciones urgentes del parte quirúrgico, pueden ser realizadas por el Médico de Guardia de la especialidad, en caso justificado, teniendo obligación de avisar previamente a la sala donde se hospitalizaba el paciente programado y el paciente que lo sustituye, al Banco de Sangre y a la Secretaría del Área Quirúrgica mediante la correspondiente nota.

En la programación diaria se colocará siempre en primer lugar las intervenciones de larga duración, salvo circunstancias especiales de material o personal y en último lugar las intervenciones consideradas sépticas, que se realizarán en otro quirófano si está disponible.

Todos los pacientes que vayan a ser intervenidos serán examinados previamente, por un responsable del Servicio de Anestesia. Tras el examen médico se valorará el riesgo anestésico de acuerdo con los criterios internacionales de la especialidad (criterios A.S.A.). Todos los pacientes tienen que tener el Consentimiento de Anestesia firmado así como dicho examen, con un mínimo de seis meses de validez, incluidos en su historia. Una vez confeccionado el programa quirúrgico, el Jefe de Servicio de Anestesia debe asignar un anestesista a cada quirófano.(quirófano, quirofono.net)

INFORMACIÓN AL PACIENTE.

El paciente recibe información del personal facultativo y del personal de enfermería.

El cirujano informará al paciente antes de la intervención sobre el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar, aclarando cualquier duda que el paciente tenga al respecto.

El anestesista, igualmente, informará sobre el tipo de anestesia que realizará adecuándose al procedimiento quirúrgico que se le va a realizar.

La enfermera, dará una información general de los procedimientos y técnicas que va a realizar. Intentará tranquilizar y atender todas las dudas que puedan surgirle al paciente.

Esta primera información se realizará en la sala.

Cuando el paciente es trasladado al quirófano se seguirá informando de nuevas técnicas que se vayan a practicar para además de tranquilizarlo, poder contar con su colaboración.

Cuando vuelva a la sala el personal de enfermería atenderá emocionalmente al paciente y seguirá resolviendo cualquier nueva duda que pueda surgir. Al terminar la intervención el paciente y la familia serán informados del resultado de la misma por el personal facultativ

REGISTRO EN LA HISTORIA DEL PACIENTE.

La comunicación verbal entre los profesionales de enfermería no es una prueba legal. Las deficiencias en el registro pueden destruir su credibilidad y la del personal. Se pueden extraer unas características.

- Ser legibles y sin tachaduras.
- Las abreviaturas sólo pueden utilizarse en aquellos términos aceptados en forma habitual.
- Ser objetivos.
- Fecha y hora de hechos significativos.
- Firma completa y categoría del profesional que completa el registro.
- Las correcciones están permitidas, si se anota junto a la corrección la fecha y hora en que se produce, así como la firma del que hace la corrección.

Los cuidados intraoperatorios deben registrarse en la historia del paciente por motivos legales, utilizar una hoja de registro estandarizada. Estas hojas de registro deben contener la siguiente información:

- Identificación del paciente, consentimiento informado y alergias.

- Hora de entrada y salida del paciente en el quirófano.
- Posición del paciente.
- Estado de la piel y antisépticos utilizados en su preparación.
- Situación de las pertenencias personales, si el paciente llegara con ellas al quirófano: audífono, gafas, prótesis dentales, etc.
- Localización de la placa de bisturí eléctrico, en los casos en que se utilice.
- Recuento de torundas, gasas, compresas, agujas e instrumental utilizado.
- Diagnóstico preoperatorio.
- Procedimiento quirúrgico que se ha desarrollado, localización de la incisión, equipo especial utilizado, si ha estado expuesto a radiaciones ionizantes, si le han implantado prótesis.
- Cualquier acontecimiento inesperado o complicación surgida durante el proceso quirúrgico.
- Registro de todo el personal de quirófano implicado en cada intervención: cirujanos, ayudantes, anestesistas, enfermero circulante e instrumentista.
- Muestras, piezas y cultivos que se envían a diferentes laboratorios para analizar.
- Registro de implantes que se realicen durante la cirugía: prótesis, mallas, clavos, tornillos, etc.
- Localización y tipo de drenajes.
- Medicación administrada y unidades de sangre, plasma o plaquetas.

Es indispensable completar la hoja de registro de enfermería estandarizada en cada hospital; el paciente debe salir del quirófano con dicha hoja debidamente cumplimentada y firmada por la enfermera/ o circulante.

NORMAS: DERECHOS DEL PACIENTE.

En el ámbito de la salud, las personas que demandan una atención sanitaria, han dejado de ser sujetos pacientes, dentro de una medicina de carácter "paternalista", para ser usuarios que participan de forma activa en su proceso asistencial. Este progreso se va a ver reflejado, de forma clara, en la legislación existente, que, ha ido evolucionando. Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año 1948, hasta el Convenio del Consejo de Europa sobre los derechos del hombre y la biomedicina en 1997, va tomando un carácter prioritario, el derecho a la autonomía del paciente.

DERECHOS Y DEBERES.

La Ley General de Sanidad, recoge los derechos los deberes de los pacientes se recalca el derecho a la información del cliente, tanto de los servicios disponibles en el sistema sanitario público, como del uso que pueda darse de los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento que se le apliquen, así como de las vías de reclamación o sugerencia; también el derecho a la confidencialidad de todos los datos de su proceso, a la libre elección de médico y demás sanitarios titulados, a participar en las actividades sanitarias y a obtener los medicamentos y productos necesarios para el mantenimiento de su salud.

Los principios básicos que han de regir la actividad en el campo sanitario, son:

- Primacía de la dignidad y autonomía de la voluntad del paciente.
- Ante cualquier actuación sobre el usuario, previa correcta información, se precisará de consentimiento del mismo.
- El paciente elegirá libremente basándose en las opciones disponibles que se le planteen.
- Podrá negarse al tratamiento (por escrito).
- Deberá facilitar los datos sobre su salud, por razones de salud pública o para su asistencia sanitaria.
- Los profesionales estarán obligados a la correcta realización de sus tareas, así como a aportar la debida información, manejo adecuado de la historia clínica y respeto a las decisiones del paciente.
- Cualquier dato de la historia clínica, debe ser tratado con la máxima reserva.

INFORMACIÓN SANITARIA.

Para que la persona que demanda cuidados pueda actuar libremente en todo aquello que se refiera a su salud.

Todos los profesionales tienen el deber de proporcionar una información veraz y lo más completa posible, con un lenguaje claro y adecuado al nivel cultural y de conocimientos del paciente. Por su parte, éste tendrá derecho a rechazar dicha información o comunicarla a aquellos que él autorice.

En caso de incapacidad para la comprensión de la información serán sus familiares, representantes legales o personas vinculadas a él, los receptores de la misma.

Sólo en el caso de necesidad terapéutica, el profesional podrá actuar sin informar al

paciente, siempre basándose en razones objetivas que puedan afectar gravemente su salud y previo conocimiento por parte de la familia; reflejará en la historia clínica los motivos de su decisión.

Todos los datos referidos a la salud serán confidenciales, salvo en caso de riesgo para la salud comunitaria. El ciudadano tendrá derecho a conocer los problemas de salud que puedan afectar a la colectividad o a su persona.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado es "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud".

El consentimiento habrá de contener: la finalidad, las características de la intervención, los riesgos y posibles consecuencias. El paciente dará su conformidad de forma verbal, salvo en caso de intervención quirúrgica, pruebas diagnósticas invasivas o procedimientos que supongan riesgo grave para la integridad de su salud, donde el consentimiento deberá ser por escrito.

La conformidad para un acto quirúrgico, debe ser entregada en la consulta, un día antes de la intervención, no será aceptada como válida, si se firma en el antequirófano o bajo los efectos de cualquier tipo de premeditación sedante o hipnótica.

El usuario podrá retirar, en el momento que él considere oportuno, la autorización previamente entregada; podrá rechazar la información, siempre y cuando no suponga un riesgo para su integridad, la de terceras personas o la de la comunidad.

Excepciones al consentimiento informado:

- Cuando exista riesgo para la Salud Pública.
- En situaciones de urgencia vital, donde la atención no pueda demorarse sin que corra peligro grave la salud física o psíquica del enfermo.

La persona que va a ser intervenida, no se encuentra capacitada para poder decidir por sí mismo (menores de edad, enfermos mentales, En estos casos serán sus representantes legales o la institución legalmente designada la que dará la conformidad. se buscará el mayor beneficio para el afectado y hacerle partícipe de su proceso.

Principios éticos

La profesión va encaminada a satisfacer las necesidades de salud de las personas, individual o colectivamente. Deben establecer un compromiso serio y responsable, participar activamente en la sociedad, aplicar los principios de ética profesional y respetar profundamente los derechos humanos.

Es necesario tratar con el mismo respeto a todos los seres humanos, sin distinción de raza, sexo, religión, la Declaración Universal de Derechos Humanos. Son valores de igualdad y libertad de derechos.

El profesional, debe poseer los conocimientos científicos que la ley Artis exige en cada momento educar a todos los niveles y de que cada profesional actualice continuamente sus conocimientos personales.

Comités de ética

Los comités de ética son equipos multidisciplinares que representan al hospital. Se encargan de educar al personal sanitario respecto a los principios morales y en la toma de decisiones éticas que surgen en el cuidado de pacientes en estado crítico o terminales.

Está integrado por médicos, enfermeros, personal del servicio de atención al paciente, trabajadores sociales, asesor jurídico, experto en bioética y personas externas sin relación con la sanidad. El número de personas integrantes del comité dependerá de las especialidades médicas y del número de camas que posea el hospital.

Los comités de ética se perfilan como un medio para la solución de problemas éticos de nuevo planteamiento son:

- El constante progreso tecnológico tanto diagnóstico como terapéutico.
- El mantenimiento de enfermos terminales
- La manipulación de material genético.
- Los trasplantes de órganos y de tejidos.
- El aumento de la actuación sobre el paciente.

Los comités éticos tienen tres funciones principales:

- Educativa o docente: es importante detectar dónde y cuáles son los dilemas éticos que plantean más dificultad de resolución a los profesionales. Deben fomentar la formación en "Bioética" tanto de los propios miembros del comité, como al resto de los profesionales sanitarios del centro, así como a la sociedad en general cuando

surjan problemas que trasciendan fuera del ámbito hospitalario produciendo un eco social. A Bioética "estudio de la moralidad de los comportamientos humanos en el campo de las ciencias de la vida".

- De asesoramiento o consultiva: consiste en asesorar, estudiar e intentar solucionar los problemas éticos que se plantean en el centro hospitalario.
- Normativa: encaminada al desarrollo de protocolos de actuación ante situaciones concretas que se presenten habitualmente en el hospital.

Seguros de responsabilidad

El control sobre los riesgos de responsabilidad supone un desafío debido al avance tecnológico tanto diagnóstico como terapéutico de los últimos años.

- Proporcionar un trato adecuado, con respeto, dignidad, información y comunicación adecuada al paciente.
- Cumplir las normas de procedimientos para la prevención de lesiones.
- Mantener una buena condición laboral, con una plantilla de personal proporcional a la demanda asistencial.
- Fomentar una adecuada formación continuada del personal sobre las nuevas técnicas, procedimientos y prácticas de cuidados sobre el paciente. De esta manera se mejora la calidad de los cuidados al paciente y se evitarán errores en el manejo de nuevas técnicas. La formación continuada se hace imprescindible en el autodesarrollo del personal sanitario, ayuda a mantener y actualizar los conocimientos de cada persona como para un juicio clínico y una práctica sólida.
- Ayuda al profesional a mantenerse al tanto de las prácticas y tendencias actuales. Un aspecto a tener en cuenta dentro del ámbito legal es la historia clínica del paciente. Constituye una prueba legal ante un tribunal de justicia. Es obligatorio registrar todos los datos del curso clínico y de la respuesta del paciente al tratamiento desde su ingreso hasta el alta. Deberán estar bien cumplimentadas las hojas de evolución, de tratamiento, registro de cuidados, información proporcionada tanto al paciente como a la familia. Todos los datos registrados en la historia clínica tienen que:
- Ser claros, con letra legible, sin tachaduras y sin abreviaturas que no estén aceptadas.
- Si se ha cometido algún error en la escritura, hay que tacharlos con una línea, sin borrarla por completo y registrar seguidamente la información correcta, adjuntando la fecha, hora y nombre de la persona que realiza la corrección.
- Deben ser objetivos, evitando interpretaciones subjetivas de los hechos.

- Ha de contener la firma legal y el cargo de la persona que ha escrito en la historia.

El profesional enfermero debe reflejar en la hoja de registro de enfermería los cuidados administrados, por aspectos legales, también para mejorar la calidad de los cuidados en la recuperación pos anestésica y, posteriormente, en la unidad postquirúrgica correspondiente.

Normas de seguridad del paciente en quirófano

La OMS ha desarrollado un manual para la implantación del listado de comprobación de la seguridad en cirugía.

El listado de comprobación de la seguridad en cirugía (*Surgical Safety Checklist*) divide la intervención en tres fases, cada una correspondiente a un momento específico del proceso normal. El momento de inducción de la anestesia (*Sign In*); el momento después de la inducción y antes de la incisión (*Time Out*), y el momento del cierre de la herida quirúrgica (*SignOut*). El coordinador de la lista de comprobación (generalmente una enfermera quirúrgica) debe confirmar que el equipo ha completado sus actividades antes de que el proceso progrese. Cuando los equipos estén familiarizados con el listado de comprobación, pueden integrarlo dentro de sus patrones de trabajo y verbalizar el cumplimiento de cada paso sin la intervención explícita del coordinador de la lista de comprobación. Cada equipo debe tratar de incorporar el uso del listado de comprobación en su trabajo con la máxima eficiencia y la mínima interrupción, completando los pasos de forma efectiva.

El trabajar con procesos definidos y con evaluación continua del cumplimiento de los mismos, es una garantía de seguridad. Este registro continuo, de forma ordenada y secuencial asegura poder disponer de la trazabilidad de los procesos, permite identificar las incidencias y así mismo disponer de una capacidad de mejora continua.

Normas seguridad paciente: Listado de comprobación de la seguridad en cirugía

El listado de comprobación de la seguridad en cirugía (*Surgical Safety Checklist*).

ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA

- ☐ EL PACIENTE HA CONFIRMADO:
 - Identidad
 - Localización
 - Procedimiento
 - Consentimiento informado
- ☐ LUGAR MARCADO / NO PROCEDE
- ☐ VERIFICAR QUE LOS EQUIPOS Y LOS ANESTESICOS ESTAN COMPLETOS Y PREPARADOS
- ☐ PULSIOXIMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO

¿EL PACIENTE TIENE?:

Alergia conocida NO SI

Dificultar en la vía aérea / riesgo de aspiración NO SI

Equipo / Asistencia disponible

Riesgo de pérdida > 500 ml de sangre (7 ml / kg en niños) NO SI

Acceso intravenoso y hemoderivados y/o suero terapia preparada NO Si

ANTES DE LA INCISION DE LA PIEL:

- ☐ CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRURGICO ES HAN PRESENTADO POR NOMBRE Y FUNCION A DESEMPEÑAR
- ☐ EL CIRUJANO EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE:
 - IDENTIDAD.
 - LOCALIZACION.
 - PROCEDIMIENTO

Comunicación eficaz en el quirófano

Una comunicación eficaz en toda la organización es un elemento relevante para garantizar la seguridad en el quirófano. La cultura organizativa debe hacer énfasis en el trabajo en equipo sustituyendo la relación jerárquica por la del liderazgo. Para facilitar el trabajo en equipo, las organizaciones pueden realizar una serie de acciones:

- Utilizar herramientas de comunicación estructuradas. Promover la retroalimentación, mediante recogida de información de múltiples fuentes, incluyendo encuestas a pacientes, familiares y profesionales, grupos focales, observación directa y quejas de pacientes y personal.

- Proveer formación de equipo, resaltando el valor del trabajo en equipo para la asistencia, formando al personal en cómo trabajar en equipo, así como atendiendo a aspectos como el lenguaje corporal, la resolución de conflictos y cómo comunicar eficazmente y con respeto.
- Confrontar el comportamiento irritante (aquel que altera el funcionamiento tranquilo del equipo en quirófano), promoviendo la resolución de conflictos, e implementando políticas de "tolerancia cero" a este tipo de comportamientos.(Vitolo, 2006)

Prevención de errores en el área quirúrgica

Las posibilidades de cometer errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de procedimiento o en la identificación del paciente, son mayores cuando la comunicación entre los miembros del equipo es inadecuada o ineficiente, cuando el paciente no participa en la señalización del área, y por la falta de procedimientos de verificación del lugar. Algunos factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Inadecuada evaluación del paciente.
- Inadecuada revisión de la historia clínica.
- Exclusión de algunos de los miembros del equipo quirúrgico del proceso de verificación.
- Una cultura que no facilite la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico y favorece la idea de que el facultativo siempre tiene la razón y no es cuestionado.
- Problemas relacionados con escritura ilegible.
- Utilización de abreviaturas relacionadas con el tipo de cirugía, lugar o lateralidad.
- Más de un cirujano involucrado en el caso, tanto porque se practiquen múltiples procedimientos como porque el caso sea transferido a otro cirujano.
- Presión por el tiempo (duración de la sesión; cirugía de emergencia).
- Características no habituales en el paciente, tales como grandes deformidades u obesidad.
- Alteración del orden quirúrgico establecido
- Comienzo del procedimiento anestésico antes de la verificación por parte del cirujano de paciente y cirugía planificada.

ESTANDARES INTERNACIONALES DE ACREDITACION SEGÚN EL MODELO JOINT COMMISSION INTERNACIONAL.

La Joint Commission ha creado un protocolo universal, que está integrado por los siguientes componentes:

- Realizar un proceso de verificación preoperatorio.
- Marcar el área de incisión / intervención para identificarla de forma inequívoca.
- Realizar un proceso de verificación inmediatamente antes de comenzar el procedimiento.

Las entidades que ha logrado la acreditación internacional cuenta con reconocimiento de talla mundial en servicios de alta calidad y atención segura del paciente.

Los beneficios que reciben las entidades acreditadas están.

- Educación
- Entrenamiento
- Iniciativas para la seguridad de los servicios sanitarios
- Consultoría
- Acreditación internacional.

La misión de la entidad certificadora es mejorar la calidad de atención en salud en la comunidad internacional, a través de la disponibilidad de educación, publicaciones, consultoría, evaluación de los servicios de salud, con miras a la acreditación internacional.

Mediante la evaluación de estándares internacionales definidos por la comisión, se debe establecer estándares mínimos que deben cumplir toda institución de salud con miras a la acreditación internacional el cual abarca.

- Organización del cuerpo médico
- Convocación regular en la revisión del cuerpo médico
- Prohibición de compartir honorarios
- Cumplimiento y disponibilidad de expedientes clínicos
- Disponibilidad de los departamentos clínicos, de laboratorio, y radiología del hospital.

Estos estándares tienen su origen, en grupos de desarrollo, que tienen expertos en 10 países, y 6 grupos focales en diferentes regiones del mundo, un panel de expertos en

derechos del paciente y la familia, y un grupo de expertos en planta física, para finalizar en la aprobación legal del grupo y del directorio ejecutivo.

La acreditación se la realiza por un grupo de supervisores, que visita las instituciones sanitarias para inspeccionar las prácticas, las políticas, y los resultados de la atención de los pacientes.

La Joint comisión internacional, define como estándar el conjunto de requisitos que definen las expectativas del funcionamiento con respecto a la estructura del proceso y a los resultados que deben alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente.

Según el manual de estándares internacionales de la Joint comisión internacional, estos se agrupan de la siguiente forma:

1. Acceder a la atención y a continuidad de la misma
2. Derecho del paciente y su familia
3. Evaluación del paciente
4. Atención del paciente
5. Anestésica y atención quirúrgica
6. Manejo y uso de medicamentos
7. Educación del paciente y su familia
8. Mejora de la calidad y seguridad del paciente
9. Prevención y control de infecciones
10. Gobierno, liderazgo, y dirección
11. Gestión y seguridad de las instalaciones
12. Calificación y seguridad del personal
13. Manejo de la comunicación y de la información

A su vez estos estándares se deben alternar con el cumplimiento de metas para seguridad del paciente.

Las metas definidas son las siguientes:

- Meta 1: identificar correctamente a los pacientes
- Meta 2: mejorar la comunicación afectiva
- Meta3: mejorar la seguridad de los medicamentos
- Meta4: garantizar cirugías en el lugar correcto y al paciente correcto
- Meta 5:Asegurar el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria
- Meta 6: Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas

La *National Patient Safety Agency* (NPSA) y el *Royal College of Surgeons of England* recomiendan el marcado preoperatorio para indicar claramente el área quirúrgica para procedimientos quirúrgicos programados.

1. En los centros sanitarios existirá un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de pacientes. El enfermo desde que es ingresado en el hospital debe tener una identificación (pulsera).

2. Dicho sistema debe permitir comprobar la identidad de los pacientes antes de cualquier procedimiento diagnóstico y, obviamente, antes de realizar cualquier procedimiento de riesgo o administrar medicamentos y hemoderivados.

3. Los centros en donde se realicen intervenciones quirúrgicas dispondrán de un protocolo para la prevención de errores en la identificación del paciente, del procedimiento y del área de intervención.

- Deben contarse entre dos enfermeras. Las agujas, torundas y otros objetos deben contarse en todos los procedimientos.
- Los instrumentos deben contarse en todos los procedimientos en los cuales exista la posibilidad de que un instrumento pueda olvidarse. Los recuentos deben establecerse antes de iniciar el procedimiento para establecer una línea de partida y antes de cerrar una cavidad y al final del procedimiento. Así como cuando haya un relevo de enfermera o del personal de limpieza.
- Todos los recuentos se deben registrar en el expediente intraoperatorio del paciente.

The New England Journal of Medicine publicó un estudio que indica que los pacientes con mayor riesgo son:

Quienes experimentan cirugía de urgencia.

Quienes sufren una alteración no planificada en el procedimiento quirúrgico.

Quienes tienen un elevado índice de masa corporal (IMC) (un 10% por cada unidad de incremento del IMC).

Las enfermeras quirúrgicas citan asimismo como factores de riesgo las distracciones:

Las frecuentes llamadas de teléfono. Los intercambios en las pausas de desayunos o cambios de turno.

- El cansancio.
- Tareas que se intercalan en el proceso de recuento.
- Las políticas de personal rígidas y la dotación no adecuada para los procedimientos realizados (se estandarizan los quirófanos y no los procedimientos).
- Extremada jerarquización de las relaciones profesionales del quirófano en detrimento de trabajo en equipo.
- Políticas de formación mejorables sobre la importancia de conocimiento específico, la información y de experiencia en ámbitos como el quirófano.(Buele.N, 2012

APENDICE # 5



Coordinación Zonal de Salud No.6
Distrito de Salud 01D03
Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"



CONVOCATORIA DE REUNION

SE CONVOCA A TODO EL PERSONAL DEL CENTRO QUIRÚRGICO AL TALLER SOBRE ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE, A REALIZARSE EL DIA JUEVES 24 DE OCTUBRE A LAS 11 AM EN EL SALON DE ACTOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRON.

EXPOSITORA: DRA EULALIA BELTRAN MEDICO INTERNISTA.

ASISTENTES

Dr. Julio Jaramillo (Director).....
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo).....
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga).....
Bic. Jacqueline Villavicencio E.....

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Dra. Eulalia Beltrán
Dra. Eulalia Beltrán
Medicina Interna
0102532355

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 2275377
Email: hospigiron@hotmail.com
Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay/

APENDICE # 5.1



Coordinación Zonal de Salud No.6
 Distrito de Salud 01D03
 Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"
 Formulario de Asistencia al Taller



TEMA: # 1 ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE.

DIRIGIDO A: PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO.

FECHA: 24 DE OCTUBRE DEL 2013 EXPOSITORA: DRA EULALIA BELTRAN MEDICO INTERNISTA

ASISTENTES

NUMERO DE CEDULA

Dr. Julio Jaramillo (Director).....	0703797233
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....	010199116-5
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....	0102183977
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....	1102953948
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....	0104029145
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....	010353551-2
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....	0101698690
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....	010170204-1
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....	010262032-5
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo).....	0106383865
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga).....	1103993905
Psic. Jacqueline Chavarría.....	0103146247

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Dra. Eulalia Beltrán
 Dra. Eulalia Beltrán
 Médica Internista
 0102532355

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
 Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 2275377
 Email: hospigiron@hotmail.com
 Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay/



APENDICE 5.2

MATERIAL AUDIOVISUAL: CALIDAD

1. Bases conceptuales de la calidad

Para Avedis Donabedian (1919-2000), padre de la **Calidad de la Atención en Salud** y docente de la Universidad de Michigan, existen dos elementos centrales para **garantizar** la calidad: el **monitoreo** y un **adecuado sistema**. (Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990)

Para Enrique Ruelas-Barajas, H. Reyes Zapata y otros, son **cinco** los elementos fundamentales que permiten garantizar la calidad:

- Evaluación,**
- Monitoreo,**
- Diseño,**
- Desarrollo, y**
- Cambio organizacional.** (Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública, México, 1990)

Ramón R. Abarca Fernández

La Calidad es

Conjunto de propiedades y características de un **producto o servicio** que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas

Ramón R. Abarca Fernández

Norma ISO





Calidez

- a. Base de la relación entre el profesional de salud y el usuario
- b. Actitud que promueve las mejores y más humanas prácticas para la atención a los usuarios y usuarias
- c. Trabajamos con seres humanos sensibles, personas con nombres y rostros propios, merecedores de trato digno, amable, respetuoso y considerado, sin distinciones.
- d. Es un derecho: a la atención digna, a no ser discriminado, a la confidencialidad, derecho a la información y a decidir.
- e. No hay calidad sin calidez

Ramón R. Abarca Fernández

Calidez en la atención de salud

- a. Familiaridad y confianza en la relación del profesional de salud con el usuario
- b. Claridad en la información al usuario
- c. Inclusión de los usuarios en su tratamiento
- d. Horarios de atención y turnos adecuados
- e. Instalaciones bien mantenidas
- f. Ambiente amigable
- g. Apoyo brindado

Ramón R. Abarca Fernández

4. Comunicación con calidad y Calidez ?

Manejo las comunicaciones verbales y no verbales de la organización ?

Qué estoy comunicando a mis usuarios ?

Cómo lo estoy haciendo ?

Estrategia de comunicación

Qué quisiera comunicar ?

Cómo quisiera comunicarlo ?

Ramón R. Abarca Fernández

APENDICE 5.3.

RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES.

CAPACITACION SOBRE ATENCION CON CALIDAD Y CALIDEZ EN LOS SERVICION DE SALUD.

Tabla 1. ¿Qué es para Ud. brindar atención con calidad y calidez en los servicios de salud?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Regular	0	0	Regular	2	22,3
Bueno	4	44,4	Bueno	3	33,3
Muy bueno	5	55,6	Muy bueno	4	44,4
Total	9	100	Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

En la primera evaluación el 55, 6% de la población tuvo una calificación Muy buena del concepto de la atención, sin embargo tras la intervención este porcentaje bajo a un 44,4%; en cambio las calificaciones regulares en un principio del 0% ascendieron hasta un 22,3% tras la intervención.

Tabla 2. ¿Considera usted que una forma de medir la calidad en los servicios de salud es a través de la medición del error?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
VERDADERO	6	66,7	VERDADERO	9	100,0
FALSO	3	33,3	FALSO	0	0,0
Total	9	100	Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

Antes de la intervención el 33,3% de la población menciona que la calidad no debería ser evaluada con la medición del error; tras la intervención este porcentaje ascendió al 100%.

Tabla 3. ¿Defina Ud. que es consentimiento informado?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Regular	2	22,2	Regular	1	11,1
Bueno	4	44,4	Bueno	0	0,0
Muy bueno	3	33,3	Muy bueno	8	88,9
Total	9	100	Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

Antes de la intervención el 44,4% de la población poseía una definición buena de consentimiento informado, y tras la intervención el 88,9% de la población poseía una definición muy buena.

Tabla 4. ¿Considera Ud. que una unidad de salud especializada ofrece mejor calidad de atención que una unidad operativa de salud de primer nivel?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Si	4	44,4	Si	2	22,2
No	5	55,6	No	7	77,8
Total	9	100	Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 44,4% de la población consideraba antes de la intervención que una unidad de salud especializada ofrece mejor calidad de atención que una unidad de salud de primer nivel, esta consideración disminuye hasta un 22,2% tras la intervención.

Tabla 5. ¿Considera Ud.?Que como profesional o trabajador de la salud en algunas ocasiones ha cometido errores en brindar una atención con calidad a sus o los pacientes?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Si	7	77,8	Si	8	88,9
No	2	22,2	No	1	11,1
Total	9	100	Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

El 77,8% de la población antes de la intervención consideró que si ha cometido errores al brindar atención con calidad, después de la intervención este porcentaje ascendió a un 88,9%.

APENDICE 5.4



Coordinación Zonal de Salud No.6
Distrito de Salud 01D03
Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"



CONVOCATORIA DE REUNION

SE CONVOCA A TODO EL PERSONAL DEL CENTRO QUIRÚRGICO AL TALLER SOBRE ESTANDARES DE CALIDAD INTERNACIONAL, A REALIZARSE EL DIA LUNES 28 DE OCTUBRE A LAS 11 AM EN EL SALON DE ACTOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRON.

EXPOSITORA: DRA KARLA ROJAS GINECOLOGA.

ASISTENTES

Dr. Julio Jaramillo (Director).....
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo).....
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga).....
Dra. Jacqueline Villacencio.....

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Dra. Karla M. Rojas Carrión
GINECOLOGA Y OBSTETRICIA
C.I. 1103793905 MCML: 1334
INHMT 11-98-00035-08

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 2275377
Email: hospigiron@hotmail.com
Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay/



APENDICE 5.5



Ministerio
de Salud Pública



Coordinación Zonal de Salud No.6
Distrito de Salud 01D03
Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"
Formulario de Asistencia al Taller

TEMA: # 2 ESTANDARES DE CALIDAD INTERNACIONAL.

DIRIGIDO A: PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO.

FECHA: 28 DE OCTUBRE DEL 2013 EXPOSITORA: DRA KARLA ROJAS GINECOLOGA.

ASISTENTES

NUMERO DE CEDULA

Dr. Julio Jaramillo (Director).....	0703797233
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....	01013516-5
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....	0102183877
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....	1107953948
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....	0104029145
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....	010353651-2
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....	0107678690
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....	010170204-1
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....	010262032-5
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo.).....	0106383805
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga.).....	1103793905
Psic. Jacqueline Villavieja E.	0103146247

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 2275377
Email: hospigiron@hotmail.com
Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay/



APENDICE 5.6 MATERIAL AUDIOVISUAL: ESTÁNDARES DE CALIDAD

ESTÁNDARES DE CALIDAD INTERNACIONAL DE CENTRO QUIRÚRGICO

Comprende una correcta sincronía, entre conductas, normas, procedimientos, infraestructura, y la adecuada administración que permita proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar.

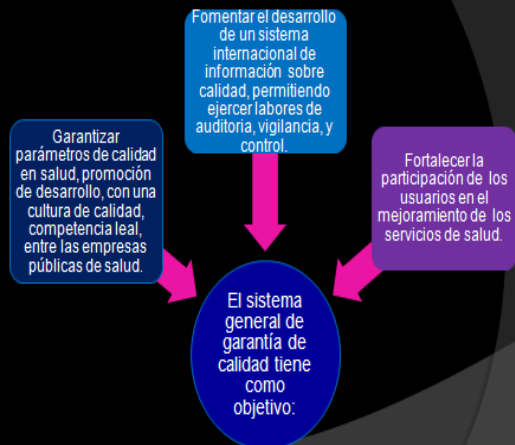
SISTEMA GENERAL DE GARANTÍA DE CALIDAD

Se refiere, al poder asegurar o proteger contra un riesgo y responder con calidad, cuando se ofrecen los servicios de salud.



Por lo tanto todo servicio debe responder a las necesidades del usuario y la protección a diferentes riesgos de manejo de la atención médica

Históricamente los estándares de calidad, y su evolución data desde 1917, cuando el colegio Estado Unidense de cirujanos elaboro los primeros estándares mínimos en servicios de salud, para hospitales este primer aporte asentó las bases para que la Joint commission on the accreditation healthcare organization, administro el proceso de acreditación en salud desde el año de 1959 hasta la fecha.



© Los estándares de calidad internacional según la JCI, se agrupan en la siguiente forma:

- Acceso público a la atención y a la continuidad de la misma.
- Atención y evaluación continua del paciente
- A. anestésica y atención quirúrgica.
- Manejo y uso de medicamentos
- Educación del paciente y su familia
- Mejorar la calidad y seguridad del paciente
- Prevención y control de infecciones
- Gobierno, liderazgo y dirección
- Gestión y seguridad de las instalaciones
- Calificación y seguridad del personal
- Manejo de la comunicación y de la información

Estándares de calidad.

La Joint comisión internacional. — Estándar.

Al conjunto de requisitos que definen las expectativas de funcionamiento con respecto a la estructura del proceso y a los resultados, que deben alcanzar la seguridad y la calidad para el cuidado del paciente.

Toda institución debe tener estándares mínimos de calidad como:

- © Organización del cuerpo medico
- © Convocación regular en la revisión del cuerpo medico
- © Cumplimiento y disponibilidad de expedientes clínicos
- © Disponibilidad de los departamentos clínicos, de laboratorio y de imagen

Metas de los estándares de calidad

Identificar correctamente a los pacientes

Mejorar la comunicación afectiva

Mejorar la seguridad de los medicamentos

Garantizar cirugías en el lugar correcto y al paciente correcto

Disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria

ESTÁNDARES INTERNACIONALES PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Estándares de atención anestésica

Estándares de atención quirúrgica.



Estándares de atención anestésica

ASC 1: los servicios de atención están disponibles para atender a las necesidades de los pacientes, y todos esos servicios deben cumplir con normas, leyes y reglamentaciones locales y regionales, correspondientes con los estándares profesionales.

ASC 2: Habrá una o más personas calificadas responsables de gestionar los servicios de anestesia.

ASC 3: debe haber políticas y procedimientos que guíen la atención de los pacientes que se someten a sedación u anestesia.

ASC 4: Una persona calificada debe llevar a cabo una evaluación previa anestesia o sedación

ASC 5: Se debe documentar y planificar la atención anestésica de cada paciente.

ASC 6: se monitoriza y se documenta el estado posterior, a la anestesia de cada paciente, y cada paciente debe estar dado de alta por una persona calificada



Estándares de atención quirúrgica.

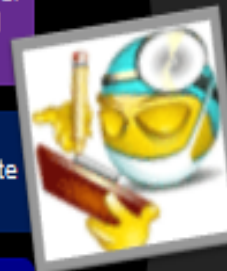
ASC 7: Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.

Se documenta los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en el nombre del paciente

Se anota la cirugía en el expediente clínico del paciente

Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma se monitorea, permanentemente el estado fisiológico del paciente y se anota en su expediente clínico.

Se planifica y se documenta la atención del [paciente después de la cirugía.



BLOQUE QUIRURGICO

- ◉ El conjunto de actividades de apoyo, encaminadas a la realización de un acto quirúrgico, desde el momento que el paciente ingresa a la sala de cirugía hasta que sale de recuperación post operatoria, en un ambiente adecuado de confort y seguridad.

Dentro de quirófano se debe tomar en cuenta algunos aspectos

- Inicio y final puntual de la cirugía.
- Flexibilidad operacional.
- Medidas de contingencia.
- Evitar cancelaciones.
- Tiempo de recambio mínimo

PROGRAMACION

SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO

Comunicación eficaz en el quirófano

Seguridad contra incendios

Prevención de infecciones nosocomiales

Prevención de errores en la localización del área quirúrgica, en el tipo de paciente o en el procedimiento en la identificación del paciente





DERECHOS Y GARANTIAS DE LOS PACIENTES

- Respeto a su intimidad.
- Trato humano.
- Apoyo psicológico.
- Información de cada acción que se realizará en cada uno de los momentos del proceso quirúrgico (pre anestesia, intervención, post-quirúrgico).



GRACIAS



APENDICE 5.7

EVALUACIONES DE LAS CAPACITACIONES

CAPACITACION SOBRE LOS ESTANDARES DE CALIDAD INTERNACIONAL EN EL CENTRO QUIRURGICO

Tabla 6. ¿Qué entiende como estándar de calidad?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Regular	3	37,5	Regular	1	12,5
Bueno	5	62,5	Bueno	4	50,0
Muy bueno	0	0,0	Muy bueno	3	37,5
Total	8	100	Total	8	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 62,5% de la población posee respuestas buenas sobre el concepto de estándar de calidad, mientras que tras la intervención se evidencian ya población con calificaciones muy buenas con el 37,5% pero también población con calificación regular con el 12,5%.

Tabla 7. ¿Cómo puede contribuir a mejorar la calidad de atención en la unidad de salud donde Ud. trabaja?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Regular	3	37,5	Regular	1	12,5
Bueno	4	50,0	Bueno	3	37,5
Muy bueno	1	12,5	Muy bueno	3	37,5
Excelente	0	0,0	Excelente	1	12,5
Total	8	100	Total	8	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

Las calificaciones regulares fueron del 37,5% antes de la intervención mientras que tras la intervención se redujo hasta un 12,5%; después de la intervención se evidencian calificaciones excelentes con el 12,5%

Tabla 8. ¿Qué estándares de calidad de atención a su criterio se puede mejorar en la unidad de salud donde Ud. labora?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Regular	2	25,0	Regular	1	12,5
Bueno	2	25,0	Bueno	1	12,5
Muy bueno	4	50,0	Muy bueno	6	75,0
Total	8	100	Total	8	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

El 25% de la población posee una calificación regular sobre el tipo de estándares de calidad a utilizar, estas calificaciones regulares se reducen a un 12,5% tras la intervención.

Tabla 9. Para mejorar la eficiencia en quirófano ¿qué cree Ud. que debe implementarse?

Evaluación 1			Evaluación 2		
Cuantificación	n	%	Cuantificación	n	%
Regular	1	12,5	Regular	0	0,0
Bueno	2	25,0	Bueno	3	37,5
Muy bueno	5	62,5	Muy bueno	5	62,5
Total	8	100	Total	8	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

El 12,5% de la población posee regulares consideraciones sobre que implementar para mejorar la eficiencia en quirófano, después de la intervención este porcentaje se redujo a 0%; las calificaciones muy buenas no se modificaron por la intervención.

APENDICE 5.8



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal de Salud No.6
Distrito de Salud 01D03
Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"



CONVOCATORIA DE REUNION

SE CONVOCA A TODO EL PERSONAL DEL CENTRO QUIRÚRGICO AL TALLER SOBRE TRABAJO EN EQUIPO, A REALIZARSE EL DIA MARTES 29 DE OCTUBRE A LAS 11 AM EN EL SALON DE ACTOS DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRON.

EXPOSITORA: DRA JAQUELINE VILLAVICENCIO SICOLOGA CLINICA.

Psic. Jacqueline Villavicencio
PSICÓLOGA CLÍNICA
PSICOTERAPEUTA FAMILIAR
MSP: L3 F 44 N° 132

010314624-7

ASISTENTES

Dr. Julio Jaramillo (Director).....
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo).....
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga).....
Dra. Eulalia Beltrán (Intenista).....

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 2275377
Email: hospigiron@hotmail.com,
Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay/



APENDICE 5.9



Ministerio
de Salud Pública



Coordinación Zonal de Salud No.6
Distrito de Salud 01D03
Hospital Cantonal de Giron "Aida León de Rodríguez Lara"
Formulario de Asistencia al Taller

TEMA: # 3 TRABAJO EN EQUIPO.

DIRIGIDO A: PERSONAL DE CENTRO QUIRURGICO.

FECHA: 29 DE OCTUBRE DEL 2013 EXPOSITORA: DRA JAQUELINE VILLAVICENCIO SICOLOGA CLINICA.

ASISTENTES

NUMERO DE CEDULA

Dr. Julio Jaramillo (Director).....	0703797233
Dr. Luis Méndez (Anestesiólogo).....	01019516-5
Dr. Fabián Jiménez (Cirujano).....	0102183977
Dr. Fabián López (Ginecólogo).....	1102953948
Dr. Pablo Sigüenza (Pediatra).....	0104029145
Dra. Jessenia Toledo (Pediatra).....	010353652-2
Dr. Wilson Whasco (Ginecólogo).....	0103678690
Dra. Claus Salcedo (Anestesióloga).....	010170204-1
Lcda. Carmita Riera (Enfermera).....	010262032-5
Dr. Alex Torres. (Epidemiólogo).....	0106383805
Dra. Karla Rojas (Ginecóloga).....	1103793905
Dr. Eulalo Beltrán (Internista).....	Eulalo Beltrán 0102532355

GRACIAS POR SU COLABORACION SE RUEGA PUNTUAL ASISTENCIA.

Av. Antonio Flor s/n y Leopoldo Peñaherrera
Teléfonos: 593 (7) 2275115 / 22753
Email: hospigiron@hotmail.co
Email: coordinacion.zonal6@msp.gob.ec
www.msp.gob.ec/dps/azuay

APENDICE 5.10

MATERIAL AUDIOVISUAL: TRABAJO EN EQUIPO.



TRABAJO EN EQUIPO

**Psic. Jacqueline Villavicencio E.
Mstr. Psicoterapia Familiar Sistémica**

TRABAJO EN EQUIPO



«ES NECESARIO TRATAR DE
SUPERARSE SIEMPRE; ESA
TAREA DEBE DURAR TODA LA
VIDA.»



EL TRABAJO EN EQUIPO

- Producir de forma más eficiente y eficaz, parece estar asociada a los equipos de trabajo.
- La capacidad de las personas individuales se hace insuficiente en muchos temas, por lo que el líder debe enfocarse hacia la potencialización de los equipos.



DEFINICIONES:

- El trabajo del equipo se refiere a la serie de estrategias procedimientos y metodologías que utilizan un grupo humano para lograr las metas propuestas.
- Número reducido de personas con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planteamiento con responsabilidad mutua compartida.

Smith



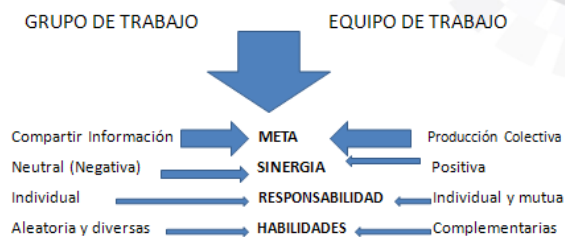
DEFINICIONES

«Un equipo es un conjunto de personas que realiza una tarea para alcanzar resultados»

Fainstein Héctor



DIFERENCIA ENTRE GRUPO Y EQUIPO DE TRABAJO



CARACTERÍSTICAS DE TRABAJO EN EQUIPO

- Es una integración armónica de funciones y actividades desarrolladas por diferentes personas.
- Para su implementación requiere que las responsabilidades sean compartidas por sus miembros.
- Necesario que los programas que se planifiquen en equipo apunten a un objetivo común.
- Necesitan que las actividades desarrolladas se realicen en forma coordinada.



ESTRATEGIAS PARA EL TRABAJO EN EQUIPO

- Para que funcione bien el por que en equipo, se necesita desarrollar ciertas conductas y definir detalladamente las metas, cómo queremos cumplirlas y cuándo las entregamos.
- Entregar toda la información para que el equipo funcione.
- Generar un clima de trabajo agradable
- Definir claramente los tiempos para lograr la tarea.
- Espacio físico
- Iluminación



ASPECTOS NECESARIOS PARA UN ADECUADO TRABAJO EN EQUIPO

- Liderazgo efectivo
- Promover canales de comunicación
- Existencia de un ambiente de trabajo armónico
- Buena relación interpersonales
- Equipo concentrado en la tarea
- Definir la organización del equipo
- Interés por alcanzar el objetivo
- Crear un clima adecuado para el trabajo



ASPECTOS NECESARIOS PARA UN ADECUADO TRABAJO EN EQUIPO

- Ejercitar el consenso en la toma de decisiones
- Disposición a colaborar y a intercambiar conocimientos y destrezas.



VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO

- ❖ Se trabaja menos tensión al compartir los trabajos mas duros y difíciles.
- ❖ Se comparte la responsabilidad al buscar soluciones desde diferente punto de vista.
- ❖ Es más gratificante por ser partícipe de trabajo bien hecho.
- ❖ La decisión que se toman con la participación de todo el equipo tiene mayor aceptación que las decisiones tomadas por un solo individuo.
- Logra una mayor integración entre las personas para poder conocer las actitudes de cada integrante.



TIPOS DE EQUIPOS

SEGÚN SUS OBJETIVOS:

- Equipo para solucionar problemas
- Equipo auto gestionados
- Equipo interfuncionales



POR QUE FALLAN LOS EQUIPOS DE TRABAJO?

- Metas no claras
- Falta de soporte de las Gerencias
- Liderazgo no efectivo de equipos
- Individualidad



LA MOTIVACIÓN



LA MOTIVACIÓN

- DEFINICIONES:

FREDERIK HERZBERG

«La motivación me indica hacer algo por que resulta muy importante para mi hacerlo»

DESLER

«El deseo que tiene una persona de satisfacer ciertas necesidades personales»



LA MOTIVACIÓN

- DEFINICIONES:

KELLY

«Tiene algo que ver con las fuerzas que mantiene y alteran la dirección, la calidad y la intensidad de la conducta»

STEPEHEN ROBBINS

«Voluntad de llevar a cabo grandes esfuerzos para alcanzar metas organizacionales, condicionadas por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad individual»



LA MOTIVACIÓN

- La Motivación busca obtener un mayor rendimiento y esto se da a través de que el empleado se sienta a gusto con su trabajo.



MODELOS DE MOTIVACIÓN

MODELOS DE COERCIÓN:

- Puede lograr una motivación mediante estímulos.



MODELO ECONÓMICO:

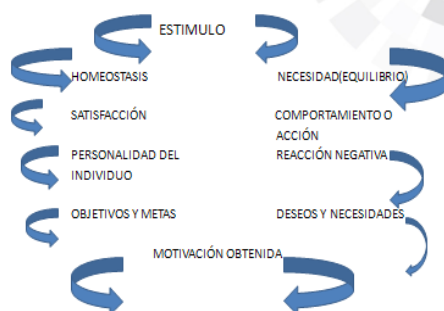
- La principal motivación es la remuneración.

MODELO SISTEMA ABIERTO:

- Hacen lo que a uno le gusta y cobrar por el trabajo.



CICLO MOTIVACIONAL



TRABAJO EN EQUIPO



TRABAJO EN EQUIPO





**«SUEÑA COMO SI FUESES A VIVIR PARA
SIEMPRE, VIVE COMO SI FUESES A MORIR
HOY.»**

THURSTON



Ministerio
de Salud Pública

APENDICE 5.11.

EVALUACION DE LAS CAPACITACIONES

CAPACITACION SOBRE TRABAJO EN EQUIPO DEL CENTRO QUIRURGICO DEL " HOSPITAL AIDA LEON DE RODRIGUEZ LARA" GIRON

Tabla 10. ¿Trabajo de equipo es?

Evaluación 1		
Cuantificación	n	%
Regular	5	55,6
Bueno	4	44,4
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 55,6% de la población obtuvo calificaciones regulares en lo que respecta a la definición de trabajo en equipo.

Tabla 11. ¿Cuántos tipos de equipo de trabajo conoce?

Evaluación 1		
Cuantificación	n	%
Malo	5	55,6
Bueno	1	11,1
No responde	3	33,3
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 55,6% de la población obtuvo una calificación mala en lo que respecta a los tipos de trabajo.

Tabla 12. ¿Liderazgo es?

Evaluación 1		
Cuantificación	n	%
Malo	3	33,3
Regular	3	33,3
Bueno	2	22,2
No responde	1	11,1
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

El 33,3% de la población presento calificaciones malas y regulares en lo que respecto a la calificación sobre el concepto de liderazgo.

Tabla 13. ¿Mi comunicación dentro del equipo de trabajo quirúrgico en qué nivel se encuentra?

Evaluación 1		
Cuantificación	n	%
Bueno	7	77,8
Regular	2	22,2
Total	9	100

Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

El 77,8% de la población refirió que su nivel de comunicación dentro de equipo quirúrgico es bueno.

Tabla 14. ¿Qué es lo más difícil de hacer al trabajar con otras personas?

Evaluación 1		
Cuantificación	n	%
Bueno	8	88,9
No responde	1	11,1
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 88,9% de la población obtuvo una calificación buena en lo que respecta a esta pregunta.

Tabla 15. ¿Enumere 3 características de trabajar en equipo?

Evaluación 2		
Cuantificación	n	%
Regular	1	11,1
Bueno	4	44,4
Muy bueno	3	33,3
Excelente	1	11,1
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

44,4% de la población obtuvo una calificación buena al enumerar 3 características de trabajar en equipo.

Tabla 16. ¿Cuáles son las estrategias para un buen trabajo en equipo?

Evaluación 2		
Cuantificación	n	%
Regular	1	11,1
Bueno	2	22,2
Muy bueno	5	55,6
Excelente	1	11,1
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 55,6% de la población obtuvo calificaciones de respuestas muy buenas.

Tabla 17. ¿Qué dificultades existen en su trabajo de equipo?

Evaluación 2		
Cuantificación	n	%
Bueno	4	44,4
Muy bueno	1	11,1
Excelente	1	11,1
No responde	3	33,3
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 44,4% de la población obtuvo respuestas buenas en lo que respecta a las dificultades que existen en el trabajo.

Tabla 18. ¿Qué alternativas de trabajo sugiere para llevar a cabo un buen equipo de trabajo quirúrgico?

Evaluación 2		
Cuantificación	n	%
Bueno	3	33,3
Muy bueno	4	44,4
Excelente	1	11,1
No responde	1	11,1
Total	9	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

El 44,4% de la población obtuvo respuestas muy buenas en lo que respecta a las alternativas que sugiere para llevar a cabo un buen equipo de trabajo quirúrgico.

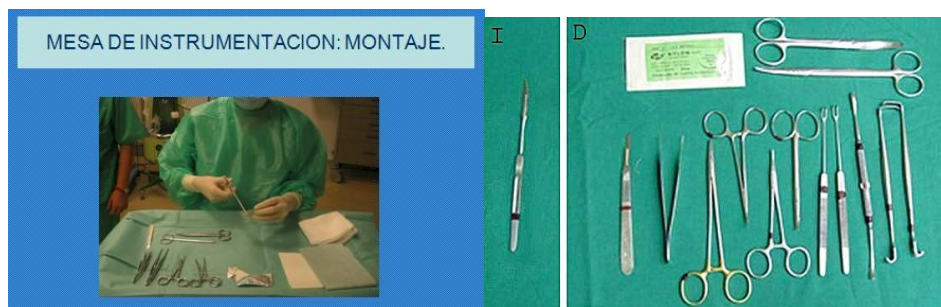
APENDICE 5.12.

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja-



MANUAL DE INSTRUMENTACION QUIRURGICA



AUTORA: NARVAEZ VANEGAS MARIA TERESA.

INTRODUCCION.

El presente manual de instrumentación quirúrgica ha sido elaborado en base a las necesidades de utilizar el instrumental adecuado. Para realizar las diferentes cirugías programadas y de emergencia, el mismo contiene la información necesaria sobre el instrumental a utilizar en las cirugías generales: Debridación, limpiezas, quirúrgicas, pastioplastias, exeresis, colecistectomías, colelap Laparoscópicas, hernias, hemorroidectomías, apendicetomías, hidrocelectomías.

Cirugías ginecológicas: Cesáreas, Curetajes, Histerectomías, Esterilización quirúrgica, Laparoscópicas, Ginecomastia, Marsupialización, Cistectomías, que se realizan en este hospital.

Está dirigido al personal profesional de medicina y enfermería en especial al personal que ingresa nuevo a esta área quirúrgica con la finalidad de que sirva de guía, constituya una herramienta útil que al conocerla, aplicarla, evite complicaciones quirúrgicas para el paciente contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de atención a los usuarios que acuden a este hospital, al igual que la disminución del tiempo quirúrgico.

CIRUGÍAS GENERALES.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: DEBRIDACION

EQUIPO DE PLASTIA

1. 1 PORTA BISTURI N°3 CD. 04450
2. 1 PORTA BISTURI N°4 CD 924
3. 1 PORTA AGUJAS NUEVO ACME
4. 4 PINZAS MOSQUITO CURVAS SIN CD 2 NUEVAS MED
5. 2 PINZAS MOSQUITOS RECTAS SIN CD
6. 2 PINZAS KELLY CURVAS 060211
7. 1 PINZA KELLY RECTA CD 060210
8. PINZA KOCHER RECTA 060450
9. 1 PINZA BAKOB SIN CD
10. 2 ALLIS SIN CD
11. 1 PINZA ARO 16 CM (CORAZON)
12. 1 PORTA AGUJAS
13. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA PEQUEÑA CD 11265-15
14. 1 PINZA KELLY CURVA DE 25 CM POLANO
15. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS 5 CD 0523008
16. 1 PINZA ADSSON CD 062012
17. 1 PINZA ADSSON CON DIENTE SIN CD. ACME
18. 1 PINZA QUIRURGICA CD 090161 BD 553
19. 2 PINZAS ANATOMICAS 1 CD 09111 OTRA HG
20. 1 TIJERA MAYO RECTA CD 050460
21. 1 JARRO DE HIERRO ENLOZADO CON 20 GASAS
22. 1 SEMILUNA GRANDE
23. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA NUEVA C 0019114

TOTAL PIEZAS 33

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: LIMPIEZAS QUIRÚRGICAS.

EQUIPO DE PLASTIA

1. 1 PORTA BISTURI N°3 CD. 04450
2. 1 PORTA BISTURI N°4 CD 924
3. 1 PORTA AGUJAS NUEVO ACME
4. 4 PINZAS MOSQUITO CURVAS SIN CD 2 NUEVAS MED

5. 2 PINZAS MOSQUITOS RECTAS SIN CD
6. 2 PINZAS KELLY CURVAS 060211
7. 1 PINZA KELLY RECTA CD 060210
8. PINZA KOCHER RECTA 060450
9. 1 PINZA BAKOB SIN CD
10. 2 ALLIS SIN CD
11. 1 PINZA ARO 16 CM (CORAZON)
12. 1 PORTA AGUJAS
13. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA PEQUEÑA CD 11265-15
14. 1 PINZA KELLY CURVA DE 25 CM POLANO
15. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS 5 CD 0523008
16. 1 PINZA ADSSON CD 062012
17. 1 PINZA ADSSON CON DIENTE SIN CD. ACME
18. 1 PINZA QUIRURGICA CD 090161 BD 553
19. 2 PINZAS ANATOMICAS 1 CD 09111 OTRA HG
20. 1 TIJERA MAYO RECTA CD 050460
21. 1 JARRO DE HIERRO ENLOZADO CON 20 GASAS
22. 1 SEMILUNA GRANDE
23. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA NUEVA C 0019114

TOTAL PIEZAS 33

**INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: PASTIOPLASTIAS O
(CIRCUNCISIÓN.)**

EQUIPO DE PLASTIA

1. 1 PORTA BISTURI N°3 CD. 04450
2. 1 PORTA BISTURI N°4 CD 924
3. 1 PORTA AGUJAS NUEVO ACME
4. 4 PINZAS MOSQUITO CURVAS SIN CD 2 NUEVAS MED
5. 2 PINZAS MOSQUITOS RECTAS SIN CD
6. 2 PINZAS KELLY CURVAS 060211
7. 1 PINZA KELLY RECTA CD 060210
8. PINZA KOCHER RECTA 060450
9. 1 PINZA BAON SIN CD
10. 2 ALLIS SIN CD
11. 1 PINZA ARO 16 CM (CORAZON)
12. 1 PORTA AGUJAS

- 13. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA PEQUEÑA CD 11265-15
- 14. 1 PINZA KELLY CURVA DE 25 CM POLANO
- 15. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS 5 CD 0523008
- 16. 1 PINZA ADSSON CD 062012
- 17. I PINZA ADSSON CON DIENTE SIN CD. ACME
- 18. 1 PINZA QUIRURGICA CD 090161 BD 553
- 19. 2 PINZAS ANATOMICAS 1 CD 09111 OTRA HG
- 20. 1 TIJERA MAYO RECTA CD 050460
- 21. 1 JARRO DE HIERRO ENLOZADO CON 20 GASAS
- 22. 1 SEMILUNA GRANDE
- 23. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA NUEVA C 0019114

TOTAL PIEZAS 33

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: EXERESIS.

EQUIPO DE PLASTIA

- 1. 1 PORTA BISTURI N°3 CD. 04450
- 2. 1 PORTA BISTURI N°4 CD 924
- 3. 1 PORTA AGUJAS NUEVO ACME
- 4. 4 PINZAS MOSQUITO CURVAS SIN CD 2 NUEVAS MED
- 5. 2 PINZAS MOSQUITOS RECTAS SIN CD
- 6. 2 PINZAS KELLY CURVAS 060211
- 7. 1 PINZA KELLY RECTA CD 060210
- 8. PINZA KOCHER RECTA 060450
- 9. 1 PINZA BAKOB SIN CD
- 10. 2 ALLIS SIN CD
- 11. 1 PINZA ARO 16 CM (CORAZON)
- 12. 1 PORTA AGUJAS
- 13. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA PEQUEÑA CD 11265-15
- 14. 1 PINZA KELLY CURVA DE 25 CM POLANO
- 15. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS 5 CD 0523008
- 16. 1 PINZA ADSSON CD 062012
- 17. I PINZA ADSSON CON DIENTE SIN CD. ACME
- 18. 1 PINZA QUIRURGICA CD 090161 BD 553
- 19. 2 PINZAS ANATOMICAS 1 CD 09111 OTRA HG
- 20. 1 TIJERA MAYO RECTA CD 050460

- 21. 1 JARRO DE HIERRO ENLOZADO CON 20 GASAS
- 22. 1 SEMILUNA GRANDE
- 23. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA NUEVA C 0019114

TOTAL PIEZAS 33

Pinzas adicionales: - separadores de Farabeu # 2.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: COLECISTECTOMÍA.

EQUIPO DE CIRUGIA MAYOR

- 1. 1 MANGO DE BISTURÍ # 3
- 2. 1 MANGO DE BISTURÍ # 4
- 3. 1 SONDA ACANALADA 15 CM
- 4. 4 PINZAS MOSQUITO RECTAS
- 5. 8 PINZAS MOSQUITO CURVAS
- 6. 1 PINZA KELLY DE 16 CM CURVA
- 7. 1 PINZA KELLY DE 14 DE 14 CM
- 8. 3 PINZAS KELLY CURVAS CD 060311
- 9. 1 PINZA KELLY CURVA CD 0250114
- 10. 2 PINZAS KELLY RECTAS CD 1333014
- 11. 1 PINZA KOCHER RECTA CD 060460
- 12. 1 PINZA KOCHER CURVA CD 060461
- 13. 2 PINZAS KOCHER CURVA DE 18CM. 1CD 3013415 POLAND
- 14. 1 PINZA BACOB 16 CM
- 15. 2 PINZAS DE CONECCION CD. 314
- 16. 2 PINZAS PEANS 16CM.
- 17. 2 KELLY CURVAS 24CM.
- 18. 2 PINZAS CARO DE 25CM. CD 0531425
- 19. 1 PORTA AGUJAS 18CM CD. 080184
- 20. 1 PORTA AGUJAS PUNTA DE DIAMANTE 30CM NUEVO
- 21. 1 TIJERA METSEMBAW RECTA (CD 050619) MILTEX PREMIUM 5-181 GERMANY
- 22. 1 PINZA QUIRÚRGICA 6925
- 23. 4 PINZAS ALLIS DE 16CM CD 3013415 COD. CM 66-210-19 GERMANY
- 24. 1 PINZA QUIRÚRGICA 25CM STAYLAS
- 25. 1 PINZA ANATOMICA 090121
- 26. 1 PINZA ANATOMICA 090131
- 27. 1 PINZA RUSA CD 010

28. 5 PINZAS DE CAMPO DE 14CM CD 047105
 29. 2 SEPARADORES DE FARABES CD 0724215
 30. 2 VALVAS MALEABLES DE 30 X 5CM
 31. 1 PINZA ANATOMICA CD BD 52
 32. 1 PINZA QUIRÚRGICA 25CM BD 562
 33. 1 TIJERA METSEMBAW PAT EN6 14 CM NO CURVA CD MILTEX ESTÁNDAR
 34. 1 TIJERA MAYO RECTA DE 17CM CD 0104
 35. 1 TIJERA METSEMBAW 20.5CM CD 0101 CURVA
 36. 1 POZUELO DE HIERRO INOXIDABLE
 37. 1 BANDEJA DE ACERO INOXIDABLE
 38. 5 PINZAS KELLY CURVAS CD. 06312
 39. 1 TIJERA MAYO CURVA A1617-17
 TOTAL PINZAS 64 + 5 = 69

Pinzas adicionales: separadores abdominales. #1.

Valva suprapubica. #1.

Valvas maleables. #2.

Pinzas de Yanco, o pico de succión #1.

Pinzas de Cístico #4.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: COLELAP LAPAROSCOPICA.

PINZAS PARA LAPAROSCOPIA

1. 2 TROCAR 5.5 MM COD 10-1008 V
2. 2 TROCAR 11MM COD 10-1013 V
3. 1 OBTURATOR 5.5MM COD10-101034
4. 1 OBTURATOR 11MM COD 10-1044
5. 1 OBTURATOR 5.5MM CON PUNTA 10-1037
6. 1 OBTURATOR CON PUNTA 11M 10-1047
7. 2 REDUCTORES COD 10-1021-10-21-101.11-5.5 MM
8. 1 ADAPTADOR DE ELECTRODO .CD 11-1279
9. 1 PISTOLA DE IRRIGACION Y SUCCION DOBLE VALVULA COD 11-121276
10. 1 TUBO 10MM COD 11-1277
11. 1 TUBO 5MM COD 111278
12. 1 ELECTRODO PARA HOOK COD 11-1175
13. 1 GRASPER ALLIS CD 13-13375QL
14. 1 GRASPER MANGO 13-1383 SQ
15. 1 CAMISA DE GRASPER 13-1356 SQ

- 16. 1 GRASPER MERYLAND COD 13-1384 SQ (MANGO)
- 17. 1 GRASPER CAMISA COD 13-1356 SQ
- 18. 1 GRASPER MERYLAND COD 13-1318 SQL
- 19. 1 GRASPER METZEMBAW COD 13-1461 SQL
- 20. 1 GRASPER MANGO COD 13-1383 SQ
- 21. 1 CAMISA DE GRASPER COD 13-1356 SQ
- 22. 2 GRASPER REDONDOS SD 13-13055 QL
- 23. 2 CAMISAS DE GRASPER CD 64256 (13-1356 SQ)
- 24. 1 MANGO DE GRASPER CD 13-1384 SQ
- 25. 1 AGUJA DE VENES METALICO COLOR NEGRO CON AZUL DESARMABLE
121145
- 26. 1 FIBRA OPTICA PLOMO CON NEGRO 36750
- 27. 1 CAMARA DE 28MM
- 28. 1 MANGUERO CO2 PARA INSUFLADOR DOBLE SISTEMA DE CALENTAMIENTO
CON FILTRO 9520072
- 29. 1 TELESCOPIO DE 0° FLEGERT. CSNX 921
- 30. 1 CLIPIADOR COD 544995
- 31. 3 REDUCTORES (CAUCHOS PEQUEÑOS NEGROS)
- 32. 3 REDUCTORES (CAUCHOS PEQUEÑOS NEGROS)
- 33. 2 REDUCTORES (CAUCHOS NEGROS CON AZUL MEDIANOS)
- 34. 2 REDUCTORES (CAUCHO TOMATE MEDIANOS)
- 35. 2 CUBOS DE CAUCHOS PEQUEÑOS
- 36. 2 CUBOS DE CAUCHOS GRANDES
- 37. 2 SIMBRAS PEQUEÑAS
- 38. 2 ADAPTADORES DE TROCAR 5.5MM (NEGRO DE PLASTICO)
- 39. 2 ADAPTADORES DE TROCAR 11M (NEGRO DE PLASTICO)
- 40. 2 ADAPTADORES AKTIV CON PROTECTOR METALICO PARA TROCAR
- 41. 2 CABLES DE ELECTROCAUTERIO EN MAL ESTADO
- 42. 1 TORSE.

Pinzas Adicionales: Equipo de laparotomía.

EQUIPO DE LAPAROTOMIA

#1

- 1. 1 PINZA ARO
- 2. 2 KELLY CURVAS MEDIANAS CD BH 443443
- 3. 2 PINZAS MOSCO PEQUEÑAS
- 4. 1 PORTA AGUJAS BM 236
- 5. 1 PINZA TRIANGULO EA 41

6. 1 TIJERA MAYO RECTA 0035216
7. 4 PINZAS DE CAMPO GRANDES
8. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS
9. 2 SEPADORES DE FARABE BT20
10. 1 PINZA ANATOMICA BD49
11. 1 PINZA QUIRURGICA BD553
12. 1 JARRO ENLOSADO CON 20 GASAS
13. 1 RECIPIENTE METALICO

TOTAL PIEZAS 22

EQUIPO DE LAPAROTOMIA

2

1. 1 PINZA DE ARO
2. 2 PINZAS KELLY MEDIANAS B4443/B4443
3. 2 PINZAS KELLY PEQUEÑAS BH 135
4. 1 PORTA AGUJAS
5. 1 PINZA TRIANGULO EA 41
6. 1 TIJERA METZEMBAW CURVA CD BC 606
7. 4 PINZAS DE CAMPO GRANDES
8. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS
9. 2 SEPARADORES DE FARABE 1CD 241215
10. 1 PINZA ANATOMICA BD 49
11. 1 PINZA QUIRURGICA 090161
12. 1 MANGO DE BISTURI N° 3 BS2982
13. 1 RECIPIENTE METALICO GRANDE MAS COMPRESA
14. 1 POSUELO METALICO CON 20 GASAS

TOTAL PIEZAS 23

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: HERNIAS.

EQUIPO DE CIRUGÍA MENOR

1. 1 CHAROL DE ACERO INOXIDABLE
2. 1 MANGO DE BISTURÍ # 4 CD 0113225
3. 6 PINZAS MOSQUITOS CURVAS CD 0240112
4. 3 PINZAS MOSQUITOS RECTAS CD 0200112
5. 6 PINZAS KELLY CURVAS CD 0253116
6. 1 PINZA KELLY CURVA CD. 0250114
7. 4 PINZAS KELLY RECTAS CD 0253016

8. 2 PINZAS ROCHER RECTAS CD. 0210214
9. 2 PINZAS ALLIS CD. 0416620
10. 2 PINZAS ARO CD 0531425
11. 1 PINZA BACO CD. 0422019
12. 1 PORTA AGUJAS DIAMANTE CD 1326120
13. 1 TIJERA METZAMBAW CURVA ACNE CD. MILTEX PREMIUM 5-288 STAINLESS
14. 1 TIJERA MAYO CURVA CD. 0050117
15. 1 Sonda ACANALADA
16. 4 PINZAS DE KRAUS (DE CAMPO) CD. 0523008
17. 2 PINZAS QUIRÚRGICAS CD. 011216
18. 2 PINZAS ANATOMICAS CD. 0113016
19. 1 POZUELO CON 20 GASAS CD. 60510525
20. 2 SEPARADORES DE FARABE SIN COD.
21. 2 VALVAS MALEABLES
22. 1 TIJERA METSEMBAW RECTA 14CM ACNE (16/1/06)
23. 1 PORTA AGUJAS STAINLESS
24. 1 TIJERA MAYO RECTA CD. CM AI 610-17
25. 1 POSUELO

Pinzas Adicionales: pinzas de Richardson #2.

Equipo de punción Lumbar.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: HEMORROIDECTOMIAS.

EQUIPO DE CIRUGÍA MENOR

1. 1 CHAROL DE ACERO INOXIDABLE
2. 1 MANGO DE BISTURÍ # 4 CD 0113225
3. 6 PINZAS MOSQUITOS CURVAS CD 0240112
4. 3 PINZAS MOSQUITOS RECTAS CD 0200112
5. 6 PINZAS KELLY CURVAS CD 0253116
6. 1 PINZA KELLY CURVA CD. 0250114
7. 4 PINZAS KELLY RECTAS CD 0253016
8. 2 PINZAS ROCHER RECTAS CD. 0210214
9. 2 PINZAS ALLIS CD. 0416620
10. 2 PINZAS ARO CD 0531425
11. 1 PINZA BACO CD. 0422019
12. 1 PORTA AGUJAS DIAMANTE CD 1326120

13. 1 TIJERA METZAMBAW CURVA ACNE CD. MILTEX PREMIUM 5-288 STAINLESS
14. 1 TIJERA MAYO CURVA CD. 0050117
15. 1 Sonda ACANALADA
16. 4 PINZAS DE KRAUS (DE CAMPO) CD. 0523008
17. 2 PINZAS QUIRÚRGICAS CD. 011216
18. 2 PINZAS ANATOMICAS CD. 0113016
19. 1 POZUELO CON 20 GASAS CD. 60510525
20. 2 SEPARADORES DE FARABE SIN COD.
21. 2 VALVAS MALEABLES
22. 1 TIJERA METSEMBAW RECTA 14CM ACNE (16/1/06)
23. 1 PORTA AGUJAS STAINLESS
24. 1 TIJERA MAYO RECTA CD. CM AI 610-17
25. 1 POSUELO

Pinzas Adicionales: Equipo de Punción Lumbar.

Especulo anal #1.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: APENDICECTOMIAS.

EQUIPO DE CIRUGIA MEDIANA

1. 1 CHAROL CON COMPRESA
2. 1 MANGO DE BISTURI # 4 MITEX CD 4-11
3. 6 PINZAS MOSCO CURVAS MITEX CD 7-4
4. 6 PINZAS KELLY CURVAS MITEX CD 7-38
5. 3 PINZAS KELLY RECTAS MITEX CD 7-36
6. 3 PINZAS MOSCO RECTAS MITEX CD 7-2
7. 2 PINZAS KOCHER RECTAS MITEX 7-66
8. 2 PINZAS BACOB MITEX CD 16-46
9. 1 PINZA ARO DE 25 CM MITEX CD 7-610
10. 1 PINZA ARO MITEX CD 7-606
11. 1 PORTA AGUJAS CD 8-48
12. 1 PORTA AGUJAS MITEX CD 8-2
13. 2 PINZAS ANATOMICAS MITEX CD 6-166
14. 2 PINZAS QUIRURGICAS MITEX CD 6-168
15. 2 SEPARADORES DE FARABEW MITEX CD 11110
16. 4 PINZAS DE CAMPO MITEX CD 7-506
17. 2 VALVAS MALEABLES MITEX CD 11-140

- 18. 1 TIJERA MAYO RECTA MITEX CD 5-140
- 19. 1 TIJERA METSEMBAW MITEX CD 5-188 CURVA
- 20. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA CD 5-180
- 21. 1 SEMILUNA METALICA CROMA 1818 INOX
- TOTAL PINZA 44

Pinzas Adicionales: separadores de Richardson grandes # 2.

Pinzas de Yanca o #1.

Pinzas de Cístico #4.

Pinzas de Bakob #2.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍA: HIDROCELECTOMIAS. EQUIPO DE PLASTIA.

- 1. 1 PORTA BISTURI N°3 CD. 04450
- 2. 1 PORTA BISTURI N°4 CD 924
- 3. 1 PORTA AGUJAS NUEVO ACME
- 4. 4 PINZAS MOSQUITO CURVAS SIN CD 2 NUEVAS MED
- 5. 2 PINZAS MOSQUITOS RECTAS SIN CD
- 6. 2 PINZAS KELLY CURVAS 060211
- 7. 1 PINZA KELLY RECTA CD 060210
- 8. PINZA KOCHER RECTA 060450
- 9. 1 PINZA BAON SIN CD
- 10. 2 ALLIS SIN CD
- 11. 1 PINZA ARO 16 CM (CORAZON)
- 12. 1 PORTA AGUJAS
- 13. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA PEQUEÑA CD 11265-15
- 14. 1 PINZA KELLY CURVA DE 25 CM POLANO
- 15. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS 5 CD 0523008
- 16. 1 PINZA ADSSON CD 062012
- 17. 1 PINZA ADSSON CON DIENTE SIN CD. ACME
- 18. 1 PINZA QUIRURGICA CD 090161 BD 553
- 19. 2 PINZAS ANATOMICAS 1 CD 09111 OTRA HG
- 20. 1 TIJERA MAYO RECTA CD 050460
- 21. 1 JARRO DE HIERRO ENLOZADO CON 20 GASAS
- 22. 1 SEMILUNA GRANDE
- 23. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA NUEVA C 0019114

TOTAL PIEZAS 33

Pinzas Adicionales: Equipo de Punción Lumbar.

CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS: CESÁREA.

EQUIPO DE CESAREA

1-1 CHAROL METALICO MAS TAPA METALICA

1-2 MANGO DE BISTURÍ # 4 COD CM A6- 014-00 GERMANY

3-4 MOSQUITOS CURVA

- CM BC- 221-12 GERMANY
- CM BC – 221-12 GERMANY
- CM BC- 221-12 GERMANY
- CM BC – 221-12 GERMANY

4-2 PINZA KELLY RECTAS

- MILTEX 736
- MILTEX 736

5-4 PINZAS KELLY CURVA

- CM BC 423-16
- CM BC 423-16
- CM BC 423-16
- CM BC 423-16

6-2 PINZAS ALLIS

- TITONOX GEM 235515
- TITONOX GEM 235515

7-1 PINZAS BABCOCK CM 66- 610-20 GERMANY

8-2 PINZAS ARO RECTA (ESCAPULAP) AESCULAP

- BF 122 STAINLES
- BF 122 STAINLES

4-2 PORTA AGUJAS 15 CM

- STAINLES SIN CD
- MILTEX PREMIUM 8- 44 TC ASA DORADA

10-1 TIJERA METZEMBAU CURVA MILTEX PREMIUM 5- 182 TC ()

11-1 TIJERA MAYO CURVA CM AI- 611-14 GERMANY

12-1 PINZA ANATOMICA CM BA- 012-14 GERMANY

13-1 PINZA QUIRURGICA CM- BA- 210-14 GERMANY

14-2 SEPADORES DE FARABEO

- ACME- STANLES 22
 - ACME- STAINLES 22
- SE AGREGA DE INDIVIDUALES EL EQUIPO
DE CESAREA

15-4 PINZAS DE CAMPO

- MILTEX 7-506
- MILTEX 7-506
- MILTEX 7-506
- MILTEX 7-506

16-1 BALBA SUPROPUBICA MILTEX PREMIUM 11-346

17-2 PINZAS COCHER CURVA

- MILTEX 7-68
- MILTEX 7-68

18-1 TIJERA CORTAR CUADROS CM A 1 – 550-10 GERMANY

19-3 PINZAS MOSQUITO RECTA 12 CM

- MILTEX COD 72
- MILTEX COD 72
- MILTEX COD 72

20-1 TIJERA METZEMBAW RECTA 0057048 BELGUN

21-3 PINZAS PARA ASEPSIA BF 16 INOX, BF 16 INOX

22-1 POSUELO

Pinzas Adicionales Equipo de Punción Lumbar.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS CURETAJES.

EQUIPO DE CURETAJE

1. 13 DILATADORES: 2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15
2. 1 ESPECULO VAGINAL
3. 2 VALVAS VAGINALES
4. 1 HISTEROMETRO
5. 1 CATETER METALICO
6. 6 CURETAS
7. 4 CUCHARETAS

8. 1 PINZA DE DIENTES (3) DE 26 CM
9. 1 PINZA BIOPSIA 22 CM
10. 1 PINZA EXTRACTORA DE PLACENTA DE 27 CM
11. 1 PINZA TIRACUELLO CURVA 29 CM
12. 1 PINZA TIRACUELLO
13. 1 PINZAR KOCHER RECTA DE 28CM
14. 1 PINZA ARO 25 CM
15. 1 CHAROL A BASE DE ALUMINIO
16. 1 PINZA HUEVO

TOTAL PIEZAS 37

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS: HISTERECTOMÍAS.

EQUIPO DE CIRUGIA MAYOR

1. 1 MANGO DE BISTURÍ # 3
2. 1 MANGO DE BISTURÍ # 4
3. 1 SONDA ACANALADA 15 CM
4. 4 PINZAS MOSQUITO RECTAS
5. 8 PINZAS MOSQUITO CURVAS
6. 1 PINZA KELLY DE 16 CM CURVA
7. 1 PINZA KELLY DE 14 DE 14 CM
8. 3 PINZAS KELLY CURVAS CD 060311
9. 1 PINZA KELLY CURVA CD 0250114
10. 2 PINZAS KELLY RECTAS CD 1333014
11. 1 PINZA KOCHER RECTA CD 060460
12. 1 PINZA KOCHER CURVA CD 060461
13. 2 PINZAS KOCHER CURVA DE 18CM. 1CD 3013415 POLAND
14. 1 PINZA BAKOB 16 CM
15. 2 PINZAS DE CONECCION CD. 314
16. 2 PINZAS PEANS 16CM.
17. 2 KELLY CURVAS 24CM.
18. 2 PINZAS CARO DE 25CM. CD 0531425
19. 1 PORTA AGUJAS 18CM CD. 080184
20. 1 PORTA AGUJAS PUNTA DE DIAMANTE 30CM NUEVO
21. 1 TIJERA METSEMBAW RECTA (CD 050619) MILTEX PREMIUM 5-181 GERMANY
22. 1 PINZA QUIRÚRGICA 6925

- 23. 4 PINZAS ALLIS DE 16CM CD 3013415 COD. CM 66-210-19 GERMANY
- 24. 1 PINZA QUIRÚRGICA 25CM STAYLAS
- 25. 1 PINZA ANATOMICA 090121
- 26. 1 PINZA ANATOMICA 090131
- 27. 1 PINZA RUSA CD 010
- 28. 5 PINZAS DE CAMPO DE 14CM CD 047105
- 29. 2 SEPARADORES DE FARABES CD 0724215
- 30. 2 VALVAS MALEABLES DE 30 X 5CM
- 31. 1 PINZA ANATOMICA CD BD 52
- 32. 1 PINZA QUIRÚRGICA 25CM BD 562
- 33. 1 TIJERA METSEMBAW PAT EN6 14 CM NO CURVA CD MILTEX ESTÁNDAR
- 34. 1 TIJERA MAYO RECTA DE 17CM CD 0104
- 35. 1 TIJERA METSEMBAW 20.5CM CD 0101 CURVA
- 36. 1 POZUELO DE HIERRO INOXIDABLE
- 37. 1 BANDEJA DE ACERO INOXIDABLE
- 38. 5 PINZAS KELLY CURVAS CD. 06312
- 39. 1 TIJERA MAYO CURVA A1617-17

TOTAL PINZAS 64 + 5 = 69

Pinzas Adicionales: Pinzas de Herry#2.

Pinzas de Yanca #1.

Separadores Abdominales #1.

Equipo de Curetajes.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS: LIGADURA QUIRÚRGICA. (POMEROY).

- 1. 1 CHAROL METALICO PEQUEÑO CON TAPA
- 2. 1 MANGO BISTURI N° 4
- 3. 4 MOSQUITOS CURVA
 - SM BC-221-12 GERMANY
 - SM BC-221-12 GERMANY
 - SM BC-221-12 GERMANY
 - SM BC-221-12 GERMANY
- 4. 2 PINZAS KELLYCURVA
 - CM BC 423-16 GERMANY
 - CM BC 423-16 GERMANY
- 5. 2 PINZAS ALLIS

- TITANOX GEM 235515
 - TITANOX GEM 235515
6. 2 PINZAS BABCOCK
- EA32 ESTAINLES SE AGREGA DE INDIVIDUALES AL EQUIPO POMEROY
 - EA32 ESTAINLES
7. 1 PINZA ARO RECTA CM BG -710-20 GERMANY
8. 1 PORTAAGUJAS ESTAINLES SIN CODIGO
9. 1 TIJERA METZEMBAW CURBA MITEX PREMIUM 5-288
10. 1 TIJERA MAYO RECTA TITANOX GEM 211416
11. 1 PINZA ANATOMICA CM BA -012-14 GERMANY
12. 1 PINZA QUIRURGICA CM BA -210-14 GERMANY
13. 2 SEPARADORES DE FARABEO MILTEX PREMIUM 11-112 MG
14. 4 PINZAS DE CAMPO
- CM BE -111-11 GERMANY (PEQUEÑO)
 - CLINIC 04-7105
 - CLINIC 04-7105
 - SIN CODIGO INOX
- 15. 1 POSUELO DE ACERO INOXIDABLE.**

Pinzas Adicionales: pinzas de Bakob.

Equipo de punción Lumbar.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS: GINECOMASTIA O (MASTECTOMÍAS).

EQUIPO DE PLASTIA

1. 1 PORTA BISTURI N°3 CD. 04450
2. 1 PORTA BISTURI N°4 CD 924
3. 1 PORTA AGUJAS NUEVO ACME
4. 4 PINZAS MOSQUITO CURVAS SIN CD 2 NUEVAS MED
5. 2 PINZAS MOSQUITOS RECTAS SIN CD
6. 2 PINZAS KELLY CURVAS 060211
7. 1 PINZA KELLY RECTA CD 060210
8. PINZA KOCHER RECTA 060450
9. 1 PINZA BAKOB SIN CD
10. 2 ALLIS SIN CD
11. 1 PINZA ARO 16 CM (CORAZON)

- 12. 1 PORTA AGUJAS
- 13. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA PEQUEÑA CD 11265-15
- 14. 1 PINZA KELLY CURVA DE 25 CM POLANO
- 15. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS 5 CD 0523008
- 16. 1 PINZA ADSSON CD 062012
- 17. I PINZA ADSSON CON DIENTE SIN CD. ACME
- 18. 1 PINZA QUIRURGICA CD 090161 BD 553
- 19. 2 PINZAS ANATOMICAS 1 CD 09111 OTRA HG
- 20. 1 TIJERA MAYO RECTA CD 050460
- 21. 1 JARRO DE HIERRO ENLOZADO CON 20 GASAS
- 22. 1 SEMILUNA GRANDE
- 23. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA NUEVA C 0019114

TOTAL PIEZAS 33

Pinzas Adicionales: separadores de Farabeu #2.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS: FIBROADENOCTOMIAS.

EQUIPO DE PLASTIA

- 24. 1 PORTA BISTURI N°3 CD. 04450
- 25. 1 PORTA BISTURI N°4 CD 924
- 26. 1 PORTA AGUJAS NUEVO ACME
- 27. 4 PINZAS MOSQUITO CURVAS SIN CD 2 NUEVAS MED
- 28. 2 PINZAS MOSQUITOS RECTAS SIN CD
- 29. 2 PINZAS KELLY CURVAS 060211
- 30. 1 PINZA KELLY RECTA CD 060210
- 31. PINZA KOCHER RECTA 060450
- 32. 1 PINZA BAON SIN CD
- 33. 2 ALLIS SIN CD
- 34. 1 PINZA ARO 16 CM (CORAZON)
- 35. 1 PORTA AGUJAS
- 36. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA PEQUEÑA CD 11265-15
- 37. 1 PINZA KELLY CURVA DE 25 CM POLANO
- 38. 4 PINZAS DE CAMPO PEQUEÑAS 5 CD 0523008
- 39. 1 PINZA ADSSON CD 062012
- 40. I PINZA ADSSON CON DIENTE SIN CD. ACME
- 41. 1 PINZA QUIRURGICA CD 090161 BD 553

- 42. 2 PINZAS ANATOMICAS 1 CD 09111 OTRA HG
- 43. 1 TIJERA MAYO RECTA CD 050460
- 44. 1 JARRO DE HIERRO ENLOZADO CON 20 GASAS
- 45. 1 SEMILUNA GRANDE
- 46. 1 TIJERA METSEMBAW CURVA NUEVA C 0019114

TOTAL PIEZAS 33

Pinzas Adicionales: separadores de Farabeu #2.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS: MARSUPIALIZACION.

EQUIPO DE CIRUGÍA MENOR

- 1. 1 CHAROL DE ACERO INOXIDABLE
- 2. 1 MANGO DE BISTURÍ # 4 CD 0113225
- 3. 6 PINZAS MOSQUITOS CURVAS CD 0240112
- 4. 3 PINZAS MOSQUITOS RECTAS CD 0200112
- 5. 6 PINZAS KELLY CURVAS CD 0253116
- 6. 1 PINZA KELLY CURVA CD. 0250114
- 7. 4 PINZAS KELLY RECTAS CD 0253016
- 8. 2 PINZAS ROCHER RECTAS CD. 0210214
- 9. 2 PINZAS ALLIS CD. 0416620
- 10. 2 PINZAS ARO CD 0531425
- 11. 1 PINZA BACO CD. 0422019
- 12. 1 PORTA AGUJAS DIAMANTE CD 1326120
- 13. 1 TIJERA METZAMBAW CURVA ACNE CD. MILTEX PREMIUM 5-288 STAINLESS
- 14. 1 TIJERA MAYO CURVA CD. 0050117
- 15. 1 Sonda ACANALADA
- 16. 4 PINZAS DE KRAUS (DE CAMPO) CD. 0523008
- 17. 2 PINZAS QUIRÚRGICAS CD. 011216
- 18. 2 PINZAS ANATOMICAS CD. 0113016
- 19. 1 POZUELO CON 20 GASAS CD. 60510525
- 20. 2 SEPARADORES DE FARABE SIN COD.
- 21. 2 VALVAS MALEABLES
- 22. 1 TIJERA METSEMBAW RECTA 14CM ACNE (16/1/06)
- 23. 1 PORTA AGUJAS STAINLESS
- 24. 1 TIJERA MAYO RECTA CD. CM AI 610-17
- 25. 1 POSUELO

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS: CISTECTOMÍAS.

EQUIPO DE CIRUGÍA MENOR

1. 1 CHAROL DE ACERO INOXIDABLE
2. 1 MANGO DE BISTURÍ # 4 CD 0113225
3. 6 PINZAS MOSQUITOS CURVAS CD 0240112
4. 3 PINZAS MOSQUITOS RECTAS CD 0200112
5. 6 PINZAS KELLY CURVAS CD 0253116
6. 1 PINZA KELLY CURVA CD. 0250114
7. 4 PINZAS KELLY RECTAS CD 0253016
8. 2 PINZAS ROCHER RECTAS CD. 0210214
9. 2 PINZAS ALLIS CD. 0416620
10. 2 PINZAS ARO CD 0531425
11. 1 PINZA BACO CD. 0422019
12. 1 PORTA AGUJAS DIAMANTE CD 1326120
13. 1 TIJERA METZAMBAW CURVA ACNE CD. MILTEX PREMIUM 5-288 STAINLESS
14. 1 TIJERA MAYO CURVA CD. 0050117
15. 1 SONDA ACANALADA
16. 4 PINZAS DE KRAUS (DE CAMPO) CD. 0523008
17. 2 PINZAS QUIRÚRGICAS CD. 011216
18. 2 PINZAS ANATOMICAS CD. 0113016
19. 1 POZUELO CON 20 GASAS CD. 60510525
20. 2 SEPARADORES DE FARABE SIN COD.
21. 2 VALVAS MALEABLES
22. 1 TIJERA METSEMBAW RECTA 14CM ACNE (16/1/06)
23. 1 PORTA AGUJAS STAINLESS
24. 1 TIJERA MAYO RECTA CD. CM AI 610-17
25. 1 POSUELO

Adicionales: separador abdominal #1.

Anexo 2

Ministerio de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud del Azuay

Girón, 11 de marzo del 2013

Dra. Claus Salcedo

DIRECTORA DEL HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA

De mis consideraciones,

De la manera más comedida me dirijo a usted para solicitarle su autorización para llevar a cabo el proyecto de investigación – acción titulado “Proyecto de Mejoramiento del Ambiente Laboral en la ejecución de cirugías en el Área de Quirófano del hospital Aida León de Rodríguez Lara” el cual es parte de los estudios que me encuentro realizando en la Universidad Técnica Particular de Loja. Debido a que la organización no dispone del presente proyecto, le solicito su autorización para que se me proporcione la información necesaria para el desarrollo de la tesis.

Por la favorable acogida que sabrá dar a la presente le anticipo mis agradecimientos

Maria T. Narváez Vanegas
Lcda. Maria T. Narváez Vanegas

ENFERMERA DEL HOSPITAL



ESTIMADA ALUMNA MARIA TERESA NARVAEZ VANEGAS, me permito comunicarle que su proyecto denominado "MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL “AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA DEL CANTÓN GIRÓN. AÑO 2013”. Ha sido aprobado. Próximamente se le designara director de tesis.

Dra. Ma. Carmen Piedra

Comisión Académica