

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSTGRADOS
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA**

**CREACIÓN DE UN MODELO DE MONITOREO DE GESTION PARA UN
SERVICIO QUIRÚRGICO.**

**Por
ASTRID YADIRA MALDONADO MURCIA
ISABEL ESTUPIÑAN SOLORZANO
JAIRO BASTIDAS**

**CREACIÓN DE UN MODELO DE MONITOREO DE GESTION PARA UN
SERVICIO QUIRÚRGICO.**

**ASTRID YADIRA MALDONADO MURCIA
ISABEL ESTUPIÑAN SOLORZANO
JAIRO BASTIDAS**

INFORME FINAL DE INVESTIGACION

**LUIS JAVIER ARANGO CARDONA
Médico Cirujano. Magister en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSTGRADOS
ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
BOGOTÁ
2.012**

CONTENIDO

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2. OBJETIVO GENERAL	10
2.1 Objetivos específicos.....	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	11
4. MARCOS DE REFERENCIA.....	12
4.1 Marco teórico.....	12
4.2 Marco legal.....	13
5. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE UN DEPARTAMENTO QUIRÚRGICO.....	19
5.1 Estructura del departamento quirúrgico	19
5.1.1 Infraestructura e instalaciones físicas	20
5.1.1.1 Ubicación.....	20
• Área para recepción y entrega de pacientes.....	21
• Área de aseo.....	23
• Distribución del espacio.....	24
• Salas de operaciones.....	25
5.1.1.2 Personal del Departamento Quirúrgico.....	26
• Jefe o Coordinador de Salas de Cirugía.....	27
• Jefatura de enfermería	27
• Equipo quirúrgico	27

• Cirujano.....	28
• Ayudante del cirujano	28
• Anestesiólogo.....	28
• Enfermera (o) asistente de anestesista	28
• Enfermera circulante.....	28
• Instrumentador (a) Quirúrgico (A).....	28
5.1.1.3 Clasificación de los Procedimientos Quirúrgicos.....	29
• Urgencia extrema.....	29
• Urgencia.....	29
• Cirugía diagnóstica	29
• Planeada o programada.....	29
• Paliativa.....	29
• Estética	29
• Cirugía ambulatoria.....	30
5.2 Modelo organizacional de un departamento quirúrgico.....	31
5.2.1 Organización funcional o de Taylor	31
• Ventajas.....	31
• Desventajas.....	32
5.3 Estructura directiva de un departamento quirúrgico	333
5.3.1 Organigrama del departamento quirúrgico	33
6. MANUAL DE FUNCIONES.....	34
6.1 Auxiliar de enfermería en salas de pre y post-operatorio	34

6.2	Auxiliar de enfermería en salas de cirugía	36
6.3	Instrumentadora quirúrgica	39
6.4	Coordinador (a) de salas de cirugía	44
6.5	Cirujano	44
6.6	Anestesiólogo	46
6.7	Ayudante quirúrgico.....	47
7.	PORTAFOLIO DE SERVICIOS U.F.N. SALAS DE CIRUGIA.....	49
7.1	Objetivo.	49
7.2	Ambientes del servicio	49
7.2.1	Ambientes del Servicio.	49
8.	ÁREAS ESTRATÉGICAS PARA LA GESTIÓN.....	53
8.1	Facturación.....	54
8.1.1	Objetivo General.....	54
8.1.2	Estrategia financiera:	54
8.1.3	Sala de cirugía desde una óptica financiera	56
8.1.4	Indicadores desde la óptica financiera	56
8.2	Proceso de programación de cirugía.	56
8.2.1	Objetivos de programación.....	56
8.2.2	Indicadores de programación.....	58
8.3	Central de esterilización.....	58
8.3.1	Objetivos de la Central de Esterilización.....	58
8.3.2	Normas generales de bioseguridad.....	59
8.3.3	Indicadores del Área de Central de Esterilización.....	60

8.4	Área de preparación de pacientes.	61
8.4.1	Objetivos del área de preparación de pacientes.	61
8.4.2	Indicador área preparación de pacientes.	63
8.5	Área de cuidados post anestésicos (UCPA).	63
8.5.1	Objetivos de la UCPA:	64
8.5.2	Aspectos relevantes de las UCPA.	64
9.	INDICADORES DE GESTIÓN POR ÁREA ESTRATÉGICA.	65
9.1	Construcción de indicadores.	65
9.2	Tipos de indicadores.	66
9.3	Indicadores de calidad en una unidad de cirugía.	67
9.4	Indicadores de seguridad de pacientes.	70
9.5	Cuadro de Indicadores de Gestión por Área Estratégica. ¡Error! Marcador no definido.	73
9.6	Sistema de gestión para un departamento quirúrgico	85
9.6.1	Cuadro de Mando. Opción 1.	98
9.6.2	Cuadro de Mando. Opción 2	¡Error! Marcador no definido.
	CONCLUSIONES.	10404
	BIBLIOGRAFÍA.	105

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo la construcción de un modelo de gestión de un Departamento Quirúrgico para ser aplicado a cualquier clínica u hospital de carácter público o privado.

La idea es que este trabajo sirva de referencia para toda persona que Coordina o Gerencia los quirófanos y pueda guiarse para organizar estratégicamente; crear indicadores que le permitan medir la gestión de cada área y por ende tomar decisiones que le permita al Departamento ser eficiente, productivo siempre garantizando la calidad en la prestación del servicio.

INTRODUCCIÓN.

El Departamento quirúrgico es una de las áreas más importantes de una clínica u hospital, si se tiene en cuenta su participación en los ingresos económicos que produce, en la significativa importancia de los recursos que administra por su alto costo y la participación en la imagen corporativa de entidad cuando se garantiza la calidad de sus servicios.

Igualmente, su manejo inadecuado y los problemas de calidad traen consigo consecuencias de alto impacto en la productividad, rentabilidad y métrico legales que deberían minimizarse o evitarse con una adecuada gestión integral.

Las modificaciones de las leyes en salud, la ley 100 y sus reformas, así como la unificación del POS, hacen necesario que las Entidades prestadoras de Servicios de Salud busquen estrategias que les permitan sobrevivir y ser competitivas en el mercado.

Es para un Gerente un gran reto, liderar y optimizar los recursos para obtener ganancias sin dejar de lado la gran responsabilidad de atender con calidad y eficiencia a sus pacientes. Siendo el Departamento quirúrgico un área primordial para cumplir este fin, es necesario crear un modelo de gestión para que esta área sea productiva, garantice unos servicios de óptima calidad, con una adecuada eficiencia en el manejo de sus recursos, en general significativamente costosos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que el Departamento Quirúrgico es uno de los centros de producción de mayor costo por su especialidad y las características de su operación, la adecuada gestión empresarial en su manejo, deberá garantizar la óptima utilización de los recursos asignados y la obtención de una rentabilidad que permita su viabilidad y desarrollo científico y tecnológico.

Las frecuentes y repetitivas fallas en los procesos implicados en la operación del departamento quirúrgico, ocasionan altos costos de no calidad, es decir, inaceptables por su impacto en la sostenibilidad del departamento y la calidad en la atención a los usuarios, lo cual puede controlarse oportuna y sistemáticamente, si se dispone de un Sistema de Gestión Integral para esta área estratégica de la empresa prestadora de servicios de salud.

2. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo de gestión empresarial para el monitoreo sistemático e integral del departamento quirúrgico de una Clínica u Hospital, con el fin de garantizar la eficiencia en la utilización de los recursos y el logro de los objetivos.

2.1 Objetivos específicos

- 2.1.1** Plantear la estructura y organización de un departamento quirúrgico.
- 2.1.2** Identificar las áreas estratégicas del departamento quirúrgico, para la creación de los mecanismos de monitoreo de la gestión.
- 2.1.3** Elaborar Indicadores de gestión por área estratégica.
- 2.1.4** Diseñar el modelo de Sistema de Gestión del Departamento Quirúrgico, que permita hacer el seguimiento integral de su funcionamiento y sirva de apoyo para la toma de decisiones de mejoramiento y/o control. (PAMEC).

3. JUSTIFICACIÓN

La normatividad, el sistema de habilitación, la acreditación, el sistema de gestión de calidad que exige el ministerio, así como la situación actual de la salud en Colombia, hacen necesario buscar soluciones en aras de salvar las Instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente las prestadoras de servicios, sometidas a una gran presión por la población usuaria y a una crisis financiera por el no pago por las entidades aseguradoras ante la evidente incapacidad reguladora y de control de la Superintendencia de Salud y el mismo Ministerio de la Protección Social para garantizar un adecuado funcionamiento del SGSSS.

Una estrategia es fortalecer el área quirúrgica por medio de la creación de un modelo de gerencia que busque optimizar este servicio para obtener ganancias, sin dejar de lado la parte social.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el departamento quirúrgico tiene una significativa importancia relativa en la rentabilidad y productividad de la entidad, por los altos costos de operación que genera su personal especializado y los insumos y tecnología requeridas, por lo que el monitoreo sistemático de la eficiencia, eficacia y el control de los recursos y procesos, tiene efectos importantes en la exitosa operación de la empresa.

4. MARCOS DE REFERENCIA.

4.1 Marco teórico.

Las empresas de salud en la actualidad han tenido que radicalizar un cambio estructural debido a la reforma presentada en las últimas décadas a partir de la ley 100/93; lo cual obliga a las instituciones a adoptar un modelo administrativo y estrategias de negocio que le permitan permanecer en el mercado de manera competitiva, buscando dentro de sus objetivos la solvencia económica, la eficiencia y calidad de servicios prestados.

Ha surgido entonces la necesidad de que las empresas de salud presten servicios de calidad, pero a su vez el usuario pague los servicios recibidos con valores que permitan una utilidad, crecimiento y desarrollo de las mismas; dentro de las instituciones de salud el departamento quirúrgico es una de la principales áreas de mayor rentabilidad, es el servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, que requieren total asepsia y una inversión alta en tecnología, insumos y personal altamente calificado; se relaciona fundamentalmente con los siguientes servicios: obstétrico, esterilización, urgencias y hospitalización. En este servicio funcionarán en forma independiente.

Este servicio debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Contar con un área exclusiva y con circulación restringida.
- Contar con un área de registro de los pacientes que ingresan al servicio.
- Disponer de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Disponibilidad del servicio las 24 horas.

4.2 Marco legal.

Dentro de la revisión de la normatividad vigente en Colombia aplicable al departamento quirúrgico y la cual se debe considerar para la habilitación de los servicios quirúrgicos, encontramos:

TIPO	NUMERO	FECHA	DESCRIPCIÓN
Acuerdo	30	1996	Se establece el cobro de las cuotas moderadoras y copagos para procedimientos, se aplica a la prestación de procedimientos en el servicio de salas de cirugía.
Circular externa	30		Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud. Se hace seguimiento mensual por parte del proceso de cirugía, haciendo revisión de metas y cumplimiento de los mismos.
Decreto	97	12/01/1996	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 6 de 1991, sobre la especialidad médica de anestesiología
Decreto	155	22/01/2004	Por el cual se reglamenta el art. 43 de la ley 99 de 1993 sobre tasas por utilización de aguas y se adoptan otras disposiciones.
Decreto	614	14/03/1984	Organización y administración salud ocupacional.

Decreto	674	02/03/2007	por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del sistema único de habilitación de entidades promotoras de salud del régimen contributivo y entidades adaptadas.
Decreto	786	16/04/1990	Autopsias clínicas
Decreto	806	30/04/1998	Seguridad social
Decreto	825	02/04/2003	Por el cual se reglamenta el parágrafo del artículo 14 de la ley 266 de 1996.la inscripción y el registro único nacional de quienes ejercen legalmente la profesión de enfermería en Colombia, una vez se obtenga la respectiva autorización del ejercicio por parte de la autoridad competente, deberá realizarse ante la asociación nacional de enfermeras de Colombia, anec.
Decreto	838	23/03/2005	Modifica el decreto 1713 de 2002 sobre disposición final de residuos sólidos y se dictan otras disposiciones.
Decreto	1011	2006	Habilitación de procesos
Decreto	1020	2007	Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda.
Decreto	1295	27/06/1994	Organización sistema de riesgos profesionales.
Decreto	1530	29/09/2003	Ley de riesgos profesionales.
Decreto	1669	02/08/2002	Modificación plan de residuos hospitalarios
Decreto	1713	06/08/2002	Gestión integral de residuos sólidos
Decreto	2174	28/11/1996	Sistema general de seguridad social en salud

Decreto	2200	29/06/2005	Servicio farmacéutico
Decreto	2309	15/10/2002	Garantía de calidad
Decreto	2423	31/12/1996	Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.
Decreto	2493	04/08/2004	componentes anatómicos
Decreto	2566	07/07/2009	por el cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales
Decreto	2676	22/12/2000	Gestión integral de residuos sólidos
Decreto	2759	11/12/1991	Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contra referencia.
Decreto	2763	20/12/2001	Modificación manual de residuos hospitalarios.
Decreto	2811	18/12/1974	Código nacional de recursos renovables y protección medio ambiente.
Decreto	3616	10/10/2005	Por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.
Decreto	4126	16/11/2005	Modificación plan de residuos hospitalarios
Decreto	826	2003	Se hace el control de de aquellos medicamentos de control especial, por lo general utilizados por anesthesiólogos.
Decreto	2423	1996	Se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.

Decreto	1295	1994	Organización del sistema de riesgos profesionales, se dan medidas de protección al personal.
Decreto	2923	12/08/2011	Por el cual se establece el sistema de garantía de calidad del sistema general de riesgos profesionales.
Decreto	1011	03/04/2006 (anexos técnicos)	Se dictan las disposiciones del sistema de garantía de calidad de la atención en salud (sogcs), aplicable al servicio. Revisión y verificación de estándares de acuerdo a anexo técnico n ° 1.
Ley	1438	19/01/2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
Ley	6	Ene-91	Se da cumplimiento a la reglamentación de la especialidad médica de anestesiología y las disposiciones.
Ley	9	1979	Se da cumplimiento a la reglamentación de la especialidad médica de anestesiología y las disposiciones.
Ley	784	Diciembre de 2002	Reglamentación del ejercicio de la instrumentación quirúrgica profesional, aplica al personal que labora en salas de cirugía.
Ley	100	23/12/1993	Se da cumplimiento a lo estipulado en el sistema de seguridad social.
Ley	10	1990	Reorganización del sistema, se da cumplimiento.

Resolución	741	14/03/1997	Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para instituciones y demás prestadores de servicios de salud.
Resolución	2333	2000	Se adopta la clasificación única de los procedimientos.
Resolución	5261	05/08/1994	Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud.
Resolución	1164	06/09/2002	Por el cual se adopta el manual de procedimientos para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, mpirh, adjunto a la presente resolución, de acuerdo con lo determinado en los artículos 4° y 21 del decreto 2676 de 2000. Se hace disposición adecuada de residuos por parte del personal de salas de cirugía y partos.
Resolución	16446	03/09/2004	Por la cual se crea el comité técnico para la evaluación de los productos odontológicos. El director general del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos, Invima, en ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas en el numeral 9 del artículo 8° del decreto ley 1290 de 1994. Aplicable a procedimientos de odontología realizados bajo anestesia general.
Resolución	2242	14/06/2011	Por medio de la cual se amplía la vigencia de renovación de la habilitación.
Resolución	2981	19/07/2011	Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con la codificación estandarizada de insumos y dispositivos médicos.

Resolución	1043	03/04/2006	Revisión del sistema único de habilitación, se da cumplimiento a las disposiciones.
Resolución	1445	03/04/2006	Sistema único de acreditación, en cirugía se está trabajando para llegar a dar cumplimiento de acreditación.
Resolución	4445	1996	Se da cumplimiento a las normas sanitarias para instituciones prestadoras de servicios de salud.
Resolución	365	1999	Se adopta la clasificación única de procedimientos en salud.
Resolución	5261	1994	Se aplica el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligaciones de salud del sistema general de seguridad social en salud.
Resolución	1895	2001	Adopción de la codificación internacional de enfermedades décima versión.
Resolución	730	2002	Revisión de código cie 10, aplica al servicio
Resolución de minas y energía	18-1434	05/12/2002	Por la cual se adopta el reglamento de protección y seguridad radiológica. Medidas de seguridad en los trabajadores de salas de cirugía.
Resolución del ministerio de salud	9031	1990	Procedimientos relacionados con el funcionamiento y operación de equipos de rayos x y otros emisores de radiaciones ionizantes. Utilización de intensificador de imágenes para procedimientos quirúrgicos

5. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE UN DEPARTAMENTO QUIRÚRGICO

5.1 Estructura del departamento quirúrgico

El departamento quirúrgico se ha definido como el área donde se otorga atención al paciente que requiere de una intervención o procedimiento quirúrgico, y hace parte de la estructura orgánica de cualquier clínica u hospital de II y III nivel de complejidad.

La planeación y funcionamiento del departamento quirúrgico necesita de una conjunción de conocimientos, funciones y esfuerzo de todo el personal que tiene injerencia en el servicio. Requiere de la aportación financiera suficiente, de una planta física adecuada y funcional, equipamiento, dotación de insumos suficiente, procedimientos técnicos quirúrgicos efectivos y eficaces; además de personal calificado actualizado y eficiente, sin olvidar los procedimientos y controles administrativos para garantizar la calidad del servicio.

(www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_1.htm)

Un departamento quirúrgico debe cumplir con los estándares exigidos por la resolución 1043 del 2.006: “ por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”; específicamente debe cumplir con el estándar de capacidad tecnológica y científica.

Este estándar comprende: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.

5.1.1 Infraestructura e instalaciones físicas.

El departamento quirúrgico va diseñado de acuerdo a las necesidades y oferta quirúrgica de cada institución de salud y teniendo presente el tipo de establecimiento por ende varia el tamaño de las mismas y la cantidad de personal que en determinado momento puede tener acceso y se puede encontrar circulando dentro de las instalaciones del mismo es por ello que se cuenta con una serie de normativas específicas e invariables en la mayoría de los casos que permiten cumplir con las normas de asepsia y antisepsia adecuadas para evitar el aumento indiscriminado de las complicaciones pre, trans y posoperatorias como son las infecciones prevenibles en los pacientes.

El diseño del quirófano debe estar planeado de tal forma que optimice la eficiencia al crear patrones reales de trabajo y tránsito para pacientes, personal y material quirúrgico, el diseño debe ser flexible pensando en una expansión futura.

No hay un diseño específico para todos los hospitales o clínicas, se debe basar en necesidades individuales actuales y futuras.

El número de quirófanos requerido se establece en función de:

- Número y duración de cada una de las operaciones programadas.
- Tipo y distribución por especialidades de personal quirúrgico.
- Proporción de pacientes.
- Sistema de programación relacionado con el número de horas por día y días por semana en que se usará el quirófano.
- Sistemas y procedimientos establecidos para el tránsito de pacientes, personal y material quirúrgico.

5.1.1.1 Ubicación.

La arquitectura del Área Quirúrgica ha de estar pensada para favorecer en lo posible las medidas de asepsia y disciplina encaminadas a prevenir la infección. Al mismo tiempo, tiene que estar sometida a unas reglas determinadas para

favorecer estas medidas. Debe estar construida de forma que las zonas limpias estén diferenciadas de las zonas contaminadas sin necesidad de efectuar cruces.

Con relación al resto del Hospital o Clínica debe:

- Estar aislado del tráfico del Hospital
- Tener acceso fácil con las Unidades de Hospitalización, Urgencias, UCI, Reanimación
- Tener comunicación con Laboratorio, Farmacia, Imágenes Diagnósticas, Urgencias
- Tener comunicación directa con el servicio de esterilización

El Departamento quirúrgico debe ceñirse a las normas de habilitación (Resolución 1043/2006), y cumplir los estándares de infraestructura física que son los siguientes:

En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.

Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.

Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.

Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución y Dispone de los siguientes ambientes:

- **Área para recepción y entrega de pacientes.**
 - Vestier y baño para el personal.
 - Sala(s) de cirugía.

- Sala de recuperación.
- Área para lavamanos quirúrgicos.

El servicio cumple además con las siguientes condiciones específicas:

- Las puertas para los quirófanos tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia.
- Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en los quirófanos o acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico.
- La sala de cirugía cuenta con un sistema mínimo para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacia el exterior.
- Los equipos eléctricos en salas de cirugía estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra.
- Si existen ventanas de abrir en las salas de cirugía, éstas cuentan con un control de la apertura de los basculantes.
- La Iluminación es uniforme y simétrica en el campo operatorio. Debe ser suficiente, sin producir brillos ni deslumbramientos.
- La iluminación debe tener un regulador de concentración del haz de luz en todos los quirófanos.
- No producir sombras, lo cual se consigue dirigiendo los dos haces de luz hacia un ángulo convergente.
- Disponer de luz cercana al color azul/blanco de la luz diurna.
- Poderse ajustar con libertad a cualquier posición o ángulo. En todas las lámparas del área existen mangos estériles de fácil adaptación, por el cirujano, de la luz al campo.
- Producir un mínimo de calor.
- Que puedan limpiarse con facilidad.
- Cumplir con las normas de seguridad (controlado por el servicio de mantenimiento)
- La sala de recuperación está localizada en forma contigua y se comunica con el área de recepción y entrega de pacientes, así mismo, tendrá acceso al corredor o pasillo interno.
- Por cada paciente en sala de recuperación se cuenta con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia de la institución, una fuente de succión y una fuente de oxígeno.
- Pasillos y otras dependencias con iluminación eléctrica y natural.
- Los colores más recomendados son azules, verdes, grises y las mezclas de estos pues producen relajación. Los suelos oscuros dan más sensación de seguridad.
- Las paredes y los techos son lavables.

- Los suelos son conductores para disipar la electricidad estática del equipo y del personal. La superficie no ha de ser porosa, ni tener fisuras.
- En la zona de lavado quirúrgico el suelo es antideslizante.
- Las paredes deben ser de forma cuadrada o rectangular con los ángulos redondeados para evitar la acumulación de polvo.
- Las superficies deben ser lisas, sin angulaciones ni grietas, fácil de limpiar y no poroso.
- Las puertas deben ser automáticas o corredizas, no empotradas en la pared, sino de superficie.
- Las puertas nunca permanecerán abiertas durante o entre las intervenciones.
- Sistema de climatización: En la actualidad la transmisión aérea ha adquirido mayor importancia en la infección nosocomial. Esto se produce por la diseminación de gotículas (gotas de menor o igual a 5 micras de diámetro) o por partículas de polvo que contiene el agente infeccioso, que permanecen suspendidas en el aire. Así, los microorganismos transportados de esta forma, se pueden extender ampliamente por las corrientes de aire, pudiendo ser inhalados o depositados en el huésped susceptible. Por tanto, se necesita una ventilación y una calidad de aire adecuada para prevenir la transmisión aérea.

- **Área de aseo.**

- Cuenta con luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico.
- El servicio de cirugía está dispuesto de tal modo que es de fácil acceso para los pacientes que requieren procedimientos de emergencia en salas de cirugía, para lo cual contarán con rampa o ascensor en caso de ser necesario.

- **Distribución del espacio**

El Departamento Quirúrgico se divide en tres zonas:

- Sin restricciones. Se permite la ropa de calle. Esta zona está aislada por puertas del corredor hospitalario principal. Sirve de zona exterior para entrar al interior.
- Semirestringida. Se requiere atuendo quirúrgico. Esta zona incluye regiones de apoyo periféricas y corredores de acceso a los quirófanos.
- Restringida. Se requiere tapabocas como complemento del atuendo quirúrgico. Son los quirófanos propiamente dichos.

- **Salas de operaciones.**

Las salas de operaciones requieren de instalaciones especiales de iluminación, sistema de aire comprimido, instalación de oxígeno y gases anestésicos, así como instalaciones eléctricas y electrónicas. La superficie de la sala debe medir aproximadamente de 30 m² de superficie y 2.75 m de altura, para cirugías generales y para cirugías de ortopedia, neurocirugía y cardiovasculares se recomienda que sea de 36 m². La forma de las salas generalmente es rectangular. Las características de la planta física deben estar estructuradas para la prevención de infecciones y accidentes, y al mismo tiempo brindar seguridad y confort a todos los participantes, durante el desarrollo de las actividades en etapa trans-operatoria y que a continuación se describen:

Las paredes y el piso deben ser de material liso, fácilmente lavables y que garanticen impermeabilidad. El piso debe ser de material antideslizante. El techo debe estar estructurado de una sola pieza. Asimismo, los ángulos de las paredes, techo y piso deben ser romos, para evitar que en las esquinas se pueda acumular el polvo, partículas y la suciedad.

La iluminación general de las salas deberá ser artificial, a base de luz fluorescente y las lámparas móviles deberán proporcionar luz incandescente y fija de doble filamento sin sombras, las cuales pueden tener incluidas cámaras de televisión.

En las instalaciones eléctricas, las tomas de corriente deben ser de 220 voltios, deben estar conectadas al circuito de la planta de luz de emergencia, deberán contar con detector de fugas eléctricas y estar conectado al sistema de tierra. Las tomas de corriente deben ser trifásicas, con sistema de seguridad contra explosión.

El aire acondicionado debe ofrecer una buena ventilación y evitar el estancamiento del aire. Es necesario considerar que existe cierto grado de diseminación de gases anestésicos en la sala que pueden causar trastornos neurofisiológicos al paciente y al personal; por lo tanto, no debe haber deficiencias en la ventilación.

Las salas de cirugía deben tener una temperatura de promedio de 20°C, regulable entre 18 a 24°C y una humedad de 55% y alrededor de 15 cambios de aire por hora.

En cuanto a la esterilización del aire, existen algunos hospitales (muy pocos) que cuentan con flujo laminar de purificación del aire, otros utilizan filtros para disminuir la contaminación en las salas. También pueden instalar sistemas con aportación de aire estéril como son:

Cubículo de Charney
Sistema de Allander
Burbuja quirúrgica

5.1.1.2 PERSONAL DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO.

Un equipo es un grupo de dos o más personas con objetivos comunes y que coordinan sus esfuerzos para lograrlos. La interdependencia caracteriza al equipo, porque sin los otros miembros es imposible alcanzar los objetivos.

Los miembros del equipo deben comunicarse entre si y tener una distribución solapada de todos los cometidos, para desempeñar las tareas especificadas como una única entidad. El objetivo común del equipo quirúrgico es proporcionar al paciente unos cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura.

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

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

El personal del departamento de cirugía varía según la capacidad del número de salas con que cuenta el hospital, nivel de atención y especialidades. Las funciones

y responsabilidades de cada miembro del equipo quirúrgico deben estar bien definidas y establecidas, de las cuales brevemente describiremos:

- **Jefe o Coordinador de Salas de Cirugía.**

El titular debe ser Médico, Instrumentador Quirúrgico o Jefe de enfermería con especialización administrativa y experiencia en el área, es el responsable de dirigir las actividades encaminadas en la organización del área de Salas de cirugía.

- **Jefatura de enfermería**

Es la responsable de dirigir las actividades profesionales del personal de enfermería. En algunas instituciones la Jefatura de Enfermería del Quirófano depende organizacionalmente de la Jefatura Médica del Departamento. En estos casos, la organización es tradicional y tiene un énfasis jerárquico y lineal. En otras instituciones ambas jefaturas se consideran paralelas. Este tipo de organización es horizontal y enfocada a la integración del equipo multidisciplinario. En la organización de tipo horizontal, ambas jefaturas tienen una intensa relación de comunicación y coordinación, y juntas son responsables de la normatividad, del control de los recursos tecnológicos, de los procesos de trabajo y de los resultados del Departamento.

- **Equipo quirúrgico**

En lo que respecta al acto quirúrgico, está integrado por: El cirujano, uno o dos ayudantes, el anesthesiólogo, médicos residentes (de anestesiología y cirugía), en algunos hospitales, enfermera (o) anestesista, Instrumentadoras, el número de Instrumentadoras y circulantes varía según la complejidad y duración de la cirugía.

- **Cirujano.**

El cirujano es el responsable del tratamiento médico y quirúrgico del paciente, es el que guía las actividades durante el acto quirúrgico.

- **Ayudante del cirujano**

Puede ser un médico adscrito, residente o interno, colabora con el cirujano en la hemostasia, utilizando los separadores, aspiración del campo quirúrgico, sutura dependiendo de su experiencia.

- **Anestesiólogo**

Médico Especialista en la administración y selección de la anestesia aplicada al paciente, así como el monitoreo y conservación de la homeostasia del paciente. Es encargado además de la unidad de cuidados post anestésicos (UCPA).

- **Enfermera (o) asistente de anestesista**

Es la enfermera (o) calificada y registrada que ofrece actividades bajo la supervisión del anestesiólogo en la preparación de medicamentos e insumos necesarios para el acto anestésico.

- **Enfermera circulante**

Es un elemento vital para la realización de la cirugía, vigila la conservación de la asepsia quirúrgica. Atiende al paciente desde su ingreso, prepara los elementos e insumos para la asepsia quirúrgica del paciente, revisa el expediente clínico, sirve de enlace entre los miembros del equipo quirúrgico. Lleva un control exacto del material textil utilizado.

- **Instrumentador (a) Quirúrgico (A)**

Es responsable de colocar y entregar al cirujano y al ayudante, el material e instrumental estéril. Dispone y ordena el equipo, instrumental y material necesario para la cirugía, se encarga del conteo de material

5.1.1.3 CLASIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

- **Urgencia extrema**

Para problemas que requieren de una intervención inmediata porque la situación amenaza la vida o la función de algún órgano del cuerpo. Algunos ejemplos serían: Aneurisma aórtico abdominal, hemorragia intensa, apendicitis, trombosis mesentérica, prolapso de cordón, obstrucción intestinal, entre otros.

- **Urgencia**

Requiere de intervención con prontitud, es potencialmente amenazante para la vida o la función si se retrasa más de 24 a 48 horas, por ejemplo: Lesión ocular, cálculos renales o uretrales, colecistitis crónica litiásica agudizada o piocolecisto, fractura de hueso y otras.

- **Cirugía diagnóstica**

Requiere intervención para determinar el origen, causa y tipo de células que ocasionan el problema, y por ejemplo: Cáncer, laparotomía exploratoria, endoscopia, colonoscopia, broncoscopia, biopsia, etc.

- **Planeada o programada**

Se planea la corrección de un problema no agudo, por ejemplo: Cataratas, herniorrafia, hemorroidectomía, artroplastia total, etc.

- **Paliativa**

Se realiza para aliviar síntomas de un proceso patológico, pero no es curativa, por ejemplo: Resección de raíces nerviosas, reducción de volumen tumoral o colostomía.

- **Estética**

Se realiza para mejorar el aspecto personal, por ejemplo: Liposucción, rinoplastia, blefaroplastia, etc.

- **Cirugía ambulatoria.**

Hoy en día se está haciendo más frecuente la práctica de la cirugía ambulatoria, dadas las ventajas que ofrece. El objetivo de la cirugía ambulatoria es proporcionar una asistencia de alta calidad a los pacientes que necesitan una cirugía y reducir la estancia hospitalaria y las posibles complicaciones, mediante un uso más eficaz del tiempo y economía. Para determinar a los pacientes candidatos a este tipo de cirugía, es preciso efectuar un estudio sistemático y una asistencia muy competente, segura y cálida.

Selección del paciente:

- Cirugía con duración hasta de 90 minutos.
- Ausencia de infecciones.
- Tipo de cirugías con poca probabilidad de complicaciones post-operatorias.
- Dolor controlable con analgesia oral.
- Que se prevea que la pérdida de sangre no implique transfusión sanguínea.

Ventajas

- Disminuye el estrés psicológico por la estancia hospitalaria.
- Reduce el costo para el paciente, el hospital, agencias de seguros e instituciones gubernamentales.
- Disminuye el riesgo de exposición a las infecciones hospitalarias.
- Menor pérdida de tiempo para el paciente en su trabajo, alteración mínima de las actividades y vida familiar del paciente.

Desventajas

- Menor tiempo para valorar y efectuar la enseñanza pre-operatoria al paciente.
- Menor tiempo para establecer una relación entre el paciente y el personal de salud.
- No hay oportunidad de valorar posibles complicaciones post-operatorias
www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_1.ht

5.2 Modelo organizacional de un departamento quirúrgico.

5.2.1 Organización funcional o de Taylor

Su creador fue Frederick Taylor, quien observó que la organización lineal no propiciaba la especialización; propuso que el trabajo del supervisor se dividiera entre 8 especialistas, uno por cada actividad principal, y que los ocho tuvieran autoridad, cada uno en su propio campo, sobre la totalidad del personal que realiza labores relacionadas con su función.

La estructura de la organización funcional, divide las unidades de modo que cada una cuente con un conjunto diferente de deberes y responsabilidades, desde el gerente hasta el obrero, ejecuten el menor número posible de funciones. Por lo regular, en una empresa de producción, ello significa que los departamentos de ingeniería, producción y ventas serán departamentos individuales y que cada uno se ocupara de todos los productos de la empresa. En un hospital, el mismo principio de diseño organizacional daría origen a departamentos de patología, de archivo medico, de radiología, salas de cirugía, hospitalización, urgencias, unidades de cuidados intensivos, etc.

- **VENTAJAS.**

Las estructuras de la organización funcional, dado que orientan a la gente a una actividad especial, concentran la competencia del personal en formas particularmente eficaces.

En general, cuando, el trabajo de una organización se realiza mejor por medio de una tarea especializada o una serie de tareas especializadas, puede dar buenos resultados una estructura funcional de departamentos.

Pero funcionara bien solo mientras el ambiente permanezca más o menos estable. Si empieza a cambiar rápidamente, necesitando un incremento importante en el número y diversidad de los productos o servicios, este tipo de estructura puede acarrear graves desventajas.

- Mayor especialización.
- Se obtiene la más alta eficiencia de la persona.

- La división del trabajo es planeada y no incidental.
- El trabajo manual se separa del trabajo intelectual.
- Disminuye la presión sobre un sólo jefe por el número de Especialistas con que cuenta la organización.

- **DESVENTAJAS**

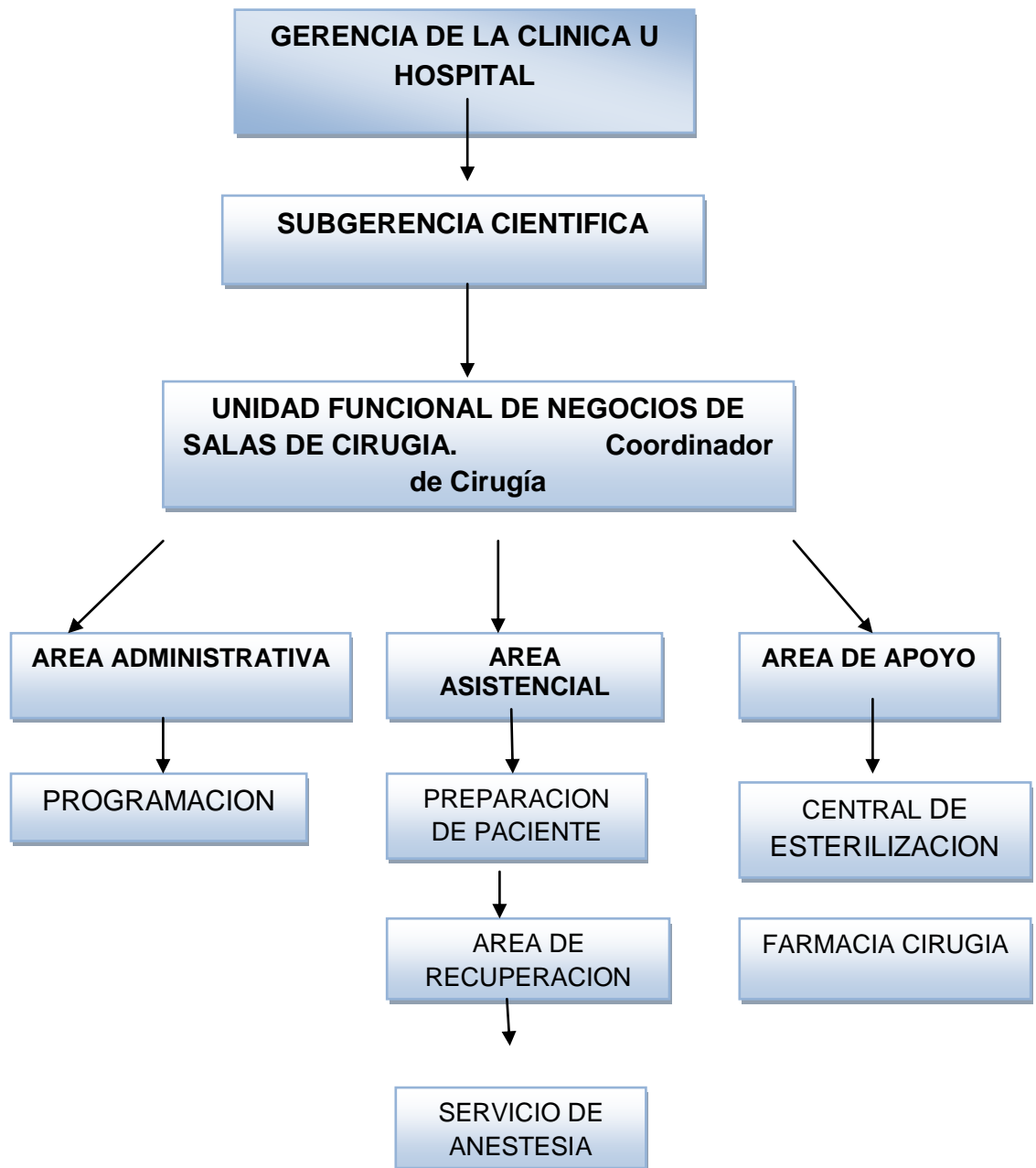
Las estructuras funcionales tienden a mermar la cooperación interdepartamental. Crean fronteras entre los departamentos, las fronteras pueden llegar a ser una especie de muro de Berlín. Ello se debe a que la alta dirección establece normas de productividad y presupuesto para cada departamento y a que, en una estructura funcional, esos ejecutivos suelen juzgar cada departamento por la eficacia con que cumple las normas y los presupuestos. Los directivos de departamento saben esto y se concentran en cumplir con ello, en vez de responder a las peticiones de algún miembro de otro departamento, cuya autoridad sobre ellos no está bien definida.

- Dificultad de localizar y fijar la responsabilidad, lo que afecta seriamente la disciplina y moral de los trabajadores por contradicción aparente o real de las órdenes.
-
- Se viola el principio de la unidad de mando, lo que origina confusión y conflictos.
-
- La no clara definición de la autoridad da lugar a rozamientos entre jefes.

En resumen, la organización funcional tiene ventajas y desventajas. Cuando las circunstancias son bastante estables y requieren un alto grado de especialización, las estructuras funcionales son ideales para concentrar los conocimientos técnicos, y esas concentraciones favorecen la existencia de productos de calidad superior. Por otra parte, si las circunstancias son relativamente inestables, a las estructuras funcionales les falta flexibilidad. Ello se debe en parte a que no ofrecen un incentivo particular a la cooperación.

5.3 Estructura directiva de un departamento quirúrgico

5.3.1 Organigrama del departamento quirúrgico



6. MANUAL DE FUNCIONES

6.1 Auxiliar de enfermería en salas de pre y post-operatorio

Área: Enfermería

Jefe Inmediato: Enfermera Jefe

Formación requerida: Título de Bachiller

Titulo de auxiliar de área de la salud.

RESUMEN DEL PUESTO

Realizar las labores necesarias para la atención integral del paciente, colaborando en la ejecución del tratamiento y procedimientos, registro de signos vitales, administración de medicamentos, dieta y actividades básicas.

DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES

- Recibir turno puntualmente.
- Informar verbalmente y por escrito los faltantes o daños en los equipos y/o elementos del área.
- Diligenciar el registro de inventarios en el cuaderno respectivo.
- Verificar el programa de cirugía, con el fin de conocer el número y tipo de cirugías de pacientes ambulatorios.

CIRUGÍAS AMBULATORIAS:

Ingresar el paciente al área, verificando:

- Que sea el paciente correcto.
- Existencia de la autorización de la cirugía por parte del servicio de admisiones.

- Consentimiento y autorización de procedimientos firmado por el paciente y/o familiar.
- Valoración pre- anestésica.
- Exámenes adicionales y/o de radiología que requiera el paciente.

Además realizar:

- Papelería completa para el total diligenciamiento de la historia clínica.
- Recepción del paciente entregando bata, polainas, gorro y asignación de un locker.
- Diligenciamiento de identificación del paciente.
- Canalizar el paciente según protocolo establecido por la institución.
- Toma de signos vitales.
- Entrega del paciente a la enfermera jefe del servicio, para la ubicación en la sala correspondiente.

PACIENTE POST QUIRÚRGICO

Ingresar el paciente al área, verificando:

- Que sea el paciente correcto.
- Existencia de la autorización de la cirugía por parte del servicio de admisiones.
- Consentimiento y autorización de procedimientos firmado por el paciente y/o familiar.
- Historia clínica completa: Verificar que las historias clínicas de los pacientes se encuentren completas: historia clínica de ingreso, evolución, record de anestesia, descripción quirúrgica, autorización de admisiones, consentimiento para procedimientos quirúrgicos, registro de nacido vivo.

- Administración de medicamentos bajo supervisión de Jefe de enfermería.
- Toma de signos vitales.
- Recepción de 20 minutos de visita por paciente, un solo visitante. Entregándole bata y polainas e indicando el lugar exacto de su familiar.
- Aviso a especialistas inter-consultantes si deben evolucionar algún paciente.
- Aviso a la enfermera jefe y/o médico los cambios presentados por los pacientes, remisiones, etc.
- Atención básica de enfermería.
- Proceso de salida en los pacientes que así lo requieran.
- Recibo y entrega de turno según protocolo.

6.2 Auxiliar de enfermería en salas de cirugía

Área: Enfermería

Jefe Inmediato: Enfermera Jefe

Formación requerida: Título de Bachiller

Titulo de auxiliar de área de la salud.

RESUMEN DEL PUESTO

Realizar las labores necesarias para la atención integral del paciente, colaborando en la ejecución del tratamiento y procedimientos, registro de signos vitales, administración de medicamentos, dieta y actividades básicas.

- Revisar programación diaria, para saber nombre de los pacientes, procedimiento quirúrgico y tipo de anestesia.
- Alistar la sala de acuerdo al procedimiento.

- Solicita lonchera con insumos según el tipo de procedimiento.
- Prepara la documentación necesaria:
 - hoja de gastos,
 - notas de enfermería,
 - hoja de anestesia,
 - formulas médicas

Recibe al paciente en la sala, realizando:

- Identificación (Historia-Intervención-Paciente).
- Valoración de su estado emocional y necesidades.
- Comprobar en la historia clínica que tiene realizado el preoperatorio, antecedentes personales
- Informar al paciente de lo que se le va a hacer con respeto y porque con la información disminuye su ansiedad y temor, aumentando así su capacidad de colaboración.
- Comprobar si se ha cumplido el protocolo de preparación quirúrgica correspondiente.
- Canalizar vía venosa (si procede) y coloca electrodos cardiacos. Si el paciente tiene instauradas vías venosas, arteriales, sondas o drenajes, verifica su estado.
- Preservar la intimidad del paciente, colocándole una sabana,
- Ayudar a pasarlo a la mesa quirúrgica y ponerle cómodo.
- Conectar cables de electrodos, pulsoxímetro, equipo de tensión, y placa de bisturí.
- Ayudar al anesthesiologo a realizar la anestesia requerida.
- Ayudar a colocar al paciente en la posición quirúrgica necesaria para la intervención, cuidando que ésta sea anatómica y no afecte a vasos, articulaciones o nervios. Comprobando que el paciente no toca partes metálicas.
- Ajustar las lámparas quirúrgicas.
- Atar las batas de la enfermera instrumentista y cirujanos.
- Conectar equipos necesarios (bisturí eléctrico, aspirador, mangueras de motor, etc.
- Proporcionar el material requerido por la Instrumentadora Quirúrgica
- Vigilar el campo operatorio y se anticipa a las necesidades de la Instrumentadora quirúrgica o del cirujano
- Prestar al anesthesiologo la ayuda necesaria durante la intervención (vías centrales, arterias, complicaciones).

Es la responsable del mantenimiento de las normas asépticas en el quirófano:

- Nadie se acercará al campo quirúrgico a menos de 20 cms. de distancia.
- Asegurarse de que toda persona que entre en el quirófano esté adecuadamente vestida.
- Controlar la circulación en el quirófano (entradas, salidas, cruces...).
- Mantener el quirófano limpio y en orden. Recoger los instrumentos que se caigan y los envía a esterilizar, si procede.
- Vigilar y proteger al paciente en todo momento. Si está despierto permanece cercana.
- Realizar junto con la Instrumentadora el conteo de gasas, compresas y torundas antes de comenzar la intervención, separando gasas y compresas una a una, igualmente antes de comenzar a cerrar cavidades y de cerrar piel.
- Es recomendable para el conteo inicial y siempre que se adicionen al campo gasas y compresas nuevas, que lo hagan juntos. Si es correcto, registrarlo; si no, avisar al cirujano para que se revise, buscar lo que falta y si no aparece, de acuerdo con el cirujano llamar para realizar una radiografía, registrando todo igualmente.
- Registrar en la hoja de enfermería, todos los cuidados ofrecidos al paciente en base a la cobertura de sus necesidades, durante su proceso quirúrgico.
- Diligenciar hoja de gastos y formulas médicas
- Estar siempre en el quirófano, mientras dura la intervención o deja a otra persona en su lugar.
- Se asegura del correcto etiquetado de las muestras biológicas obtenidas durante la intervención.
- Planifica los cuidados postoperatorios necesarios (cobija, cuidados de drenajes, mascarilla y bombonas de oxígeno, pulsoxímetro de traslado, ambú, etc.).

Al terminar la intervención:

- Colaborar con el anestesiólogo hasta que el paciente esté en condiciones de salir de quirófano.
- Retirar los cables del electrocardiógrafo, bisturí eléctrico y aspirador.
- Ayudar en el traslado del paciente a la camilla.
- Verificar el estado del paciente y funcionamiento de vías y drenajes.
- Recoger la historia y placas del paciente y los entrega junto con el paciente al auxiliar de recuperación.
- Retirar todo el material de anestesia (jeringas, hojas del laringoscopio, mascarillas,...),y cambia las mangueras corrugadas para la siguiente

- intervención.
- Realiza limpieza de equipos y superficies
- Avisa al personal de limpieza, al que dará instrucciones si se requiere una Limpieza especial, siguiendo los protocolos existentes.
- Prepara la siguiente intervención.

6.3 Instrumentadora quirúrgica

Área: Cirugía

Jefe Inmediato: Coordinadora de Instrumentadoras Quirúrgicas

Formación requerida: Bachiller.

Profesional en Instrumentación Quirúrgica.

RESUMEN DEL PUESTO

Realizar todas las actividades necesarias para atender al paciente quirúrgico, salvaguardando la técnica aséptica y estéril, alistando todo lo necesario para el procedimiento quirúrgico e instrumentarle al cirujano con agilidad, siendo su apoyo.

FUNCIONES ESPECÍFICAS.

- Conocer de antemano la operación a realizar, teniendo en cuenta programación diaria y boletas de urgencias.
- Preparar todo el instrumental necesario para la operación, verificando que no falte ningún elemento antes del inicio de la intervención.
- Verificar esterilidad de elementos, equipos e insumos médicos empleados para la intervención quirúrgica.
- Realizar lavado quirúrgico de manos, vistiéndose seguidamente con ropa estéril utilizando técnica cerrada.
- Vestir las mesas de instrumentación quirúrgica (básica o mayo y reserva o riñonera) disponiendo en el orden correspondiente los elementos que se utilizaran en cada tiempo operatorio.

- Ayudar a los cirujanos, ayudantes y personal de soporte técnico a vestir y colocarse los guantes estériles.
- Ayudar a colocar los campos estériles para iniciar los procedimientos quirúrgicos.
- Asistir al cirujano durante la operación pasando el instrumental u otro equipo de manera preestablecida oportunamente.
- Recibir muestras intraoperatorias y entregarlas a la auxiliar de enfermería, indicando nombre de la muestra anatomopatológica y su conservación.
- Actuar como primer ayudante cuando el cirujano así lo requiera, con las limitaciones establecidas por normas legales y éticas de la Instrumentadora Quirúrgica y del médico cirujano.
- Controlar los elementos utilizados, manteniendo la mesa ordenada y desechando convenientemente el material utilizado.
- Realizar conteo de todo material empleado en cirugía antes, durante y al finalizar todo procedimiento quirúrgico y durante el cambio de turno (compresas, gasas, mechas, algodones, torundas, material corto punzante e instrumental y todo material que el profesional considere prudente realizar conteo, teniendo en cuenta protocolo de recuento de material quirúrgico.
- Colaborar en la limpieza final del paciente retirando completamente el jabón quirúrgico y colocación de curación al finalizar el procedimiento.
- Recoger y revisar el instrumental utilizado durante el procedimiento quirúrgico antes de salir de la sala, verificando conteo completo del mismo.
- Hacer entrega en forma ordenada y completa a la auxiliar de lavado de instrumental los equipos y accesorios empleados durante el procedimiento, especificando instrumental accesorio y especializado.
- Dejar ordenados y limpios los equipos especiales como torre de laparoscopia, torre de artroscopia, microscopio, lente de microscopio, intensificador de imágenes, remisiones especiales, balas de nitrógeno y de Co2, entre otros.

- Contar con los conocimientos tecnológicos y funcionales del equipamiento usual en el área quirúrgica: Negatoscopio, perforadores, sierras, electrocauterio, dermatomos, liposccionadores, bombas de infiltración, etc.
- Revisar antes de iniciar cirugía los equipos de uso especial a cargo del instrumentador quirúrgico. (Fuentes de luz, torres de laparoscopia, microscopio, fotóforo, shaver, liposccionador, entre otros).
- Realizar limpieza y desinfección de equipos especiales los días domingos en la mañana durante la desinfección terminal, registrando posteriormente en la carpeta de registro de desinfecciones.
- Registrar los pacientes en el libro de registro estadístico salas de cirugía al terminar el procedimiento quirúrgico, con letra clara y legible, sin tachones o enmendaduras.
- Realizar revisión semanal del stock de ortopedia en consignación, asignado a cada una de las instrumentadoras, informando oportunamente a la coordinación de salas de cirugía anomalías del mismo.
- Realizar el diligenciamiento claro y completo de la hoja de instrumentación quirúrgica y la hoja de gastos.
- Dejar listas y montadas las salas para las cirugías programadas en cambio de turno, de las 7 am, la 1pm y las 7 de la noche
- Ayudar en el registro del borrador de programación de cirugía, cuando los especialistas requieran programar pacientes.
- Informar a la coordinadora de Salas de Cirugía cualquier cambio de turno 2 días previos al cambio.
- Notificar incapacidades o calamidades, dejando soporte expedido por la EPS, notificando a recursos humanos.
- Dar orientación docente-asistencial si hay convenio con universidades. Realizando evaluación diaria de las estudiantes.

- Colaborar activamente con el servicio y con la coordinación de salas de cirugía en los procesos de calidad.
- Lavado de manos al llegar a turno en el área de lavado de manos.
- Utilizar uniforme diario, limpio y en buen estado.
- Utilizar elementos de bioseguridad para la realización de los diferentes procedimientos quirúrgicos.

Realizar supervisión de la central de esterilización en la jornada diurna, rotando durante dos meses consecutivos. Durante este periodo deberán realizar las siguientes funciones:

- Realizar el inventario del área de almacenamiento diariamente, verificando fechas de vencimiento e integridad del embalaje.
- Supervisar registros de monitoreo de esterilización de vapor y/o óxido de etileno.
- Recibir y entregar remisiones y reposiciones de material de osteosíntesis.
- Realizar listas de chequeo y evaluaciones para verificación del cumplimiento de protocolos y guías de manejo.
- Revisar estado del instrumental Quirúrgico y realizar mantenimiento preventivo cuando sea necesario y solicitar reposición de los elementos dados de baja.
- Llevar un control y registro estricto de los convenios de esterilización por contrato con las entidades ya estipuladas.
- Garantizar material y equipos estériles para las cirugías, así como la revisión de insumos quirúrgicos para cirugías especiales como oftalmología, neurocirugía, otorrinolaringología entre otros.
- Informar a la Coordinación de Cirugía los datos necesarios a partir de los registros para el análisis de indicadores de Gestión referentes al área.

- Realizar el pedido de reposición y/o remisión a las diferentes casas de materiales de osteosíntesis.
- Garantizar la disponibilidad de instrumental, ropa y accesorios estériles para los procedimientos programados y de urgencia.
- Realizar pedido de insumos de la central de esterilización al departamento de suministros, según necesidades del servicio y de acuerdo al listado de stock de insumos mínimos y máximos.
- Solicitar el mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos de la Central de esterilización.
- Diligenciar el registro diario de termo higrometrías del área de almacenamiento y cuarto de oxido de etileno.
- Coordinar con los representantes de ventas de las casas de osteosíntesis la realización de los materiales en consignación.
- Verificar la cantidad y el estado de ropa quirúrgica recibida de la lavandería.
- Realizar inventario de la ropa desechable recibida de suministros o lavandería.
- Verificar el cumplimiento de las actividades asignadas por las operarias de Central de Esterilización.
- Mantener comunicación directa y permanente con la coordinación de salas de cirugía en pro del mejoramiento continuo.
- Realizar entrega de turno, dejando registro del mismo.
- Realizar el diligenciamiento claro y completo de los registros a cargo.

6.4 Coordinador (a) de salas de cirugía

Área: Cirugía

Jefe Inmediato: Gerencia

Formación requerida: Medico, Enfermera Jefe o Instrumentadora Quirúrgica
Especialización en Gerencia o Administración Hospitalaria

RESUMEN DEL PUESTO

Organizar y dirigir todas las actividades encaminadas a administrar las salas de cirugía para que estas sea productivas, garantizando la calidad en la atención y la seguridad del paciente.

FUNCIONES ESPECIFICAS

- Elaborar cuadros de rotación de turnos de todo el personal.
- Entregar informes e indicadores de gestión de mensual.
- Revisar la programación de las salas, administrándolas eficiente y eficazmente.
- Elaborar el PAMEC del Departamento Quirúrgico.
- Asistir a los diferentes comités: INFECCIONES, HISTORIAS CLINICAS, COVE, CALIDAD, EVENTOS ADVERSOS.
- Exigir orden y cumplimiento del trabajo a todo el personal del departamento, con respeto y tolerancia.

6.5 Cirujano

Área: Cirugía

Jefe Inmediato: Coordinador de Salas de Cirugía

Formación requerida. Médico especialista en cirugía general y en las demás especialidades ofertadas por la clínica u hospital.

RESUMEN DEL PUESTO

Desempeñar con éxito la intervención quirúrgica prevista, su responsabilidad son el diagnóstico y los cuidados preoperatorios, la selección y la realización del procedimiento quirúrgico y los cuidados posoperatorios.

FUNCIONES ESPECIFICAS

- Debe tener criterio y suficiente conocimiento para tomar decisiones rápidas y seguras en los momentos necesarios, siempre dando prioridad a la vida del paciente
- Se le debe brindar las mejores condiciones para trabajar: buena luz, buen instrumental, insumos suficientes, adecuada anestesia, debiendo haber previsto con anterioridad todos los elementos que utilizaría durante el acto quirúrgico.
- Debe cumplir con la programación y el horario establecido.
- 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 agredir 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, debe reconocer bien lo que se incide o se disecciona; no se deben realizar maniobras incompletas.
- 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.

6.6 Anestesiólogo

Área: Cirugía

Jefe Inmediato: Coordinador de Salas de Cirugía

Formación requerida: Médico especialista en Anestesia

RESUMEN DEL PUESTO

Está encargado de realizar la valoración pre anestésica, elegir de acuerdo al paciente la técnica y los medicamentos anestésicos adecuados, inducir la anestesia mantenerla en los niveles adecuados, vigilancia de las funciones fisiológicas, el mantenimiento del equilibrio electrolítico y la reposición de sangre. Aliviar el dolor al paciente en la sala de recuperación.

FUNCIONES ESPECIFICAS

- Revisar la canalización del paciente.
- Interviene en la preparación del campo operatorio.
- Da la orden para el comienzo de la cirugía.
- Ayudar 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 figurarán la evolución intraoperatoria 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 del paciente.

6.7 Ayudante quirúrgico.

Área: Cirugía

Jefe Inmediato: Coordinador de Salas de Cirugía

Formación requerida: Médico general con capacitación en quirófanos y laparoscopia básica.

RESUMEN DEL PUESTO

Está encargado de colaborar al cirujano durante todo el procedimiento, facilita la acción del cirujano, el mejor cirujano puede perder efectividad por la mala colaboración de un ayudante.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- Es la segunda autoridad del equipo. Debe conocer la operación perfectamente y facilitar el trabajo al cirujano, adelantándose a las necesidades de éste.
- Trabajar enfrente y algo hacia la derecha del cirujano. Cuando no hay Segundo Ayudante trabaja enfrente del cirujano.
- Realiza el lavado del sitio operatorio
- No debe extralimitarse realizando maniobras que sólo competen al cirujano.

- Colaborar con el cirujano en la colocación de los campos.
- 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.

7. PORTAFOLIO DE SERVICIOS U.F.N. SALAS DE CIRUGIA.

En presentación del portafolio de servicios se debe tener en cuenta la descripción de los aspectos relevantes de la unidad, a continuación enumeramos pasos para tener en cuenta en la creación del portafolio de servicios de la Unidad Funcional de Negocios de Salas de Cirugía.

7.1 Objetivo.

REALIZAR PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE MANERA, OPORTUNA Y SEGURA GENERANDO UN MARGEN DE RENTABILIDAD.

- Ubicación de La Unidad Funcional de Negocios de Salas de Cirugía, medios de ingreso y clasificación (familiares, equipo médico, personal asistencial, pacientes) , vías de evacuación. La atención del área quirúrgica comprende procedimientos de baja, media y alta complejidad.

7.2 Ambientes del servicio

ACCESO: El acceso de pacientes al servicio de Cirugía es de carácter interno, restringido, rápido, amplio y de fácil identificación. En este servicio se encuentran los siguientes ambientes:

7.2.1 AMBIENTES DEL SERVICIO.

- RECEPCION SALAS DE CIRUGIA.

Área donde se reciben los pacientes y se da información a los familiares al finalizar los procedimientos quirúrgicos, para esto la secretaria del servicio se encarga de llamar a los familiares al terminar la intervención quirúrgica.

- OFICINA DE COORDINACION.

Ubicada dentro del área restringida de salas de cirugía.

- PEQUEÑA SALA DE ESPERA.

Ubicada contigua al área de preparación de pacientes y cerca al consultorio de anestesia en donde se deben ubicar sillas para comodidad de familiares.

- CONSULTORIO DE VALORACION PREANESTESICA.

Cuenta con una camilla para la valoración y atención de pacientes que requieren consulta preanestésica o que requieren ser valorados por los especialistas del servicio. Dotado de elementos de bioseguridad, toma de tensión y bascula.

- PREPARACION DE PACIENTES.

Área donde se preparan los pacientes programados y se reciben los pacientes de urgencias que van a ser intervenidos, debe tener sillas reclinomáticas, televisor y cortinas de separación de cubículos para el confort y comodidad de los pacientes.

- RECUPERACION DE PACIENTES.

Ubicada en el área restringida cuenta con cubículos cada uno separado, con monitoria básica para el cuidado y seguridad del paciente hasta la recuperación completa y alta del servicio, debe tener disposición de oxígeno y succión.

- SALA DE EDUCACION DE PACIENTES.

Área destinada para la espera de los pacientes al finalizar la recuperación de la cirugía, en donde se requiere observación por más tiempo, exclusivo para pacientes ambulatorios, aquí se terminan de dar las instrucciones del cuidado en el post operatorio y diligenciamiento de encuesta de satisfacción del usuario.

- SALA DE POST QUIRURGICA OBSTETRICA Y/O GINECOLOGICA.

Ubicada contigua a recuperación, aquí se ubican pacientes de Gineco-obstetricia luego de finalizar la recuperación inicial, cuenta con camas separadas por cubículos.

- SALA DE CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.

Destinado para el cuidado, monitorización y seguimiento de los Recién Nacidos de las madres que fueron intervenidas por cesárea y que se encuentran en recuperación de anestesia o aquellos bebés que requieren cuidado adicional, se cuenta con cunas e incubadora, con monitoria y sistema de calefacción (mantas térmicas o calentador neonatal de ambiente)

- CENTRAL DE ENFERMERIA.

Contigua a recuperación y post quirúrgica, destinada para el diligenciamiento de la Historia Clínica y seguimiento del personal de enfermería y medico.

- CENTRAL DE ESTERILIZACION.

Encargada de recepcionar, preparar, lavar, lubricar, embalar, rotular, esterilizar y almacenar el instrumental, equipos e insumos necesarios para la realización de procedimientos quirúrgico, sule a todos los procesos material estéril con trazabilidad manual del proceso. Debe contar con autoclave de vapor y/o esterilizador de oxido de etileno para material termo sensible o sistema de baja temperatura.

- FARMACIA DE SALAS DE CIRUGIA.

Ubicada en el área semirrestringida con acceso a las salas de cirugía por medio de una ventanilla, sule a todo el servicio de insumos y suministros medico quirúrgicos para todos los procedimientos programados y de urgencia, atención las 24 horas del día.

- QUIROFANOS.

El servicio debe contar con Salas de Cirugía para todas las especialidades, 1 Sala de urgencias y una sala de ginecoobstetricia.

Se debe contar con equipos biomédicos de última tecnología:

- Corte y coagulación: Equipo monopolar y bipolar (Valleylab), ligasure, Enseal, Bisturí armónico.(entre algunos)
- Microscopio.
- Intensificador de imágenes.
- Torre de Laparoscopia (Cámara HD, neumoinsuflador de hasta 45 L/m, fuente de luz LED, Procesador de imágenes configurada de acuerdo a la especialidad, Sheaver para artroscopia.
- Fotóforo luz LED.
- Red de recambios de aire (en proceso final de adecuación)

Los servicios quirúrgicos aplica a las especialidades de:

- Cirugía General.
- Ginecología y Obstetricia.
- Cirugía Pediátrica.

- Cirugía Plástica estética y reconstructiva.
- Cirugía Maxilofacial.
- Ortopedia.
- Urología.
- Cirugía laparoscópica.

- Oncología general.

- OFICINA DE PATOLOGIA.

Servicio 24 horas del día, asistencia de secretaria en horario continuo de 6 a.m. a 10 p.m. de lunes a sábado, domingos y festivos de 8 a.m. a 4 p.m. Entrega de resultados de estudio anatomopatológico.

- PROGRAMACION DE SALAS DE CIRUGIA:

Atención de lunes a viernes de 8 a.m. a 1 p.m. – 2 p.m. a 5 p.m. sábados de 8 a 12 del día.

- CENTRAL DE ESTERILIZACION:

Lunes a Domingo de 7 a.m. a 8 a.m.- 1 p.m. a 2 p.m. – 7 p.m. a 8 p.m.

- COORD. SALAS DE CIRUGIA:

Lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. Horario continuo. Fines de semana apoyo vía telefónica.

- OFICINA DE PATOLOGIA:

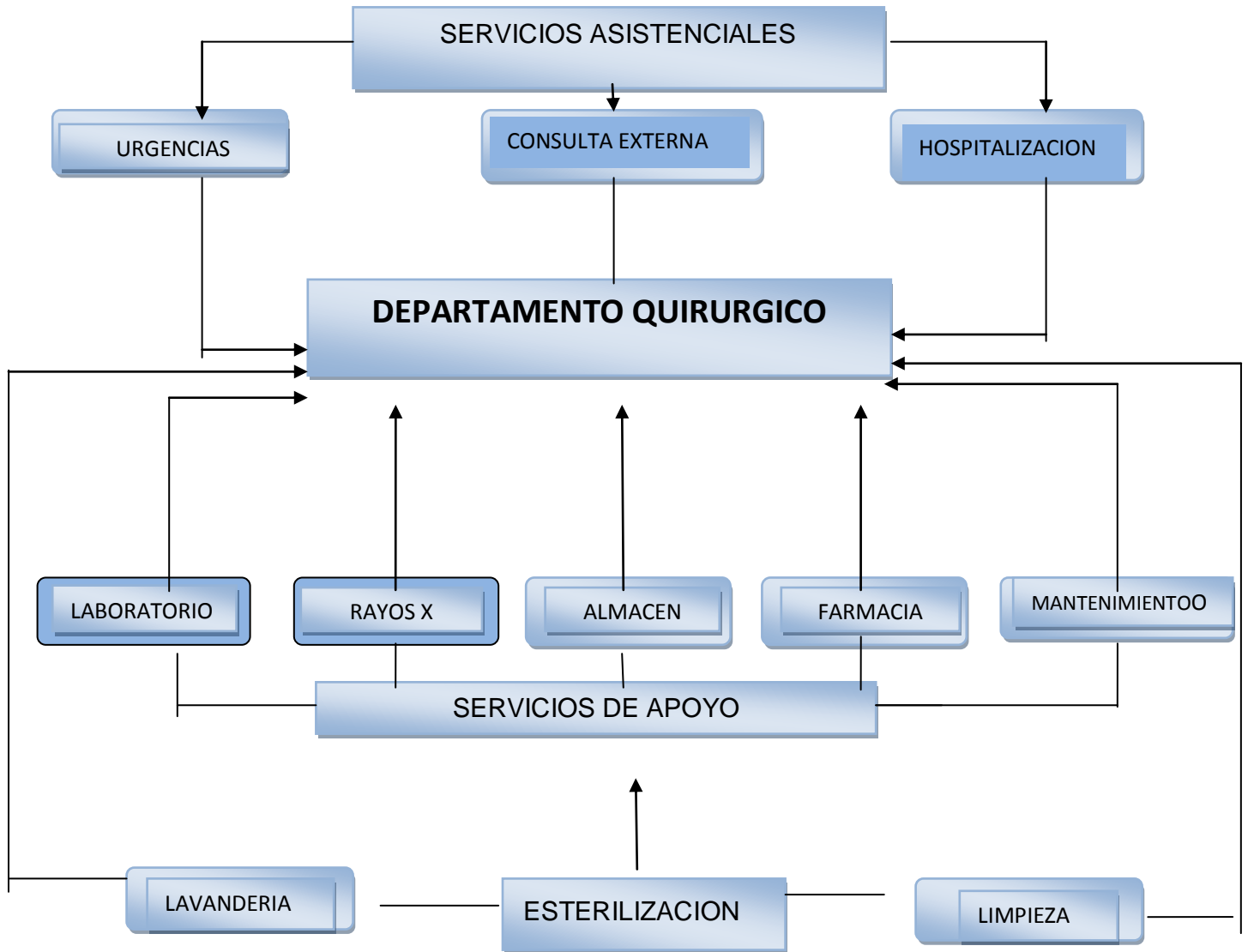
Horario de lunes a viernes de 7 a.m. a 1 p.m. – 2 p.m. a 5 p.m.

- AREA DE CONFORT Y BIENESTAR.

Esta área semirestringida se crea pensando en el bienestar de sus empleados, debe contar con las siguientes divisiones:

- Zona de cafetería. (Dotado de mesón con 4 sillas, microondas, cafetera y lavaplatos)
- Star medico.(TV HD, con Direct TV) Cuarto de descanso medico con 1 camarote. Baño.
- Vestier masculino con locker, baño, área blanca.
- Vestier Femenino con locker asignado al personal fijo asistencial y especialistas.

8. ÁREAS ESTRATÉGICAS PARA LA GESTIÓN



8.1 Facturación.

8.1.1 Objetivo General

Proporcionar los conocimientos necesarios para Gerenciar una Unidad Funcional de Negocios de Salas de Cirugía como elemento estructural de un Hospital y/o Clínica.

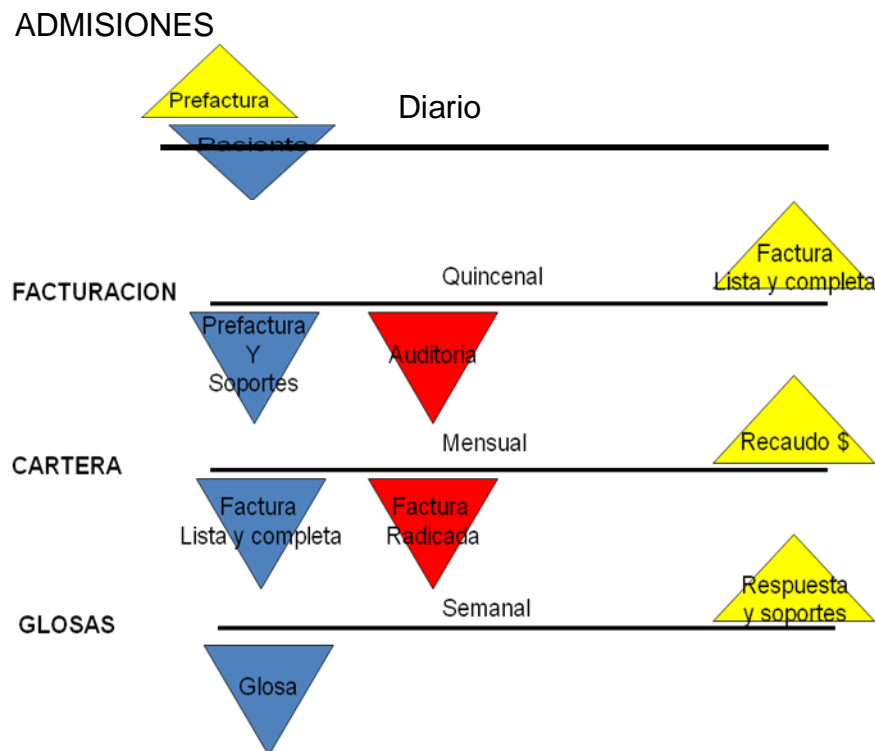
8.1.2 Estrategia financiera:

Las Estrategias para tener salas de cirugía desde una óptica financiera son:

- Cirugías de Alta Complejidad: prioridad para el servicio.
- Aumentar la utilización de las Salas de Cirugía; realizar un gran número de cirugías por día con el fin de conseguir la optimización de los quirófanos. La meta de ocupación es el 90%.
- Análisis de costos y gastos de cada procedimiento quirúrgico con apoyo de planeación financiera.
- Valor promedio mes, es importante establecer la meta para la Unidad Funcional de Negocios de Salas de Cirugía.
- Valor promedio de causación día, establecer la meta del indicador.
- Numero de cirugías promedio día; se debe establecer la meta a conseguir teniendo en cuenta: Disponibilidad de equipos y tecnología, horas estándar de cirugías, tiempos de recambio de la sala, abastecimiento de inventario mínimo, equipos quirúrgicos completos, entre lo mas destacados.
- Mejorar la rentabilidad de las Salas de Cirugía.
- Disminuir los tiempos quirúrgicos: Tiempo en minutos desde entrada del paciente a la sala hasta que sale a recuperación; Maximización del tiempo medico; Mayor conocimiento y nuevas técnicas o tecnología
- Aumentar la rotación de las Salas de Cirugía: Número de cirugías realizadas / número de cirugías estimadas de acuerdo a tiempo estándar; Productividad a los cirujanos; Programas de incentivo por horas (mayores pagos el fin de semana).

- Buscar la estandarización de las Salas de Cirugía: Especialidad por sala; Ambulatorio separado de lo Hospitalario; Cirugía de urgencias separado de lo programado.
- Disminuir el desperdicio: Planeación de insumos, elementos y medicamentos adecuados; Cultura Organizacional del ahorro; Reutilización
- Generar Cuentas Médicas con cero glosa: Proceso de Prefactura; Facturación dentro de las Salas de Cirugía; Cargue en línea de los consumos del almacén; Cierre final de la cuenta: a más tardar en la media hora siguiente a la finalización de la cirugía en su parte asistencial se deberán tener cargados la totalidad de componentes de la cuenta.

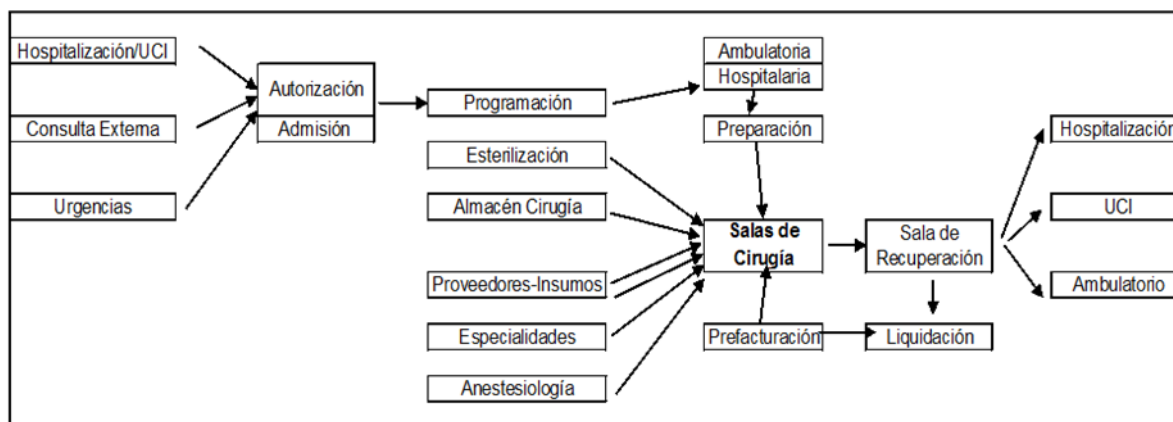
A continuación presentamos el modelo a seguir para lograr un mejor proceso de facturación, en donde se presentan las partes del proceso de facturación.



Tomado de publicación del Dr. Eduardo Cortés Castaño MBA. Hospital Universitario san Ignacio.

8.1.3 Sala de cirugía desde una óptica financiera

MACROPROCESO



Tomado de publicación del Dr. Eduardo Cortés Castaño MBA. Hospital Universitario san Ignacio.

8.1.4 Indicadores desde la óptica financiera:

- Porcentaje de utilización de la capacidad instalada: $\text{Horas utilizadas efectivamente} / \text{Horas totales oferta} \times 100$.
- Número de cirugías realizadas por Sala: Sumatoria de procedimientos realizados.
- Disminución del tiempo muerto: $\text{Horas sin cirugía} / \text{Horas totales oferta}$

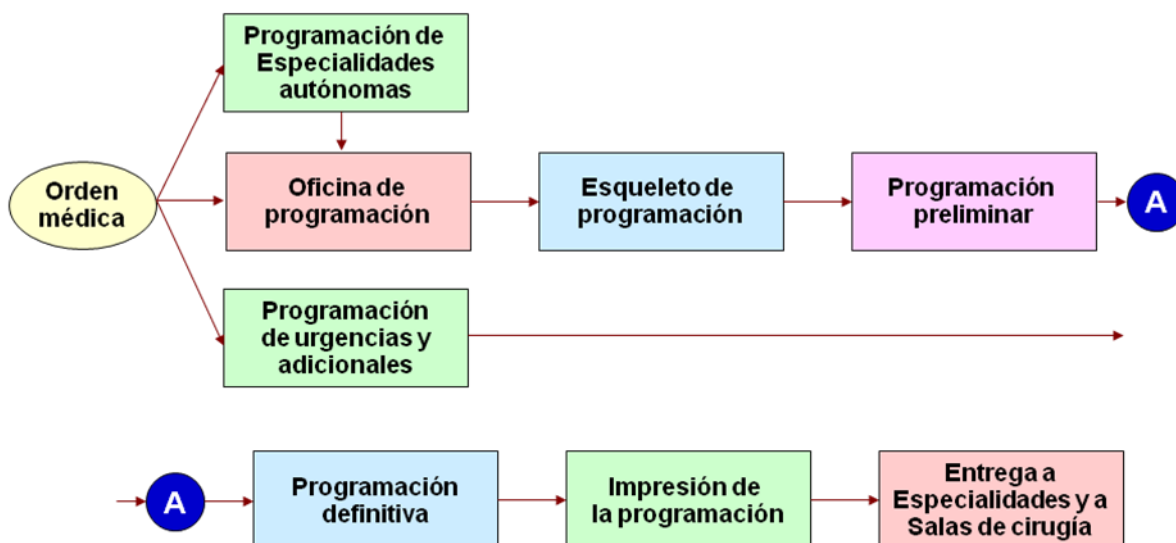
8.2 Proceso de programación de cirugía.

8.2.1 Objetivos de programación.

- Garantizar la correcta preparación pre y post quirúrgica al paciente y su familia
- Ofrecer al paciente y su familia información clara y oportuna acerca de la preparación y requerimientos necesarios para la realización de su procedimiento quirúrgico.

- Brindar atención con calidad al paciente y su familia, en donde este sea el eje central de nuestra labor.
- Evitar cancelaciones por incumplimiento de horario, ayuno, acompañante, valoraciones y paraclínicos requeridos para cirugía.
- Organizar las salas de cirugía por especialidades, tiempo estándar de procedimientos, verificación de tecnología existente, insumos y equipo quirúrgico.

I. Diagrama de flujo de proceso



Tomado de publicación del Dr. Eduardo Cortés Castaño MBA. Hospital Universitario san Ignacio.

- Este proceso debe ser centralizado, todos los pacientes se deben manejar desde programación de cirugía.
- Variabilidad en la entradas (existen las cirugías de urgencias, por lo que se sugiere tener equipo quirúrgico y sala para estos casos)
- Variabilidad en los tiempos de los procedimientos: Su origen está en tipo de cirugía, alta dispersión en los tiempos por la naturaleza de la cirugía, complejidad de los pacientes, variedad en los especialistas.
- Deben existir sistemas de comunicación y de información entre las salas de cirugía y los departamentos (diseñar los programas de software correspondientes). Ver. I. Diagrama de flujo de procesos.

8.2.2 Indicadores de programación.

- Porcentaje de intervenciones suspendidas después de la admisión del paciente (pacientes admitidos para cirugía programada que son rechazados el día de la intervención)

8.3 Central de esterilización.

8.3.1 Objetivos de la Central de Esterilización.

- Garantizar los procesos de esterilización y control estén claramente especificados por escrito.
- Garantizar que las responsabilidades estén claramente especificadas en las descripciones de trabajo.
- Certificar que se toman las medidas necesarias para la selección y uso adecuado de la materia prima y materiales de empaque.
- Realizar todos los controles necesarios de las materias primas, productos intermedios y productos terminados, calibraciones y comprobaciones durante el proceso.
- Verificar que los productos no sean suministrados antes de que las personas autorizadas hayan certificado su calidad.
- Tomar las medidas adecuadas para asegurar que los productos sean almacenados, distribuidos y manejados de tal forma que la calidad se mantenga durante todo el período de actividad de dichos productos.
- Establecer un procedimiento de auto inspección y/o de auditoría de calidad, mediante el cual se evalúe regularmente la eficacia y aplicabilidad del sistema de garantía de la calidad.

La Central de Esterilización debe estar ubicada contigua a los quirófanos o central a toda la organización; desarrollar entre otras las siguientes funciones:

- Suministrar material estéril a toda la institución.

- Garantizar que se cumplen con todos los procedimientos establecidos para suministrar equipos y elementos estériles.
- Garantizar que todos los insumos y equipos utilizados son de la calidad requerida para su uso específico.
- Asegurar la idoneidad del personal que labora dentro del área.
- Contar con un sistema de documentación que incluya Manual de Normas, Funciones y Procedimientos, registros de los procesos, etc.
- Procurar unas condiciones de trabajo que no representen riesgo para el personal ni para la calidad de los elementos.
- Establecer un programa de mantenimiento de equipos.
- Establecer los procedimientos de esterilización y manejo de material estéril en toda la Institución.
- Asegurar que el material se ha procesado de acuerdo a lo establecido, incluyendo los controles durante el proceso y asegurar su estricto cumplimiento.
- Asesorar y capacitar al personal de la institución en lo referente a procesos de desinfección, esterilización, manipulación y transporte de elementos estériles, bajo la vigilancia del comité de infecciones.
- Asegurar que se lleve la capacitación inicial y continua del personal a su cargo.
- Vigilar el mantenimiento de las instalaciones y los equipos.
- Asesorar al departamento de compras en la selección de insumos y equipos para la central de esterilización.
- Evaluar los registros de los procesos de esterilización y realizar su análisis estadístico.
- Asegurar que se efectúen las validaciones correspondientes a los equipos y procesos de esterilización.
- Gerenciar costo-efectividad de la central de esterilización.

RESOLUCION 2183 DE 2004- Ministerio de la Protección Social

8.3.2 Normas generales de bioseguridad

- a) No coma, beba, fume, aplique cosméticos, ni use lentes de contacto en áreas de exposición;
- b) Limpie los derrames de sangre o fluidos corporales rápidamente, siguiendo el procedimiento establecido para tal fin;
- c) Coloque la ropa contaminada en una bolsa impermeable y amárrela fuertemente;

- d) Limpie, desinfecte o esterilice el equipo contaminado entre usos y antes de enviarlo para revisión o reparación;
- e) Reporte inmediatamente cualquier accidente con sangre o fluidos corporales y tome las medidas necesarias: preventivas o correctivas;
- f) Dependiendo del caso, seguir las medidas de aislamiento establecidas;
- g) Mantenga el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo;
- h) No guarde alimentos en neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicas;
- i) Evite deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo;
- j) Mantenga sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso;
- k) Utilice las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento;
- l) Restrinja el ingreso a las áreas de alto riesgo biológico al personal no autorizado, al que no utilice los elementos de protección personal necesarios y a los niños;
- m) Esquema de inmunización completo, especial énfasis en hepatitis B y Tétanos;

RESOLUCION 2183 DE 2004- Ministerio de la Protección Social

8.3.3 Indicadores del Área de Central de Esterilización.

- Dispositivos médicos sin indicadores químicos externos e internos; Numero de dispositivos médicos o Paquetes sin indicador químico interno o externo a vapor / Total de dispositivos médicos o paquetes en cada carga mensual X 100%.
- Ausencia materia orgánica: Número de cajas con presencia de materia orgánica primer semestre x 100 / Total de cajas procesadas primer semestre.

- Cargas procesadas rechazadas: Numero de cargas con resultado positivo en el Indicador Biológico / Total de cargas procesadas en el mes X 100%.

8.4 Área de preparación de pacientes.

En esta área se realizan actividades al paciente previo al acto quirúrgico, destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad del paciente para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

8.4.1 Objetivos del área de preparación de pacientes.

- Preparar físicamente al paciente (piel, mucosas, intestino, vejiga y otros) para la intervención quirúrgica de acuerdo a su patología, edad y estado clínico, indicaciones del médico y/o normas establecidas.
- Preparar psíquicamente al paciente y familia con el propósito de disminuir el grado de ansiedad y temor con respecto a su intervención.
- Prevenir complicaciones que impidan una rápida recuperación (infecciosas, respiratorias, vasculares y otras) postoperatoria.
- Educar al paciente y familia sobre su patología e intervención quirúrgica.

Las principales actividades a desarrollar en esta área son:

Valoración del paciente preoperatorio

- Valore las condiciones psíquicas del paciente y familia frente a la intervención quirúrgica, reconociendo temores y angustias.
- Evalúe las condiciones físicas del paciente.
- Determine el diagnóstico del paciente y el tipo de cirugía que se realizará y las condiciones específicas del médico cirujano
- Evalúe la experiencia quirúrgica previa del paciente y el grado de conocimiento sobre esta intervención quirúrgica.
- Evalúe la capacidad de comprensión del paciente y familia frente a la educación.

- Evalúe funcionamiento vesical y hábito intestinal del paciente.
- Averigüe con el paciente y familia, sobre alergias a medicamentos y/o antisépticos.
- Valore el estado de la piel y de las mucosas especialmente en zona operatoria.
- Controle los signos vitales del paciente y evalúe sus posibles alteraciones.
- Implementar lista de chequeo de seguridad de paciente Quirúrgico establecida por la OMS.

Equipo

- Prepare el o los equipos de acuerdo a las actividades a realizar, al tipo de intervención e indicaciones médicas.

Preoperatorio inmediato

- Algunas de estas actividades se pueden realizar en la sala o en el Quirófano.
- Controle signos vitales.
- Compruebe que el paciente esté en ayunas.
- Entréguele la Bata quirúrgica y solicite retirar toda la ropa.
- Si en la zona operatoria hay abundante pelo o vello éste se corta a ras de la piel con tijera o clipper no se debe rasurar, esto se realiza 20 a 30 minutos previo a la cirugía, en forma cuidadosa evitando lesionar la piel.
- Revise las uñas del paciente. En caso necesario, remueva esmalte y límpielas.
- Administre medicamentos según indicación como: sedantes, analgésicos u otros. Observe posibles reacciones del paciente a la administración de fármacos.
- Identifique al paciente colocando un brazalete con nombre, documento de identidad, edad, asegurador, utilizan manillas de color de acuerdo a alergias o pacientes con problemas mentales o posibilidad de fuga. (crear código de colores).
- Retire: prótesis dental; audífonos; lentes; joyas; adornos del pelo, etcétera.
- Pida al paciente que orine (si su condición lo permite).
- Compruebe que la Historia Clínica esté en orden con todos los informes de los exámenes solicitados y radiografías.

- Revise y verifique que toda la preparación necesaria y solicitada esté hecha y regístrela.
- Controle signos vitales y compare los parámetros obtenidos con los anteriores.
- Informe al paciente y familia a qué hora entrará al quirófano, en qué lugar puede esperar la familia y a qué hora se le dará información.
- Realice en el registro de notas de enfermería toda la preparación realizada al paciente tanto física como psíquica, fármacos administrados, parámetros de signos vitales, preparación zona y quién lo recibe en el Quirófano.

Educación

Eduque al paciente y familia sobre:

- La patología y el tipo de intervención que se realizará.
- Tipo de preparación que necesita para el acto quirúrgico (preparación intestinal, zona operatoria, ayuno, etcétera)
- Tipo de monitorización que se usará en el Quirófano.
- Ejercicios respiratorios y de extremidades y la importancia que tiene realizarlos en el período postoperatorio.
- Características de la atención proporcionada en su período postoperatorio inmediato (lugares, restricción de visitas y otros).

8.4.2 Indicador área preparación de pacientes.

1. Número de pacientes cancelados por falta de preparación / total de pacientes preparados en el mes x 100%.
2. Número de cirugías no iniciadas a tiempo por preparación incompleta del paciente / Total de cirugías programadas realizadas en el mes x 100%.

8.5 Área de cuidados post anestésicos (UCPA).

La recuperación posterior al acto anestésico es en la mayoría de las ocasiones un suceso rutinario que se inicia al término del procedimiento quirúrgico y anestésico. Usualmente es un hecho sin mayores alteraciones,

pero para un número no despreciable de pacientes puede significar una experiencia amenazante para la vida. Debe contarse, por lo tanto, con personal capacitado y entrenado para asumir este riesgo y manejar las diversas situaciones que se puedan presentar.

8.5.1 Objetivos de la UCPA:

- Brindar vigilancia estrecha y cuidados especiales médico y de enfermería a todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgica o médicamente con anestesia general regional o local con sedación con el fin de facilitar su proceso de recuperación.
- Prevenir y tratar de forma temprana problemas y complicaciones.

8.5.2 Aspectos relevantes de las UCPA.

- Diseño de la UCPA: Localización, diseño, equipos, medicamentos, personal entre otros basados en las NORMAS MINIMAS PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGIA EN COLOMBIA 2009. Comité de seguridad – Scare.
- Tener en cuenta las fases de recuperación:
 - Recuperación fase I (Escala Aldrete, Escala de Bromage Escala análoga de dolor, Escala de sedación).
 - Recuperación fase II.
 - Recorrido rápido (fast tracking).
 - Recuperación fase III.

9. INDICADORES DE GESTIÓN POR ÁREA ESTRATÉGICA.

9.1 Construcción de indicadores

La elección de un indicador debe adaptarse siempre al contexto y problema potencial a resolver. El proceso puede ser complejo, porque hay que tener en cuenta todos los requisitos que deben cumplir los indicadores y normas de elaboración. La Comisión Conjunta en Acreditación de Organizaciones para el Cuidado de la Salud (JCAHO) ha descrito esta metodología junto con la información básica para elaborar un buen indicador:¹

- Enunciado: describe la actividad o suceso a monitorizar.

Definición clara de los términos usados en el indicador, para asegurar una alta fiabilidad, debe contener numerador y denominador. Este es un detalle muy importante que nos permitirá conocer el valor con precisión, sin sobre ni infraestimaciones. Identificación del tipo² de indicador según gravedad, tipo y resultado del suceso monitorizado.

Fundamento que explica la relevancia del indicador para el problema a monitorizar (validez, lógica), incluyendo las fuentes bibliográficas utilizadas. Utilidad del indicador, proceso o resultado específico que será monitorizado, componentes de la calidad valorados (efectividad, satisfacción del paciente, etc).

Descripción de la población diaria en la que se mide el indicador.
Fuente de datos (historia clínica, bases de datos, etc).

Factores responsables: identificando los factores que pueden explicar las posibles variaciones del indicador, divididos en aquellos que dependen del paciente y los que dependen del sistema.

¹Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Rev Calidad Asistencial 1991; 6:65-74.

²ARANAZ JM, BOLUMAR F, VITALLER J. "La calidad asistencial de la teoría a la práctica, en: Aranaz JM, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Conselleria de Sanidad. Valencia, 2001.

Datos existentes, haciendo constar si hay datos conocidos sobre el indicador, externos y del propio centro (estándares).

9.2 Tipos de indicadores

Atendiendo a la Gravedad del suceso monitorizado.

Indicador Centinela: mide un suceso lo bastante grave como para realizar una revisión individual de cada caso que se produzca (p.ej: defunción de la madre durante el parto)

Indicador basado en un índice o proporción: mide un suceso que requiere revisión detallada cuando la proporción de casos no alcanza un umbral previamente establecido como aceptable (p.ej: N° de apendicetomías en blanco/ total de apendicetomías.).

Según el Tipo de suceso monitorizado.

Indicador de estructura: representa los medios humano, los equipamientos y los recursos financieros y se puede expresar de manera absoluta o de manera relativa (p.ej. Número de médicos en un hospital vs número de médicos por 1000 habitantes).

Indicador de Proceso: mide la actividad desarrollada de forma directa o indirecta, debe incluir criterios de adecuación consensuados o basados en la evidencia científica disponible (p. ej. Porcentaje de pacientes con adecuada preparación intestinal en cirugía colo-rectal).

Indicador de resultados: mide si hemos conseguido o no lo que pretendíamos con las actividades realizadas durante el proceso. Se puede hablar de resultados intermedios (p.ej. tasa de infecciones del lugar quirúrgico) y de resultados finales (p.ej. índice de mortalidad).

En función del Resultado del suceso monitorizado.

Indicador positivo: se basa en un suceso considerado deseable, considerando los conocimientos científicos actuales (p.ej. porcentaje de mejoría de pirosis en la cirugía antirreflujo).

Indicador negativo: basado en sucesos considerados no deseables (p.ej. tasa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.).

9.3 Indicadores de calidad en una unidad de cirugía.

A modo de ejemplo, presentamos un proceso de selección de indicadores que podría formar parte del Plan de Calidad de una Unidad de Cirugía.^{3***}

La selección de los criterios relevantes y clave del servicio podría realizar a partir de un grupo multidisciplinario de expertos, que basándose, en la evidencia científica disponible, en su experiencia y, con la ayuda de herramientas de identificación, consenso y priorización (ej. Análisis de afinidad, grupo nominal, delphi, etc.), obtendría los criterios, indicadores y estándares válidos, fiables y apropiados para ser monitorizados.

A continuación formulamos algunos criterios e indicadores que podrían ser el resultado de dicho grupo de trabajo:

- Adecuación del sistema de programación: para maximizar la efectividad de la actividad de la unidad de cirugía con las mínimas molestias a los pacientes es necesaria una adecuada programación con un control exhaustivo de las citas.
- Adecuación del sistema de selección de pacientes: los pacientes admitidos para cirugía programada no deben ser rechazados el día de la intervención.
- Consentimiento informado de los procesos quirúrgicos: la información al enfermo o familiar plasmada en el documento de consentimiento informado es un elemento esencial en la interacción médico-paciente, por lo que es preceptiva su elaboración y utilización en todo procedimiento quirúrgico.
- Aplicación adecuada de pautas de profilaxis antimicrobiana perioperatoria: es una medida de prevención de la infección localización quirúrgica.
- Presencia de informes de alta e informes quirúrgicos: el informe de alta es indispensable para garantizar la continuidad de la atención sanitaria.
- Incidencia de infección de localización quirúrgica mínima en cirugía limpia: la infección de herida en cirugía limpia esta en relación con la calidad de la técnica quirúrgica y por lo tanto debe ser mínima.
- Idoneidad del resultado quirúrgico inmediato: los pacientes no han de precisar atención en urgencias relacionada con la intervención en el post operatorio inmediato (15 días).

³ AARANAZ JM, ZARCO A, RUIZ J, MIRA JJ, ARROYO A, BRAÑA J, CALPENA R, CASTELL M, GARCIA M, GODOY C, GOMEZ R, MARQUES JA, MARTINEZ E, MEDRANO J, OROZCO D, VALLS V. Conjunto mínimo de indicadores de calidad asistencial para la cirugía sin ingreso. Todo Hospital 1999;159:555-60.

- Idoneidad del resultado quirúrgico tardío: los pacientes no han de presentar recidivas de la intervención realizada.

Los indicadores de calidad para la monitorización de los criterios anteriores podrían ser:

- Porcentaje de intervenciones suspendidas antes de la admisión del paciente (pacientes admitidos para cirugía programada que no llegan a ser admitidos en el hospital o clínica el día señalado)
- Porcentaje de intervenciones suspendidas después de la admisión del paciente (pacientes admitidos para cirugía programada que son rechazados el día de la intervención)
- Porcentaje de pacientes en cuya historia está presente el informe de alta.
- Porcentaje de enfermos intervenidos que reciben adecuadamente las pautas de profilaxis antimicrobiana.
- Porcentaje de documentos informados en relación con el número de procedimientos quirúrgicos distintos que se realizan.
- Porcentaje de enfermos intervenidos de cirugía limpia y que tienen infección de localización quirúrgica.
- Tasa de reintervenciones inmediatas (pacientes que son reintervenidos o reintubados en las 48 horas posteriores a la intervención).
- Tasa de utilización de urgencias post- intervención (pacientes que tienen que acudir al servicio de urgencias en los 15 días posteriores al alta).
- Tasa de reingreso en los 15 días tras el alta, en relación con la intervención.
- Tasa de recidivas (pacientes que presentan recidivas de la intervención, con relación al total de intervenciones realizadas).

En la Tabla 1 se realiza presentación de resumen de los indicadores clásicos los cuales tienen un complemento específico para la valoración de los servicios quirúrgicos y la gestión propia de la unidad funcional.

Tabla 1.

INDICADORES DE GESTION DEL ÁREA QUIRÚRGICA.			
ITEM	DEFINICION DEL INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDAD
1	Actividad quirúrgica	Intervenciones de urgencias + intervenciones programadas.	Mensual.
2	Porcentaje de intervenciones programadas	$\frac{\text{Número de intervenciones programadas}}{\text{total intervenciones}} \times 100$	Mensual.
3	Porcentaje de intervenciones de urgencias (no programadas)	$\frac{\text{Número de intervenciones de urgencias}}{\text{total intervenciones}} \times 100$	Mensual.
5	Intervenciones por sesión quirúrgica.	Número de intervenciones/ sesiones quirúrgicas.	Mensual.
6	Oportunidad de cirugía programada.	Fecha de recepción menos fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico.	Mensual.
7	Morbilidad quirúrgica	Diez primeros diagnósticos de cirugía según grupo de edad y sexo. Estudio comparativo de 3 a 5 años.	Trimestral.
8	Tasa de mortalidad (Desagregado en mortalidad intraoperatoria y post operatoria)	$\frac{\text{Número de defunciones por cirugía}}{\text{Total de procedimientos quirúrgicos realizados}} \times 100$	Trimestral.
9	Satisfacción del Usuario. (es el cumplimiento de las experiencias de los usuarios en la prestación de salas de cirugía)	$\frac{\text{Número de personas satisfechas}}{\text{Número de personas atendidas}} \times 100$	Mensual.
10	Porcentaje de cumplimiento de cirugías	$\frac{\text{Número de cirugías que iniciaron a tiempo}}{\text{Número Total Cirugías Programadas}} \times 100$ en el mes.	Mensual.
11	Porcentaje de cancelación de cirugías (Desagregación: inherentes por la Clínica y inherentes por el paciente)	$\frac{\text{Número de cirugías canceladas}}{\text{Número Total Cirugías Programadas}} \times 100$ en el mes	Mensual.
12	Porcentaje de complicaciones quirúrgicas (Desagregado:	$\frac{\text{Número de complicaciones Intra-operatorias inmediatas}}{\text{Número Total Cirugías Realizadas}} \times 100$ en el	Trimestral.

	Complicaciones Intra y post operatorias).	trimestre.	
13	Porcentaje de complicaciones anestésicas.	Número complicaciones anestésicas x100 Número Total pacientes intervenidos en el trimestre	Trimestral.
14	Porcentaje de infecciones de sitio operatorio en cirugía limpia.	Número de pacientes con infección de sitio operatorio (ISO) x 100/ Número de pacientes con herida limpia intervenidos en el mes.	Mensual.
15	Proporción de Vigilancia de Eventos adversos.	Número total de eventos adversos detectados y gestionados en Salas de Cirugía *100/ Número Total de eventos adversos detectados en Salas de Cirugía.	Mensual.

9.4 Indicadores de seguridad de pacientes.

Confianza, adecuación, efectividad y seguridad clínica son términos que se han introducido en el lenguaje habitual de clínicos, epidemiológicos y responsables de la gestión asistencial.

La seguridad clínica, dimensión clave de la calidad asistencial, es el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales y del sistema de salud. La seguridad clínica ha entrado a formar parte de la agenda de trabajo de los principales organismos internacionales y nacionales relacionados con la organización de la actividad asistencial, tales como la OMS, la Joint Commission on Accreditation of Health-care, y de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. En este sentido debe destacarse que la máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos asistenciales, la eliminación de los prescindibles y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable.

Indicadores de seguridad adaptados de la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) a partir del CMBD.(tablas 2 y 3)

Tabla 2.

ITEM	COMPLICACIONES CENTINELAS. ⁴
1	Reacción de incompatibilidad ABO
2	Absceso en sistema nerviosos central.
3	Gangrenas gaseosas.
4	Mal cerebral postanóxico.
5	Embolismo aéreo con complicación médica.
6	Reacción de incompatibilidad Rh
7	Reacción aguda a sustancia extraña dejada durante el procedimiento.

⁴ MALAGON LONDOÑO- GALAN MORERA- PONTON LAVERDE. Administración Hospitalaria. 3ª Edición. Editorial Panamericana.2008.

Tabla 3

ITEM.	COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS. ⁵
1	Reaperturas de heridas operatorias.
2	Hemorragias o hematomas después de procedimientos
3	Complicaciones post operatorias relacionadas con el sistema nervioso periférico.
4	Trastornos fisiológicos y metabólicos en postoperatorios.
5	Septicemia, absceso o infección de herida en postoperatorio
6	Complicaciones postoperatorias relacionadas con anatomía del tracto urinario.
7	Trastornos cardiacos en postoperatorio, excepto Infarto Agudo de Miocardio.
8	Complicaciones mecánicas debidas a dispositivo, implante o injerto excepto trasplante de órgano.
9	Neumonía postoperatoria.
10	Estupor o coma postoperatorio.
11	Shock post o intraoperatoria debido a la anestesia.
12	Infartos agudos de miocardio en postoperatorio.
13	Perforaciones o laceraciones relacionadas con procedimiento.
14	Complicaciones postoperatorias pulmonares.
15	Hemorragia gastrointestinal postoperatoria o ulcus después de cirugía no gastrointestinal.

⁵ MALAGON LONDOÑO- GALAN MORERA- PONTON LAVERDE. Administración Hospitalaria. 3ª Edición. Editorial Panamericana.2008.

9.5. CUADRO DE INDICADORES DE GESTION POR AREA ESTRATEGICA.

Área Estratégica	Indicador	Fórmula	Fuente de los Datos	Responsable	Periodicidad	Estándar
1. Programación de Cirugía.	Oportunidad de Consulta por Cirujano	Sumatoria total en el mes de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por primera vez para ser atendido por el cirujano y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas medicas por el cirujano realizadas en el mes.	Agenda de citas	Consulta Externa.	Mensual	20 días.
	Oportunidad de la programación de la cirugía.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el	Agenda de programación de cirugía.	Programación de Cirugía.	Mensual	30 días.

			momento en el cual es realizada la cirugía / Número de cirugías programadas realizadas en el período				
	Problemas en admisión del paciente.		Número de pacientes cancelados por fallas en admisiones en el período x 100 / Número total de pacientes programados en el período.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%
2. Procedimiento Quirúrgico.	2.1. Producción.	Número de cirugías realizadas en el período totales y por especialidad	Número total de Cirugías realizadas en el mes.	Archivo de estadísticas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	Ocupación de capacidad instalada 90%
		Porcentaje Cumplimiento de cirugías programadas	Total de cirugías realizadas en el mes x 100 / Total de cirugías programadas en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	90%

	2.1.2. Capacidad de producción utilizada.	Porcentaje de producción utilizada.	Numero de cirugías realizadas en el mes x 100 / oferta potencial máxima en el mes.	Archivo de Estadísticas de procedimientos Quirúrgicos.	Coordinador Salas de Cirugía.	Mensual	Capacidad de utilización 90%
		Cancelación de Cirugías por causa del Paciente.	Número cirugías canceladas por el paciente en el periodo x 100 / Número total de cirugías programada en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%
	2.1.3. Utilización de la capacidad física instalada.	Porcentaje de utilización de capacidad instalada.	Numero de cirugías realizadas en el mes x 100/ oferta potencial máxima de cirugías en el mes.	Archivo de Estadísticas de procedimiento quirúrgicos.	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	Capacidad de utilización 90%
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas por cirugía general en el mes x 100 / Horas totales disponibles para cirugía general en el	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%

			mes.				
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas por cirugía ginecológica en el mes x 100 / Horas totales disponibles para cirugía ginecológica en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas por cirugía pediátrica en el mes x 100 / Horas totales disponibles para cirugía pediátrica en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas para cirugía plástica en el mes x 100 / Horas totales disponibles para cirugía plástica en el	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%

			mes.				
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas para cirugía maxilofacial en el mes x 100 / Horas totales disponibles para cirugía maxilofacial en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas para urología en el mes x 100 / Horas totales disponibles para urología en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas para ortopedia en el mes x 100 / Horas totales disponibles para ortopedia en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%
		Porcentaje de utilización de la	Horas de quirófano	Archivo de tiempos y	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad

		capacidad instalada de salas de cirugía.	utilizadas para cirugía laparoscópica en el mes x 100 / Horas totales disponibles para cirugía laparoscópica en el mes.	movimientos.			instalada 90%
		Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía.	Horas de quirófano utilizadas para cirugía oncológica general en el mes x 100 / Horas totales disponibles para cirugía oncológica en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Ocupación de Capacidad instalada 90%
	2.1.4. Rendimiento de cirugías general y por especialidad (Horas promedio por cirugía)	Estándar de tiempos por procedimiento Quirúrgico.	Numero de cirugías realizadas en el mes x 100/ Numero de quirófano horas utilizadas en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	Estándar o promedio en horas por cirugía.
	2.2. Capacidad Física Instalada.	Utilización de capacidad física instalada en el período	Cantidad de Quirófanos utilizados en el periodo x 100/	Archivo de Estadísticas de procedimientos Quirúrgicos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	90%

			Total de Quirófanos disponibles en el periodo.				
2.3. Soporte Administrativo.	Cancelación por falta de cama hospitalaria	Número total de pacientes cancelados por falta de cama hospitalaria en el periodo x 100/ total de pacientes programados en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%	
	Cancelación por falta de personal (incumplimiento, insuficiencia)	Número total de pacientes cancelados por falta de personal en el mes x 100/ total de pacientes programados en el mes.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%	
	Cancelación por falta de insumos	Número total de pacientes cancelados por falta de insumos en el mes x 100/ total de pacientes programados en el mes.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%	

	Cancelación por falta de instrumental	Número total de pacientes cancelados por falta de instrumental en el mes x 100/ total de pacientes programados en el mes.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%
	Cancelación por problemas de mantenimiento de equipos	Número total de pacientes cancelados por problemas en el mantenimiento de equipos en el mes x 100 / total de pacientes programados en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%
	Cancelación de Cirugías por mala Programación.	Número total de cirugías canceladas por fallas en programación en el periodo x 100 / Número de Cirugías Programadas en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación Salas de Cirugía.	Mensual	10%
	Glosas por	Número total de	Archivo de	Coordinación	Mensual	10%

		facturación.	glosas por fallas en facturación en el periodo x 100 / Total de Glosas en el periodo.	Facturación (motivos de glosa)	Facturación.		
		Impacto económico de la glosa.	Valor de las Glosas por facturación en cirugía en el mes x 100/ Total de la facturación en cirugía en el mes.	Archivo Facturación y glosas.	Coordinador de Facturación.	Mensual	10%
3. Calidad	3.1. Calidad.	Complicaciones quirúrgicas durante el procedimiento	Número de complicaciones quirúrgicas durante la cirugía en el mes x 100 / Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.	Archivo de registro procedimientos quirúrgicos	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%
		Complicaciones anestésicas intraoperatorias	Número de complicaciones anestésicas intraoperatorias en el x 100/ total de procedimientos	Archivo de procedimientos quirúrgicos	Coordinación salas de cirugía	Mensual	2%

			quirúrgicos realizados en el mes				
		Cancelación de cirugías por mala preparación del paciente	Total de cirugías canceladas por mala preparación del paciente en el mes x 100 / Total de cirugías programadas en el mes.	Libro de registro cirugía programada	Coordinación salas de cirugía	Mensual	2%
		Reintervención antes de 15 días	Total de reintervenciones antes de 15 días en el periodo x 100/ total de procedimientos realizados en el periodo.	Libro de procedimientos quirúrgicos	Coordinación salas de cirugía	Mensual	2%
		Infección de herida quirúrgica	Total de heridas quirúrgicas infectadas en el mes x 100/ Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.	Reporte de comité de infecciones	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%

		Mortalidad quirúrgica	Total de mortalidad quirúrgica en el mes x 100/ Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.	Archivo de mortalidad quirúrgica.	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%
		Satisfacción de los Usuarios	Total de pacientes satisfechos en el mes x 100/Total de pacientes operados en el mes.	Archivo de Atención al usuario	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%
		Apendicetomías en blanco	Total de apendicetomías en blanco en el mes x 100/ Total de apendicetomías realizadas en el mes.	Archivo de registro de procedimientos quirúrgicos	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%
	3.2. Eficacia	Recidiva postquirúrgica	Total de recidiva postquirúrgica en el mes x 100/ total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.	Archivo de Registro de ingresos a hospitalización	Coordinación salas de cirugía	Mensual	2%

		Laparotomías en blanco	Total de laparotomías en blanco realizadas en el mes x 100/ Total de laparotomías realizadas	Archivo de registro de procedimientos quirúrgicos	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%
4. Postquirúrgico		Complicaciones en sala de recuperación	Total de complicaciones en sala de recuperación en el mes x 100/ total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.	Archivo de registro de procedimientos quirúrgicos	Coordinación salas de cirugía	Mensual	2%
		Mortalidad pos cirugía (48Horas)	Total de decesos postcirugía x100/Total de procedimientos quirúrgicos realizados	Archivo de registro de procedimientos quirúrgicos	Coordinación salas de cirugía	Mensual	2%

9.6. SISTEMA DE GESTIÓN PARA UN DEPARTAMENTO QUIRÚRGICO

Por medio de este tablero de control se podrá hacer seguimiento a los procesos claves, lo cual permitirá analizar y tomar decisiones.

Departamento Quirúrgico	Proceso clave	Etapa clave	Indicador de gestión	Formula	Fuente de los datos	Responsable de los datos	Periodicidad	Estándar	Responsable
	1. Programación quirúrgica	Consulta externa especializada	Oportunidad de Consulta por Cirujano	Sumatoria total en el mes de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por primera vez para ser atendido por el cirujano y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas medicas por el cirujano	Agenda de citas	Consulta externa	mensual	20 días	Jefe de consulta externa

				realizadas en el mes.					
	Programación quirúrgica	Solicitud de cupo para cirugía	Oportunidad de la programación de cirugía	Sumatoria total de los días transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía / Número de cirugías programadas realizadas en el período	Agenda de programación de cirugía.	Programación cirugía	Mensual	30 días	Coordinadora de salas de cirugía
	Programación cirugía	Admisión del paciente quirúrgico	Problemas en admisión del paciente.	Número de pacientes cancelados por fallas en admisiones x 100 / Número total de pacientes programados en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	10%	Coordinadora de salas de cirugía

	Procedimiento Quirúrgico. Producción	Cirugía	Número de cirugías realizadas en el período totales y por especialidad	Número total de Cirugías realizadas en el mes.	Archivo de estadística	Coordinador de salas de cirugía	Mensual	90% de capacidad instalada	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico. Producción	Cirugía	Porcentaje Cumplimiento de cirugías programadas	Total de cirugías realizadas en el mes x 100 / Total de cirugías programadas en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos.	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico. Producción	Cirugía	Porcentaje de producción utilizada.	Numero de cirugías realizadas en el mes x 100 / oferta potencial máxima en el mes.	Archivo de Estadísticas de procedimientos Quirúrgicos.	Coordinador Salas de Cirugía.	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico. Capacidad de producción utilizada	Cirugía	Porcentaje de producción utilizada.	Numero de cirugías realizadas en el mes x 100 / oferta potencial máxima en el mes.	Archivo de Estadísticas de procedimientos Quirúrgicos.	Coordinador Salas de Cirugía.	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía

	Procedimiento Quirúrgico		Cancelación de Cirugías por causa del Paciente.	Número cirugías canceladas por el paciente x 100 / Número total de cirugías programada en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinador de salas de cirugía	Mensual	10%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico. 2.1.3 Utilización de la capacidad física Instalada	Cirugía	Porcentaje de utilización de capacidad instalada.	Numero de cirugías realizadas en el mes x 100/ oferta potencial máxima de cirugías en el mes.	Archivo de Estadísticas de procedimientos quirúrgicos.	Coordinador de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico	cirugía	Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía	Horas de quirófano utilizadas en el mes cirugía oncológica x 100 / Horas totales disponibles en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico	cirugía	Porcentaje de utilización	Horas de quirófano utilizadas en	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía

			de la capacidad instalada de salas de cirugía	el mes general x 100 / Horas totales disponibles en el mes.	s				
	Procedimiento Quirúrgico	cirugía	Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía	Horas de quirófano utilizadas en el mes en ginecología x 100 / Horas totales disponibles en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico	cirugía	Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía	Horas de quirófano utilizadas en el mes en ex urológica x 100 / Horas totales disponibles en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico	cirugía	Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía	Horas de quirófano utilizadas en el mes en cx pediátrica x 100 / Horas totales disponibles	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía

				en el mes.					
	Procedimiento Quirúrgico	cirugía	Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía	Horas de quirófano utilizadas en el mes en cx ortopédica x 100 / Horas totales disponibles en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	Procedimiento Quirúrgico	cirugía	Porcentaje de utilización de la capacidad instalada de salas de cirugía	Horas de quirófano utilizadas en el mes en cx maxilofacial x 100 / Horas totales disponibles en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	90%	Coordinador de salas de cirugía
	2.1.4. Rendimiento de cirugías general y por especialidad (Horas promedio por cirugía)	Cirugía	Estándar de tiempos por procedimiento Quirúrgico.	Numero de cirugías realizadas en el mes x 100/ Numero de quirófano horas utilizadas en el mes.	Archivo de tiempos y movimientos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	Estándar o promedio en horas por cirugía	Coordinación de salas de cirugía
	2.2. Capacidad Física	Cirugía	Utilización de capacidad	Cantidad de Quirófanos utilizados en	Archivo de Estadísticas de	Jefe Salas de Cirugía	Mensual	90%	Coordinación salas de cirugía

	Instalada.		física instalada en el período	el periodo x 100/ Total de Quirófanos disponibles en el periodo	procedimientos Quirúrgicos .				
	2.3 Soporte administrativo	Asignación de camas	Cancelación por falta de cama hospitalaria	Número total de pacientes cancelados por falta de cama hospitalaria en el periodo x 100/ total de pacientes programados en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación salas de cirugía	Mensual	10%	Coordinación salas de cirugía
		Programación de personal	Cancelación por falta de personal (incumplimiento, insuficiencia)	Número total de pacientes cancelados por falta de personal en el mes x 100/ total de pacientes programados en el mes.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	10%	Coordinación salas de cirugía
		Programación de cirugía	Cancelación por falta de insumos	Número total de pacientes cancelados por falta de insumos en	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	10%	Coordinación de salas de cirugía

				el mes x 100/ total de pacientes programados en el mes.					
		Programación cirugía	Cancelación por falta de instrumental	Número total de pacientes cancelados por falta de instrumental en el mes x 100/ total de pacientes programados en el mes.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	10%	Coordinación de salas de cirugía
		Programación cirugía	Cancelación de Cirugías por mala Programación.	Número total de cirugías canceladas por fallas en programación en el periodo x 100 / Número de Cirugías Programadas en el periodo.	Archivo de cirugías Canceladas	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	10%	Coordinación de salas de cirugía
		Facturación	Glosas por facturación.	Número total de glosas por fallas en facturación en el periodo	Archivo de Facturación (motivos de glosa)	Coordinación Facturación.	Mensual	10%	Coordinación Cirugía

				x 100 / Total de Glosas en el periodo.					
		Facturación	Impacto económico de la glosa.	Valor de las Glosas por facturación en cirugía en el mes x 100/ Total de la facturación en cirugía en el mes.	Archivo de Facturación (motivos de glosa)	Coordinación Facturación.	Mensual	10%	Coordinación cirugía
	3.Calidad	Cirugía	Complicaciones quirúrgicas durante el procedimiento	Número de complicaciones quirúrgicas durante la cirugía en el mes x 100 / Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.	Archivo de registro procedimientos quirúrgicos	Coordinación Salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinación Salas de cirugía
		Cirugía	Complicaciones anestésicas intraoperatorias	Número de complicaciones quirúrgicas durante la cirugía en el mes x 100 /	Archivo de registro procedimientos quirúrgicos	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinación Salas de cirugía

				Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.					
		Programación cirugía	Cancelación de cirugías por mala preparación del paciente	Total de cirugías canceladas por mala preparación del paciente en el mes x 100 / Total de cirugías programadas en el mes	Archivo de registro cirugía programada	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinación de salas de cirugía
		Cirugía	Reintervención antes de 15 días	Total de reintervenciones antes de 15 días en el periodo x 100/ total de procedimientos realizados en el periodo.	Archivo de procedimientos quirúrgicos	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinación de salas de cirugía
		Cirugía	Infección de herida quirúrgica	Total de heridas quirúrgicas infectadas en el mes x 100/ Total de	Archivo de comité de infecciones	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinación de salas de cirugía

				procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.					
		Cirugía	Mortalidad quirúrgica	Total de mortalidad quirúrgica en el mes x 100/ Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el mes.	Archivo de mortalidad quirúrgica. Oficina de estadística	Jefe de Estadística	Mensual	2%	Coordinación de salas de cirugía
		Atención al usuario	Satisfacción de los Usuarios	Total de pacientes satisfechos en el mes x 100/Total de pacientes operados en el mes.	Atención al usuario	Jefe de Atención al usuario	Mensual	100%	Jefe de atención al usuario
		Cirugía	Apendicetomías en blanco	Total de apendicetomías en blanco en el mes x 100/ Total de apendicetomías realizadas en el mes.	Archivo de procedimientos quirúrgicos	Coordinación de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinación de salas de cirugía

	3.1 eficacia	Postoperat orio	Recidiva postquirúr gica	Total de recidiva postquirúr gica en el mes x 100/ total de procedimient os quirúr gicos realizados en el mes.	Archivo de ingresos a hospitalizac ión	Jefe de hospitalizaci ón	Mensual	2%	Coordinaci ón de salas de cirugía
		Cirugía	Laparotomías en blanco	Total de laparotomías en blanco realizadas en el mes x 100/ Total de laparotomías realizadas	Archivo de registro de procedimie ntos quirúr gicos	Coordinaci ón de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinaci ón de salas de cirugía
	4.Postquirur gico	Postoperat orio inmediato	Complicaci ones en sala de recuperaci ón	Total de complicacion es en sala de recuperaci ón en el mes x 100/ total de procedimient os quirúr gicos realizados en el mes.	Archivo de registro de procedimie ntos quirúr gicos	Jefe de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinaci ón de salas de cirugía
			Mortalidad postcirugía (48Horas)	Total de decesos postcirugía x100/Total	Archivo de complicacio nes quirúr gicas	Coordinaci ón de salas de cirugía	Mensual	2%	Coordinaci ón de salas de cirugía

				de procedimient os quirúrgicos realizados					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

9.6.1. CUADRO DE MANDO. OPCIÓN 1.

NOMBRE INDICADOR	AÑO 2011		AÑO 2012												
	ESTANDAR	RESULTADO	ESTANDAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Oportunidad de Consulta por Cirujano	20 días.		20 días.												
Oportunidad de la programación de la cirugía.	30 días		30 días.												
Número de cirugías realizadas en el período totales y por especialidad	Capacidad instalada al 90%		Capacidad instalada al 90%												
Porcentaje Cumplimiento de cirugías programadas.	90%		90%												
Porcentaje de utilización de capacidad instalada.	90%		90%												
Porcentaje de producción utilizada.	90%		90%												
Porcentaje Cancelación de Cirugía por paciente	10%		10%												
Producción de Salas	90%		90%												

de Cirugía.															
Utilización de capacidad física instalada en el período	90%		90%												
Glosas por facturación.	10%		10%												
Impacto económico de la glosa.	10%		10%												
Complicaciones quirúrgicas durante el procedimiento.	2%		2%												
Complicaciones en la Unidad de Cuidados Post anestésicos.	2%		2%												
Reintervención antes de 15 días.	2%		2%												
Infección de Herida Quirúrgica. (ISO)	2%		2%												
Mortalidad Quirúrgica.	2%		2%												
Mortalidad pop cirugía (48 horas).	2%		2%												
Recidiva posquirúrgica	2%		2%												
Satisfacción de los usuarios.	90%		90%												

9.6.2. CUADRO DE MANDO. OPCIÓN 2

NOMBRE INDICADOR	AÑO 2011		AÑO 2012							COMPROMISO DE GESTION.
	ESTANDAR	RESULTADO	ESTANDAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
Oportunidad de Consulta por Cirujano	20 días.		20 días.							
Oportunidad de la programación de la cirugía.	30 días		30 días.							
Número de cirugías realizadas en el período totales y por especialidad	Capacidad instalada al 90%		Capacidad instalada al 90%							
Porcentaje Cumplimiento de cirugías programadas	90%		90%							
Porcentaje de utilización de capacidad instalada.	90%		90%							
Porcentaje de producción utilizada.	90%		90%							
Porcentaje Cancelación de Cirugía por paciente	10%		10%							
Producción de Salas de Cirugía.	90%		90%							
Utilización de capacidad física instalada en el período	90%		90%							
Glosas por facturación.	10%		10%							

Impacto económico de la glosa.	10%		10%							
Complicaciones quirúrgicas durante el procedimiento	2%		2%							
Complicaciones en la Unidad de Cuidados Post anestésicos.	2%		2%							
Reintervención antes de 15 días.	2%		2%							
Infección de Herida Quirúrgica. (ISO)	2%		2%							
Mortalidad Quirúrgica.	2%		2%							
Mortalidad pop cirugía (48 horas).	2%		2%							
Recidiva posquirúrgica	2%		2%							
Satisfacción de los usuarios.	90%		90%							

CUADRO DE MANDO. OPCION 2 (continuación)								
NOMBRE INDICADOR	AÑO 2012							COMPROMISO DE GESTION.
	ESTANDAR	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Oportunidad de Consulta por Cirujano	20 días.							
Oportunidad de la programación de la cirugía.	30 días.							
Número de cirugías realizadas en el período totales y por especialidad	Capacidad instalada al 90%							
Porcentaje Cumplimiento de cirugías programadas	90%							
Porcentaje de utilización de capacidad instalada.	90%							
Porcentaje de producción utilizada.	90%							
Porcentaje Cancelación de Cirugía por paciente	10%							
Producción de Salas de Cirugía.	90%							

Utilización de capacidad física instalada en el período	90%							
Glosas por facturación.	10%							
Impacto económico de la glosa.	10%							
Complicaciones quirúrgicas durante el procedimiento	2%							
Complicaciones en la Unidad de Cuidados Post anestésicos.	2%							
Reintervención antes de 15 días.	2%							
Infección de Herida Quirúrgica. (ISO)	2%							
Mortalidad Quirúrgica.	2%							
Mortalidad por cirugía (48 horas).	2%							
Recidiva posquirúrgica	2%							
Satisfacción de los usuarios.	90%							

CONCLUSIONES

El Departamento Quirúrgico es una de las áreas esenciales de un centro hospitalario, pues es una de las más productivas, por lo tanto se necesita una administración eficiente que optimice los recursos garantizando la calidad en la atención del paciente quirúrgico. Por medio de este modelo de gestión y con la implementación de un tablero de mando se podrá hacer seguimiento a los procesos claves para elaborar planes de mejoramiento que permitan hacer de este Departamento un modelo a seguir para las demás áreas de una clínica u hospital.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ministerio de la Protección Social. Manual de Estándares de Acreditación para IPS ambulatorias y hospitalización. Bogotá 2011.
2. Normas ISO 9000. Sena 2008
3. Martínez, Múnich Galindo y García. Fundamentos de Administración
4. Duran, Begoña Bazucaba María de los ANGELES. Manual de Enfermería 2010.
5. Castilla, Melisa Arias, Programa de Auditoría para Mejoramiento de la calidad. 2010.
6. Resolución 1043/2006. Revisión del sistema Único de Habilitación, se da cumplimiento a las disposiciones. RESOLUCION 2183 DE 2004- Ministerio de la Protección Social.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. Rev. Calidad Asistencial 1991; 6:65-74.
8. ARANAZ JM, BOLUMAR F, VITALLER J. "La calidad asistencial de la teoría a la práctica, en: Arañas JM, Vitaller J. La calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Conselleria de Sanidad. Valencia, 2001.
9. AARANAZ JM, ZARCO A, RUIZ J, MIRA JJ, ARROYO A, BRAÑA J, CALPENA R, CASTELL M, GARCIA M, GODOY C, GOMEZ R, MARQUES JA, MARTINEZ E, MEDRANO J, OROZCO D, VALLS V. Conjunto mínimo de indicadores de calidad asistencial para la cirugía sin ingreso. Todo Hospital 1999;159:555-60.
10. MALAGON LONDOÑO- GALAN MORERA- PONTON LAVERDE. Administración Hospitalaria. 3ª Edición. Editorial Panamericana. 2008.
11. SERNA GOMEZ HUMBERTO. Gerencia Estretategica. 10ª Edición. Temas Gerenciales. 3R Editores. 2010.

12. www.pisa.com. Portal: manual de enfermería.
13. www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_1.htm
14. <http://www.minsalud.gov.co/>

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Isabel Estupiñán Solorzano

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 52.507.768

Nombre Completo Astrid Yadira Maldonado Murcia

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 37.514.531

Nombre Completo Jairo Alonso Bustidas

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 79.732059.

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

CREACIÓN DE UN MODELO DE MONITOREO DE GESTIÓN
PARA UN SERVICIO QUIRÚRGICO.

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: Isabel Estupiñán S.
FIRMA: [Firma]
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.507.760
FACULTAD: Pop Grados
PROGRAMA ACADÉMICO: Administración Hospitalaria.

NOMBRE COMPLETO: Astrid Yadira Maldonado
FIRMA: [Firma]
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37.514.531
FACULTAD: Post Grad
PROGRAMA ACADÉMICO: Administración Hospitalaria.

NOMBRE COMPLETO: Jairo A. Bostidas.
FIRMA: [Firma]
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79.732.059.
FACULTAD: Post grado
PROGRAMA ACADÉMICO: Administración Hospitalaria.

NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: Julio 27/2012.