

**Manual de Normas y Procedimientos Hospitalarios Unidad de Análisis de Gestión y Planificación**

**Coordinador Dr. Abdiel Ovalle**

**Compilador**

**Dr. Aníbal E. Villa-Real Cruz 2007**

**REPÚBLICA DE PANAMÁ INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL**

Resolución No. 041 de 19 de marzo de 2009,

por la que se aprueba en todas sus partes, el Manual de Normas y Procedimientos Hospitalarios de Atención Médica del Instituto Oncológico Nacional.

Dra. Rosario E. Turner M. Presidente del Patronato y Representante Legal

Dr. Jorge Lasso de La Vega Secretario del Patronato y Director General

Y modificado por la Resolución Nº 12-056 de 12 de diciembre de 2012; la Resolución Nº 16-086 de 14 de diciembre de 2016, la Resolución Nº 17-037 de 5 de junio de 2017, y la Resolución N° 22-047 de 25 de agosto de 2022 del Patronato del Instituto Oncológico Nacional.

# INDICE

Capítulo I 1

Introducción 1

Objetivos 3

Capítulo II 5

De la Atención Médica 5

Atribuciones de los Departamentos 5

Perfil del cargo: Jefe de Departamento 6

Perfiles del cargo: Jefe de Servicio 7

Cuerpo Clínico 8

Categorías de los Médicos 8

Funciones Generales del Médico Especialista 9

Descripción del trabajo del médico especialista 9

Funciones Generales del Médico General 11

Descripción del trabajo del Médico General 11

Política de Personal del Cuerpo Clínico 12

Naturaleza de la Asistencia 13

Normas generales y Procedimientos de Atención de pacientes 13

Normas y procedimientos para la atención de pacientes beneficiarios del Seguro Social15 Normas y Procedimientos de la Consulta Externa 15

Apertura de Expediente Clínico Único 15

Expediente e Historia Clínica 16

Asignación de Citas 17

Cambio de Citas 18

Consentimiento Informado 18

Urgencias e Internación 19

Visitas Médicas y Evaluación Clínica en Sala 19

Turnos Médicos y Técnicos 19

Información diaria de condición 20

Programa Quirúrgico Rutinario 20

Consulta de Urgencia 20

Paciente Infectado 20

Asistencia a Pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos. 20

Epicrisis y Cierre de expediente 21

Vacaciones de los Funcionarios 21

Licencias de los Funcionarios 21

Asignación de los días de Atención 22

Altas de la Institución 22

Atención Médica Primaria (AMP) 22

Normas de Hospitalización 23

Prelación de llamadas en las Urgencias Médicas 24

Procedimientos en casos de fallecimiento de pacientes 24

Normas de Interconsultas 24

Normas de la Reunión Médico Docente y Administrativa Institucional y de los Servicios (Clínica Conjunta) 25

Capítulo III 26

Departamento de Especialidades Médicas (Servicios clínicos) 26

[Estructura Orgánica 26](#_TOC_250007)

[Profesionales que actúan en la Unidad 28](#_TOC_250006)

[Perfil del cargo 28](#_TOC_250005)

Jefe del Servicio 28

[Médico especialista 29](#_TOC_250004)

[Secretaria 30](#_TOC_250003)

[Servicio de Oncología Médica 30](#_TOC_250002)

Funciones Generales 31

[Control de Asistencia 33](#_TOC_250001)

Visitas Médicas 33

Reunión Docente Administrativa 33

Procedimientos y Normas particulares de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria . 33 Servicio de Hemato-Oncología y Trasplante de Médula Ósea 34

Estructura Orgánica 34

Sección de Transplante de Células Hematopoiéticas 35

Sección de Medicina Transfusional y Laboratorio 35

Sección de Docencia e Investigación 36

Normas para la Atención Ambulatoria 36

Normas de Atención de Unidad de Transplante de Célula Hematopoiéticas 36

Normas de ingreso y egreso 36

Normas funcionamiento interno 36

Normas de la Clínica de Candidatos a Trasplante de Célula hematopoiéticas 36

Normas de Atención para Pacientes Hospitalizados 36

Servicio de Radio-Oncología 36

Estructura Orgánica 37

Atribuciones a través de Atención y Tratamiento 37

Atribuciones a través de Planeamiento 37

Atribuciones a través de Física 38

Perfil del cargo 39

Jefe Encargado del Servicio de Radioterapia 39

Médico Radioterapeuta 40

Físico Médico 41

Dosimetrista 42

Técnico en Radioterapia 43

Enfermera 44

Secretaria 44

Procedimientos de la Unidad de Radio-Oncología 45

Rutina: Registro, Atención y Tratamiento de pacientes en Radioterapia 46

Unidades y Servicios Médicos de Apoyo 47

Servicio de Odontología 48

[Atribuciones 49](#_TOC_250000)

Perfil del cargo 49

Jefe de Servicio 49

Odontólogo especialista 50

Asistente Dental 51

Rutinas: Atención al paciente 53

Manejo odontológico en pacientes oncológicos sometidos a Quimioterapia 54

Manejo odontológico en Pacientes Sometidos a Radioterapia 56

Manejo odontológico en Pacientes Sometidos a Cirugía Oncológica 57

Normas generales de la Unidad 57

En la Consulta Externa 58

En el Laboratorio de Prótesis 58

Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica de Alivio del Dolor (U.C.P.) 58

Objetivos 58

Etapas de Actividad 58

Actividad Asistencial 59

Actividad Docente 59

Actividades de Investigación 59

Normas de Funcionamiento 60

Funciones de los Miembros 61

Unidad de Infectología y Enfermedades Nosocomiales 67

Perfil del Cargo: Médico Infectólogo 68

Unidad de Medicina Interna 69

Unidad de Salud Mental 70

Perfil del cargo 71

Médico Psiquiatra 71

Psicólogo clínico 71

Psicólogo General 71

Enfermera especialista en Salud Mental 72

Rutinas de Atención 72

Atención individual al Paciente y Familiar en Consulta Externa 72

Terapias Grupales 72

Atención de Urgencias - Intervención en Crisis 73

Participación en el Equipo de Cuidados Paliativos 73

Interconsultas 73

Actividades de Docencia 73

Actividades Comunitarias 74

Reacciones a Estrés grave y Trastornos de Adaptación (F43) 74

Factores psicológicos y del Comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54) 74

Trastornos de Ansiedad (F41) 74

Otros Trastornos de Ansiedad (F41) 74

Trastornos Depresivos (F33) 74

Delirium no inducido por Alcohol u otras Sustancias Psicotropas (F05) 75

Trastornos Mentales y de Comportamiento debido al Consumo de Opioides (F11) 75 Unidad de Cardiología y Electrocardiografía 75

Consulta Externa de Cardiología 75

Actividades y Responsabilidades del Medico Cardiólogo en Sala 76

Servicios de atención de tipo agudo a pacientes oncológicos 77

Evaluación Preoperatoria 78

Electrocardiografía 79

Unidad de Gastroenterología y Endoscopia 82

Perfil del cargo 83

Médico Endoscopista 83

Auxiliar de Enfermería 83

Rutinas endoscópicas 85

Tratamiento Endoscópico de las Várices de Esófago (Paciente Externo) 85

Examen Endoscópico (Paciente Internado). 86

Preparación del paciente para la Colonoscopia:\_Procedimiento 86

Materiales y Equipo 86

Unidad de Dermatología 87

Perfil del Cargo: Médico especialista 88

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. 88

Atribuciones 89

Perfil del cargo 90

Jefe de la Unidad 90

Fisioterapeuta 91

RutinasAtención de pacientes en Consulta Externa 92

Atención de pacientes en las Salas de hospitalización 92

Terapia Respiratoria 93

Procedimientos 93

Programa de rehabilitación de pacientes mastectomizadas. 93

Manejo General de Pacientes con Linfedema 94

Programa de Atención de pacientes con Reconstrucción Mamaria 94

Manejo de Alteraciones Neuromusculoesqueléticas 95

Programa de Terapia Respiratoria 95

Programa de Cuidados Paliativos 95

Normas del Servicio de Fisioterapia 95

Unidad de Atención de Agudos (UnAAg) 97

Normas de funcionamiento 97

Evaluación de Donadores de Sangre y Clínica del Empleado. 99

Atención Primaria de Admisión y Hospitalaria 99

Capítulo IV 99

Departamento de Especialidades Quirúrgicas 99

Estructura Orgánica 99

Atribuciones o funciones 100

Perfiles del cargo 101

Jefe del Departamento de Especialidades Quirúrgicas 101

Servicios Quirúrgicos 101

Estructura Orgánica 101

Atribuciones o funciones 102

Perfil del Cargo: 102

Jefe del Servicio: 102

Médico especialista 103

Procedimientos y Normas Generales de los Servicios de Especialidades Quirúrgicas Oncológicas 104

Normas Preoperatorias 104

Normas de Hospitalización 104

Normas Quirúrgicas para uso en el Salón de Operaciones 105

Normas Quirúrgicas en la Sala de Recuperación 106

Normas sobre Omisiones y Reprogramaciones Quirúrgicas 106

Servicio de Cirugía Oncológica 106

Normas Preoperatorias 106

Normas de Hospitalización 106

Normas Quirúrgicas para uso en el Salón de Operaciones 107

Normas Quirúrgicas para la Sala de Recuperación 107

Normas de la Sala de Hospitalización de Cirugía 107

Normas para la Consulta Ambulatoria de Cirugía Oncológica 108

Sesión Conjunta y Visitas Generales 108

Normas sobre interrelaciones entre el Servicio de Cirugía Oncológica y los demás Servicios 109

Servicio de Ginecología Oncológica 109

Consulta Externa de Ginecología 110

Evaluación de la Paciente Nueva 110

Horario del Servicio de Ginecología Oncológica 112

Turnos de urgencia 112

Admisiones 112

Normas de atención en Sala 112

Clínica de Atención Integral a la Mujer 113

Servicio de Urología Oncológica 113

Estructura Orgánica 113

Atribuciones 114

Coordinación 114

Normas de Atención de pacientes 114

Servicio de Anestesiología y Reanimación 115

Estructura Orgánica 115

Atribuciones. 116

Perfil del Cargo: 117

Jefe del Servicio de Anestesia 117

Médico Anestesiólogo 117

Técnico Anestesista 118

Rutina: Atención al Paciente para la Cirugía 118

Requisitos preoperatorios de Admisión 119

Normas de evaluación preoperatoria 121

Atención post anestésica 124

Manejo del dolor 125

Anestesia para cirugía ambulatoria 125

Protocolo de anestesia general con intubación endotraqueal 126

Protocolo de intubación orotraqueal en adultos 127

Protocolo de intubación nasotraqueal 128

Protocolo de intubación fallida durante la anestesia 128

Uso de sangre y sus derivados 130

Manejo del paciente que se perfora la duramadre al intentar colocar una anestesia epidural 131

Manejo del paciente con cefalea post punción de la duramadre 131

Contraindicaciones para la anestesia regional: 132

Marcapaso y anestesia 132

Electroversión cardíaca 134

Anafilaxia y Anestesia 134

Estridor Laringeo 135

Procedimientos de Anestesia 135

Anestesia General 135

Anestesia Peridural 136

Anestesia Regional Intravenosa 137

Registro de Anestesia 137

Unidad de Cuidados Intensivos 138

Estructura Orgánica 138

Perfil del cargo 139

Jefe del Servicio 139

Médico especialista 139

Normas generales de la Unidad de Cuidados Intensivos 141

Criterios de Ingreso 141

Atención a los pacientes 142

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva 143

Nombre de la Unidad: Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva 143

Atribuciones 144

Coordinación 144

Normas de Atención de pacientes 144

Normas de Funcionamiento de Cirugía Reconstructiva 145

Capítulo V 148

Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico 148

Nombre de la Unidad: Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico 148

Perfil del cargo 148

Jefe del Departamento 148

Servicio de Radiología e Imaginología 150

Funciones 150

Perfil del Cargo 153

Jefe de la Unidad de Radiología e Imagen 153

Medico Radiólogo 156

Técnico de Radiología e Imágenes 159

Asistente Técnico 161

Enfermera 162

Auxiliar de Enfermera 164

Secretaria-Recepcionista 166

Mensajería-Archivo 167

Asistencia y participación en las sesiones académicas dentro de la institución 169

Normas de para la atención de los pacientes 170

Requerimientos de atención para pacientes ambulatorios 170

Requerimientos de atención para pacientes hospitalizados 172

Requerimientos para las rotaciones de médicos, residentes y técnicos en el servicio de Radiología e Imágenes 173

Rutinas del Servicio 174

Atención de Pacientes Internados/ Exámenes Radiológicos en la Cama 174

Orientación para la Preparación de Exámenes Contrastados 175

Control de Consumo de la Existencia de Películas de RX 175

Atención de Pacientes Externos para Realizar Exámenes Radiológicos 176

Atención de Pacientes Externos para Exámenes Radiológicos Efectuados 176

Procedimientos 177

Mantenimiento Diario de la Máquina Procesadora 177

Realización de Exámenes Radiológicos Simples 177

Recarga de Chasis con Película Virgen 178

Servicio de Anatomía Patológica 178

Perfil del cargo 180

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica 180

Médico Anatomopatólogo 181

Jefe de Sección 182

Técnico en Histología 183

Asistente de Histología 184

Auxiliar de Histología 185

Asistente del Patólogo 186

Citotecnólogo 186

Asistente de Citología 188

Auxiliar de Necropsia 189

Secretaria 190

Mensajero 191

Normas de manejo de las muestras enviadas para estudio histopatológico 191

Desde el Salón de Operaciones o Consultorios 191

Manejo Preliminar de las Muestras Quirúrgicas 193

Manejo de los Estudios Transoperatorios 193

Manejo de Muestras Especiales 195

Muestras Para Estudios Citológicos 195

Revisión de Laminillas 196

Autopsias 197

Formato del Informe Histopatológico 197

Rutinas del Servicio 199

Examen de Cortes por Congelación 199

Examen Anatomopatológico de Piezas Quirúrgicas 200

Examen Citopatológico Oncológico 201

Procedimientos 202

Identificación de Piezas Quirúrgicas 202

Estudio histopatológico transoperatorio 202

Capítulo VI 203

Departamento de Apoyo Técnico y Logístico 203

Atribuciones 203

Perfil del cargo 204

Jefe de los Servicios 204

Secretaria 205

Servicio de Trabajo Social 205

Definición 205

Estructura / Posición 206

Atribuciones 206

Perfil del cargo 208

Jefe de la Unidad 208

Trabajador Social 209

Secretaria 209

Rutinas de Trabajo 210

Trabajador Social Jefe 210

Trabajadora Social 210

Secretaria 211

Atención a pacientes de transplante de Medula Ósea 212

Alojamiento temporal en el Albergue Casita de Mausi 212

Atención Social a pacientes del programa de cuidados paliativos. 213

Problema relacionado con hechos estresantes, que afectan al paciente 214

Problema relacionado al rechazo de tratamiento médico, intervenciones u otros procedimientos 214

Traslado de pacientes fallecidos procedente del interior del país 215

Atención social de los pacientes nuevos en el hospital 215

Traslado de pacientes hospitalizados al interior del país. 216

Orientación inicial para la tramitación del recurso de pensión de invalidez, inscripción de beneficiario inválido. 217

Preparación del paciente para manejo domiciliario. 217

Asistencia económica para lograr el pago de transporte, la compra de Yodos Radioactivos, pagos de estudios altamente costosos fuera de la institución 218

Asistencia social para la gestión de mejoramiento de habitacional 218

Localización de paciente desertores 219

Localización de familiares 219

Intervención en problemática legal. 220

Normas del Servicio de Trabajo Social 221

Normas Técnicas 222

Normas de funcionamiento 223

Relaciones de Coordinación 225

Servicio de Nutrición y Dietética 225

Estructura Orgánica 225

Atribuciones Generales 227

Recibo, almacenamiento, preparación y distribución de los alimentos 227

Mediante la terapia dietética 227

Administrativas generales 228

Profesionales que actúan en la Unidad 229

Perfil del cargo 229

Nutricionista –Dietista Jefe de la unidad 229

Nutricionista 230

Asistente de dietética 231

Cocinero 232

Secretaria 232

Trabajador manual 233

Procedimientos 234

Almacenamiento de productos Alimenticios Semiempacados 234

Preparación de Bandejas para las Comidas del Paciente 234

Materiales y Equipos 235

Distribución de Dietas por Sondas 236

Objetivos 236

Distribución de dietas a pacientes en cada sala de hospitalización 236

Uso de los servicios de Cafetería 237

Servicio de Farmacia 237

Atribuciones 237

Perfil del cargo 238

Farmacéutico Jefe del Servicio 238

Farmacéutico 239

Técnico o Asistente de Farmacia 240

Rutinas 240

Provisión de Productos Controlados a Pacientes Internados 240

Solicitud de Compra de Medicamentos 242

Recepción de Medicamentos 242

Incorporación de los Medicamentos Recibidos en el Stock 243

Operación 243

Procedimientos 244

Control de las existencias 244

Adquisición de Nuevos Medicamentos 244

Preparación de Nutrición Parenteral 245

Orientación Farmacéutica al Paciente 248

Niveles de Existencias 249

Preparación de Medicamentos 250

Preparación de Medicamentos 251

Almacenaje de Medicamentos 251

Ejemplo genérico de conservación de medicamentos 253

Compra, conservación, entrega e inspección de productos legalmente controlados

................................................................................................................................ 253

Laboratorio Clínico. 255

Atribuciones 256

Perfil del cargo 257

Jefe del Laboratorio Clínico 257

Tecnólogo Médico Supervisor o Jefe de Sección 261

Tecnólogo Médico 262

Asistente de Laboratorio 263

Auxiliar del Laboratorio 263

Personal de Oficina 264

Procedimientos 265

Atención Directa al Cliente y recepción de muestras. Código: MOAF- 001- ACR

................................................................................................................................ 265

Flujograma 266

Manejo, Transporte y Rechazo de Muestras. CÓDIGO: MOAF-001-MTRM 269

Reporte de Resultados, Valores Críticos, acciones correctivas 272

Archivos y Entrega de Resultados. Código: MOAF- 001-AER 275

Garantía de Calidad. Código: MOAF-001-GC 276

Análisis Clínicos (Pruebas) 278

Normas Generales y Estándares del Laboratorio Clínico 278

Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud 284

Estructura Orgánica 284

Atribuciones 284

Perfil del Cargo 285

Jefe de la Unidad 285

Jefe de Sección 287

Atribuciones del Jefe de la Sección de Admisión 288

Atribuciones del Jefe de la Sección de Archivo Clínicos 289

Atribuciones del Jefe de la Sección de Trámites de Citas 291

Atribuciones del Jefe de la Sección de Estadísticas 293

Técnico o Auxiliar en Registros Médicos y Estadísticas de Salud 299

Principales Rutinas 299

Técnico Superior en la Sección de Estadísticas 299

Auxiliar para el registro diario de Admisión y Egreso y Censo Diario 300

Auxiliar para preparar los informes del Registro Diario de Admisión y Egreso 300 Auxiliar para Registro diario de Consulta Externa 301

Auxiliar para el Registro Diario de Defunciones 301

Auxiliar para los Registros de Servicios Especializados 301

Auxiliar para el archivo activo de Historias Clínicas 302

Auxiliar para la integración de resultados de estudios clínicos a la Historia Clínica 303

Rutina del auxiliar para la distribución y búsqueda de Historias Clínicas 304

Auxiliar para la Recepción y Control de Historias Clínicas 305

Procedimientos Generales 306

Procedimientos de la Sección de Admisión 306

Apertura de Expediente 306

Hospitalización 306

Normas Generales de la Sección de Admisión 306

Sección de Archivos 307

Manejo y Archivo de la Historia Clínica 307

Procedimiento para archivar la Historia Cínica 307

Métodos de archivo 308

Sistema de archivo 308

Tipos de archivo 308

Control y distribución de historia clínica para la Consulta Externa 308

Control y distribución de historia clínica para hospitalización 309

Control y entrega de historia clínica para Docencia, Clínicas Conjuntas, Dirección Médica y Administración, 309

Solicitud de historias clínicas 309

Préstamo de la historia clínica 309

Integración de documentos a la historia clínica 310

Mantenimiento y depuración del archivo 310

Evaluación del desempeño del archivo 310

Comité de historias clínicas 311

Procedimientos de la Sección de Trámite de Cita 311

Procedimientos de la Sección de Estadística 313

Registro diario de admisión y egreso 313

Registro diario del censo hospitalario 313

Registro diario de actividades de la consulta externa 314

Registro diario de intervenciones del quirófano 315

Registro diario de quimioterapia 315

Registro diario de ínter-consultas 315

Registro diario de clínica conjunta 316

Capítulo VII 316

Departamento de Enfermería 316

Estructura Orgánica 316

Perfil del cargo 318

Jefe del Departamento 318

Supervisora Clínica 319

Supervisora administrativa 321

Enfermera Jefe de Sala 322

Enfermera general 323

Auxiliar de Enfermería 324

Secretaria 325

Trabajador manual 327

Procedimientos de Enfermería 327

Comunicaciones internas 327

Comunicación con otros Servicios 328

Recibo de Narcóticos y Útiles 328

Entrega y Recibo del Turno 329

Distribución de Actividades 329

Admisión 329

Censo de pacientes 330

Notas de la Enfermera 330

Registro y control de signos vitales 331

Planes de Cuidado de Enfermería 331

Cumplimiento de las Órdenes Médicas 332

Registro de Medicamentos y Tratamientos 332

Lista de Dietas 332

Ronda con Objetivos 332

Informe de Condición y Movimiento de Pacientes 333

Normas de los Comités de Enfermería 333

Comité de Procedimientos 333

Comité de Auditoría 334

Comité de Evaluación del Personal de Enfermería 335

Comité Social 336

Comité de Investigación 337

Procedimiento: Dotación de medicamentos e insumos 338

Normas: Programa de Educación 338

Pacientes con Transplante de Médula Ósea 339

Procedimientos Generales 339

Procedimientos Específicos 343

Exámenes Especiales 349

Procedimientos de Enfermería e la Consulta Externa 350

Procedimientos Especiales en los Servicios de Consulta Externa 352

Manejo de la Hospitalización 352

Trámite para Clínica Conjunta 352

Servicio de Cirugía 353

Servicio de Hematología 354

Servicio de Quimioterapia 355

Servicio de Urología 356

Servicio de Ginecología 357

Trámite en los Pacientes que van a recibir Radioterapia 359

Central de Equipos y Esterilización 360

Estructura Orgánica 360

Perfil del cargo 363

Jefe de la Unidad 363

Trabajador manual 364

Procedimientos y Rutinas Básicas de la Central de Equipo y Esterilización 364

Lavado Manual y Desinfección de Equipo e Instrumental 364

Lavado y Desinfección de frascos y accesorios de Aparatos de Emerson y SNGI 365 Empaquetamiento de Equipo y Material Médico – Quirúrgico 366

Proceso de Esterilización a vapor 366

Proceso de Esterilización a base de Plasma de Peróxido de Hidrógeno 367

Limpieza Diaria del Área 367

Controles de Calidad 368

H. Rutinas 369

Suministro de Material Esterilizado a las salas 369

Suministro de Material para los Quirófanos 370

Agente 370

Control Bacteriológico del Material Esterilizado 370

Agente 370

Pabellón Quirúrgico 371

Estructura Orgánica 371

Perfil del cargo 374

Jefe de la Unidad 374

Asistente Administrativo 375

Enfermera Jefe 375

Enfermera general o básica del Quirófano 376

Instrumentista 377

Secretaria 378

Trabajador manual 379

Rutinas Principales del Quirófano 380

Programación Diaria de Cirugía 380

Atención en el Quirófano 380

Defunción en Sala de Operaciones 382

Normas y Procedimientos Generales 383

Accidentes Laborales o Enfermedades Ocupacionales 383

Uso del Uniforme Quirúrgico 384

Visitantes en el Salón de Operaciones 385

Distribución de la Ropa en el Salón de Operaciones 385

Normas de Bioseguridad 385

Técnicas Asépticas Básicas 386

Circulación del Personal dentro del Salón de Operaciones 387

Preparación Quirúrgica de la Piel del Paciente 387

Recuento De Gasas, Toallas Abdominales, Agujas, Bisturíes, Cotonoides y otros Instrumentos 388

Manejo de Muestras Histopatológicas 389

Transporte del paciente de la Sala de Operaciones a la Unidad de Cuidados Post– Anestesia 390

Estimación de Perdidas de Sangre en el Quirofano 390

Manejo de Cadáver 391

Desinfección y Esterilización 391

Esterilización a Vapor 392

Higiene Ambiental 393

Normas de Seguridad 394

Evitar Fuego y Explosiones 394

Uso de la Unidad de Electrocirugía 394

Uso del Equipo de Rayo X 395

Uso de Equipo Eléctrico 395

Normas de Utilización de las Instalaciones del Salon de Operaciones 395

Anestesiologia 395

Servicios Quirúrgicos 396

Servicio de Cirugía Oncológica 396

Servicio de Ginecología Oncológica 397

Servicio de Urología Oncológica 397

Normas Generales de la Sala de Recuperacion de Anestesia 398

Disposiciones Generales 398

Criterios para el Traslado de Pacientes 399

Disponibilidad Medica 399

Normas y Responsabilidades del Personal de Enfermería del Quirófano 400

Enfermera Básica 400

Instrumentista 401

Circuladora 401

Auxiliar Instrumentista 402

Técnico Instrumentista 404

Enfermera General 405

Auxiliar de Enfermería 406

Trabajador Manual 408

Capítulo VIII 409

Programas 409

Unidad Funcional de Patología Mamaria 409

Rutina de Atención en Consulta Externa 411

Rutina de Atención de pacientes en las Salas de hospitalización 412

Comisión de Bioseguridad y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales

........................................................................................................................................ 414

Funciones de la Comisión 414

Normas para la Prevención de Infecciones Intrahospitalarias 418

1. Infecciones Intrahospitalarias 418
   1. Infección Sintomática del Tracto Urinario 419
   2. Bacteriuria Asintomática 419
   3. Infección de Sitio Quirúrgico. 420
   4. Neumonía 420
2. Investigación de un Brote Epidémico. 421

Cómo se reconoce una Epidemia 421

* 1. Razones para investigarla 421
  2. Investigación 421

1. Normas para la Prevención de Infecciones y otras complicaciones asociadas al uso de Catéteres Endovenosos. 422
   1. Definiciones 422
   2. Patogenia 423
   3. Medidas de Prevención 423
   4. Diagnóstico de Infección Asociada a Catéter 429
   5. Indicaciones para Remover Catéteres de Larga Permanencia 430
   6. Catéteres Venosos Centrales para Picc, Hemodiálisis 430
   7. Catéteres Arteriales Periféricos 430
2. Prevención de Infecciones de Sitio Quirúrgico 431
   1. Introducción 431
   2. Clasificación de las Heridas 431
   3. Clasificación de las Infecciones de Herida 431
   4. Medidas de Prevención 432
      1. Medidas en el Pre Operatorio 432
      2. Medidas durante la Cirugía 432
      3. Quirófano Seguro 434
3. Prevención de Infecciones Urinarias Intrahospitalarias 438
   1. Introducción 438
   2. Clasificación de los Catéteres Urinarios 438
   3. Medidas de Prevención 438
4. Prevención de Neumonías Intrahospitalarias 439
   1. Introducción 439
   2. Medidas de Prevención 439
5. Manejo de los Pacientes Neutropénicos 442
   1. Introducción 442
   2. Medidas generales de prevención 442
   3. Antimicrobianos 443
   4. Manejo del Paciente Neutropénico Febril 444
   5. Paciente con sospecha de Infección Estafilocóccica 444
   6. Paciente con Necrosis de la Mucosa Gingival y /o Absceso Perianal 444

Tabla de Factores de Riesgo para Infecciones en Pacientes con Tumores Sólidos 446 7.7. Impacto de la Profilaxis 446

1. Prevención de Infecciones en Pacientes con Transplante de Médula Ósea 446
   1. Introducción 446
   2. Complicaciones Infecciosas 447
      1. Infecciones Bacterianas 448

Gráfico 1. Factores Relacionados a la Mucositis 448

MUCOSA ORAL 448

* + 1. Infecciones Micóticas 449
    2. Otras Infecciones 451

Tabla II. Orientación acerca del Tratamiento de algunas Muestras 451

1. Infecciones en Pacientes Asplénicos 452
2. Infecciones Tracto Intestinales Nosocomiales 453
3. Prevención de Infecciones asociadas a Procedimientos Endoscópicos 453
4. Normas para el Lavado de Ropa Hospitalaria 454
5. Aislamientos 454

Guantes 454

1. Normas para el Uso de Antisépticos y Desinfectantes 456
   1. Clasificación de los Instrumentales de uso médico 456
   2. Efectos Antimicrobianos 457
   3. Antisépticos y Desinfectantes Recomendados 457
   4. Situaciones Especiales 459

Resumen de la Actividad In Vitro de los Antisépticos 459

Resumen del uso Recomendado para los Antisépticos 460

1. Norma para la Limpieza del Instrumental Quirúrgico Sencillo en las Áreas de Hospitalización, Unidad de Atención de Agudos y Consulta Externa 461
2. Vacunación en el Personal de Salud 461
3. Prevención de Accidentes Cortopunzantes 462
4. Higiene Hospitalaria 465

Estrategia de Limpieza y Desinfección para Superficies Ambientales en Areas de Atención de Pacientes 465

Limpieza de Áreas Contaminadas con Sangre o Fluidos Corporales 466

Alfombras y ropa de cama, habitación y demas 466

Flores y plantas 466

Control de animales 466

1. Profilaxis Antibiótica Perioperatoria 466

Prevención de Infecciones Hospitalarias durante Remodelaciones 469

Guía para la Atención de Accidentes Laborales con Exposición a Sangre y Fluidos Corporales 472

Plan de Acción ante Desastres. 476

1. Introducción 476
2. Plan de Contingencia para Desastres. 476
   1. Sistema de mandos 476
   2. Triage 478
   3. Teléfonos de interés 478
   4. Codificación 478
   5. Evacuación 479
   6. Pacientes con cirugías en curso 479
   7. Preparación para la emergencia 480
3. Prevención 480
   1. Prevención de incendios. 480
   2. Incendios 481
4. Falta de Fluido Eléctrico 482
   1. Recomendaciones sobre la seguridad de los alimentos luego de falta de suministro eléctrico 484

Alimentos Congelados. Cuándo guardar y cuándo desechar 487

* 1. Agua potable 489

1. Descarga Eléctrica 490
2. Riesgo de Inundación 490
3. Tornado 492
4. Terremoto 492
5. Amenaza de Bomba 492
6. Recomendaciones para Información a la Prensa 493
7. Recursos necesarios para enfrentar una catástrofe 493

Capítulo IX 494

Auditoría Médica 494

Funciones del Auditor 494

Normas de Auditoría Médica 495

Capítulo X 495

De los Concursos 495

Concursos para Jefaturas de Servicios, Plazas y Residencias Médicas. 495

Concursos para Jefaturas y plazas técnicas y administrativas 498

Tabla de Baremo 498

Ponderación de Actividades Académicas y de Educación Médica Continua 498

Tabla de Baremo 499

Ponderación de Actividades Académicas y de Educación Médica Continua 499

# Capítulo I Introducción

De acuerdo con los lineamientos y políticas del MINSA referentes al proceso de reforma y modernización del Sector Salud encaminados a mejorar la calidad de los servicios, el ION se hace eco de estas políticas por lo cual nos hemos dado a la tarea de revisar el Manual de Organización y Funcionamiento vigente desde el año 1989, y adecuar en lo posible los conceptos allí consignados, al formato de un Manual de Procedimientos Hospitalarios.

Con el propósito de facilitar la tarea, se ha recibido por parte de la Unidad Técnica del Consejo Nacional de Hospitales del MINSA, una guía general para la elaboración de Manuales de Procedimientos Hospitalarios, la cual se adoptado como guía para la elaboración y adecuación del presente manual, basado en los Manuales vigente y en los aportes de cada Servicio y Sección.

La Unidad de Análisis de Gestión y Planificación tiene entre sus objetivos la revisión y adecuación del Manual de Procedimientos y el de Organización y Funciones. Por lo cual, siguiendo instrucciones de la Dirección General de la Institución, no hemos dado a la tarea de realizar este proyecto. Iniciando con el Manual de Procedimientos.

# Antecedentes

En 1988 se constituyó una comisión formada por algunos jefes de Servicios del ION para la elaboración del Manual de Organización y Funcionamiento y el Reglamento Interno de la Institución contando con la colaboración y asesoría de la Unidad de desarrollo Organizacional del MINSA. Ambos documentos y el Organigrama elaborados por dicha comisión fueron aprobados por el Patronato en abril de 1989, y han estado vigentes desde entonces, a pesar de que se han dado cambios importantes en la estructura y funcionamiento de la Institución. En el año 2000, la Dirección de Atención de la Institución se dio la tarea de coordinar y elaborar un conjunto de Normas de Atención de cada servicio y que son las que servirán de base para la elaboración del actual Manual de Procedimientos, bajo el formato propuesto por el Consejo Nacional de Hospitales del MINSA.

# Situación Actual

El Manual de Organización y Funcionamiento y el Reglamento Interno vigentes, se encuentran actualmente desfasados y no corresponden a los lineamientos y políticas generales actuales ya que muchos datos no se encuentran consignados y muchos procedimientos no están descritos, hay repetición de conceptos en ambos documentos y el enfoque es sobre todo hacia la normativa sin descripción de procesos. Las normas confeccionadas en el año 2000, aunque contienen datos actuales, no están organizadas y adolecen en gran parte de la descripción de los procedimientos que faciliten la gestión y el desempeño adecuado, eficiente y eficaz de las intervenciones que corresponden a cada equipo de trabajo. El problema que acarrea una falta de descripción de los procesos dentro de la organización, se manifiesta en el desconocimiento de las funciones, pérdida de horas- hombre en el desempeño y al final en baja productividad y calidad de los servicios.

# Marco teórico

Tanto en el ámbito local como regional y mundial, la modernización de la atención en salud es una necesidad imperante para lograr calidad, eficiencia, eficacia y equidad y resolver en gran medida los problemas de salud de los individuos, sus familias y la comunidad con la mejor utilización de los recursos disponibles. Es por eso que el proceso de modernización apunta hacia la excelencia gerencial y técnica en la prestación de servicios de salud. Para lograr la excelencia, es necesario contar con instrumentos que faciliten los procesos técnicos y administrativos de las Organización, por lo cual un Manual de Procedimientos Hospitalarios sencillo y actualizado, llenará en gran medida esta necesidad.

Un *Manual* es una recopilación sistematizada de instrucciones reunidas en una carpeta con un formato uniforme de manera que tengan un valor oportuno y adecuado como referencia.

Un *Procedimiento* es una serie detallada de instrucciones para ejecutar una secuencia de acciones que se presentan con frecuencia, dicho de otra manera, es un plan permanente que contiene lineamientos detallados para manejar las acciones que se presentan con más frecuencia en una organización.

Un *Manual de Procedimientos* es un documento que contiene en forma ordenada y sistemática, información e instrucciones sobre organización políticas o procesos en una organización y que se consideran imprescindibles para la ejecución adecuada del trabajo de los miembros de la organización.

Los *Manuales de Procedimientos* pueden ser elaborados para procesos nuevos o para procesos en ejecución o para procesos actualizados dependiendo de la etapa en que se encuentre la organización o sus departamentos.

Un *Proceso de trabajo* es el conjunto de actividades y tareas desarrolladas en forma sucesiva para lograr la generación de los servicios o bienes que brinda una unidad administrativa y *Procedimiento* es la forma como se ejecuta el proceso.

El *Control* en los procesos es la forma en que retroalimentamos y modificamos los procesos y es necesario ya que desde el punto de vista legal, político y administrativo, existen disposiciones destinadas a garantizar en forma razonable el cumplimiento de los objetivos y metas de la entidad.

La relevancia de la actualización y elaboración del Manual de Procedimientos para el ION radica en que con una manual actualizado se podrá:

Identificar y desarrollar los procesos de trabajo en las áreas respectivas. Identificar los problemas que inciden en el desarrollo de las actividades y tareas.

Identificar los controles existentes y proponer mejoras o cambios en los m mismos. Conocer la forma en que se regulan las actividades en cada área de trabajo.

# Objetivos

El objetivo general del presente Manual es el de proporcionar un instrumento de gestión a los diferentes niveles de la organización que servirá para definir, desarrollar, nombrar, comunicar, difundir, documentar, instruir, coordinar y establecer las normas observadas por el Hospital en forma global e integral y además por cada Dirección y Servicio.

# Descripción de las Unidades

Los puntos específicos que se desarrollarán para cada unidad son los siguientes: Nombre de la Unidad

Estructura orgánica Definición de la Unidad Estructura o posición Atribuciones

Área física

Profesionales que actúan en la Unidad

Perfil del cargo (Se nombra y desarrolla cada cargo) Naturaleza del trabajo

Tareas típicas

Condiciones que debe reunir Rutina

Se define la operación para cada colaborador o cargo Procedimientos (Se nombra y desarrolla cada procedimiento) Consideraciones preliminares

Objetivo

Materiales y equipos necesarios Orientación

Las Unidades consideradas en este Manual son las siguientes:

1. Departamento de Especialidades Quirúrgicas (Servicios Quirúrgicos)
   1. Servicio de Cirugía Oncológica
   2. Servicio de Ginecología Oncológica
      1. Clínica de Atención Integral de la Mujer
   3. Servicio de Urología Oncológica
   4. Servicio de Anestesia y Pabellones Quirúrgicos
      1. Area de Preparación prequirúrgica
      2. Area de Recuperación de Anestesia
      3. Area de Pabellones Quirúrgicos
   5. Unidad de Cuidados Intensivos
   6. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva
2. Departamento de Especialidades Médicas (Servicios Clínicos)
   1. Servicio de Medicina Oncológica
      1. Unidad de Quimioterapia Ambulatoria
   2. Servicio de Hematología y Trasplante de Médula Ósea
      1. Unidad de Trasplante de Médula Osea
      2. Area de Banco de Sangre
   3. Servicio de Radio - Oncología
      1. Sección de Radioterapia
      2. Sección de Física Medica
   4. Unidades y Servicios Médicos de Apoyo
      1. Servicio de Odontología
      2. Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor Oncológico
      3. Unidad de Infectología
      4. Unidad de Medicina Interna
      5. Unidad de Salud Mental
      6. Unidad de Cardiología y Electrocardiografía
      7. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva
      8. Unidad de Dermatología
      9. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
      10. Unidad de Atención de Agudos
      11. Unidad de Salud y Seguridad Laboral y Clínica del Empleado
3. Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico
   1. Servicio de Radiología e Imaginología
      1. Sección de Ultrasonografía
      2. Sección de Tomografía
      3. Sección de Radiología
   2. Servicio de Patología
   3. Unidad de Medicina Nuclear
4. Departamento de Enfermería
   1. Subjefatura de Enfermería y Coordinación de Docencia
   2. Subjefatura de Enfermería a cargo de Auxiliares de Enfermería y Otros
   3. Supervisión de Áreas Críticas
   4. Supervisión Clínica de Corta Estancia y Consulta Externa
   5. Supervisión Clínica de Hospitalización
   6. Supervisión de Insumos Médico – Quirúrgicos
      1. Servicio de Esterilización y Central de Equipos
   7. Supervisión Administrativa vespertina y Nocturna
5. Servicios de Apoyo Técnico y Logístico
   1. Laboratorio Clínico
   2. Servicio de Farmacia
   3. Servicio de Nutrición y Dietética
   4. Servicio de Trabajo Social
   5. Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud
      1. Sección de Admisión
      2. Sección de Archivos
      3. Sección de Tramite de Citas
      4. Sección de Estadística
6. Programas
   1. Comisión de Bioseguridad e Infecciones Nosocomiales
   2. Comisión de Mitigación de Desastres

En este Manual nos circunscribimos a las Unidades listadas que forman parte del nivel médico asistencial operativo.Los niveles superiores de fiscalización, coordinación, asesoría y rectoría, no serán descritos ya que no es el objetivo de este Manual, al igual que las unidades del nivel de apoyo administrativo, las cuales serán descritas en documento aparte debido al tamaño de la información.

# Capítulo II

**De la Atención Médica**

**Definición**: La atención médica se define como la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es por lo tanto, la media en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos y que gobiernan la interacción de los individuos en general. En las situaciones particulares, estas normas están reforzadas por los dictados éticos de cada profesión y por las expectativas y aspiraciones individuales de los pacientes, en la medida que el proceso interpersonal contribuya al éxito o de fracaso de la atención técnica, ayuda al equilibrio de los beneficios o riesgos que demanda esta atención.

Esta atención será brindada por las unidades médicas y técnicas que actúan en el Instituto y que se encargan de la atención del paciente en forma directa ó apoyando a la atención de otros servicios. Su funcionamiento corresponde al nivel operativo.

**Estructura o posición**: La atención médica se brindará a través de los respectivos Departamentos y coordina todas las atenciones de los Servicios que lo integran, los que dependen jerárquicamente de la Dirección General.

# Atribuciones de los Departamentos

1. Supervisar y coordinar los programas de atención de las unidades médicas y técnicas que están bajo su dependencia.
2. Asegurar la asistencia medica integral, eficiente, equilibrada y eficaz a los pacientes que acudan a la Institución.
3. Orientar las actividades técnicas de las unidades que la conforman.
4. Establecer normas de control a través de comisiones en que estén representadas las unidades que la conforman.
5. Establecer las normas y de las unidades en coordinación con los jefes de Servicios que la integran.
6. Participar de las investigaciones científicas en coordinación con la Dirección de Investigación.
7. Participar en la organización y desarrollo de los programas de docencia en coordinación con la Dirección de Docencia y con las comisiones de cada uno de los Servicios y Secciones.
8. Colaborar en la formación y desarrollo del RRHH en el área de salud en coordinación con la Dirección de RRHH.
9. Aplicar los correctivos y sanciones disciplinarias del personal que compone los Departamentos, Servicios y demás unidades, de acuerdo a las normas administrativas aprobadas por el ION y MINSA.

La atención médica será brindada en las diferentes dependencias del Instituto y para ello cuenta con el siguiente personal:

Jefe de Departamento, Jefe de Servicio,

Cuerpo médico y técnico Personal de apoyo administrativo

# Perfil del cargo: Jefe de Departamento

**Naturaleza del trabajo**: El trabajo del Jefe de Departamento es netamente de tipo gerencial y consiste en: programar, organizar, supervisar y evaluar las actividades de los Servicios que pertenecen al nivel operativo de la Institución.

# Tareas Típicas

1. Planear, organizar, supervisar y evaluar las actividades del cuerpo médico del Departamento y de los Jefes de cada Servicio.
2. Establecer un programa de trabajo observando las directrices del hospital.
3. Preparar el plan de trabajo anual, observando los objetivos del Departamento.
4. Cumplir y hacer cumplir el reglamento y procedimientos del hospital y observar su cumplimiento.
5. Establecer criterios para evaluar la calidad de la asistencia medica prestada, a través de la supervisión de los sistemas de servicios y de los informes mensuales de consultas, servicios complementarios, tasa de infección, de complicaciones postoperatorias, promedio de permanencia, tasa de mortalidad y otras.
6. Convocar y presidir reuniones con su grupo de trabajo.
7. Presidir las comisiones técnicas que sean necesarias dentro del Departamento.
8. Mantener el enlace con los demás servicios de la institución, y coordinar con los demás Jefes de Departamentos y Servicios.
9. Organizar y supervisar un Consejo Médico Asesor.
10. Participar en reuniones docentes.
11. Participar y apoyar las actividades de investigación clínica.
12. Participar y apoyar los programas de enseñanza médica.
13. Observar criterios de control de materiales y suministros en el área clínica.
14. Participar en reuniones cuando sea convocado.
15. Evaluar el rendimiento de los Jefes de Servicio de su Departamento.

# Atribuciones:

1. Estudio, manejo y tratamiento integral de las pacientes con patología oncológica quirúrgica
2. Organizar y brindar la atención médica a los pacientes hospitalizados y/o ambulatorios, estableciendo horarios para la atención en las jornadas regulares de trabajo y turnos que garanticen una cobertura asistencial permanente.
3. Coordinar, revisar y actualizar con los Jefes de Servicio, los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas en forman periódica y anexar las modificaciones anualmente en el mes de octubre o cuando dispongan las autoridades.
4. Asegurar el cumplimiento de los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas por parte de los funcionarios del servicio
5. Comprobar la calidad de atención de cada Servicio mediante la supervisión uy apluicación de las herramientas pertinentes en coordinación con la Comisión de Auditoría Médica.
6. Analizar periódicamente las estadísticas de producción de cada Servicio uy brindar la información necesaria al Sistema de Información y/o al Departamento de Registros Médicos y Esta´disticas para asegurar uina gestion eficiente del Departamento.
7. Asegurar el cumplimiento estricto de las interconsultas de los demás servicios de la Institución de acuerdo a las normas establecidas.
8. Establecer reuniones de docencia, administrativas y Clínicas conjuntas semanales del servicio y del Hospital.
9. Preparar el presupuesto anual del Departamento uy coordinar los cpresupuestos de cada servicio en el jefe resptivo.
10. Asistir a las reunionres de los respectivos Servicios y demás actividades que le sean asignadas.
11. Refrendar la participación del personal a su cargo a eventos científicos, previa aprobación del respectivo Jefe de Servicio.
12. Aprobar los turnos y tiempo extra que sometan a su consideración los Jefes de Servicio del Departamento respectivo.
13. Cualquier otra función que se le asigne al Departamento por las autoridades superiores.

# Condiciones que debe reunir

* Ser un médico idoneo.
* Debe haber desempeñado la posición de Jefe de uno de los Servicios integrante del Departamento.
* Ser médico de la Institución por un periodo mínimo de 5 años.
* Estar en la primera categoría del escalafón médico.
* Haber completado una especialidad médica en Oncología o en especialidades afines.

# Forma de Contratación

Será propuesto por la Dirección del Hospital y aprobado por el Patronato.

# Perfiles del cargo: Jefe de Servicio

**Naturaleza del Trabajo**: El jefe de Servicio se encarga principalmente de coordinar las actividades de su Servicio, tanto clínicas como docentes y administrativas. Además es el

encargado de supervisar y evaluar a los funcionarios de su Servicio en la ejecución de sus atribuciones y responsabilidades

# Tareas típicas:

1. Planear y organizar el funcionamiento del Servicio bajo su dirección.
2. Evaluar el rendimiento de los funcionarios de su Servicio.
3. Distribuir y asignar a los funcionarios bajo su cargo, los horarios trabajo y actividades a realizar, de acuerdo a la cantidad de funcionarios y demanda de atención.
4. Solicitar los insumos y equipo necesario para la ejecución adecuada de los procedimientos que efectúan, de acuerdo a la disponibilidad de insumos de la Institución.
5. Participar en la atención directa de los pacientes de acuerdo con la disponibilidad de la labor administrativa y técnica como jefe del Servicio.
6. Participar en las comisiones y reuniones técnicas y clínicas a que sea convocado.
7. Organizar la docencia dentro de su Servicio.
8. Mantener un ambiente de trabajo y cordialidad dentro del Servicio.

# Condiciones que debe reunir:

* 1. Poseer idoneidad como médico especialista en la especialidad quirúrgica respectiva.
  2. Ser médico de la Institución por un periodo no menor de 5 años.
  3. Estar en la primera categoría del escalafón médico.
  4. Tener capacidad de organización y liderazgo.
  5. Haber sido escogido por concurso.

# Cuerpo Clínico

**Composición**: Está constituido por todo el Recurso Humano del nivel operativo de la Institución (médico y técnico).

# Categorías de los Médicos

**Medico especialista:** Es responsable por la asistencia directa y legalmente por el diagnostico y tratamiento de los pacientes.

**Medico Residente:** Es un profesional médico idóneo generalmente recién recibido, en programas de aprendizaje, por tiempo determinado y bajo supervisión constante.

**Medico Consultor:** Es el que presta servicios en especialidades que no están estructuradas en el hospital.

**Profesor Médico Invitado:** Es el que acude invitado para el entrenamiento o capacitación en servicio de nuestros funcionarios así como para la demostración de nuevas variantes o técnicaspterapéuticas o nuevos equipos médicos y/o quirúrgicos.1

1 Resolución Nº 12-056 de 12 de diciembre de 2012, Patronato del ION.

**Médico Invitado:** Es al que se le permite asistir como parte de su entrenamiento en servicio o como observador, a procedimientos médicos o quirúrgicos que se realizan en la institución.2

**Médico en Formación:** Es el estudiante de Medicina de universidades nacionales o extranjeras al que se le permite como parte de su formación profesional, observar y/o participar en el examen, atención o realización de procedimientos médicos o quirúrgicos que se realizan a pacientes en la institución, acompañado de un Médico Funcionario de la instirtución.3

La presencia en la Institución de profesionales y/o estudiantes de Ciencias Médicas que no sean funcionarios de la Insittución, deberá ser solicitada previamente ante la Dirección General por conducto del superior inmediato de quien lo solicite con una anticipación de tres

1. días.4

**Médico Interno:** Son médicos que cumplen con el internado obligatorio y que actúan como auxiliares del Cuerpo Clínico con miras a su formación profesional.

**Médico General:** Son médicos idóneos, contratados por la Institución para desarrollar funciones específicas de apoyo a los médicos especialistas.

# Funciones Generales del Médico Especialista

En términos generales, la tarea principal del Médico especialista del Instituto Oncológico Nacional es la de practicar la medicina especializada, establecer un diagnóstico y recomendar el tratamiento adecuado aplicable a un tipo determinado de enfermedades trastornos y lesiones del cuerpo humano de carácter médico rehabilitados, curativo, preventivo o promocional.

# Descripción del trabajo del médico especialista

* 1. Examinar pacientes por un medio de procedimientos de medicina general u otros estudios especiales, según lo amerite el paciente y necesarios para formular un diagnóstico.
  2. Diagnosticar la enfermedad o padecimientos del paciente, indicando el tratamiento a seguir, de acuerdo a la especialidad y de los medicamentos ofrecidos por la institución en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).
  3. Elaborar la historia clínica del paciente al igual que los registros de la información del paciente en los documentos médicos legales correspondientes según las directrices de la Institución.
  4. Completar la información solicitada y anotar en los formularios correspondientes de Control de Citas y Orden de Atención, los Diagnósticos y Tratamientos así como el servicio prestado y firmar y sellar el respectivo documento.
  5. Participar activamente en las actividades comunitarias que hayan sido priorizadas en la instalación donde labora.

2 Resolución Nº 12-056 de 12 de diciembre de 2012, Patronato del ION.

3 Ibidem

4 Ibidem

* 1. Realizar intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos médicos, propios de su especialidad.
  2. Contribuir al desarrollo de la participación social en salud.
  3. Practicar el seguimiento y control a pacientes hospitalizados o ambulatorios, que estén bajo su cuidado.
  4. Impartir instrucciones al personal auxiliar y profesional sobre las técnicas y procedimientos propios de su especialidad.
  5. Participar en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de políticas, planes y programas de salud.
  6. Promover y participar en los programas de docencia e investigación del ION.
  7. Participar activamente en los programas de formación de médicos residentes e internos, con especial énfasis en los programas de Residencias oncológicas que ofrezca el ION.
  8. Ejecutar acciones de promoción de salud y prevención de daños.
  9. Registrar las estadísticas de los pacientes atendidos en los formularios correspondientes.
  10. Atender, absolver y acatar las consultas, advertencias y recomendaciones efectuadas por la Unidad de Auditoría Médica.
  11. Completar el expediente y las Hojas de Atención según advertencias efectuadas por el Servicio de Registros Médicos.
  12. Elaborar propuestas de reorganización de los métodos y procesos de trabajo que se realizan en el puesto que ocupa.
  13. Controlar la disponibilidad y estado de los recursos asignados al puesto que ocupa.
  14. Programar los requerimientos de uso de recursos materiales asignados al puesto que ocupa.
  15. Cualquier otra función que se le asigne por las autoridades superiores.

# Naturaleza del trabajo

1. Controlar permanentemente el desarrollo de las propias tareas en cuanto a su calidad, resultados y oportunidad y, de manera informal y/o eventual, las tareas de otros.
2. Ejecutar las tareas previstas en el puesto y aquellas afines al mismo, según sea necesario.
3. Programar las propias tareas en función de las prioridades y cargas de trabajo que se establezcan.

# Requisitos mínimos

1. Poseer Certificado de Idoneidad Médica, otorgado por el Consejo Técnico de Salud.
2. Haber aprobado satisfactoriamente el programa de adiestramiento (Residencia) en la especialidad correspondiente.
3. Poseer Certificado de Idoneidad de la Especialidad, otorgado por el Consejo Técnico de Salud.
4. Educación no formal necesaria: Seminarios y cursos en la especialidad.
5. Conocimientos necesarios:
   1. Normas y reglamentos que rigen la materia.
   2. Principios y técnicas de medicina.
6. Condiciones personales:
   1. Habilidad para elaborar informes técnicos.
   2. Capacidad de análisis y diagnóstico técnico.
   3. Habilidad para tener trato amable y buenos modales.
   4. Destreza en el manejo y uso de equipo e instrumental médico quirúrgico.
   5. Capacidad para la toma de decisiones.

Esta clase ocupacional comprende desde las III categorías hasta la I categoría, para cambiar de una categoría a otra se requiere haber cumplido 3 años de servicios en la categoría anterior y se rige por las normas legales vigentes.

# Funciones Generales del Médico General

En términos generales, la tarea principal del Médico General del Instituto Oncológico Nacional es la de evaluar a los pacientes que así lo requieran, establecer un diagnóstico y recomendar el tratamiento adecuado aplicable según su leal saber y entender, e informar al médico especialista de turno, cuando la patología encontrada requiera de una atención especializada.

# Descripción del trabajo del Médico General

1. Examinar pacientes por un medio de procedimientos de medicina general u otros estudios especiales, según lo amerite el paciente y necesarios para formular un diagnóstico.
2. Diagnosticar la enfermedad o padecimientos del paciente, indicando el tratamiento a seguir, de acuerdo a la especialidad y de los medicamentos ofrecidos por la institución en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM)..
3. Elaborar la historia clínica del paciente al igual que los registros de la información del paciente en los documentos médicos legales correspondientes según las directrices de la Institución.
4. Completar la información solicitada y anotar en los formularios correspondientes de Control de Citas, Orden de Atención, los Diagnósticos y Tratamientos así como el servicio prestado y firmar y sellar el respectivo documento.
5. Evaluar a los donantes de sangre.
6. Participar en los programas de docencia e investigación del ION.
7. Ejecutar acciones de promoción de salud y prevención de daños.
8. Registrar las estadísticas de los pacientes atendidos en los formularios correspondientes.
9. Atender, absolver y acatar las consultas, advertencias y recomendaciones efectuadas por la Unidad de Auditoría Médica.
10. Completar el expediente y las Hojas de Atención según advertencias efectuadas por el Servicio de Registros Médicos.
11. Elaborar propuestas de reorganización de los métodos y procesos de trabajo que se realizan en el puesto que ocupa.
12. Controlar la disponibilidad y estado de los recursos asignados al puesto que ocupa.
13. Cualquier otra función que se le asigne por las autoridades superiores.

# Naturaleza del trabajo

Controlar permanentemente el desarrollo de las propias tareas en cuanto a su calidad, resultados y oportunidad y, de manera informal y/o eventual, las tareas de otros.

Ejecutar las tareas previstas en el puesto y aquellas afines al mismo, según sea necesario. Programar las propias tareas en función de las prioridades y cargas de trabajo que se establezcan.

# Requisitos mínimos

1. Educación Formal Necesaria: Título Universitario de Medicina.
2. Poseer certificado de Idoneidad MédicA, otorgado por el Consejo Técnico de Salud.
3. Educación no formal recomendable: Seminarios y cursos en la especialidad.
4. Conocimientos necesarios:
   1. Normas y reglamentos que rigen la materia.
   2. Principios y técnicas de medicina.
5. Condiciones personales:
   1. Habilidad para elaborar informes técnicos.
   2. Capacidad de análisis y diagnóstico técnico.
   3. Habilidad para tener trato amable y buenos modales.
   4. Destreza en el manejo y uso de equipo e instrumental médico quirúrgico.
   5. Capacidad para la toma de decisiones.

# Política de Personal del Cuerpo Clínico

**Selección:** El proceso de selección puede iniciarse por indicación del médico jefe del Servicio y de acuerdo a la demanda de servicios de la Unidad o por gestión directa de las autoridades de acuerdo al análisis de la gestión y necesidades de la Institución.

**Entrevista:** Los candidatos aprobados serán sometidos a una entrevista con la Comisión de Acreditación y desempeño.

**Reglamentos:** El medico debe conocer y cumplir las normas previstas. El incumplimiento se considera injustificado aun cuando la explicación sea el no tener conocimiento de los mismos.

**Salarios:** Los salarios serán fijados de acuerdo a los escalafones propios de cada gremio y de acuerdo a lo que estipula la ley.

**Jornada de Trabajo:** La institución se reserva el beneficiario de decidir el horario o la rotación de horarios para la plaza que contrata. Las jornadas serán de 8 horas. La jornada diurna será de 7:00 AM a 3:00 PM, la vespertina, de 3:00 a 11:00 PM y la nocturna, de 11:00 PM a 7 AM. Las excepciones serán las que disponga la ley. A criterio de la Dirección General, se puede contratar personal por jornadas de 4 horas con salarios proporcionales a los que estipulan las leyes y decretos.

**Uniforme e Identificación:** El uniforme y el distintivo con su Identificación proporcionados por el Hospital, serán de uso obligatorio y de acuerdo a lo que dispongan las autoridades; el medico debe estar uniformado de acuerdo con su categoría y pautas definidas en cualquier dependencia del hospital (bata, uniforme quirúrgico, etc.).

**Alimentación:** El hospital ofrece comidas al personal que tiene beneficiario por ley, y al personal en general en los siguientes horarios:

Desayuno 6:15 AM a 7:00 AM

Almuerzo 12:00 MD a 2.00 PM

Cena 4:00 PM a 5:00 PM

El tiempo permitido para la alimentación es de cuarenta y cinco (45) minutos en los horarios establecido.

**Prohibiciones:** Está prohibido al personal clínico:

1. Fumar en las unidades de asistencia directa al paciente.
2. Hacer o provocar aglomeraciones, discusiones en lugares comunes, ascensores y aun en lugares privados.
3. Dar información al publico sobre el diagnostico y el estado del paciente sin la autorización del médico de cabecera.
4. Retirar documentación clínica de pacientes tales como: la historia clínica, informes de laboratorio, radiografías, etc.
5. Presentar trabajos con datos referentes al hospital sin la previa autorización del de la Dirección de Docencia e Investigación o de la Dirección General..
6. Retirar equipos o material o instrumentos de propiedad del hospital sin la previa autorización de la Dirección General.
7. Realizar experimentos clínicos sin autorización de la Dirección de Docencia e Investigación o de la Dirección General.

# Naturaleza de la Asistencia

La atención de los(as) pacientes será el resultado del actuar de un equipo multiprofesional en las etapas de diagnóstico mediante exámenes complementarios, de tratamiento clínico y quirúrgico, y de rehabilitación.

La exploración médica de pacientes del sexo femenino se hará siempre en presencia de una enfermera o de un familiar de la paciente.

# Normas generales y Procedimientos de Atención de pacientes

1. Toda persona que requiera atención médica en el ION, deberá portar un documento oficial de identificación vigente que asegure su identidad. Los ciudadanos panameños y residentes no nacionales, deberán portar la Cédula de Identidad Personal (CIP) y los no residentes, su pasaporte vigente o el permiso vigente otorgado por las autoridades de Migración.
2. Los pacientes referidos por primera vez deben padecer o presentar una alta sospecha de Patología Oncológica. En casos especiales la Dirección General podrá autorizar la atención de pacientes no oncológicos por motivos sociales o de interés docente.
3. Para evitar conflictos de intereses, quedan impedidos para la atención clínica y tratamiento primario institucional de los(as) nuevos pacientes referidos al ION, los(as) médicos funcionarios del ION que los(as) haya atendido en forma privada anterior a su referencia o que los hayan referido a la institución.
4. La atención médica ambulatoria programada, se efectuará de lunes a viernes de 7.00 AM a 1:00 PM.
5. Cada servicio presentará al inicio del año, la estructura de los cupos de atención para cada día de la semana, de acuerdo a la programación de las vacaciones y licencias del personal a su cargo.
6. Cada servicio organizará la atención ambulatoria de manera tal que al menos dos días a la semana, sus médicos funcionarios dedicarán un mínimo de seis horas diarias para la atención de pacientes ambulatorios. El resto del horario diario y semanal lo dedicarán a las otras actividades arriba descritas (Ver Descripción del trabajo del médico especialista).
7. Los cupos en la Consulta Externa se programarán de la siguiente forma:
   1. Paciente de primer ingreso: Dos cupos.
   2. Pacientes de control y reconsulta: Un cupo.
   3. Pacientes para curaciones y otros procedimientos ambulatorios: Un cupo.
8. Los funcionarios atenderán a los pacientes según los cupos asignados, procurando que el tipo de atención ofrecida sea distribuida de forma equitativa entre los médicos asignados a su cumplimiento.
9. Los pacientes nuevos deberán ser atendidos en primera instancia por el servicio quirúrgico que le corresponda, donde se determinarán los parámetros de atención a seguir según su diagnóstico, condición y opción terapéutica. Se exceptúan los siguientes:
   1. Los pacientes con patología oncológica del Sistema Nervioso Central o pediátricos, y que requieran tratamiento adyuvante o paliativo de Radioterapia, serán vistos por primera vez por Radioterapia.
   2. Los pacientes con cáncer pulmonar serán vistos por primera vez por el Servicio de Oncología Médica.
   3. Los pacientes de primario desconocido deberán ser vistos por primera vez por Oncología Médica.
   4. Los pacientes operados fuera del I.O.N. y que requieran nuevas intervenciones serán programados por el Servicio quirúrgico del ION que le corresponda.
10. Para atender caso extras no programados, el médico responsable de ofrecer la atención, deberá solicitar el expediente clínico a Trámite de Cita mediante un formulario con el nombre y CIP del paciente y firma del solicitante.
11. Mientras no se haya producido el alta del ION, es responsabilidad del Servicio que en ese momento lo está tratando, el seguimiento y atención subsiguiente de los(as) pacientes que ameriten una atención de urgencia, sin distinción de la causa que originó la atención. Si necesita del apoyo de otro Servicio, deberá solicitar la consulta, y si la situación justifica el internamiento, se hospitalizarán en el Servicio base y la atención será conjunta con el médico consultor.
12. La atención de los pacientes en sala durante los días feriados, sábados y domingo, y que están siendo valorados por servicios de apoyo, será responsabilidad del servicio primario (Oncología Médica, Cirugía, Radioterapia, Hematología, Urología y Ginecología).
13. Todas las decisiones médicas o quirúrgicas serán el resultado de un criterio colegiado de los médicos funcionarios del Servicio respectivo, pudiendo participar médicos funcionarios de otros servicios si fuese necesario. Estas decisiones se regularán de acuerdo a lo señalado en la sección que trata de la Clinica Conjunta.

# Normas y procedimientos para la atención de pacientes beneficiarios del Seguro Social

1. Cada vez que un paciente asegurado o beneficiario se presente para ser atendido, se debe actualizar su status de seguridad social en Orientación.
2. Siempre que el paciente tenga vigencia comprobada en el sistema de su condición de beneficiario, debe recibir su orden de atención por Orientación.
3. La atención de los pacientes beneficiarios que están siendo valorados por servicios de apoyo, Cuidados Paliativos y Medicina Interna, solo se dará con la Orden de Atención expedida en la oficina de Orientación de la C.S.S.
4. Ningún paciente asegurado o beneficiario con vigencia comprobada, podrá ser atendido como no asegurado. Será responsable administrativa y pecuniariamente, el funcionario que conociendo la situación de beneficiario, lo admita sin cumplir con el requisito de Orientación.
5. Durante los horarios de turnos fuera del horario regular de trabajo, la condición de beneficiario y su status, será verificado por el personal de admisión de turno.
6. Si por cualquier circunstancia imputable al prestador del servicio final o sus colaboradores, no se da el servicio en la fecha indicada en la orden de servicio de la CSS, el paciente deberá obtener otra orden y entregar la orden no utilizada para su anulación.
7. Toda atención debe ser documentada en el expediente clínico, por el médico funcionario que prestó el servicio.
8. Consulta Externa no deberá tramitar el servicio si no recibe el expediente con la orden de atención o el recibo de caja para no asegurados, salvo casos de suma urgencia.
9. La asistente de Clínica deberá verificar que la orden o el recibo estén en el expediente antes de entregarlo al médico o técnico para la atención.
10. En cualquier eventualidad en que se dé una atención sin la orden de atención de la CSS, (urgencia, negligencia o desconocimiento de las normas), Servicios Externos informará el mismo día o a mas tardar al día siguiente a primeras horas, a la Enfermera de Consulta Externa para que se den los trámites para obtener la orden en un término no mayor de 48 horas hábiles.

# Normas y Procedimientos de la Consulta Externa Apertura de Expediente Clínico Único

1. Se autorizará la apertura del expediente clínico en el Instituto Oncológico Nacional, a todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna, confirmado por estudios histológicos o a pacientes a quienes exista una alta sospecha de neoplasia maligna. Salvo las excepciones que más adelante se detallan en este manual, no deberá abrirse expediente clínico, cuando de antemano se conozca que el paciente no padece cáncer alguno.
2. El paciente con diagnóstico de neoplasia maligna deberá traer:
   1. Referencia firmada por su médico tratante, donde conste dicho diagnóstico.
   2. El informes de patología (cuando proceda).
   3. Laminilla (cuando proceda).
   4. Estudios de Imaginología (cuando proceda).
   5. Estudios de laboratorio.
   6. Cualquier otro estudio que contribuya a su atención.
   7. Si el paciente no trae consigo alguno de estos estudios, el médico del Instituto Oncológico Nacional, le entregará en la Consulta, el formulario dirigido al médico que hizo la referencia, solicitando los mismos y de no ser posible, ordenarlos para que se hagan en el I.O.N.
3. Paciente sin diagnóstico de cáncer establecido, pero con alta sospecha de padecer esta enfermedad:
   1. Deberá traer la referencia y los demás documentos que la motivaron.
   2. Para la apertura del expediente se requiere de la autorización del Jefe del Servicio que le corresponda.
4. Paciente que acude por su propia iniciativa, con una copia de su informe de patología:
   1. El médico del Instituto Oncológico Nacional, le solicitará los estudios pertinentes que se le hayan realizado y se le orientará acerca de los requisitos de apetura de expediente.
5. Si existiera alguna duda por parte del personal de la Consulta Externa, acerca de la necesidad de abrir un expediente, deberán consultar con algún médico funcionario del servicio que lo atenderá y en su ausencia, con el Jefe del Departamento respectivo. Bajo ninguna circunstancia tomará la decisión por si mismo de rechazar la apertura de un expediente clínico.
6. Cuando no se tenga diagnóstico de cáncer ni alta sospecha de padecer de esta enfermedad o no cumpla con los requisitos arriba señalados deberá conseguirse la aprobación de la Dirección General. Ningún médico funcionario de la institución podrá autorizar la apertura de tales expedientes.
7. El funcionario de Registros Médicos concertará la cita para la primera atención, en el menor tiempo posible.
8. Antes de proceder a confeccionar el expediente, el personal de Registros Médicos encargado, verificará que el paciente haya cumplido con el requisito de Orden de Atención procedente de la Caja de Seguro Social o en su defecto, el pago correspondiente por el servicio a recibir.
9. Una vez se haya abierto el expediente clínico, se procederá a la confección de un carné de identificación para el paciente el cual le será exigido cada vez que solicite alguno de los servicios del Instituto Oncológico Nacional. Igualmente se le confeccionará una tarjeta de citas.
10. Si el paciente ha traído estudios radiográficos y laminillas de patología los mismos serán enviados a los respectivos servicios para su revisión. En caso de que no los traiga consigo, se procederá a dicha revisión tan pronto el paciente los traiga.
11. Para solicitar la revisión de laminillas el médico funcionario deberá llenar la hoja de solicitud de revisión de laminillas con los datos allí requeridos. El personal de la Consulta Externa hará llegar al Servicio de Patología el expediente del paciente con la copia del estudio histopatológico de la institución donde se hizo el diagnóstico. En caso de que no pueda enviársele el expediente, se anexará la copia del estudio histopatológico inicial a la hoja de solicitud de revisión de laminillas.

# Expediente e Historia Clínica Definiciónes

**Expediente**: Conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo. Es decir, son los documentos en los que se recoge la información que procede de la práctica

clínica relativa a un enfermo y donde se resumen todos los procesos, los datos, las valoraciones y las informaciones de cualquier tipo sobre la situación y la evolución clínica de los pacientes a lo largo del proceso asistencial a que ha sido sometido.

**Historia Clínica**: Documento con el cual el médico elabora él diagnostico, fundamentará el pronóstico, consignará el tratamiento y la evolución del paciente. Se compone de:

1. Identificación del paciente
2. Anamnesis
   1. Problema principal o motivo de consulta.
   2. Enfermedad actual o anamnesis próxima.
   3. Antecedentes
      1. Antecedentes mórbidos (médicos, quirúrgicos, traumatismos).
      2. Antecedentes ginecoobstétricos (cuando aplique).
      3. Hábitos.
      4. Antecedentes sobre uso de medicamentos.
      5. Alergias.
      6. Antecedentes sociales y personales.
      7. Antecedentes familiares.
      8. Inmunizaciones.
   4. Revisión por sistemas
3. Exploración física y complementaria
4. Orientación diagnóstica
5. Orientación pronóstica
6. Tratamiento
7. Comentarios

La Historia Clínica deberá ser confeccionada por el Médico General asignado para esa gestión y durante la primerva consulta del paciente. El Médico Especialista añadirá a la Historia confeccionada, la hoja específica de la patología neoplasica de que se trate.

# Asignación de Citas

1. Al presentarse a la ventanilla de la Consulta Externa, los pacientes deberán mostrar el recibo de caja por el pago del servicio al que acuden o la certificación de exoneración.
2. Los pacientes asegurados se acercarán a la Oficina de Orientación de la Caja de Seguro Social y se procederá de acuerdo a lo establecido en el convenio entre el Instituto Oncológico Nacional y la Caja de Seguro Social para cada uno de los servicios que se brinden.
3. En la primera concurrencia al ION, se procurará que el paciente sea atendido por el Servicio respectivo, por el Servicio de Odontología y por la Unidad de Salud Mental.
4. Cuando por la condición del paciente sea necesaria su hospitalización inmediata, estas evaluaciones iniciales serán realizadas en la sala.
5. En esta primera cita, la cual será denominada CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LA INSTITUCION, no será asignada en un tiempo mayor a 7 días laborables a partir de la fecha de apertura del expediente clínico. Durante esta Consulta de Primera vez, el médico especialista escribirá una nota detallada del padecimiento del paciente y el plan a seguir en la hoja especialmente diseñada para ello. Igualmente solicitará los estudios que

considere necesarios para la correcta estadificación de la neoplasia. De aún no contarse con la revisión de las laminillas, se insistirá durante esta consulta en la consecución de las mismas y la respectiva revisión por el servicio de patología del Instituto Oncológico Nacional. Si para completar la evaluación inicial del paciente se requiere de la intervención de otros médicos especialistas, dichos consultas deberán ser tramitadas en un término no mayor a 5 días laborables a partir de la fecha en que se solicitan. Durante esta primera consulta deberá comenzar a llenarse la hoja frontal del expediente clínico único con la información que hasta ese momento se conozca del paciente y su enfermedad. Todas las demás citas se denominarán CONSULTAS SUBSIGUIENTES y serán asignadas a juicio del médico tratante en un plazo razonable.

1. Si durante las consultas subsiguientes el médico tratante estima necesaria la evaluación por un médico de otra especialidad, deberá referir al paciente al servicio respectivo mediante anotación en el expediente clínico del motivo de dicha evaluación y esta cita, que será considerada como CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL SERVICIO, y deberá ser asignada en un período no mayor a 7 días laborables. Durante las consultas subsiguientes intentará completarse el llenado de la hoja frontal del expediente clínico único con la información que hasta el momento se conozca del paciente y su enfermedad.
2. Las citas serán asignadas utilizando el programa de computadora diseñado para tal efecto. Se asignarán según la disponibilidad de cupos ofrecidos por cada servicio y el tipo de atención a realizarse.

# Cambio de Citas

Únicamente el Jefe del Servicio respectivo autorizará el cambio de las citas asignadas al Servicio o para un funcionario en particular bajo las siguientes condiciones:

* + Si se trata de una situación previsible (Vacaciones, Asistencias a Eventos científicos, Actividades docentes institucionales o del Servicio), dicha solicitud deberá ser entregada por escrito a la Sección de Archivos con la debida anticipación (dos meses como mínimo), a fin de que se proceda al cambio de las citas asignadas.
  + En caso de que algún paciente no sea localizado para comunicársele el cambio de su cita, o si se trata de una situación imprevista por la que un funcionario no puede atender a los pacientes previamente citados, el Jefe del Servicio respectivo será responsable de designar al o los funcionario(s) que deberá(n) brindar la atención de los pacientes que se presenten. La atención de estos pacientes por otro funcionario del mismo servicio, será considerada como consulta subsiguiente.
  + Bajo ninguna circunstancia se dejará de atender a los pacientes citados por ausencia del médico asignado. El Jefe de Servicio distribuirá su atención entre los demás funcionarios del servicio.

# Consentimiento Informado

Los pacientes tienen beneficiario a recibir información sobre su condición, los servicios a que pueden tener acceso, así como a la prestación de los mismos, aunque se respetará la voluntad de no ser informado o de que no se informe su condición a otras personas.

La información debe incluir el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas con sus probables efectos secundarios y complicaciones, expresados de forma comprensible y adecuada al nivel intelectual, emocional y cultural del paciente.

Compete al médico tratante el cumplimiento de esta diligencia.

Si a criterio del médico tratante, el paciente no es capaz de entender la información ni de hacerse cargo de su situación o si la información le es perjudicial, deberá informar a las personas a él vinculadas, por razones familares o de hecho para que asuman la responsabilidad del consentimiento.

En situaciones de urgencia vital, necesidad terapéutica o ausencia de personas o familiares, el médico tratante podrá adoptar las decisiones más adecuadas para actuar en interés del paciente.

# Urgencias e Internación

Las urgencias serán atendidas durante las 24 horas diariamente y será proporcionada en primera instancia, por los médicos generales de la Unidad de Atención de Agudos o de las salas o por los médicos Internos o Residentes, cuando se cuente con ellos. La admisión será ordenada por un médico funcionario, de acuerdo con lo previsto en las Normas de Atención.

# Visitas Médicas y Evaluación Clínica en Sala

El horario de visita en el turno de mañana y de tarde observará pautas definidas; estarán presentes en este horario un médico funcionario acompañado de residente o interno o del médico general.

Cada Servicio designará a un médico especialista como encargado y responsable de la atención de todos los pacientes hospitalizados dependientes de su respectivo Servicio. El médico que ordenó la hospitalización deberá coordinar con el Responsable de la Sala, todo lo pertinente a la atención del paciente admitido.

El médico funcionario asignado a la sala también se encargará durante el horario regular, de contestar las interconsultas que se generen en los otros Servicios y de las llamadas de la Unidad de Atención de Agudos, así como apoyar las labores en la Consulta Externa o el Salón de Operaciones, según sea el caso. En ausencia de éste, el medico residente puede realizar estas actividades, previa autorización del funcionario de turno.

Las decisiones médicas ordenadas durante la visita matutina, deberán cumplirse antes de las 9:00 AM como máximo.

No debe usarse el puesto de enfermería para escribir las órdenes médicas y la evaluación.

# Turnos Médicos y Técnicos

La Dirección General se reserva el beneficiario de decidir cuáles serán los servicios que estarán encargados de cubrir la atención durante las 24 horas y de acudir a las llamadas del cuarto de urgencias, consulta externa o de las salas, durante la jornada regular de trabajo así

como las jornadas vespertina y nocturna, para lo cual, el Jefe del Servicio respectivo, lo dejará claramente establecido en la hoja en que se publican los turnos mensuales.

El Jefe de Servicio será responsable de garantizar la cobertura de su Servicio, durante las 24 horas y distribuirá los turnos, entre los funcionarios médicos o técnicos que hayan manifestado la disposición de efectuarlos. De no cubrir el Servicio todos sus turnos con el personal disponible, el Jefe designará a los otros funcionarios médicos o técnicos de su Servicio, seleccionando en primer lugar, en el caso de los médicos, a los médicos responsables del procedimiento o tratamiento ordenado y luego a los demás integrantes del Servicio.

# Información diaria de condición

Compete al medico funcionario tratante, la atención y orientación del paciente internado, del llenado de los formularios y de informar su condición al paciente o a sus familiares.

# Programa Quirúrgico Rutinario

Será responsabilidad del Jefe de cada Servicio Quirúrgico en conjunto con el jefe del Salón de Operaciones, la confección del programa quirúrgico. Deberán verificar el estado general del paciente, las evaluaciones prequirúrgicas usuales, la asignación del equipo quirúrgico y la disponibilidad y factibilidad del programa propuesto.

# Consulta de Urgencia

Los pedidos de consultas urgentes a otros especialistas, serán formulados por el médico funcionario del servicio solicitante, previa evaluación presencial del paciente y determinada la urgencia de la petición. Será dirigida a los respectivos servicios consultados y deberá comunicarse en la medida de lo posible, con el médico funcionario de turno para explicarle la situación.

# Paciente Infectado

El medico funcionario debe verificar la presencia de infección y la comunica mediante un formulario adecuado a la Comisión de Infecciones Nosocomiales y al Servicio de Infectología quienes toman conocimiento del caso y dictan disposiciones.

# Asistencia a Pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos.

Las admisiones, transferencias, altas y certificados de defunción de pacientes en estas áreas son de competencia del medico de cabecera del paciente.

# Recepción de los pacientes de recuperación y UCI

Los enfermos son recibidos por la enfermera y/o el médico intensivista en la respectiva unidad en condiciones estables, con la documentación respectiva y el expediente clínico.

# Visita de Familiares en UCI

En casos específicos, las visitas a UCI serán permitidas por el médico. En tales casos es obligatorio el uso de ropa especial. Esta prohibida la permanencia de acompañantes en la UCI.

# Transferencia de Pacientes

La transferencia de pacientes de la UCI a otras áreas debe ser autorizada por el médico de cabecera en coordinación con el médico intensivista

# Epicrisis y Cierre de expediente

El formulario de ingreso y egreso debe ser llenado correctamente con el diagnóstico de ingreso y el de salida, tratamiento o cirugía efectuada, y demás datos solicitados en el formulario y firmado inmediatamente por el médico funcionario responsable de la atención y por el médico funcionario asignado a la Sala. El Jefe del Servicio deberá firmar y enviar el expediente a Registros Médicos dentro de las siguientes 48 horas de la salida del paciente.

1. Los costos por atención en la institución serán sufragados por el paciente o sus familiares y en los casos de los asegurados o beneficiariohabientes, serán cubiertos respectivamente, por las Aseguradoras o la Caja de Seguro Social.
2. Los costos de los servicios prestados serán los autorizados por la Dirección General y usando como referencia los costos convenidos en el Convenio de Gestión CSS-ION. Para los pacientes asegurados privadamente, se aplicarán las tarifas estándares vigentes en el país y en su defecto, las que pacte el ION con las aseguradoras.
3. Para los pacientes que deban sufragar el costo de su atención, se procederá a su evaluación socioeconómica. Al finalizar esta evaluación se le otorgará al paciente una clasificación de acuerdo a su nivel socioeconómico y los costos de los servicios que le brinde el Instituto Oncológico Nacional se establecerán basados en un baremo proporcional a su ingreso familiar, que será presentado a la Dirección General para su aprobación. Si luego de la evaluación se determina que se trata de un paciente pobre de solemnidad, deberá pasar a Trabajo Social para su evaluación y trámite de solicitud de exoneración de pagos.
4. Unicamente la Dirección General está autorizada a exonerar parcial o totalmente el pago de los servicios que ofrece la institución.

# Vacaciones de los Funcionarios

Todos los funcionarios tendrán beneficiario a un mes de vacaciones luego de once meses trabajados. Para hacer uso de las vacaciones, el funcionario deberá solicitarlas con dos meses de anticipación, a la Dirección General y previa aprobación de su Jefe de Servicio. Durante las vacaciones de los funcionarios, no se asignarán citas para ese médico en particular. Copia de esta resolución se enviará a la sección de Archivos Clínicos con la debida antelación. Si por algún motivo no logra comunicarse a tiempo las vacaciones de alguno de los médicos, entonces se procederá con lo contemplado en la sección CAMBIO DE CITAS.

# Licencias de los Funcionarios

La solicitud de licencia para asistir a los congresos médicos nacionales e internacionales, se deberá solicitar por escrito con un mínimo de un mes de anticipación, a la Dirección de Docencia, previa la aprobación del Jefe del Servicio y del Jefe de Atención Médica, y el Paz y Salvo de la Sección de Archivos Clínicos de REMIS en que conste que el solicitante no tiene pendiente expedientes sin cerrar ni cupos de atención o quirúrgicos, durante los días

solicitados. El jefe del Servicio coordinará con la Consulta Externa y el Salón de Operaciones para asegurar la cobertura del funcionario ausente.

Una vez se reintegre el funcionario a sus labores, el Jefe de Servicio lo notificará a la oficina de personal.

# Asignación de los días de Atención

Los días de atención en la Consulta Externa, de los distintos funcionarios del hospital, serán asignados por el Jefe del servicio respectivo, en coordinación con el Jefe del Departamento y la Dirección General.

# Altas de la Institución

Se podrá dar de alta de un determinado Servicio a los pacientes que reúnan los siguientes requisitos:

* 1. Se descartó la sospecha inicial de cáncer, luego de una búsqueda exhaustiva.
  2. Luego de un período razonable de seguimiento que será establecido claramente en las normas de manejo de cada neoplasia en particular, se considera que el paciente tiene muy pocas probabilidades de recurrencia de su enfermedad.
  3. El médico funcionario responsable de la decisión, deberá entregar al paciente la contrarreferencia para el área sanitaria que corresponda, dejando constancia en el expediente de su decisión.

Para proceder al alta definitiva del Instituto Oncológico Nacional y pasar su expediente clínico a la sección de archivo inactivo, el médico funcionario, además de llenar la contrarreferencia, escribirá una nota en el expediente clínico, donde se detallan las razones que la justifican y comunicará a la sección de Archivos Clínicos para retirarle al paciente su carné de identificación y su tarjeta de citas. Este expediente será enviado a la Dirección General para la ratificación de la decisión tomada.

# Atención Médica Primaria (AMP)

El ION cuenta con un cuerpo de Médicos Generales encargados de atender las necesidades primarias de los pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados cuando así sean requeridos por las enfermeras de Sala o en la Unidad de Atención de Agudos. También serán los de la confección de la Historia Clínica de los pacientes de nuevo ingreso. Esta Unidad depende de la Dirección General.

Funcionará todo el día, en jornadas de ocho horas y la Dirección General elaborará el cuadro de asignación de funciones y de turnos que garantice la cobertura de la atención tanto de los pacientes ambulatorios como de los hospitalizados.

**Estructura**: La AMP estará integrada por los médicos que laboran en:

1. La Unidad de Atención de Agudos (UnAAg).
2. Atención Primaria de Admisión y Hospitalaria.

# Normas de Hospitalización

1. Para ser hospitalizado en el Instituto Oncológico Nacional, el paciente debe haber sido evaluado por alguno de los médicos oncólogos de esta institución, quien será el que dará la orden de admisión.
2. El paciente ingresará por la Consulta Externa o de la Unidad de Atención de Agudos
3. La auxiliar de enfermería que asiste al médico será la encargada de entregar toda la documentación referente al ingreso de la paciente a la secretaria de admisión.
4. Los pacientes que no pueden ser admitidos serán programados por el funcionario para una nueva fecha de admisión.
5. Los pacientes admitidos en forma programada deberán hacerlo preferentemente en la mañana antes del mediodía exceptuando las urgencias.
6. El paciente que ingresa, debe tener expediente abierto en el Instituto Oncológico Nacional y debe haber sido evaluado por Médico oncólogo de este Instituto.
7. Los pacientes deberán ingresar a cargo del Servicio correspondiente y no para un médico funcionario en particular.
8. Una vez decidida su admisión, se investigará por cama disponible, llamando primero al piso del hospital que corresponda el servicio que hospitaliza.
9. Si no hay cama disponible, se puede llamar a otro piso solicitándola.
10. Con su hoja de admisión y el expediente; el personal Registros Médicos lo llevará a la oficina de Admisión, acompañado por un familiar responsable, o por el paciente según su estado general y condición.
11. La secretaria de admisión informará a la enfermera jefe de la sala, la cantidad y hora que llegarán los enfermos admitidos con el fin de que tengan la unidad arreglada al subir este.
12. La oficina de Admisión, cumplirá con los trámites administrativos y el paciente será enviado a la sala respectiva; por el personal del hospital, acompañado por familiares.
13. En la sala respectiva, la enfermera acepta la admisión y da inicio a los procesos de enfermería, en caso de admisión de pacientes.
14. La enfermera llamará al médico interno (turno o planta, según la hora de admisión) o al médico residente (según sea necesario) y le notificará de la admisión, informando el diagnóstico - motivo de la admisión y estado general del paciente.
15. El Médico Interno, Residente o Médico General, harán los procesos necesarios en casos de admisión, (Historia Clínica, Examen Físico, Laboratorio, Examen de Gabinete, Medicamentos, Hidratación, etc.) Hablará con los familiares y sólo podrá informarle, sobre su condición general en ese momento.
16. El médico interno o residente, le avisa al médico funcionario (de turno o de planta, según la hora de admisión) quien de acuerdo con las condiciones, evaluará al paciente y les explicará a los familiares su estado general, su diagnóstico y su pronóstico.
17. Cada día el interno (de planta o de turno) debe averiguar con enfermería, las admisiones ocurridas fuera de su horario de trabajo y confirmará que el médico funcionario al que le corresponde, está enterado de esta admisión.
18. Todo paciente debe tener: Historia Clínica y Examen Físico detallado.

# Prelación de llamadas en las Urgencias Médicas

1. Se llamará al médico interno o médico general de planta, y en su defecto al médico residente si hay en rotación. Si no hay residente o no responde, se llamará al médico funcionario de turno. Si el médico funcionario no responde, se llamará a cada uno de los otros médicos del servicio (aunque no estén de turno) y al primero que conteste, se le informa la situación y el problema.
2. Si ninguno de los médicos funcionarios responde, se llama al Jefe del Servicio respectivo.
3. Si el Jefe del Servicio respectivo no responde, se llama Director de Turno asignado por la Dirección General.
4. De todo lo actuado se dejará constancia escrita en el expediente.

# Procedimientos en casos de fallecimiento de pacientes

1. En caso de fallecimiento en el hospital, la enfermera llamará al médico interno o médico general que certificará que en efecto, el paciente ha fallecido y anotará la hora y el día en que ocurre.
2. Se avisará a los familiares si están presentes. Si están ausentes, se localizarán y se les solicitará que acudan al hospital. Nunca se dará esta información por teléfono.
3. El médico interno, general o residente, avisará al médico de sala correspondiente o al médico de turno según la hora de éste fallecimiento.
4. Una vez hecho esto, se procede a los procedimientos de enfermería, para enviar al fallecido a la morgue del hospital.
5. Si se trata de un fallecido con problemas Médicos Legales, la supervisión de enfermería, avisará al Director Médico para enviar el cuerpo a Medicatura Forense.
6. En los casos no Médicos Legales, se hablará (el médico tratante) con los familiares por la posibilidad de autopsia.
7. En los casos no Médicos Legales, el expediente se envía a Archivos Clínicos, donde se confecciona el certificado de defunción que debe ser firmado por el médico de sala o el de turno, quien dará el diagnóstico de cierre del expediente.

# Normas de Interconsultas

1. Existirá un formulario único para consultas que será de uso obligatorio para todo el Instituto.
2. Las consultas diarias se contestarán en un término no mayor de 24 horas de recibir la petición y las de urgencia, en el menor tiempo posible luego que el consultor tenga conocimiento de la solicitud.
3. Las consultas serán solicitadas por los Médicos Funcionarios del Servicio.
4. La solicitud de consulta se formulará en esta hoja especial y podrá ser llenada por el médico Residente o el Funcionario en el que debe establecerse con claridad el motivo de la consulta.
5. Una vez llenado el formulario de consultas, será enviado al departamento o sala correspondiente. La secretaria del departamento o sala llevará un cuaderno de control de consultas, donde anotará:
   1. La fecha de recibida la consulta.
   2. El Servicio que hace la consulta.
   3. El nombre del paciente.
   4. La cédula del paciente.
   5. Fecha de contestación de la consulta.
6. Las solicitudes de consultas y el cuaderno, donde son anotadas, tendrán un sitio señalado en cada sala, de tal manera que el Consultor tenga fácil acceso a ellas.
7. Una vez recogida la solicitud de consulta, el consultor irá al piso correspondiente y evaluará al paciente.
8. El consultor escribirá con claridad su opinión y recomendaciones y dejará la consulta contestada como primera hoja del expediente, de tal manera que el médico tratante, sea lo primero que vea al abrir el expediente.
9. En casos de consultas urgentes el médico funcionario solicitante llena la solicitud de consulta y escribe en hoja de ordenes del expediente: **Consulta Urgente** y procurará comunicarse con el médico consultor lo más pronto posible.
10. Si el médico consultante no puede comunicarse con el consultor, la secretaria de la sala respectiva, llama por teléfono a la secretaria de la sala o departamento a la cual va dirigida la consulta urgente y le avisa, dándole los detalles de sala, cama y nombre del paciente.
11. La secretaria de sala o departamento que recibe la llamada, localiza al consultor de turno y le informa de la consulta urgente.
12. El consultor de turno irá a la sala respectiva, en el menor tiempo posible y encontrará la solicitud urgente, en la primera hoja del expediente.
13. Si el consultor necesita discutir la situación con el médico tratante, la secretaria lo llamará inmediatamente.

# Normas de la Reunión Médico Docente y Administrativa Institucional y de los Servicios (Clínica Conjunta)

1. El I.O.N., tendrá una sesión semanal de asistencia obligatoria para todos los miembros de los Servicios Médicos del hospital y en especial del servicio asignado para la presentación.
2. Esta reunión se denominará Reunión - Docente - Administrativa y que será presidida por el Director de Docencia Médica e Investigación.
3. Se denominará Clínica Conjunta a la reunión semanal obligatoria organizada por cada uno de los respectivos Servicios Médicos y que estará dirigida por el Jefe del Servicio.
4. Se escogerá un coordinador de la reunión quien será responsable de efectuar las anotaciones debidas en los libros o registros respectivos.
5. En dicha reunión se discutirán casos clínicos que serán llevados por los médicos del Servicio para discusión.
6. Se deben discutir todos los casos de pacientes nuevos, informe de resultados de tratamientos efectuados, y especialmente aquellos en que se puedan tener diferentes opiniones de tratamiento, para escoger la mejor.
7. Se deben discutir todos los casos cuya evolución sea tórpida o que se aleja de lo esperado.
8. Se discutirán todos los casos en que se vaya usar una forma de tratamiento no usual o que tiene poca experiencia en nuestro medio. El resultado de esta discusión será sometida a consideración de la Comisión de Medicamentos para su evaluación y decisión.
9. En esta reunión se discutirá, trabajos de investigación autorizados, por el Instituto Oncológico Nacional y problemas administrativos del servicio.
10. Todas las decisiones médicas o quirúrgicas serán el resultado de una revisión colegiada de los médicos funcionarios del Servicio respectivo, pudiendo participar médicos funcionarios de otros servicios si fuese necesario.
11. No se autorizará ningún tratamiento médico o quirúrgico que no contenga el formulario de la Clínica Conjunta del respectivo Servicio, adecuadamente relleno.
12. Cada servicio debe enviar a la Dirección de Atención del Instituto Oncológico Nacional, el día de la semana y el horario, en el cual se realizará dicha reunión obligatoria.
13. De las decisiones tomadas, el médico tratante dejará constancia en los expedientes, en el formulario de Clínica Conjunta junto con el sello y firma de los médicos asistentes.
14. Ningún funcionario podrá modificar lo decidido en la Clínica Conjunta. Ante cualquier evento que pudiera justificar tal intención, deberá informar al Jefe del Servicio respectivo, quien confirmará o no lo propuesto.

# Capítulo III

**Departamento de Especialidades Médicas (Servicios clínicos)**

**Nombre de la Unidad: Depertamento de Especialidades Médicas**

**Definición**: Es la unidad administrativa integrada por los Servicios y Areas de atención directa del paciente, ya sea con fines diagnósticos, curativos, reconstructivos o paliativos, para lo que utiliza preeminentemente, procedimientos y tratamientos farmacológicos y actínicos.

# Estructura Orgánica

El Departamento, está conformado por los siguientes Servicios:

1. Servicio de Medicina Oncológica
   1. Unidad de Quimioterapia Ambulatoria
2. Servicio de Hematología y Trasplante de Médula Ósea
   1. Unidad de Trasplante de Médula Osea
   2. Area de Banco de Sangre
3. Servicio de Radio - Oncología
   1. Sección de Radioterapia
   2. Sección de Física Medica
4. Unidades Médicas de Apoyo
   1. Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor Oncológico
   2. Unidad de Infectología
   3. Unidad de Medicina Interna
   4. Unidad de Salud Mental
   5. Unidad de Cardiología y Electrocardiografía
   6. Unidad de Odontología
   7. Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva
   8. Unidad de Dermatología
   9. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
   10. Unidad de Atención de Agudos
   11. Unidad de Salud y Seguridad Laboral y Clínica del Empleado

La finalidad de los Servicios y Areas de especialidades médicas es ofrecer la atención a través de intervenciones médicas a los pacientes con padecimientos neoplásicos

**Estructura o posición**: Las Secciones dependen de sus respectivos Servicios y éstos, del Departamento de Especialidades Médicas y de la Dirección General. Mantienen relaciones internas con los demás servicios o unidades del ION y en forma externa con los servicios similares de otras instituciones.

# Atribuciones:

1. Coordinar con los jefes de cada Servicio los protocolos de trabajo para el estudio y tratamiento de las patología propias del área Médica
2. Coordinar con los otros servicios de la Institución en la atención integral de los pacientes de estos Servicios médicos.
3. Revisar los programas y procedimientos efectuados y velar por que se lleven a cabo con eficiencia, efectividad, calidad y equidad
4. Analizar periódicamente las estadísticas de producción de cada Servicio y brindar la información necesaria al Sistema de Información y/o al Servicio de Registros Médicos y Estadística para asegurar una gestión eficiente de los Servicios de especialidades médicas.
5. Comprobar la calidad de atención de cada Servicio mediante la supervisión y aplicación de las herramientas pertinentes en coordinación con la Comisión de Auditoria Médica
6. Preparar los proyectos de Inversión en equipos, materiales y Recursos Humanos necesarios en los Servicios de especialidades médicas en coordinación con la Unidad de Análisis de Gestión y Planificación.
7. Preparar el presupuesto anual de los Servicios de especialidades médicas y coordinar los presupuestos de cada Servicio con el jefe respectivo.
8. Asistir a las reuniones de jefes de Servicios, Consejo Médico Asesor y a las de las Comisiones a que sea asignado
9. Recomendar y aprobar la participación del personal a su cargo a eventos científicos previa aprobación del jefe de Servicio.
10. Otras funciones que le sean asignadas.

El área física donde laboran Servicios de especialidades médicas es en el área de internamiento del 4º, 6º y 7º piso de la Institución así como en la Consulta Externa, la Unidad de Atención de Agudos, y la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria.

# Tareas Típicas:

El Departamento de Especialidades Médicas tiene como tareas generales:

1. Planear, organizar, supervisar, coordinar y evaluar las actividades de los Jefes de los Servicios bajo su estructura.
2. Establecer un programa de trabajo observando las directrices del hospital.
3. Preparar el plan de trabajo anual, observando los objetivos de los Servicios.
4. Cumplir y hacer cumplir el reglamento y procedimientos del hospital y observar su cumplimiento.
5. Establecer criterios para evaluar la calidad de la asistencia medica prestada, a través de la supervisión de los sistemas de servicios y de los informes mensuales del Sistema de Información referentes a consultas, cirugías, servicios complementarios, tasa de infección, de complicaciones postoperatorias, promedio de días cama ocupados, tasa de mortalidad y otras.
6. Convocar y presidir reuniones con su grupo de trabajo.
7. Presidir las comisiones técnicas que sean necesarias dentro de los Servicios.
8. Mantener el enlace con los demás servicios de la institución.
9. Participar en reuniones docentes y apoyar las actividades de investigación clínica de los Servicios.
10. Participar, elaborar y apoyar los programas de enseñanza medica de internos, residentes y funcionarios de los Servicios.
11. Participar en reuniones cuando sea convocado.
12. Se consideran tareas específicas:
13. Estudio, manejo y tratamiento integral de las pacientes con patología oncológica
14. Organizar y brindar la atención médica a los pacientes hospitalizados y/o ambulatorios, estableciendo horarios para la atención en las jornadas regulares de trabajo y turnos en los periodos extra horarios de acuerdo con las normas establecidas para la atención extra horaria.
15. Revisar y actualizar los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas en forma permanente y anexar las modificaciones anualmente en el mes de octubre o cuando dispongan las autoridades.
16. Asegurar el cumplimiento de los Protocolos de Atención por parte de los funcionarios del servicio
17. Asegurar el cumplimiento estricto de las interconsultas de los demás servicios de la Institución de acuerdo a las normas establecidas para las interconsultas.
18. Establecer reuniones de docencia, administrativas y Clínicas conjuntas semanales del servicio y del Hospital.
19. Cualquier otra función que se le asigne al servicio por las autoridades o que se decidan en el propio servicio.

# Profesionales que actúan en la Unidad

Los profesionales que actúan en el Departamento de Especialidades Médicas Oncológicas son:

* + Jefe de Departamento
  + Jefe del Servicio
  + Médicos funcionarios especialistas
  + Médicos generales asistentes
  + Personal de apoyo de enfermería y Administrativo

# Perfil del cargo Jefe del Servicio

**Naturaleza del Trabajo:** El jefe del Servicio se encarga principalmente de coordinar las actividades del Servicio tanto clínicas como docentes y administrativas, además es el encargado de supervisar y evaluar a los funcionarios del Servicio en la ejecución de sus atribuciones y responsabilidades.

# Tareas típicas:

* + Planear y organizar el funcionamiento del servicio
  + Evaluar el rendimiento de los funcionarios
  + Distribuir los horarios de la Consulta y de las demas actividades, de acuerdo a la cantidad de funcionarios y disponibilidad de cupos de consulta y de las demás actividades.
  + Solicitar los insumos y equipo necesario para la ejecución adecuada de los procedimientos quirúrgicos y de acuerdo a lo razonable y disponible en la Institución.
  + Participar en la atención directa de los pacientes de acuerdo con la disponibilidad de la labor administrativa y técnica como jefe del Servicio.
  + Participar en las comisiones y reuniones técnicas y clínicas a que sea convocado.
  + Mantener un ambiente de trabajo y cordialidad dentro del Servicio

# Condiciones que debe reunir:

* + Poseer idoneidad como medico especialista en la especialidad médica respectiva.
  + Ser médico de la Institución por un periodo no menor de 5 años
  + Estar en la primera categoría del escalafón médico
  + Tener capacidad de organización y liderazgo
  + Haber sido escogido por concurso o prueba de selección.

# Médico especialista

**Naturaleza del trabajo:** El médico especialista es el encargado directamente de la atención del paciente oncológico con enfermedad susceptible de tratamiento quirúrgico de acuerdo a los Protocolos o Guías terapéuticas del ION.

# Tareas Típicas:

Atención directa de los pacientes asignados mediante la consulta inicial y subsiguiente. Realizar las intervenciones y procedimientos médicos pertinentes.

Realizar visitas diarias a los pacientes hospitalizados y asignados a su cuidado. Asistir a las reuniones del Servicio y de la Institución cuando sea convocado Cumplir con las normas y disposiciones vigentes.

# Condiciones que debe reunir:

Ser médico internista para el Servicio de Medicina Interna y subespecialista en oncología médica para Medicina Oncológica y Hemato-oncólogo para Hemato-oncología y TMO y con idoneidad expedida por el Consejo Técnico de Salud.

Mantener suficiente capacidad física y emocional que le permita desempeñar adecuadamente su trabajo y relacionarse satisfactoriamente con los colaboradores y pacientes.

# Forma de contratación

Haber sido escogido por concurso o por prueba de selección aplicada por las autoridades

# Secretaria

**Naturaleza del trabajo:** Trabajo de ejecución operativa, manejar archivos, mecanografiar y expedir informes y documentos. Realizar tareas burócratas y ayudar administrativamente a la Unidad.

# Tareas Típicas:

1. Realizar las tareas de asistente administrativa del Jefe del Servicio respectivo.
2. Realizar las tareas generales de secretaría, archivar, mecanografiar, tramitar solicitudes etc. y asistir en todo lo necesario al Jefe del Servicio respectivo y a los funcionarios del mismo.
3. Preparar los expedientes propios del Servicio respectivo.
4. Registrar correspondencia.
5. Confeccionar la estadística mensual de las actividades.
6. Archivar y mantener actualizados los archivos de la Unidad.
7. Informar y orientar a las personas que acuden a la Unidad.
8. Atender el teléfono, recibir y transmitir recados y dar las informaciones del caso.
9. Disponer y coordinar con el jefe del Servicio, de revisiones, reparaciones y mantenimiento general en el mobiliario y el equipo de la Unidad.
10. Velar por el orden de la Unidad y del material de su uso.
11. Cumplir órdenes de servicio y Reglamento General del Hospital.
12. Cumplir con lo dispuesto en las Normas de Atención y en los Manuales existentes en el Hospital.
13. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* + Certificado de terminación de estudios secundarios.
  + Curso de computadora o mecanografía.
  + Experiencia en tarea afines

**Forma de contratación**: Debe escogerse por concurso o prueba de selección.

# Servicio de Oncología Médica Introducción:

Tradicionalmente, el cáncer ha sido tratado con Cirugía, luego con radiaciones y por último con quimioterapia.

Al transcurrir de los años, la etapa inicial de darle Quimioterapia a los casos avanzados que no habían respondido a Cirugía o Radioterapia, fue quedando atrás y la Quimioterapia avanza a mayor velocidad que los otros tipos de tratamiento fundamentalmente por la aparición de nuevas drogas con mejor efecto sobre el tumor y drogas que controlan mejor los efectos secundarios causados por las primeras.

Actualmente hay un grupo importante de tumores que deben empezar con Quimioterapia y otro grupo, en el cual la Quimioterapia es el tratamiento único de elección incluso para llegar a la curación del paciente.

Los médicos que practican la Quimioterapia, además controlan todo el estado general de salud del paciente oncológico, además de haber participado en su diagnóstico, clasificación tumoral, por eso se consideran como Oncólogos Médicos.

# Localización:

El servicio de Oncología Médica consta, de una consulta externa en el primer piso del Instituto Oncológico Nacional, donde tienen asignados 4 consultorios para la atención simultanea de 4 quimioterapeutas. Cada consultorio consta de 2 cuartos, uno para tomar la historia y oír los problemas del paciente y el otro para el cuarto de examen. El servicio también tiene un un área ambulatoria de quimioterapia con sillones cómodos para la aplicación de tratamientos. El servicio consta de un área de hospitalización que comparte con los otros servicios médicicos, lo que constituye el VI piso en el Instituto Oncológico Nacional, con capacidad para 28 cuartos a 2 camas cada uno. Un cuarto de conferencia (capacidad de 25 - 37 personas), y una estación de enfermería.

# Estructura Organizativa:

El servicio de Oncología Médica, depende del Departamento de Especialices Médicas. Cuenta con un área de Consulta Externa, Area de hospitalización y la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria.

# Objetivos Generales:

Brindar la mejor calidad de atención al paciente con cáncer, tanto desde el punto de vista terapéutico, como en costo y medidas de sostén.

# Objetivos Específicos:

1. Participar en los programas de Docencia e Investigación.
2. Proporcionar tratamiento y evaluación especializada, a los pacientes oncológicos que por las características de su enfermedad requieren la intervención de Oncología Médica.
3. Programar y los esquemas de Quimioterapia antineoplásicas, así como evaluar la evolución y respuesta a dichos tratamientos.
4. Brindar la atención correspondiente, a los pacientes que presenten complicaciones durante los tratamientos de Quimioterapia.
5. Efectuar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que por su naturaleza y delicadeza, sean competencia y responsabilidad del médico especialista. Se incluyen procedimientos tales como Punción Lumbar, Quimioterapia Intratecal, Quimioterapia Intra-arterial, etc.
6. Control y seguimiento a largo plazo de los pacientes que hayan finalizado sus tratamientos.

# Funciones Generales

1. Cumplir con las normas, procedimientos y reglamentos del Servicio de Medicina, del Departamento y del Hospital.
2. Es responsabilidad del oncólogo médico, supervisar y vigilar el tratamiento médico, con drogas cito tóxicas, de los pacientes con cáncer en que así esté indicado.
3. Los médicos oncólogos tendrán horas asignadas a la Consulta Externa y horas asignadas a los pacientes hospitalizados.
4. El Jefe del servicio confeccionará la hoja de trabajo mensual, donde se indica el área asignada a cada médico o sea los turnos de hospital y las rotaciones de sala.
5. Un oncólogo médico estará a cargo de la sala de varones y otro a cargo de la sala de mujeres, con rotaciones mensuales.
6. Los médicos de sala, contestarán las interconsultas de otros servicios del Instituto Oncológico Nacional, de acuerdo a las normas y acuerdos establecidos por los Departamentos o la Dirección General y en coordinación con los demás servicios del Hospital.
7. Las interconsultas generadas por la Caja de Seguro Social y el Hospital Santo Tomás, serán contestadas por el Oncólogo Médico designado por el Jefe del servicio.
8. Los días de Consulta Externa, serán asignados por el Jefe del servicio según la demanda existente por consultas.
9. Se incluyen dentro de las responsabilidades de los médicos del servicio, el confeccionar y actualizar las guías de tratamiento de las diversas entidades neoplásicas en coordinación con los otros servicios de la Institución Dichas guías serán actualizadas cada año y presentadas por el Jefe del Servicio a la Jefatura del Departamento en el mes de octubre del año en curso.
10. Los pacientes de consulta externa regular, tendrán sus citas, a criterio del médico tratante o según normas o protocolos o guías de tratamientos establecidas y aprobadas.
11. Los pacientes que acudan fuera de cita deberán ser atendidos por el médico que atiende la consulta externa en ese momento.
12. Existe una hoja de admisión del paciente que debe ser llenada totalmente por el médico que ingresa al paciente.
13. Los pacientes hospitalizados con evolución regular sin complicaciones, tendrán por lo mínimo dos (2) notas de evolución en el expediente por semana.
14. Los pacientes hospitalizados con complicaciones, ya sea de la enfermedad o del tratamiento, tendrán notas de evolución todos los días.
15. Todo paciente que sea evaluado por llamada de enfermería o de los familiares, debe llevar una nota de evolución en el expediente, explicativa de la atención.
16. Entre otras funciones de los médicos del servicio, se incluyen la participación en comisiones que coadyuven al buen funcionamiento del servicio.
17. Es obligación de los médicos del servicio de Oncología Médica, el asistir a las sesiones conjuntas del hospital, así como también a las reuniones internas del servicio.
18. Las licencias para entrenamientos especiales y asistencia a eventos científicos se harán directamente a través de la Dirección de Docencia del hospital con la aprobación previa del Jefe del servicio,
19. Las vacaciones deberán solicitarse por lo menos, con dos meses de anticipación. De igual forma que con las licencias y permisos, se deberá resolver la atención de los pacientes citados de Consulta Externa, en coordinación con el jefe del servicio y además se notificará a la Consulta Externa y a la sección de Trámites de Cita de REMES.
20. En caso de incapacidad de alguno de los médicos, sus funciones serán cubiertas por los otros funcionarios según lo ordenado por el Jefe del servicio. En caso de que el incapacitado esté encargado de las visitas a la sala, ésta será atendida por el que le corresponde dicha función el próximo mes. En cuanto a la Consulta Externa, de presentarse la situación anterior, será atendida por el resto de los funcionarios en forma equitativa y de acuerdo a la especialidad.

# Control de Asistencia

El horario de trabajo de los Oncólogos Médicos, es de 7:00 AM a 3:00 PM.

Si el médico del servicio, llegará tarde o no acudirá al trabajo, debe comunicarse con el Jefe del servicio inmediatamente, para que éste tome las medidas necesarias e indique quien suplirá al ausente.

Los pacientes deberán ser atendidos por los demás funcionarios asignados a la Consulta Externa.

Los turnos hospitalarios serán voluntarios y se regirán por las normas específicas de atención en periodos extra horarios. En caso de no existir voluntariedad para la cobertura de turnos extra horarios, el servicio se organizará para brindar la cobertura las 24 horas.

# Visitas Médicas

Los médicos asignados a sala, uno a damas y otro a varones, pasarán visitas médicas todos los días a las 7:00 AM.

La visita debe ser acompañada por el médico interno y residente (si lo hay).

Se darán órdenes pertinentes y se revisará cada caso. Se avisará personalmente a enfermería, el cambio o nuevas órdenes fundamentales que requieren cumplimiento inmediatamente.

Los días viernes se pasará visita general a las 7:15 AM presidida por el Jefe del Servicio. Es indispensable que estén presentes los médicos a cargo de sala y el médico de turno de fin de semana.

Se discutirán en dicha visita general, situaciones médicas, administrativas y de docencia, especialmente con los estudiantes de medicina.

En dicha visita general, participarán todos los médicos del servicio, la enfermera Jefe de sala, supervisoras, equipo de Salud Mental y Medicina paliativa y todos los Médicos del Servicio de Medicina.

# Reunión Docente Administrativa

Los días Miércoles: 7:15 AM a 9:00 AM se desarrollará la Reunión Docente Administrativa. Se discutirá situaciones clínicas (presentación de casos).

Se discutirán protocolos clínicos. Uso de drogas nuevas.

Esquema de quimioterapia.

# Trabajo de Investigación

Problemas Administrativos.

El servicio cuenta con un Jefe de servicio que debe coordinar el trabajo de Oncología Médica, con los otros servicios de la Institución.

**Procedimientos y Normas particulares de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria Definición de la Unidad**: La Unidad de Quimioterapia es una dependencia del Servicio de Medicina Oncológica, encargada de preparar y adminsitrar los medicamentos parenterales ordenados por los médicos oncólogos de la institución.

**Estructura**: Dependen del Servicio de Medicina Oncológica, del Departamento de Especialidades Médicas y de la Dirección General

**Atribuciones**: La Unidad de Quimioterapia sigue las pautas indicadas en la Norma para la Preparación y Administración de Drogas Citotóxicas aprobadas mediante Resuelto No. 1 de 27 de mayo de 2003 de lal Comité Local de bioseguridad.

**Horario de Atención:** La unidad funciona de 7:00 a.m. a 11:00 p.m. durante los días lunes a viernes. Los sábados y domingos, el horario es de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

**Área física**: En esta área funcionan la recepción de paciente, la sala de espera, depósito de drogas e insumons, unidsad de preparación y unidad de adminsitración. El personal cuenta además, con un area de descanso, vestidor y baño.

**Personal**: La Dirección dotará del suficiente personal necesario para satisfacer la demanda de servicio. El personal mínimo será de 9 enfermeras 3 farmacéuiticos y una secretaria recepcionista, distribuido en las horas y días de atención.

Normas de atención:

* 1. Se restringe el acceso de personas al área de administración de medicamentos.
  2. En el area de espera, solo se permitirá a un acompañanre por paciente.
  3. Las administraciones intratecales deen ser cuidadosamente especificasas y peuistan en el recuadro desgiado,
  4. Los médicos deben explira a los pacientes y sus familires, los riesgos y beneficios del tratamiento y obtener el consentimiento por escrito. Una copia de éste reposará en el expediente clínico del paciente y la otra se le entregará al paciente. También deberá ser informado de los eventos adversos más comunes del tratamiento.
  5. Los médicos que ordenan lo stratamientos serán responsables del seguimiento clínico del paciente.
  6. El Servicio designará a un médico funcionario para que atienda las llamadas de las enfermeras de la Unidad durante la jornadas regular diurna. Durante los turnos, esta responsabilidad recar en el médico de turno del Servicio.
  7. La Farmacia entregará a la Unidad de Quimioterapia los medicamentos a medida que se le soliciten, los que serán trasladados en un carro de medicamentos.
  8. Está prhobidido entregar medicamentos a los pacientes, salvo los de administración oral para consumo ambulatorio.
  9. El personal de Farmacia colaborará en la preparación de la medicación citotóxica y será el responsable de recibir los reportes de eventos adversos serios y enviarlos a la Comisión de Medicamentos del ION quien la remitirá al Departamento de Farmacias y Drogas del MINSA.

# Servicio de Hemato-Oncología y Trasplante de Médula Ósea. Estructura Orgánica

**Definición de la Unidad:** La Unidad de Hemato-Oncología y Trasplante de Médula Ósea se responsabiliza por el diagnóstico, manejo y control de las enfermedades neoplásicas hematológicas incluyendo el trasplante de células hematopoyéticas extraídas de la médula ósea

**Estructura o Posición:** Forma parte integral de los Servicios de especialidades médicas y se encuentra subordinado al Departamento de Especialidades Médicas y a la Dirección General.

# Atribuciones:

1. Atención de pacientes hospitalizados con Neoplasias Hematológicas.
2. Atención en Consulta Externa de los Neoplasias hematológicas.
3. Atención intrahospitalaria y ambulatoria de cualquier Interconsulta de hematología de pacientes con tumores sólidos.
4. Coordinar la Jefatura Médica del área de Medicina Transfusional.
5. Coordinar la funcionalidad del Laboratorio de Crío preservación de células hematopoyéticas progenitora.
6. Coordinar el funcionamiento del Laboratorio de Biología Molecular e Inmunogenética.
7. Definir protocolos de tratamiento de Neoplasias Hematológicas, evaluar y actualizar periódicamente.
8. Coordinar el programa de Transplante de Células Hematopoyéticas antólogo y alogéneico.
9. Realizar programa de docencia para residente de Medicina interna en rotación por Hematología.
10. Organización de un programa de residencia de Hematología.

**Área Física:** La Unidad desarrolla sus labores en el área destinada para trasplantes en el 7º piso de la Institución, atiende pacientes hospitalizados en el 6º piso, desarrolla labores en el área del laboratorio de Hematología y Medicina Transfusional en el 2º piso y atiende la Consulta Externa.

**Profesionales que Actúan en la Unidad**: Existirá 3 secciones cada uno de ellas con un especialista que será además el coordinador de la Sección:

Unidad de Transplante de Células Hematopoyéticas Medicina Transfusional y Laboratorio

Docencia e Investigación

# Sección de Transplante de Células Hematopoiéticas Tareas Típicas:

1. Elaborar las normas de funcionamientos.
2. Coordinar el ingreso y egreso de pacientes.
3. Coordinar el desarrollo de los protocolos de regímenes de acondicionamiento según patología.
4. Protocolo de profilaxis (enfermedad injerto contra huésped crónico).
5. Protocolo de profilaxis de infección por herpes virus.
6. Coordinar la clínica de selección de candidatos a transplante de células hematopoiéticas.

# Sección de Medicina Transfusional y Laboratorio Tareas Típicas:

1. Ejercer la Jefatura Médica de Banco de Sangre.
2. Coordinar el programa de féresis de células progenitoras hematopoiéticas.
3. Plaquetoferesis.
4. Plasmaferesis.
5. Coordinar el funcionamiento del Laboratorio de Crío preservación.
6. Coordinar el funcionamiento del Laboratorio de Biología Molecular e Inmunogenética.
7. Desarrollar los protocolos de control de calidad De los procedimientos de feresis de células progenitoras hematopoiéticas recogida de la Médula Ósea y crío preservación.

# Sección de Docencia e Investigación Tareas Típicas:

* Desarrollar y coordinar los diversos protocolos de las Neoplasias Hematológicas y sus evaluaciones posteriores.
* Coordinar los programas de Docencia de residentes de Medicina en rotación por el servicio.
* Coordinar el desarrollo de un programa de residencia en Hematología.
* Coordinar el desarrollo de reuniones académicas y docentes dentro del servicio. (visitas generales, presentaciones de casos, etc.).

# Normas para la Atención Ambulatoria:

Los pacientes que requieran soporte de hemoderivados y sean ambulatorios, recibirán la atención en la Unidad de Atención de Agudos.

# Normas de Atención de Unidad de Transplante de Célula Hematopoiéticas Normas de ingreso y egreso

**Normas funcionamiento interno**

**Normas de la Clínica de Candidatos a Trasplante de Célula hematopoiéticas**

Se aplicarán las normas que se elaboren para tal fin y que estarán en concordancia con las normas emanadas de la Comisión Nacional de Transplantes.

Las reuniones del Comité Institucional de Transplante se realizarán los jueves de 9:00 AM a 10:00 AM en el IV piso Sala de reuniones

# Normas de Atención para Pacientes Hospitalizados

Los pacientes hospitalizados de hematología serán admitidos en el VI piso que es la Sala de Medicina y en el VII Piso específicamente en la Unidad de Transplante de Células Hematopoiéticas.

Para fines de atención siempre habrá un especialista asignado para la Sala de Varones y otro para la Sala de mujeres y un especialista para los pacientes en la Unidad de Transplantes.

Las visitas a los pacientes se realizarán individualmente diariamente a las 7:00 AM y por todo el equipo de hematología los días jueves a las 8:30 AM

# Servicio de Radio-Oncología

**Nombre de la Unidad: Servicio de Radio-Oncología**

**Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad**: La unidad de Radio-Oncología es la encargada del tratamiento y control de tumores, malignos o no, a través de radiaciones ionizantes.

**Estructura o posición**: La unidad de Radio-Oncología esta subordinada al Departamento de Especialidades Médicas y a la Dirección General y se divide en dos Secciones principales:

Radio-Oncología Médica Física Médica y Dosimetría Técnicos de Radioterapia

# Atribuciones a través de Atención y Tratamiento

1. Establecer con precisión, a través de exámenes clínicos y complementarios, el volumen del tumor y su localización.
2. Identificar, con ayuda de exámenes complementarios, el tipo de tumor conforme a las normas internacionales.
3. Establecer los límites de masa tumoral e identificar los tejidos normales adyacentes al tumor.
4. Analizar la historia natural de la enfermedad y las posibilidades de diseminación metastásica.
5. Estudiar la enfermedad conforme a los protocolos de la Institución
6. Analizar la necesidad de suplementar el tratamiento Radioterapéutico recurriendo a tratamientos asociados, tales como la cirugía y la quimioterapia.
7. Tratar al paciente portador del tumor por los métodos Indicados.
8. Acompañar la evolución clínica del tumor y los efectos secundarios de la radiación que pudieran presentarse durante el tratamiento.
9. Controlar el estado de la enfermedad a través de exámenes clínicos y complementarios periódicos.
10. Mantener enlace con la familia del paciente dando
11. apoyo psicológico y orientaciones en cuanto a la
12. evolución de la enfermedad.
13. Desarrollar y mantener un sistema de evolución continuada de la asistencia prestada en la Unidad.
14. Desarrollar trabajos de investigación y perfeccionamiento.
15. Dictar clases y promover cursos de especialización
16. con el fin de mantener el nivel de calidad de la asistencia medica prestada.
17. Mantener un intercambio de información científica con otros centros de tratamientos, inclusive en el exterior.

# Atribuciones a través de Planeamiento

1. Analizar todas las técnicas alternativas del tratamiento, teniendo en cuenta la mejor distribución de las fases de irradiación y el volumen de tejido que debe ser tratado.
2. Simular la técnica de tratamiento escogida por maquinas de rayos X convencionales o simuladores.
3. Conformar el planeamiento ejecutado a través de la técnica radiografía con rayos X de alta energía o rayos gamma en los equipos de alto voltaje en que se hacen lo tratamientos.
4. Marcar las entrada de haces de irradiación en la piel del paciente, temporaria o definitivamente, con tinta especial (tatuaje).
5. Confeccionar mascaras de plástico para pacientes portadores de tumores circunscriptos a fin de reproducir todos los días la misma posición en el momento de aplicación, con el consiguiente mejor aprovechamiento del tratamiento.
6. Acompañar la localización de los pacientes en los equipos de tratamiento de acuerdo con lo recomendado por las normas aprobadas.
7. Crear nuevas técnicas de tratamiento y simulación.

# Atribuciones a través de Física

1. Controlar la cantidad de radiación recibida por el personal que trabaja en la Unidad de Radioterapia.
2. Controlar la calidad de radiación de los equipos de tratamiento y del material radioactivo utilizado.
3. Hacer pruebas mecánicas mensuales en los aparatos usados en la Unidad.
4. Ayudar en las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos existentes en la Unidad efectuadas por el servicio especializado.
5. Controlar la cantidad de las simulaciones efectuadas en pacientes.
6. Promover cursos y reuniones para actualización científica y el intercambio de informaciones para los diversos profesionales que actúan en el área.
7. Mantener organizados y registrados todos los cálculos y dosimetrías efectuados para los tratamientos ejecutados en la Unidad y para el control de los aparatos.

**Área Física:** La Unidad de Radio-Oncología esta ubicada en el sótano del bloque del Hospital no necesitando estar obligatoriamente interconectada con las otras unidades hospitalarias. Sin embargo, la proximidad a las Unidades de Internación, al Centro Quirúrgico y a otras áreas de apoyo, facilitaran las tareas desempeñadas por los profesionales de la Unidad de Radioterapia.

Las instalaciones, el tipo de construcción, inclusive la disposición de los equipos, deben obedecer las normas internacionales de protección radiológica que son fiscalizadas por las Comisiones Nacionales e internacionales de Energía Nuclear.

# Caracterización - Elementos:

Área de Atención:

Consultorios médicos acompañados de sala de espera ubicados en el primer piso del edificio

Área de Tratamiento:

Ubicada en el sótano del edificio. Consta de los siguientes elementos:

* Recepción
* Sala destinada al simulador de Rayos X convencional
* Tres Salas destinada a los equipos de radioterapia
* Sala para almacenamiento de material radiactivo, tubos y agujas para implantes;
* Sala de espera para los pacientes que esperan para la aplicación del tratamiento Área destinada a Planeamiento y Física:
* Sala para la ejecución de los cálculos y registros individuales de los tratamientos en curso y ya efectuados
* Sala para la confección de moldes de yeso o plástico
* Sala para archivo de los moldes
* Sala para la revelación de películas radiográficas.

Áreas comunes:

* Recepción en la Unidad
* Sala de Reuniones
* Baños para el público y para los funcionarios

# Profesionales que actúan en la Unidad

* Jefe Encargado de la Unidad de Radioterapia
* Médicos especialistas en radio-oncología encargados de la Atención y Tratamiento
* Físico Médico encargado de la supervisión
* Físicos médicos
* Dosimetristas
* Técnicos en Radioterapia
* Enfermera
* Asistente de Enfermería
* Secretaria
* Trabajadores manuales

# Perfil del cargo

**Jefe Encargado del Servicio de Radioterapia**

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de dirección que consiste en planear, coordinar y supervisar las tareas de tratamiento por medio de aparatos que emiten radiaciones ionizantes.

# Tareas Típicas:

1. Planear, coordinar y supervisar el servicio de Radioterapia del Hospital.
2. Planear, ejecutar y evaluar los servicios asistenciales prestados por la Unidad.
3. Trazar las directivas de las actividades de la Unidad
4. Objetivando la racionalización y eficacia de los servicios prestados a los pacientes del Hospital.
5. Distribuir tareas de la Unidad de manera uniforme y de de acuerdo con la calificación del personal.
6. Proponer normas de trabajo de acuerdo con los patrones institucionales, nacionales e internacionales
7. Participar en reuniones técnicas, administrativas y científicas con el equipo multiprofesional con miras a
8. la competencia en el desarrollo del trabajo.
9. Mantenerse actualizado sobre la materia de su área a través de cursos de especialización en el país y en el extranjero.
10. Participar en cursos, discusiones científicas y
11. congresos con miras al perfeccionamiento y actualización de sus conocimientos.
12. Crear nuevas técnicas de tratamiento en su áreas y
13. orientar su ejecución, de acuerdo a las guías e innovaciones aceptadas a través de estudios basados en evidencias comprobadas
14. Dirigir, supervisar, aprobar y hacer cumplir las guías o protocolos de Atención tanto médicos como técnicos que e aprueben para uso del Servicio.
15. Cumplir y hacer cumplir las ordenes de servicio, el
16. reglamento del Hospital, del MINSA y de Protección Radiológica
17. Hacerse responsable de la Unidad ante los órganos
18. Fiscalizadores del Hospital y de las autoridades y organismos superiores competentes y legalmente constituidos.
19. Hacer la lista de turnos de los médicos Radioterapeutas y velar por la buena atención de los pacientes.

# Condiciones que debe reunir:

1. Diploma de Medicina
2. Residencia Medica en Radioterapia en un Centro reconocido
3. Titulo de Especialista en Radio-oncología reconocido por el Consejo Técnico de Salud del MINSA
4. Acreditación ante la Comisión Nacional de Energía Nuclear o el organismo pertinente en el ámbito nacional
5. Capacitación en Gerencia Hospitalaria
6. Experiencia mínima necesaria: 5 años en el área

# Forma de Contratación:

Por concurso.

# Médico Radioterapeuta

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo profesional que consiste en atender a los pacientes, establecer o confirmar el diagnostico, indicar el tipo de tratamiento y acompañar la evolución de la enfermedad.

# Tareas Típicas:

1. Hacer la anamnensis y el examen físico de los pacientes, y solicitar exámenes complementarios
2. Hacer las prescripciones de drogas de los pacientes
3. en régimen ambulatorio o internados.
4. Llenar y firmar formularios de internación, alta, interconsultas y defunción.
5. Participar en las discusiones de casos y visitas médicas a pacientes.
6. Participar en la ejecución de los programas de atención, enseñanza e investigación medica.
7. Establecer con precisión mediante exámenes la extensión de la enfermedad y el volumen del tumor que deberá ser irradiado.
8. Anotar en la ficha de los pacientes todos los resultado de los exámenes, tanto físicos como complementarios,
9. para el seguimiento del caso.
10. Escoger la técnica de tratamiento radioterapéutico mas adecuado.
11. Discutir con los otros profesionales la ejecución de la técnica escogida.
12. Enviar al paciente al técnico en mascaras, cuando sea Necesario, orientando la colocación y el tipo de mascara que deberá ser utilizada.
13. Simular con el técnico encargado el tratamiento determinado.
14. Marcar en la piel o en la mascara de plástico los campos de aplicación de la irradiación.
15. Orientar la ubicación del paciente en la maquina de tratamiento cuando sea necesario.
16. Anotar en la ficha técnica correspondiente al aparato de tratamiento escogidos los datos generales de la técnica determinada, la dosis total, el fraccionamiento de la dosis y las revisiones.
17. Efectuar imágenes radiales e introducir material radioactivo.
18. Controlar la evolución de la enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento durante la fase de aplicaciones y después de terminadas, proponiendo correcciones o complementaciones.
19. Hacer consultas periódicas sobre la evolución y acompañamiento para el control de la enfermedad.
20. Participar en cursos, congresos y reuniones con miras al perfeccionamiento de sus conocimientos.
21. Cumplir las órdenes de servicio y reglamentos del Hospital.

# Condiciones que debe reunir:

* Diploma de Medicina
* Residencia Medica en Radio-oncología
* Titulo de Especialista en Radio-oncología
* Experiencia mínima necesaria: dos años en el área.

**Forma de Contratación:** Indicación del Cuerpo Clínico o prueba de selección.

# Físico Médico

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo operativo y de supervisión que consiste en la orientación y ejecución de tareas de cálculos radiaciones ionizantes aplicadas a los pacientes y de protección contra la radiación recibida por el personal que trabaja en el área.

# Tareas Típicas:

1. Determinar la dosimetría de radiación en los pacientes bajo tratamiento para los diversos tipos de energía de radiación utilizada en la Unidad.
2. Monitorear las dosis aplicadas a la región de interés y establecer procedimientos de planificación y tratamiento.
3. Controlar, la cantidad de radiación recibida por el personal que trabaja en contacto directo y permanente con la radiación.
4. Controlar la calidad de radiación de los aparatos de muy altos voltajes, rayos X convencional y material radiactivo.
5. Supervisar los controles semanales de los aparatos que obligatoriamente son realizados por los dosimetriotas.
6. Supervisar y distribuir el trabajo de los dosimetriotas y técnicos en radioterapia.
7. Hacer pruebas mecánicas mensuales en los aparatos manteniéndolos dentro de las especificaciones técnicas.
8. Realizar pruebas periódicas de los aparatos, con cámara de ionización apropiada para el control de calidad.
9. Hacer levantamiento de niveles de radiación.
10. Supervisar la calidad de las simulaciones.
11. Efectuar pruebas de control de calidad en los aparatos junto con el técnico y/o ingeniero de Mantenimiento de la empresa contratada para tal fin, cada vez que una pieza sea cambiada.
12. Participar, junto con los otros jefes, de las discusiones de casos y de las técnicas empleadas en el tratamiento de pacientes.
13. Crear y recomendar nuevas técnicas de tratamiento y simulación, de acuerdo a las técnicas recomendadas por las autoridades competentes y basada en evidencias clínicas comprobadas
14. Participar en reuniones periódicas con el equipo multiprofesional.
15. Distribuir las tareas de los técnicos en radioterapia y
16. Evaluar los servicios ejecutados.
17. Hacer el esquema de trabajo y discutir las tareas a los técnicos y dosimetristas.
18. Brindar servicio de docencia y asesoría en materia de física médica, a médicos residentes, estudiantes de medicina, grupos profesionales, personal paramédico, organizaciones cívicas y otros grupos.
19. Controlar la disponibilidad y el buen uso de los recursos asignados para el desempeño de sus funciones
20. Programar y planificar los requerimientos de insumos y recursos necesarios para el desempeño adecuado de sus funciones.

# Condiciones que debe reunir:

* Diploma Licenciatura en Física o equivalente
* Curso de Especialización en Física Médica o en Radioterapia.
* Titulo de Especialista en Física Medica, Radioterapia y Supervisión en el área de Protección Radiológica, otorgado por la Comisión Nacional de Energía Nuclear u organismo nacional competente equivalente
* Experiencia mínima necesaria: 2 años en el área.

**Forma de Contratación**: Prueba o concurso de selección.

# Dosimetrista

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución a nivel medio que consiste en asesorar al medico y al físico en la elección de la técnica de tratamiento por irradiación y en hacer los cálculos necesarios.

# Tareas Típicas:

1. Calcular la dosis superficie, la dosis-monitor o el tiempo de tratamiento (en el aparato) que corresponde a la dosis fraccionada estipulada por el medico responsable por el paciente.
2. Participar en las discusiones sobre la mejor técnica de
3. tratamiento para cada paciente y ayudar al físico y al
4. medico en la distribución de las irradiaciones en las
5. zonas afectadas.
6. Ayudar en la simulación y marcar la piel de los pacientes de acuerdo con las técnicas recomendadas. componer las curvas de isodosis par el tratamiento de varios campos y tratamientos intracavitarios.
7. Llenar la ficha técnica indicando exactamente la posición del paciente en el equipo y otras instrucciones necesarias para monitorear del aparato.
8. Controlar los técnicos en las tareas ejecutadas observando las recomendaciones efectuadas en las fichas de tratamiento del paciente y los tratamientos efectuados.
9. Efectuar pruebas frecuentes con películas apropiadas para el control de calidad del tratamiento efectuado.
10. Efectuar el control constante de las irradiaciones recibidas por los funcionarios de la Unidad de acuerdo con las orientaciones recomendadas por el físico responsable.
11. Cumplir las órdenes de servicio y reglamento del Hospital.
12. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* Certificado de terminación de estudios secundarios.
* Certificado de graduación del Curso Técnico en Radioterapia - dosimetrista.
* Experiencia mínima necesaria: aprendizaje de 6 meses en un servicio calificado.

**Forma de Contratación:** Prueba o concurso de selección.

# Técnico en Radioterapia

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución a nivel medio que consiste en operar el aparato y ejecutar los tratamientos determinados para cada paciente.

# Tareas Típicas:

1. Operar los paneles de control de las maquinas de la Unidad de Radioterapia.
2. Localizar y colocar los pacientes en los aparatos, de acuerdo con las instrucciones de la ficha técnica.
3. Anotar diariamente en el registro de los aparatos el nombre del paciente, el tipo de aplicación, el número de aplicaciones, el tipo de vinculación del paciente y otras informaciones necesarias para la contabilidad y estadísticas.
4. Anotar en la ficha técnica del paciente las aplicaciones y las dosis recibidas.
5. Enviar las carpetas de los pacientes que necesitan una evaluación clínica a los médicos.
6. Conservar y mantener en buen estado los aparatos e instalaciones bajo su responsabilidad.
7. Velar por el material radiactivo cuando se da una aplicación intracavitaria, tipo implantes o radiomodelados.
8. Verificar y guardar todo el material radiactivo, tal como los tubos o agujas, después de cada aplicación efectuada.
9. Cumplir las órdenes de servicio y el reglamento del Hospital.
10. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* Certificado de terminación de estudios secundarios.
* Certificado de Graduación del Curso Técnico en Radioterapia.
* Experiencia mínima necesaria: aprendizaje de 3 meses en servicio calificado.

**Forma de Contratación**: Prueba o concurso de selección.

# Enfermera

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución de nivel medio, que consiste en prestar cuidados directos de enfermería a los pacientes de la Unidad de Radioterapia, internados o en régimen ambulatorio.

# Tareas Típicas:

1. Prestar cuidados al paciente de la Unidad conforme a técnicas preestablecidas.
2. Hacer la solicitud de medicamentos a Farmacia, administrar los medicamentos y anotar en las carpetas de los pacientes las observaciones, los cuidados prestados, y los medicamentos administrados.
3. Hacer tratamientos diversos correspondientes a la enfermería, tales como curaciones, sondajes, lavajes, inhalaciones y otros.
4. Mantener organizados y actualizados los medicamentos y materiales para emergencias existentes en la Unidad.
5. Colocar en posición a las pacientes para exámenes Ginecológicos, asistir al médico en dicho examen y permanecer en el consultorio durante el examen
6. Circular en las salas de cirugía y ayudar al anestesista y al cirujano en la introducción de material radiactivo y en los radiomodelados.
7. Ayudar al medico radioterapeuta en las simulaciones cuando sea necesario.
8. Mantener organizados y limpios los materiales utilizados en los radiomodelados y aplicaciones intracavitarias, ayudando siempre que sea posible a los técnicos y profesionales del área.
9. Cumplir las órdenes de servicio, de enfermería y los reglamentos del Hospital.
10. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* Certificado de terminación de estudios de enfermería
* Certificado de idoneidad
* Experiencia mínima necesaria: 3 meses en el área de Radioterapia.

**Forma de Contratación:** Prueba o concurso de selección

.

# Secretaria

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución de nivel básico, que consiste en recibir e informar al público, realizar tareas burocráticas y ayudar administrativamente a la Unidad.

# Tareas Típicas:

1. Registrar los pacientes en el sistema de información y asegurarse que los médicos y técnicos registren las atenciones efectuadas según la orientación de la Unidad y del Sistema e In formación del Hospital
2. Anotar los datos generales de los pacientes en la ficha individual de la ficha de tratamiento.
3. Anotar los datos generales de los pacientes en la tarjeta de control de consultas.
4. Enviar las fichas de los pacientes para consultas y para tratamiento a los aparatos designados en la ficha de atención.
5. Mantener en orden el archivo de ficha de los pacientes de la Unidad.
6. Mantener ordenadas las carpetas de los pacientes con los exámenes complementarios y el material especializado correspondiente al paciente.
7. Recibir a los pacientes y organizar su atención de acuerdo con la orientación de la Unidad.
8. Encaminar los pedidos de internaciones, consultas, exámenes y otros documentos correspondientes a la Unidad.
9. Solicitar evaluaciones de otros equipos a pedido de los profesionales de la Unidad.
10. Hacer diariamente la lista de los pacientes internados y disponer su distribución para el tratamiento a los médicos responsables.
11. Pedir materiales y suministros al almacén o farmacia, según las necesidades establecidas.
12. Hacer mapas estadísticos de las aplicaciones realizadas, separándolos por medico y por aparato.
13. Después de terminado el tratamiento (serie de aplicaciones), enviar las notas e informe a Servicios Externos o contabilidad para los respectivos cobros
14. Atender teléfonos, trasmitir recados y Cumplir las ordenes de servicio y reglamentos del Hospital.
15. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* Certificado de terminación de estudios secundarios.
* Conocimientos básicos de manejo de computadoras y de secretaria o asistente administrativo
* Experiencia mínima necesaria: 3 meses en el servicio calificado.

**Forma de Contratación**: Prueba o concurso de selección.

# Procedimientos de la Unidad de Radio-Oncología

Se describe solo procedimientos generales, los procedimientos y guías de atenciones describen detalladamente en los Manuales de Procedimientos de Oncología del ION, Manuales de Protección Radiológica y los Manuales Clínicos de Atención o Guías de Atención, que por el volumen y especialización de los mismos, no son incluidos en este Manual de Normas y Procedimientos Generales del ION

# Rutina: Registro, Atención y Tratamiento de pacientes en Radioterapia

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Secretario de Radioterapia | Recibe al paciente y verifica se trata de un enfermo de la Unidad o si ha sido enviado.  Registra al paciente en el libro correspondiente indicando su nombre, la fecha, la procedencia.  Encaminar al paciente para su primera consulta. |
| Medico Radioterapeuta | Atiende al paciente, solicita exámenes. Propone el tratamiento radioterapéutico.  Lo envía al secretario para los trámites correspondientes |
| Secretario de Radioterapia | Recibe al paciente con la indicación del tratamiento. Llena la ficha técnica de tratamiento en los campos correspondientes.  Lo encamina para los exámenes complementarios solicitados por el médico radioterapeuta. |
| Medico Radioterapeuta | Analiza los exámenes y complementa los datos en la ficha técnica de tratamiento. |
| Medico Supervisor de Atención y Tratamiento | Analiza los datos del paciente. Discute con el medico radioterapeuta. Propone el programa de tratamiento.  Lo envía al medico Supervisor de Planeamiento. |
| Medico Supervisor de Planeamiento | Analiza la ficha técnica de tratamiento.  Discute con el medico radioterapeuta los datos del paciente. Propone el programa de tratamiento.  Discute con el jefe de la Unidad de Radioterapia el diagnostico, la confirmación de los exámenes complementarios, el tratamiento propuesto, el tipo de agente ionizante que será utilizado, la cantidad de irradiación y el numero de aplicaciones. |
| Director de la Unidad de Radioterapia. | Aprueba el programa de tratamiento.  Discute los datos del paciente en reunión clínica con los profesionales de la Unidad.  Envía la carpeta conteniendo los datos de anamnesia, los exámenes subsidiarios y la ficha técnica al secretario de la Unidad. |
| Secretario de Radioterapia | Anota la consulta y convoca al paciente por carta o por teléfono. |
| Medico Radioterapeuta | Atiende al paciente explicándole el tipo de tratamiento, el número de aplicaciones y las probables dificultades que en consecuencia deberá superar.  Envía al paciente al secretario informándole sobre el camino que deberá recorres: sala de mascaras y-o simulación. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Secretario de Radioterapia | Organiza la carpeta del paciente. Oriente al paciente.  Solicita la ayuda del asistente de enfermería para acompañar al paciente. |
| Asistente de Enfermería | Dirige al paciente a sala de simulación o la sala de mascaras. |
| Dosimetrista | Hace la simulación con ayuda del medico radioterapeuta, el físico y del auxiliar de enfermería.  Hace el rayo X de simulación e identifica los contornos del tumor.  Pinta la superficie de la región y que será irradiada con ayuda del medico radioterapeuta y físico. |
| Medico Radioterapeuta | Hace la revisión del caso probando todas las orientaciones que consta en la ficha técnica e tratamiento y en los datos de la carpeta del paciente.  Anota las decisiones en la ficha técnica de tratamiento. Envía la carpeta completa al dosimetrista. |
| Dosimetrista | Traza la curva de la isodosis.  Calcula la dosis tumor, la dosis superficie y el tiempo o Unidades-Monitor del aparato, indicado para el tratamiento. Envía la carpeta y al paciente par iniciar el tratamiento. |
| Medico Radioterapeuta | Inicia el tratamiento haciendo la programación del horario en el aparato indicado. |
| Técnico en Radioterapia | Llama al paciente para hacer la aplicación.  Coloca al paciente en posición, con ayuda del auxiliar de enfermería localiza el campo de irradiación según la ficha técnica de tratamiento.  Coloca los dispositivos de protección que sean necesarios, tales como: bandejas, mascaras, protectores de plomo, etc.  Determina en el panel del monitor el tiempo o unidad de uso del aparato e inicia la aplicación.  Registra en el registro de aplicaciones específico para cada aparato el número de campos, la dosis aplicada y los datos de identificación del paciente.  Registra en la ficha técnica de tratamiento la dosis aplicada y la cantidad de campos irradiados.  Retira al paciente al final de la aplicación y solicita la ayuda de enfermería para encaminar al enfermo. |
| Secretario de Radioterapia | Recibe al paciente y anota el día y hora que debe volver. Emite una nota de débito informándole el turno de aplicación, los campos correspondientes y los valores, de acuerdo con la tabla de precios aprobada.  Envía Nota de Débito de Contabilidad y Finanzas. |

**Unidades y Servicios Médicos de Apoyo**

**Definición de la Unidad:** Son Unidades que brindan apoyo al manejo y diagnóstico del cáncer y las complicaciones que se derivan de sus tratamientos, por considerarse de vital importancia dentro de la atención integral del paciente oncológico.

**Atribuciones:** Proporcionarán la atención, diagnóstico y tratamiento a enfermos cuyo perfil cumple con las características planteadas por este Instituto Oncológico Nacional; esto es, cubrir los requisitos y por supuesto, tener algún padecimiento que requiera atención especializada. Esta atención se brindará a pacientes asegurados y no asegurados que acuden al ION.

**Estructura o posición:** Las Unidades Médicas de Apoyo dependen del Departamento de Especialidades Médicas y de la Dirección General y son las siguientes:

Servicio de Odontología Unidad de Cuidados Paliativos

Unidad de Infectología y Enfermedades Nosocomiales Unidad de Medicina Interna

Unidad de Salud Mental

Unidad de Cardiología y Electrocardiografía

Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Unidad de Dermatología

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Unidad de Atención de Agudos

Unidad de Salud y Seguridad Laboral y Clínica del Empleado

# Servicio de Odontología

**Nombre de la Unidad: Servicio de Odontología**

**Definición de la Unidad:** La atención odontológica en un hospital de IIIer. Nivel de atención comprende actividades de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de la salud, de manera tal que, todos los pacientes referidos a esta institución se les ofrezca las acciones preventivas y curativas, tanto a las enfermedades bucales más comunes, así como la atención a los problemas de cáncer intra y extra oral.

Consideremos la significativa frecuencia y distribución del cáncer en nuestro país, y las múltiples manifestaciones bucales recurrentes de los procedimientos terapéuticos el servicio odontológicos debe formar parte de un equipo multidisciplinario, que en coordinación con los otros servicios participe en el diagnóstico y tratamiento de los problemas que afectan la función de masticación, deglución, fonética y protección del sistema estomatognático.

# Estructura o Posición:

El Servicio de Odontología es una unidad que se encuentra ubicado entre las Unidades y Servicios Médicos de Apoyo, dentro del Departamento de Especialidades Médicas, que a su vez pertenece a la Dirección General. Las relaciones externas del Servicio de Odontología se establecen con los demás servicios oncológicos y todos los servicios técnicos de apoyo. La organización interna está constituida por tres secciones:

Sección de Prótesis Máxilo Facial.

Investigación (biopatológica, socio-epidemiológica, clínico - operativa.) Atención al paciente.

# Atribuciones

Las funciones y actividades odontológicas que se realizan en el servicio, tanto a pacientes hospitalizados como de Consulta Externa son:

1. Preventivas:
   1. Higiene buco - dental
   2. Control de placa
   3. Control de dieta cariogénica
   4. Aplicación de flúor
   5. Visitas periódicas
   6. Profilaxis
   7. Toma de Biopsias intra - orales
   8. Curativas:
   9. Extracciones
   10. Restauraciones
   11. Carretajes gingivales
   12. Endodoncia
   13. Remoción de suturas
   14. Curaciones
   15. Atención y apoyo en el quirófano
2. Docentes:
   1. Apoyo a los estudiantes de la Facultad de Odontología
3. Investigación:
   1. Epidemiológica
   2. Bio-patológica
4. Rehabilitación:
   1. Construcción de prótesis máxilo - facial
   2. Control de prótesis
5. Administrativas:
   1. Se realizan dos reuniones mensuales para el análisis de los problemas y necesidades del servicio.

# Área Física:

El área donde labora el Servicio de Odontología y Prótesis Máxilo-facial, se encuentra en la Consulta externa principalmente, aunque también desarrollan funciones en el Salón de Operaciones y Salas de Hospitalización

# Profesionales que actúan en la Unidad:

* Jefe de Servicio
* Odontólogos
* Asistente dental

# Perfil del cargo Jefe de Servicio

**Naturaleza del Trabajo:** El jefe de Servicio se encarga principalmente de coordinar las actividades de la Unidad, tanto clínicas como docentes y administrativas, además es el encargado

de supervisar y evaluar a los funcionarios del Servicio en la ejecución de sus atribuciones y responsabilidades

# Tarea típicas:

1. Planear y organizar el funcionamiento de la Unidad.
2. Evaluar el rendimiento de los funcionarios.
3. Distribuir los horarios de los funcionarios.
4. Solicitar los insumos y equipo necesario para la ejecución adecuada de los procedimientos odontológicos y protésicos de acuerdo a lo razonable y disponible en la Institución.
5. Participar en la atención directa de los pacientes de acuerdo con la disponibilidad de la labor administrativa y técnica como jefe de Servicio.
6. Participar en las comisiones y reuniones técnicas y clínicas a que sea convocado.
7. Mantener un ambiente de trabajo y cordialidad dentro de la Unidad.

# Condiciones que debe reunir:

* Poseer idoneidad como Odontólogo
* Tener una especialidad o entrenamiento en prótesis máxilo-faciales
* Ser funcionario de la Institución por un periodo no menor de 5 años
* Estar en la primera categoría del escalafón médico
* Tener capacidad de organización y liderazgo
* Haber sido escogido por concurso o selección

# Odontólogo especialista

**Naturaleza del trabajo:** El odontólogo especialista es el encargado directamente de la atención del paciente oncológico con problemas susceptible de tratamiento restaurador odontológico acuerdo a los Protocolos o Guías terapéuticas del ION. También debe realizar intervenciones de promoción y profilaxis de problemas odontológicos en pacientes oncológicos

# Tareas Típicas:

* 1. Atención directa de los pacientes asignados mediante la consulta inicial y subsiguiente de acuerdo a los Protocolos o Guías Terapéuticas.
  2. Realizar las intervenciones odontológicas pertinentes solo a pacientes oncológicos y con la finalidad de restaurar la función. En ningún caso se aplicarán tratamientos de odontología general o restauradora a pacientes no oncológicos o a pacientes oncológicos con problemas generales odontológicos que no tengan relación con la patología oncológica.
  3. Realizar visitas diarias a los pacientes hospitalizados y asignados a su cuidado.
  4. Asistir a las reuniones de la Unidad y de la Institución cuando sea convocado
  5. Cumplir con las normas y disposiciones vigentes.

# Condiciones que debe reunir:

* Ser odontólogo, reconstructor o protesista y con idoneidad expedida por el Consejo Técnico de Salud.
* Mantener suficiente capacidad física y emocional que le permita desempeñar adecuadamente su trabajo y relacionarse satisfactoriamente con los colaboradores y pacientes

# Forma de contratación

Haber sido escogido por concurso o por prueba de selección aplicada por las autoridades

# Asistente Dental

**Naturaleza del trabajo: El** trabajo de la asistente dental es el de asistir y ayudar en las labores técnicas y administrativas del la Unidad y específicamente en las labores de los odontólogos especialistas de dicha Unidad

# Tareas típicas

1. Preparar el instrumental previamente lavado y esterilizado para la atención de cada paciente.
2. Preparar el sillón dental y mobiliario para la atención dental.
3. Recibir expedientes clínicos y distribuirlos para cada odontólogo.
4. Preparación de bandejas de instrumental para cada procedimiento dental.
5. Pedido de materiales dentales, revisión de caducidad de cada uno de ellos.
6. Equipar cada cubículo dental con materiales e insumos.
7. Tomar radiografías dentales panorámicas y periapicales.
8. Preparación de reactivos para proceso de revelado de radiografías y verificación de vencimiento.
9. Revelado de radiografía.
10. Pedido de insumos como gasas, etc., en central de Equipo.
11. Pedido de almacén de materiales para utilización del departamento como papelería, papeles toallas, guantes, etc., materiales de aseo, clorox, etc.
12. Retiro de pedido.
13. Esterilización, lavado y empaquetado del instrumental
14. Lubricación de piezas de manos.
15. Lavado de escupideros y secciones.
16. Orientación al paciente en cuanto a su próxima cita.
17. Toma de impresiones dentales para prótesis dentales.
18. Correr modelos.
19. Profilaxis dentales con aplicación de flúor.
20. Trámites administrativos relacionados con el departamento.
21. Recibir y ejecutar las diferentes llamadas del departamento.
22. Verificar que todo esté en orden y limpio entre cada paciente.
23. Solicitar expedientes, laboratorios y patologías necesarios antes de la atención del paciente y buscarlos si es necesario.
24. Al terminar la consulta devolver expedientes a la secretaria de la consulta.
25. Coordinar con la secretaria de sala para la atención de pacientes hospitalizados.
26. Hacer pedidos de material antes de agotarse, anestesias, agujas etc.
27. Pedir útiles de oficina.
28. Verificar que la succión y el compresor estén encendidos al empezar a trabajar y apagarlos al terminar.
29. Drenar la succión y el compresor.
30. Limpieza del área física, desinfectar, sillones, lámparas.
31. Buscar toallas limpias a ropería, llevar toallas sucias a ropería.
32. Verificar que el equipo dental esté en buenas condiciones.
33. Solicitar al personal de Biomédica apersonarse al departamento para reparación de equipo dañado.
34. Cuando requiera una mensajería.
35. Pasar notas necesarias a máquina.
36. Localización de camillas para bajar y subir pacientes a la sala.
37. Asistir en procedimiento quirúrgicos cuando sea necesario

# Condiciones que debe reunir:

Haber completado el entrenamiento de Asistente Dental en la Facultad de Odontología o en una Escuela similar aceptada.

Haber realizado su periodo de Servicio Social

Poseer la Idoneidad expedida por el Consejo Técnico del Ministerio de Salud.

# Forma de contratación:

Por prueba de selección aplicada por el Servicio y las autoridades del Hospital.

# Rutinas: Atención al paciente

|  |  |
| --- | --- |
| Paciente | Previamente programa su cita en trámite de cita.  El día de su cita se reporta con la secretaria de la consulta, trae su tarjeta de cita y su orden de atención expedida en orientación del Seguro Social, o su recibo de caja si no es asegurado |
| Secretaria de la consulta | Trae expedientes al consultorio dental. |
| Asistente | Llama al paciente, le ubica en el cubículo, le solicita que firme su orden de atención si es asegurado.  Prepara el consultorio y el material instrumental para atender al paciente.  Verifica que el paciente entregue su recibo de caja u orden de atención del Seguro Social a la secretaria de consulta |
| Odontólogo | Atiende al paciente.  Orienta al paciente y familiar en cuanto a su próxima cita y laboratorios necesarios. |
| Asistente | Limpia y desinfecta el sillón, lámpara, la succión y el escupidero.  Cambia el instrumental.  Al final de la consulta, recoge los expedientes, hojas de orientación, registro de atención y los entregados a la secretaria de consulta. |

Procedimientos

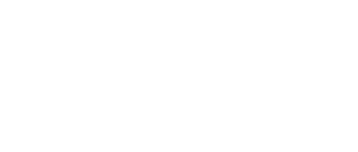
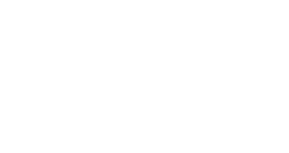
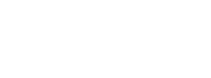
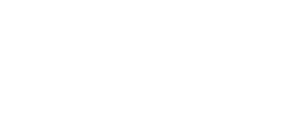
# Manejo odontológico en pacientes oncológicos sometidos a Quimioterapia

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa de Atención** | **Pautas** |
| Antes de la Quimioterapia | Todo paciente candidato a recibir Quimioterapia debe ser referido por el Médico Oncólogo tratante a Odontología. Examen buco-dental completo (incluyendo radiografía panorámica).  Coordinar el tratamiento Odontológico con el Médico Oncólogo antes del inicio de la quimioterapia.  Realizar limpieza y raspado profiláctico a toda la boca. Extraer los dientes severamente comprometidos.  Eliminar la infección pulpar, periapical y periodontal. Orientación al paciente sobre su ingesta nutricional. Instrucciones especiales sobre la higiene oral. |
| Durante la Quimioterapia | Coordinar con el Médico Oncólogo antes del procedimiento dental.  Utilizar profilaxis antibiótica si la cuenta de granulocitos es 2,00/mm3.  Considerar el reemplazo de plaquetas si la cuenta de ellas es 40,000/mm3.  Cultivo de áreas con infección sospechosa. Prescripción de fluoruro tópico para control de caries.  Suministrar instrucciones sobre el cuidado en el hogar (uso del chemobrush, omitir el uso del enjuagues bucales con alcohol y el uso del hilo dental) en pacientes inmunosuprimidos.  Prescripción de enjuagues con Kaopectate con Benadryl y Lidocaína o Sucralfate en pacientes que presentan mucositis.  Prescripción de saliva artificial para dar alivio a la Xerostomía. |
| Después de Quimioterapia | Coordinar con el Médico Oncólogo antes de procedimientos dentales.  Considerar posibles variables hematológicas.  Dar al paciente un programa de visitas dentales periódicas. |





**MANEJO DE COMPLICACIONES ORALES DE LA QT**



Referir a Odontología Oncológica para evaluación y tratamiento dental

Prevención

TMO

Educación al paciente sobre la higiene y el cuidado oral para disminuir las posibles complicaciones

Enfermedad periodontal

Profilaxis dental Terapia de fluor Chemobrush

Remoción de focos sépticos de la cavidad oral

Tratamiento profiláctico

* Hidratación de la mucosa oral con sal y bicarbonato
* Clorexidina al 0.12% enjuagues y expectorantes 15 ml. después de cada comida.
* Uso del Chemobrush.
* Fluconazole 200-400 mg. q/d
* Acyclovir 250 mg/m2 IV q/12 h (si el herpes es positivo)
* Ciprofloxacina 500 mg. Bid

Patología pulpar y periapical

Mucositis

Infección

Hemorragia

SÍ

Mantener plaquetas 20K. Hemostasia tópica (trombina tópica, Amicar, Avitene)

NO

Cultivo

NO

Tratamiento

Tratamiento sintomático

Herpes

Bacterial

Fungal

Quimioterapia estándar

Posible

factor

SÍ

Posible

**infecci**



Hidratación de la mucosa oral con sal y bicarbonato. Enjuagues con clorexidina. Sucralfate suspensión.

Uso de Chemobrush. Analgésicos.



Acyclovir 500mg./m2 IV q 8 (7-10 días)



Antibióticos sistémicos (Vancomicina 1g. IV q12h Ceftacidime

2g. IV q8h)



Fluconazaole iV 400mg qd Anfotericina B

0.5mg/Kg IV qd.

# Manejo odontológico en Pacientes Sometidos a Radioterapia

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa de Atención** | **Pautas** |
| Antes de la Quimioterapia | Todo paciente candidato a recibir Radioterapia en cabeza o cuello debe ser referido por el Radioterapeuta tratante al Servicio de Prótesis Máxilo Facial y Odontología.  Examen buco-dental completo (incluyendo radiografía panorámica). Coordinar el tratamiento Odontológico con el Radioterapeuta antes del inicio de la Radioterapia.  Realizar limpieza y raspado profiláctico.  Extracción de dientes con pronóstico dudoso. (2 semanas antes del inicio de la Radioterapia).  Eliminar la infección pulpar, periapical y periodontal. Restricción del uso de prótesis removibles.  Instrucciones sobre la higiene bucal (uso del cepillo dental, hilo dental y enjuagues con clorexidina).  Orientación de la ingesta nutricional. Confección de aplicadores de flúor neutral. Confección de homogenizadores de cera.  Confección de prótesis portadora de carga (Braquiterapia).  Dar instrucciones de terapia miofuncional para minimizar trismus. |
| Durante la Radioterapia | Coordinar el tratamiento Odontológico con el Radioterapeuta. No se debe hacer extracciones.  Utilización de antibióticos y analgésicos por razón necesaria. Establecer drenaje de absceso en caso necesario.  Continuar con terapia de flúor. Continuar con terapia miofuncional.  Restricción del uso de prótesis removibles. |
| Post - Radioterapia | Coordinar el tratamiento Oncológico con el Radioterapeuta. No se deben hacer extracciones dentales sin haber pasado un mínimo de 2 años de haber terminado la Radioterapia.  Si consideramos hacer extracciones después de haber recibido Radioterapia debe emplearse profilaxis antibiótica.  Se recomienda el uso de anestesia sin epinefrina. Continuar con aplicaciones de flúor permanentemente.  El paciente puede volver a usar prótesis intraoral una vez que la mucosa esté recuperada.  Alivio paliativo de la xerostomía.  Considerar el uso de terapia con oxígeno hiperbárico. Citas periódicas de control y profilaxis dental. |

**Manejo odontológico en Pacientes Sometidos a Cirugía Oncológica.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Programa de Atención** | **Pautas** |
| Antes de la Cirugía | Todo paciente candidato a Cirugía de Cabeza y Cuello debe ser referido por el Cirujano Oncológico tratante a Prótesis Máxilo Facial y Odontología.  Coordinar los tratamientos Odontológicos previos a la Cirugía con el Cirujano Oncológico tratante (profilaxis dental y eliminación de focos sépticos).  Discutir el tratamiento quirúrgico y reconstructivo entre el Servicio de Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica y Prótesis Máxilo Facial.  Coordinar la fecha probable de la cirugía para dar tiempo a la confección de las prótesis o materiales reconstructivos requeridos. |
| Durante la Cirugía | Colocación de materiales de osteosíntesis (barra, mallas, mini-placas y tornillos) para reconstrucción Máxilo Facial.  Colocación de obturadores quirúrgicos.  Extracciones dentales y procedimientos quirúrgicos menores. |
| Después de la Cirugía | Confección y colocación de prótesis obturadoras palatinas interinas. Confección y colocación de prótesis obturadoras palatinas definitivas. Confección y colocación de prótesis faciales.  Control local de su enfermedad en conjunto con el Cirujano tratante. Obtención de biopsias para control de cáncer oral.  Citas periódicas para profilaxis dental y tratamiento odontológicos. |

**Normas generales de la Unidad**

Los efectos de una terapia para cáncer en tejidos bucales y la influencia de tal tratamiento en la atención dental deben ser evaluados y comprendidos claramente. El examen y la historia dental en pacientes con cáncer establecen la línea base para una evaluación futura de cambios bucales.

La Sección tiene la función principal de **p**roporcionar y normar la atención del paciente con cáncer.

Partiendo del principio fundamental que la cavidad bucal es parte integrante e importante del cuerpo humano, debemos mantener la integridad de salud buco-dental mediante las siguientes acciones:

1. Prevenir infecciones secundarias
2. Proporcionar alivio a las complicaciones orales producto de los tratamientos oncológicos.
3. Mantener la adecuada ingesta de alimentos.
4. Rehabilitar protésicamente a los pacientes con deformaciones máxilo faciales, producto de los tratamientos oncológicos.
5. Cooperar en el diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer oral y las de otras áreas del cuerpo con manifestaciones en la cavidad bucal.

Las Normas por secciones, son las siguientes:

# En la Consulta Externa

1. Todo paciente nuevo que ingrese a la Institución debe ser canalizado a la Sección de Odontología y Prótesis Máxilofacial
2. Los pacientes de cirugía, quimioterapia radioterapia, y ginecología actualmente bajo tratamiento o bajo control, que no se hayan integrado a la Unidad Odontológica, es obligatorio que se le canalicen a este servicio.
3. La atención del paciente de Consulta Externa se debe producir como consecuencia de una programación previa.
4. La cantidad de pacientes diariamente programadas deben ser entre 10 - 15 paciente para cada odontólogo de la Unidad y nunca inferior a esto,
5. e Los efectos de una terapia para cáncer en tejidos bucales y la influencia de tal tratamiento en la atención dental deben ser evaluados y comprendidos claramente.
6. El examen y la historia dental en pacientes con cáncer establece
7. la línea base para una evaluación futura de cambios bucales.
8. La Unidad normará la base para la atención del paciente con cáncer

# En el Laboratorio de Prótesis

Las actividades del laboratorio se realizarán cuando las actividades de la Consulta Externa y atención de pacientes de la unidad hospitalizados se haya terminado, ya que el tiempo de dedicación que requiere este tipo de prótesis especializada suele ser muy prolongado y muy dependiente de la existencia de los materiales odontológicos disponibles.

La cantidad de prótesis realizadas dependerá de la disponibilidad de funcionamiento del paciente y de la Institución.

# Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica de Alivio del Dolor (U.C.P.)

**Nombre de la Unidad: Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica de Alivio del Dolor (U.C.P.)**

**Objetivos**

Sus objetivos son:

* 1. Ayudar al paciente con cáncer avanzado que ya no tiene tratamiento curativo, y a sus familiares en un intento de disminuir el sufrimiento y preservar la calidad de vida antes de la muerte, mediante el control del dolor y otros síntomas.
  2. Promover los Cuidados Paliativos y la formación profesional de salud en Cuidados Paliativos.
  3. Disminuir el gasto en salud, al modificar los patrones de atención (reduciendo el número de internaciones y tratamientos que tienen relación costo / beneficio inadecuado); preparar a los familiares para que ofrezcan atención domiciliaria.
  4. Favorecer las condiciones que permitan el fin de la vida en el hogar.

# Etapas de Actividad

La actividad de la Unidad de Cuidados Paliativos se dividirá en tres subetapas: Asistencial, Docente y de Investigación.

# Actividad Asistencial

1. Población: Se asistirá a los pacientes con cáncer avanzado para el control de los síntomas asociados a la enfermedad y dar apoyo emocional, social y espiritual.
2. La unidad de atención: La atención de la U.C.P. estará dirigida a la unidad Paciente

- Familia. Se les brindará atención integral: Control del dolor y de otros síntomas; apoyo psicosocial y seguimiento de duelo.

1. Se destinará tiempo y espacio específicos a las familiares, para darles el apoyo y la educación necesarios para realizar el tratamiento a domicilio.
2. Los Cuidados .Paliativos apoyan el concepto que el equipo tratante está formado por el paciente, el profesional y la familia.
3. La atención será interdisciplinaria, en colaboración con otras áreas del hospital adaptando la terapéutica al estadio de la enfermedad y a las necesidades y deseos del paciente y de la familia, privilegiando la calidad de vida. Se evitará el exceso terapéutico, brindando apoyo, confort y cuidados de calidad en situaciones en que la muerte es inevitable.

El establecimiento de la actividad asistencial comprenderá tres etapas:

* 1. Consultorio y asistencia telefónica para control de síntomas, apoyo e instrucción familiar.
  2. Internación para control de síntomas difíciles e instrucción familiar. Se considerarán las situaciones clínicas que son imposibles de tratar o controlar con atención ambulatoria. Se brindará atención a pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal que padecen síntomas físicos (dolor, nauseas, vómitos, oclusión intestinal, disneas graves y gran distress psicolsocial, etc.
  3. Tratamiento domiciliario: Los Cuidados Paliativos consideran que los pacientes con enfermedad avanzada sin posibilidad de cura, pueden recibir en sus domicilios todas las técnicas de confort y la mayoría de los tratamientos. Se evita de esta manera internaciones innecesarias siempre que contemos con los recursos humanos, tiempo y material básico para el manejo ambulatorio, y logremos en la actividad docente instruir al personal sanitario y familiares sobre la enfermedad en todo su entorno (Se orienta a los familiares para que puedan ellos ofrecer estos cuidados en sus residencias).

# Actividad Docente

1. Se instruye periódicamente al equipo interdisciplinario de Cuidados Paliativos de forma teórico práctico.
2. Se educa a los familiares de los pacientes para el cuidado domiciliario y el conocimiento de la enfermedad.
3. Se elaboró un programa docente y práctico para poder instruir al sanitario y de otras áreas de salud.

# Actividades de Investigación

Se analizarán proyectos de investigación clínica y epidemiológica en las áreas de evaluación y tratamiento de los principales problemas de esta disciplina.

# Recursos Humanos

El equipo debe poseer flexibilidad capaz de adaptarse a las necesidades rápidamente cambiantes del paciente y la familia y a la variabilidad de la disponibilidad de recursos. Son deseables habilidades de comunicación interpersonal y orientación hacia el trabajo en equipo, madurez personal que le capacite para el uso de la experiencia como una fuente de ayuda y compartir roles sin reaccionar defensivamente.

* Médico Coordinador y Jefe del Programa
* Médicos Paliativistas
* Enfermeras Paliativistas
* Psicólogos

Interacciona con otros SERVICIOS como:

* Trabajadora Social.
* Fisioterapia.
* Voluntariado de ADAVION.
* Nutricionista.

# Normas de Funcionamiento

1. La Unidad de Cuidados Paliativos (U.C.P.) respetará los lineamientos de la Dirección del Hospital.
2. La U.C.P. desarrollará actividades de colaboración y en forma integrada con los demás Servicios Médicos del Hospital.
3. La Organización de la Asistencia y de la Actividad docente interna estará a cargo de la U.C.P.
4. Anualmente se elaborará un presupuesto de gastos del Programa de Cuidados Paliativos.
5. El I.O.N. incluirá en su presupuesto anual una partida para le funcionamiento del Programa.

# Normas Administrativas

1. Nombre oficial: Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica de Alivio del Dolor Oncológico.
2. El programa responde al Departamento de Especialidades Médicas.
3. Coordina el Programa el Jefe de la Unidad.
4. La U.C.P. prestará sus servicios de lunes a viernes en horario de 07:00 a.m. a 3:00 p.m.
   1. Las consultas externas se realizarán durante los días lunes y jueves en horario de 7:30 a.m. a 1:00 p.m.
   2. Las visitas a pacientes hospitalizados se realizarán todos los días de 7:00

a.m. a 10:00 a.m.

1. Las consultas intramuros se responderán oportunamente.
2. Si la consulta es urgente la enfermera coordinadora evaluará el caso e informará al médico.
3. Todo paciente de Cuidado Paliativo deberá ser referido a Trabajo Social y Psicología
4. Para la evaluación de pacientes de cuidados paliativos se elaborará una historia clínica donde se integra la atención médica de salud mental de Psicología,

Psiquiatría, Trabajo Social y de igual manera en la evaluación inicial del dolor existe un formulario especial.

1. Si el paciente es dado de alta se debe comunicar a la enfermera coordinadora para el seguimiento ambulatorio y manejo del dolor, apoyo psicológico, social y espiritual al paciente y familiar.
2. El equipo interdisciplinario se reunirá los días miércoles de 10:00 a 11:30 a.m. Estas reuniones tienen carácter educativo como lo es en la presentación de casos clínicos, charlas, consulta para información, consejos, asistencia en el manejo de síntomas, problemas sociales o espirituales del paciente o de la familia, discusiones de preguntas éticas en cuanto a la toma de decisiones e instrucciones a los familiares.
3. Las hospitalizaciones se realizarán por los servicios médicos primarios, previa comunicación con el médico de la U.C.P. cuando se requiera.

# Funciones de los Miembros

1. Coordinador del Programa: Dirige, coordina y administra los recursos.
2. Médico: Los médicos asignados participarán en la atención del paciente, investigación y enseñanza, serán, responsables del tratamiento global del paciente.
3. Médico tratante primario: El médico tratante que refirió al paciente participará con el equipo aprovechando sus conocimientos y con la relación médico – paciente previamente establecido.
4. Subcoordinador del Programa: Dirige, coordina y administra los recursos del programa en ausencia del Coordinador.
5. Fisioterapeuta: La fisioterapia es aplicable a pacientes con enfermedades progresivas avanzadas, a través de esfuerzos de rehabilitación apropiados e individuales. Además de ofrecerle al paciente terminal el mismo amplio espectro de los esfuerzos de rehabilitación que se emprende para los pacientes de otras enfermedades crónicas.

# Fisioterapia.

El rol del fisioterapeuta en el equipo de cuidados paliativos es:

Analizar el potencial del paciente para establecer su capacidad funcional.

Establecer un programa de tratamiento para recuperar al máximo la capacidad funcional. Evaluar el programa periódicamente para adaptarlo a la situación cambiante del paciente.

Varios de los síntomas que presenta el paciente paliativo van a tener un difícil tratamiento y por eso debemos plantearnos prioridades:

Control del dolor y otros síntomas relevantes del paciente. Restauración de la fuerza y movilidad.

Aumento de la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Implicar, en la medida de lo posible, a la familia en todos estos cuidados.

La Fisioterapia en Cuidados Paliativos es un programa de tratamiento activo en el Grupo, con un tipo específico de pacientes. Este tratamiento va destinado a mantener o mejorar unos objetivos muy específicos como la calidad de vida, independencia y confort de los pacientes cuya enfermedad ya no es tributaria de tratamientos curativos.

# Técnicas de Fisioterapia más utilizadas en Cuidados Paliativos

La mejoría en el bienestar y el mantenimiento de la autosuficiencia que puede proporcionar la fisioterapia, se consigue a través de cuatro áreas de intervención:

1. Función Respiratoria: La fisioterapia respiratoria comprende un conjunto de técnicas físicas que se empleaban en un amplio número de padecimientos que originalmente pueden ser muy distintos entre sí, por que tienen en común el compromiso de la función respiratoria. Las técnicas de fisioterapia respiratoria se clasifican en:
   1. Técnicas de drenaje bronquial
   2. Ejercicios respiratorios
   3. Entrenamiento físico general y de la musculatura respiratoria.
2. Analgesia: Con la utilización de medios físicos como lo son el calor, frío, luz, electricidad (TENS).
3. Relajación
4. Masaje Linfático: Neumasaje (bomba jobst)

A través de la comunicación y la coordinación con los técnicos y el equipo interdisciplinario, dirigir el tratamiento fisioterapéutico hacia la adaptación del paciente a sus condiciones ambientales, además de orientar a los familiares para prevenir de esta manera condiciones que aumenten la discapacidad del paciente.

# Farmacia

Contribuirá en la prestación de este servicio ofreciendo las siguientes acciones:

1. Brindar asesoría al paciente, familiares y al equipo de salud con relación al uso racional de los medicamentos.
2. Velar por una adecuada adquisición y almacenamiento de los medicamentos
3. Mantener una existencia adecuada de medicamentos.
4. Velar para que los pacientes de cuidados paliativos cuente con los medicamentos ordenados por el médico.
5. Desarrollar un sistema de farmacovigilancia que permita mantener comunicación con los profesionales de la salud a fin de incentivar la notificación oportuna de sospechas adversas, fallas terapéuticas y farmacéuticas.
6. Asesorar al médico sobre la reglamentación existente para la adquisición y buen uso de medicamentos de control.

# Trabajo Social

Contribuirá en la prestación de este servicio ofreciendo las siguientes acciones mediante la aplicación de la metodología y técnicas propias de la profesión de Trabajo Social, en miras a la satisfacción de las necesidades Biopsicosociales, que permitan una mejor calidad de vida, mayor comprensión de la realidad existente, dirigidas tanto a pacientes de cuidados paliativos como a sus familiares a través de acciones como: entrevistas individuales, reuniones grupales con familiares de estos pacientes, coordinación permanente con el resto del equipo de salud institucional.

Motivo de Referencia

* 1. Todo paciente de cuidados paliativos
  2. Relaciones familiares desfavorables
  3. Problema de vivienda
  4. Problemas económicos
  5. Problemas legales, educativos, culturales, pensiones, etc.

Normas del Trabajador Social

1. Conocer la situación social; Relación causa – efecto, mediante el estudio; diagnóstico, ejecución del plan de acción y evaluación, para el sujeto de su intervención (individuo, familia, grupo y comunidad), a fin de promover su funcionamiento social.
2. Clarifica y discute con el paciente y familiares las implicaciones con relación al problema de salud, orientará sobre el manejo adecuado de la situación y presentar alternativas de solución, según el conflicto social, fortaleciendo las actitudes positivas presentes, tanto en el paciente de atención como sus familiares.
3. Brinda apoyo emocional a pacientes y familiares, procurando la integración familiar a través de promoción de canales de comunicación adecuadas así como la comprensión de la complejidad de la enfermedad terminal y la necesidad del cuidado permanente del paciente, por parte de sus familiares.
4. Ejecuta diferentes roles como: Intercesor, educador, clasificador, facilitador, motivador, realiza además terapia de sostén.
5. Movilizar y promover la utilización de los recursos institucionales y comunitarios en beneficio de la población atendida.
6. Coordinar con el grupo de salud, autoridades y agencias sociales, cualquier ayuda o atención que requiere el paciente o grupo familiar.
7. Organiza, coordina y participa en programa de educación y promoción del programa de Cuidados Paliativos, dirigidos al público y pacientes que asisten a la institución de salud y al personal de la propia institución.
8. Realizar entrevistas intra y extra muros, relacionados con la atención y coordinación que requieran estos pacientes, e involucra a este y su familiar en la búsqueda de solución de su problema. El trabajador social dará seguimiento del caso cuando la situación lo amerite.

# Unidad de Salud Mental

El equipo de Salud Mental (Psiquiatría, Psicólogo, enfermera, especialista en Salud Mental y asistente de psicología, incluyendo la participación de los estudiantes de psicología que realicen su Práctica Profesional en esta Institución) se centra en el paciente y en la familia como unidad de tratamiento.

Partiendo de la consideración de la O.M.S. en cuanto a que el Cuidados Paliativos es uno de los cuatro integrantes en un programa nacional contra el cáncer, trabajamos en coordinación con el equipo multidisciplinario de Cuidados Paliativos para así ofrecer atención a síntomas psiquiátricos y aspectos psicológicos y emocionales del paciente con enfermedad avanzada. En la etapa de la vida próxima a la muerte, la problemática psicológica aparece en mayor o menor grado, pudiéndose observar modificaciones en la conducta y afectividad del paciente así como de su familia; estas modificaciones en la conducta y afectividad del paciente así como de su familia; estas modificaciones se asocian al enfrentamiento con los medios y los hechos vividos, lo que puede producir ansiedad, sentimientos de culpa, etc. La familia del paciente gravemente enfermo y en el enfermo mismo necesita una adecuada atención psicológica, para poder canalizar estos cambios, de forma que afecten lo menos posible la calidad de vida del paciente. El equipo desea establecer una comunicación abierta y directa con el paciente como herramienta para abordar la problemática emocional del mismo. Tanto para identificar sus necesidades como para intervenir sobre ellas. Esto nos lleva a:

* 1. Reducir la ansiedad
  2. Reducir la sintomatología depresiva asociada a la enfermedad.
  3. Incrementar su autoestima personal. Apoyar al paciente a aceptar su rol de enfermo.
  4. Reestructurar las metas y objetivos delimitados por el paciente centrándose en el día a día.
  5. Minimizar los aspectos negativos contingentes a la enfermedad maximizando aquellos que fuesen positivos.
  6. Favorecer la expresión de sus miedos y temores.
  7. Aliviar sus preocupaciones
  8. Reforzar toda actitud e iniciativa positiva.
  9. Extinguir cualquier conducta y actitud desadaptativa.
  10. Atender sus necesidades cognitivas capaces de delegar el aspecto espiritual a un asesor espiritual.
  11. Ayudar al paciente a vencer la apatía mediante la realización de actividades placenteras.

El equipo también se propone:

1. Reducir la angustia que la enfermedad provoca; para así:
   1. Prevenir el duelo patológico. Esto se logra integrando a la familia en todos los cuidados del enfermo. Apoyándoles en el desarrollo del sentimiento de utilidad, que de por sí nos lleva a evitar la claudicación emocional.
   2. Tratamos de favorecer la comunicación verbal y no verbal con pacientes y familiares, cuando se ofrecen terapias, sean estas individuales o grupales.
   3. Animamos a los familiares a la utilización de los diversos recursos personales, familiares, sociales y comunitarios de los que disponen coordinando recursos a través de otros departamentos para afrontar la nueva situación.
   4. Proporcionamos información a la familia para que estos puedan enfrentar el proceso de duelo como tal.
2. Este apoyo se centra en:
   1. Cambios que se efectuarán en el paciente en el curso de la enfermedad.
   2. Pensamientos y reacciones emocionales de la propia familia.
   3. Emociones, pensamientos, comportamientos y alteraciones preceptúales y fisiológicas que puedan ocurrir en la etapa del duelo.
   4. Facilitar el desahogo emocional a través de la expresión de los propios sentimientos y temores.
   5. Ayudarles a aceptar la pérdida del ser querido.
   6. Reseñar la importancia que su presencia tiene para el paciente y reforzar toda conducta y acción encaminada a este fin.
   7. Dotarle de estrategias de enfrentamiento ante el momento actual y ante el futuro inmediato.
   8. Responsabilizar la administración de la medición.
   9. Dar apoyo moral
   10. Informar de los preparativos necesarios para el momento final si fuera necesario.
   11. Anticipar los momentos a los días en que la familia en duelo se pueda sentir más vulnerable y evitar la soledad de ellos.
   12. Realizar un seguimiento luego de la muerte del paciente, dejando abierta la posibilidad de poder contactar con los profesionales si así lo desean.
   13. Brindarle la posibilidad de participar en un grupo terapéutico cuyo objetivo es el desenlace favorable del duelo. Es decir, elaborar un duelo norma.

El equipo de salud mental interviene en diferentes formas con el personal de salud en caso de crisis: ofrecemos docencia y apoyo psicológico a personal dentro y fuera de la institución, buscando una atención acorde a las necesidades de pacientes y familiares. Estas atenciones irán dirigidas según las orientaciones de los profesionales que aquí laboran; ahora bien, trabajamos más comúnmente con técnicas como: imaginería, cognitivo-conductual, relajación de Jacobson, visualización, entre otras.

# Enfermera coordinadora

Es la responsable de evaluar, planear, implementar y valorar los cuidados que se le brindan al paciente oncológico con enfermedad avanzada, en las diferentes salas y en el ámbito de la consulta externa del hospital. Funciones como administrativa, docentes, investigativas y brindando asistencia directa, realizando específicamente las siguientes actividades:

1. Identifica consultas nuevas en las diferentes áreas, a través de visitas diarias, entrevistas con las enfermeras o los familiares según sea necesario e informar al doctor encargado de cuidados paliativos.
2. Valoración de cada paciente y su cuidador primario para ofrecer sugerencias a las enfermeras o los familiares según sea necesario e informar al doctor encargado de cuidados paliativos.
3. Suministra medicamentos, prepara las bombas de infusión y asiste al doctor en procedimientos invasivos de aplicación de analgesia.
4. Orienta al paciente y sus familiares al ser dado de alta o trasladado al hospital de su lugar de origen, procurando el adecuado abastecimiento de medicamentos y refiriéndolos a otros departamentos como nutrición, salud mental, trabajo social y sacerdote, según sea necesario.
5. Responde llamadas telefónicas de pacientes, familiares o personal de salud mental, trabajo social y sacerdote según sea necesario.
6. Atiende pacientes que acuden fuera de cita.
7. Asiste a charlas o seminarios que programe el grupo o la institución para ampliar conocimientos sobre cuidados paliativos.
8. Brinda asesoría al grupo de enfermeras de sala con relación a manejo de medicamentos infusores de analgesia y egreso de los pacientes.
9. Está pendiente del abastecimiento de medicamentos y equipo necesario para la atención de los pacientes referidos a cuidados paliativos ya sean hospitalizados o ambulatorios.
10. Lleva a cabo trabajos de investigación para valorar la atención brindada a los pacientes con enfermedad avanzada.

# Voluntarios

Complementan el trabajo profesional, en varios niveles:

1. Ofrecen apoyo emocional al paciente con enfermedad avanzada y sus familiares.
2. Ofrecen al paciente y sus familiares comunicación abierta y continua, transmitiendo ánimo y esperanza.
3. Capacitamos en la atención del paciente de Cuidados Paliativos, tomando charlas y seminarios organizados para tal fin.

# Nutricionista

La alimentación es una necesidad vital. Por ello el planteamiento de suspenderla o no administrarla en determinadas circunstancias puede ser a primera vista, irracional o antiético. Para resolver esta situación se deben tener principios claros que ayuden a tomar la decisión. El soporte nutricional se utilizará como medio artificial o natural para mantener la vida.

Debe considerarse que un enfermo quien podría no morir de la enfermedad, sino más bien de desnutrición, es un candidato para realizar apoyo nutricional.

El paciente con enfermedad avanzada, requiere de atención multidisciplinaria, es por ello que su filosofía terapéutica se engloba en la frase de Claude Bernard: “si no podemos dar días a la vida, proporcionemos vida a los días.”

# Normas de Atención

1. Todo paciente hospitalizado tiene beneficiario a recibir tratamiento dietético.
2. El nutricionista revisa la cuadrícula del paciente para complementar la información del tratamiento dietético.
3. En la atención del paciente en el Programa de Cuidados Paliativos, el médico coordinador y la enfermera y otro integrante del Equipo, canalizará al paciente y/o familiar al Servicio de Nutrición, para su atención inmediata, según sea el caso.
4. El nutricionista, adecua el tratamiento de manera coordinada con el equipo de Cuidados Paliativos, participa en todas las actividades que sean necesarias para brindar al paciente y familiar la atención que contribuya a proporcionar la mejor calidad de vida posible al paciente con enfermedad avanzada.

# Sacerdote

Prestar los servicios religiosos, consejos espirituales a los pacientes, familiares y al equipo interdisciplinario, teniendo en presente las diversas denominaciones cristianas y religiosas. Participar en la discusión en preguntas éticas en cuanto a la toma de decisiones en las reuniones interdisciplinarias.

# Biblioteca

Contribuirá en la prestación de este servicio ofreciendo las siguientes acciones:

1. Apoyar el desarrollo y educativo del programa de cuidados paliativos.
2. Contribuir al perfeccionamiento integral de cada individuo a través de la organización, procesamiento y difusión de la información.
3. La biblioteca apoya al Grupo de Cuidados Paliativos, con la creación de la base de datos de Cuidados Paliativos, a través de la adquisición del material bibliográfico y no bibliográfico; y se les brindará la información que nos llega a través de libros, revistas, Internet, etc.
4. Ofrecemos información a los familiares y pacientes, en lo referente a los servicios que se ofrecen en los diversos departamentos de la institución y en cuanto a material bibliográfico.
5. Realizamos visitas a los pacientes para brindarles nuestro apoyo a través de lecturas, diálogo, compañía y otros.
6. Apoyamos en la actividad docente que el grupo desarrolle dentro y fuera de la institución.

# Unidad de Infectología y Enfermedades Nosocomiales

**Nombre de la Unidad: Unidad de Infectología y Enfermedades Nosocomiales Estructura Orgánica**

Definición de la Unidad: La Unidad de Infectología y Enfermedades Nosocomiales coadyuva en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de los procesos infecciosos que pudieran comprometer a los pacientes de la institución. De igual forma efectúa las

evaluaciones y propone las medidas encaminadas a prevenir, controlar y/o disminuir la tasa de Infecciones Nosocomiales, así como minimizar el costo-beneficio intrahospitalario mediante el cumplimiento de normas establecidas en el Programa de Infecciones Nosocomiales.

**Estructura o Posición**: La Sección de Infectología y Enfermedades Nosocomiales es subordinada del Departamento de Especialidades Médicas y de la Dirección General. Mantienen relaciones internas con los demás servicios o unidades del ION y en forma externa con los servicios similares de otras instituciones.

# Atribuciones o funciones:

1. Estudio, manejo y tratamiento de los pacientes con patología infecciosa durante su atención oncológica.
2. Brindar la atención médica a los pacientes hospitalizados y/o ambulatorios, estableciendo horarios para la atención en las jornadas regulares de trabajo.
3. Revisar y proponer a la Jefatura de los Servicio, la actualización de los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas.
4. Participar en las reuniones de Docencia, Administrativas y Clínicas Conjuntas semanales de los Servicios y del Hospital.
5. Dirigir la Comisión de Bioseguridad y Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Nosocomiales.
6. Cualquier otra función que se le asigne a la Sección por las autoridades.

**Área física**: La Sección de Infectología y Enfermeddes Nosocomiales presta usualmente sus servicios, en los consultorios ubicados en la Consulta Externa. También atiende pacientes hospitalizados.

# Horario:

Lunes, Martes, Miércoles y Viernes: 7:30 a.m. –10:00 a.m. Consulta Externa

10:00 a.m. a 2:00 p.m. Consulta Hospitalaria. Jueves:

7:30 a.m. - 8:30 a.m. Docencia ION 8:30 a.m. – 10:00 a.m. Consulta Externa

10:00 a.m. a 2:00 p.m. Consulta Hospitalaria.

**Personal**: Los profesionales que actúan en la Sección son:

* Médico funcionario especialista
* Personal de apoyo de Enfermería y Administrativo

# Perfil del Cargo: Médico Infectólogo

**Naturaleza del trabajo:** El médico especialista es el encargado directamente de la atención del paciente oncológico que presentan contaminación o infección pór agentes virales, bacterianos, protozoarios o parasitarios, de acuerdo a los Protocolos o Guías terapéuticas del ION.

# Tareas Típicas:

1. Participar en la atención directa de los pacientes asignados mediante la consulta inicial y subsiguiente.
2. Realizar las intervenciones y procedimientos médicos pertinentes.
3. Atender las interconsultas solicitadas por los demás servicios.
4. Recomendar la inclusión o exclusión de medicamentos.
5. Identificar y controlar los focos nosocomiales.
6. Asistir a las reuniones del Servicio, Departamento y de la Institución cuando sea convocado
7. Solicitar los insumos y equipo necesario para la ejecución adecuada de sus actividades y de acuerdo a lo razonable y disponible en la Institución.
8. Participar en las comisiones y reuniones técnicas y clínicas a que sea convocado.
9. Cumplir con las normas y disposiciones vigentes.

# Condiciones que debe reunir:

Poseer idoneidad como medico especialista en la especialidad médica respectiva. Ser médico de la Institución.

Haber sido escogido por concurso o prueba de selección.

# Unidad de Medicina Interna

**Nombre de la Unidad: Unidad de Medicina Interna**

**Definición de la Unidad:** La Sección de Medicina Interna tiene como principal actividad la atención ambulatoria y hospitalaria e integral de los problemas generales de salud que aquejan a los pacientes que son atendidos en el ION.

**Estructura:** La Sección de Medicina Interna se encuentra dentro del Departamento de Especialidades Médicas y la Dirección General.

# Horario de atención: Atención ambulatoria:

Lunes a miércoles y viernes: 7:00 AM a 10:00 AM. **Atención hospitalaria e Interconsultas de Sala:** Lunes a viernes 10:00 AM a 2:00 PM. **Atribuciones:**

1. Atención clínica del paciente sin diagnóstico preciso.
2. Atención al enfermo pluripatológico.
3. Atención a los procesos mas prevalentes en el entorno hospitalario.
4. Atención a los pacientes en situación de enfermedad aguda o agudizada.
5. Atención clínica de enfermos atendidos en unidades especiales desarrolladas por los internistas tales como enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes sistémicas, de riesgo vascular, metabólicas, cardiopatías, patología hepática, etc.
6. Atención clínica de enfermos en la fase paliativa de la enfermedad.
7. Atención del paciente que presenta una emergencia o requiere atención urgente.
8. Atención médica a pacientes quirúrgicos.
9. Atención a pacientes con enfermedades raras, sin una especialidad bien definida o por el desarrollo de nuevos conocimientos.
10. Atención de las consultas solicitadas por los demás Servicios.

**Área Física:** La Unidad desarrolla sus funciones principalmente en el área de Consulta Externa, en las salas de Hospitalización, Cuidados Intensivos, Trasplante de Médula ósea, Unidad de Atención de Agudos, Quimioterapia y Radioterapia.

# Profesionales que actúan en la Unidad:

Médico Especialista en Medicina Interna.

# Unidad de Salud Mental

**Nombre de la Unidad: Unidad de Salud Mental**

**Definición de la Unidad:** La Unidad de Salud Mental es la entidad responsable de ejecutar el Programa de Salud Mental que tiene como principal responsabilidad, atender al paciente oncológico y sus familiares afectados en su estabilidad psico-emocional producto del diagnóstico y tratamiento oncológico. El acceso a recibir atención en Salud Mental es un beneficiario de todos los pacientes y debe brindarse en forma integral expedita y multidisciplinaria.

**Estructura o Posición:** La Unidad se encuentra dentro del Departamento de Especialidades Médicas y la Dirección General.

# Horarios de Atención: Consulta Externa

Psiquiatría**:** Lunes a jueves: 7:00 AM a 1:00 PM. Psicología: Martes, jueves y viernes: 7:00 AM a 2:00PM.

Programa de Salud Mental: Lunes y miércoles: 7:00 AM a 2:00 PM.

# Atribuciones:

1. Brindar atención integral al paciente oncológico y su familia.
2. Identificar factores de riesgo psicológico o psiquiátricos que dificulten la adaptación adecuada del enfermo al diagnóstico y tratamiento oncológico
3. Establecer tratamientos psicológicos, terapias grupales o atención psiquiátrica de acuerdo al diagnóstico del paciente
4. Identificar limitaciones a nivel familiar que dificulten el apoyo requerido al paciente
5. Realizar el enlace entre los profesionales de la salud con los pacientes y familiares
6. Atención al paciente con Enfermedad terminal y su familia
7. Desarrollar estrategias para la promoción de salud mental a pacientes y familiares de acuerdo a sus necesidades biopsicosociales.
8. Asesorar en Programas de Promoción de conductas saludables a los funcionarios que laboran en la institución.
9. Participar en Actividades de Docencia en Salud Mental a nivel local y nacional
10. Apoyar el manejo de los Duelos asociados a la enfermedad y por muerte de pacientes

**Área Física:** La Unidad desarrolla sus funciones principalmente en el área de Consulta en el 1er piso, en las salas de Hospitalización, Cuidados Intensivos, Trasplante de Médula ósea, Unidad de Atención de Agudos, Quimioterapia y Radioterapia en donde se debe

proveer del ambiente físico y social adecuado a pacientes, familiares y funcionarios que laboran en la Institución, que promuevan ambientes saludables para el manejo del estrés asociado a la patología oncológica.

# Profesionales que actúan en la Unidad:

Psiquiatra Psicólogo Clínico Psicóloga General.

Enfermera de Salud Mental.

# Perfil del cargo Médico Psiquiatra

El psiquiatra es el líder del equipo de Salud mental. Sus funciones son las de coordinar el trabajo del equipo y además desempeñar las atribuciones propias del personal médico en cuanto a la atención enfocada en su especialidad realizando los diagnósticos pertinentes a cada caso definiendo las terapias específicas . Las condiciones que debe reunir son las siguientes:

* Título de Psiquiatra General, con formación en Psicooncología y Cuidados Paliativos.
* En su defecto, 5 años o más de experiencia en atención de pacientes con cáncer
* Experiencia en el manejo de pacientes de Cuidados Paliativos
* Capacidad de trabajo en equipo con capacidad de liderazgo
* Evaluación por un personal idóneo en el área

# Psicólogo clínico

El trabajo del Psicólogo Clínico es el de estudiar y analizar los problemas emocionales de los pacientes del ION y aplicar terapia propias de su especialidad para cada tipo especifico de desorden emocional de los pacientes. Las condiciones que debe reunir son:

* Psicólogo General con título de maestría en Psicología Clínica validado por la Universidad de Panamá.
* Con capacitación en Psicooncología y Cuidados Paliativos.
* Experiencia laboral en atención de pacientes con cáncer y sus familiares.
* Aptitud de trabajo en equipo
* Haber sido evaluado por un profesional idóneo en el área

# Psicólogo General

La naturaleza del trabajo del Psicólogo general consiste en aplicar evaluaciones generales del estado emocional de los pacientes y del personal del ION. Las condiciones que debe reunir, son:

* Con título de Psicólogo General
* Con estudios complementarios en Psicooncología y Cuidados Paliativos
* Experiencia de trabajo hospitalario en la atención de pacientes y familiares
* Aptitud de trabajar en equipo
* Haber sido evaluado por un profesional idóneo en el área

# Enfermera especialista en Salud Mental

La naturaleza del trabajo de la Enfermera especialista en Salud Mental es realizar labores propias de enfermería dentro del área de Salud Mental y cumplir con las normas de atención propias de su especialidad, además debe cumplir con las atribuciones definidas por el Departamento de Enfermería y que se refieren a la especialidad de enfermería en Salud Mental. Las condiciones que debe reunir, son:

* Tener la especialización en Salud Mental y Psiquiatría
* Experiencia laboral en la atención de pacientes con cáncer
* Experiencia en atención de pacientes de Cuidados Paliativos y sus familiares
* Capacidad de trabajo en equipo
* Evaluación por un profesional idóneo en el área.

# Rutinas de Atención

**Atención individual al Paciente y Familiar en Consulta Externa**

* Pacientes referidos por especialistas, y otros miembros del equipo de salud mental.
* Pacientes y familiares que soliciten ser atendidos por salud mental - libre demanda.
* Pacientes y familiares referidos por los grupos voluntarios y otros profesionales de la salud.
* Pacientes de nuevo ingreso al hospital
* Pacientes que vana ser tratados con quimioterapia
* Pacientes nuevos de ginecología, y radioterapia.
* Pacientes programados para cirugía oncológica.
* Pacientes que van a ser sometidos a cirugías mutilantes con cambio del esquema corporal.
* Pacientes que van a recibir transplante de médula ósea, ya sea autólogo o alogénico.
* Familiares donantes de transplante de médula ósea.
* Pacientes de Cuidados Paliativos

# Terapias Grupales

Se aplica a Pacientes y Familiares en las siguientes situaciones:

1. Terapias de pacientes de quimioterapia - dirigido a pacientes y familiares.
2. Terapias de pacientes Masctectomizadas asisten pacientes y familiares.
3. Terapias de pacientes que reciben lodo y Cesio intrauterino, asisten pacientes y familiares.
4. Terapias de pacientes Ostomizados y Traqueotomizados dirigidas a pacientes y familiares.
5. Terapias a familiares de pacientes terminales.
6. Terapias a pacientes de radioterapia.
7. Terapias a familiares de pacientes oncológicos ante situaciones de crisis asociadas a la enfermedad o al tratamiento oncológico.
8. Terapia de pareja de pacientes Mastectomizadas y de cirugías ginecológicas.
9. Terapia a familiares de pacientes fallecidos que presenten dificultad en la elaboración del duelo.

# Atención de Urgencias - Intervención en Crisis

1. Situaciones de crisis de pacientes y familiares ante el diagnóstico de la enfermedad.
2. Pacientes con dificultades de adaptación a tratamientos de quimioterapia
3. Pacientes con reacciones agudas de ansiedad en tratamientos de Yodo y Cesio
4. Atención de crisis por el duelo del familiar ante la muerte del paciente.
5. Evaluación del paciente con crisis emocionales que se presenten en cualquier momento de la enfermedad oncológica.
6. Apoyo a personal médico y otros trabajadores de la salud ante crisis emocionales producto del estrés laboral.

# Participación en el Equipo de Cuidados Paliativos

1. Participación en la discusión integral del manejo de los pacientes de Cuidado Paliativo.
2. Manejo de los síntomas psicológicos y psiquiátricos de los pacientes de cuidados paliativos.
3. Colaboración en la docencia en Cuidados Paliativos a profesionales de la salud, pacientes, familiares y voluntarios y otras instituciones que lo soliciten.
4. Atención domiciliaria a los pacientes de Cuidados Paliativos.
5. Soporte emocional al equipo de cuidados paliativos.
6. Intervención preventiva en el equipo de Cuidados Paliativos para el manejo de las pérdidas

# Interconsultas

1. Captación, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes hospitalizados que presenten trastornos psicológicos o psiquiátricos.
2. Manejo de urgencia de las reacciones de duelo de familiares por muerte del paciente.
3. Realizar actividades de enlace para facilitar la comunicación entre los profesionales de la medicina los pacientes y sus familiares que permita una atención adecuada.
4. Intervenir en situaciones de crisis que afecten la atención de los pacientes.
5. Evaluar el estado emocional de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, con énfasis en los casos de cirugías mutilantes, con cambios del esquema corporal.
6. Evaluación y atención de los pacientes del programa de Transplantes de médula ósea cuando sea requerido
7. Evaluación y manejo de los pacientes de Cuidados Intensivos a solicitud del médico tratante.

# Actividades de Docencia

1. Docencia a estudiantes de Psicología, Trabajo Social, Medicina de las Universidades de Panamá.
2. Asesoría en trabajos de graduación a estudiantes universitarios a nivel de pre y pos grado.
3. Capacitación a profesionales de la Salud en el área de psicooncología y Cuidados Paliativos.
4. Docencia en Cuidados Paliativos a funcionarios de salud a nivel local y nacional.
5. Participación en las actividades de docencia internas y externas del Instituto Oncológico.
6. Docencia a los grupos voluntarios del hospital en temas de Cuidados Paliativos y el manejo de las emociones.

# Actividades Comunitarias

Participación en la proyección comunitaria del Instituto Oncológico a través de artículos en revistas, periódicos, charlas y conferencias.

# Reacciones a Estrés grave y Trastornos de Adaptación (F43)

Generalmente se asocia a las situaciones nuevas que generan altos niveles de estrés, el diagnóstico oncológico y la percepción de muerte futura, el temor al tratamiento y la perdida de la autonomía. Cambio de roles. Puede presentarse en cualquier momento de la atención oncológica.

Se maneja con Psicoterapia breve con énfasis en el foco que es el cáncer se trabaja en 2 a 3 sesiones con el objetivo de fortalecer los mecanismos de afrontamiento, fortaleciendo recursos personales y de ser necesario se utilizan ansiolíticos (benzodiazepinas), antidepresivos tricíclicos, Inhibidores de la recaptura de serotonina e hipnóticos.

# Factores psicológicos y del Comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54)

Se brinda información al paciente acerca de la enfermedad oncológica y el tratamiento, haciendo énfasis en los recursos personales positivos paciente y la familia.

# Trastornos de Ansiedad (F41)

Se presenta síntomas de ansiedad secundarios a cambios en la condición de salud, generalmente existen antecedentes de episodios previos de ansiedad e historia familiar de estos trastornos.

El tratamiento se establece de acuerdo al tipo de desorden de ansiedad y el manejo del evento desencadenante.

Psicoterapia de apoyo-breve de base cognitiva,

Terapia de relajación, musicoterapia, imaginería, ejercicios físicos, caminatas y actividades artísticas.

Uso de ansiolíticos, benzodiazepínicos, antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptura de Serotonina.

Casos de estrés pos-traumático y desórdenes fóbicos se recomiendan los antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina.

# Otros Trastornos de Ansiedad (F41)

Coexisten trastornos de ansiedad con síntomas depresivos, episodios de trastornos de pánico, que existen en forma premórbida a la enfermedad oncológica que se agudizan o reaparecen. Antecedentes familiares frecuentes.

Manejos con ansiolíticos, benzodiazepinas, triciclícos, antidepresivos, inhibidores de la recaptura de serotonina, inhibidores de monoaminoxidasa, anticonvulsicantes.

# Trastornos Depresivos (F33)

Duración corta auto-limitada, en ocasiones con pocos síntomas, en otras puede presentarse en forma severa con síntomas psicóticos.

Manejo ambulatorio es el de elección con psicoterapia de apoyo y antidepresivos triclícos, inhibidores de recaptura de serótina, antipsicóticos de ser necesario, anticonvulsivantes e hipnóticos.

En casos graves requiere hospitalización.

# Delirium no inducido por Alcohol u otras Sustancias Psicotropas (F05)

Síntomas de delirio se asocian generalmente a problemas metabólicos, deshidratación, efectos secundarios a medicamentos tales como corticoides, medicamentos quimioterapéuticos y anestésicos.

Existencia de enfermedad del sistema nervioso central, metástasis, infecciones, trauma craneoencefálicos.

El manejo inicial es establecer la causa del delirio para dar el tratamiento específico.

Si es necesario la sedación se debe realizar con Butirofenonas (Haldol), anticonvulsivantes y en ocasiones es útil los antipsicóticos atípicos (risperidona, Olanzapina).

# Trastornos Mentales y de Comportamiento debido al Consumo de Opioides (F11)

El uso de opioides como tratamiento en lo frecuente en el control del dolor nos enfrenta a cuadros de delirios por opioides, por toxicisidad o por cuadros de abstinencia.

Existen otros trastornos psicológicos y psiquiátricos en menor frecuencia que son manejados de acuerdo a las normas.

# Unidad de Cardiología y Electrocardiografía

**Nombre de la Unidad: Unidad de Cardiología y electrocardiografía Objetivo**

Proveer atención especializada a los pacientes que acudan a la Sección de Cardiología manteniendo un estándar sobresaliente de calidad y humanismo.

# Consulta Externa de Cardiología

Son funciones de la Sección de Cardiología:

* 1. Dar seguimiento a pacientes ambulatorios que requieren de revisiones periódicas.
  2. Evaluación Preoperatoria a Pacientes que están en lista de espera para cirugía electiva que tengan diagnóstico Oncológico.
  3. Evaluación a Pacientes que van a recibir TMO.
  4. Pacientes que van a ser sometidos a tratamientos de Quimioterapia con drogas altamente cardiotóxicas y el seguimiento de los mismos.
  5. Evaluación y seguimiento de Pacientes con metástasis a pericardio.
  6. Evaluación y Seguimientos de Pacientes con Pericarditis Post Radioterapia.
  7. Seguimiento de pacientes que han desarrollado función sistólica comprometida durante su tratamiento oncológico.
  8. Atención de Pacientes con Sospecha de TVP y TEP (Diagnóstico, Prevención y Tratamiento).
  9. Control de pacientes con Hipertensión Arterial hasta compensarlo y luego derivarlo a la atención primaria.
  10. Evaluación y seguimientos de pacientes con Cardiopatía Isquémica inestable, pacientes con Antecedentes de By pass, con angioplastías, pacientes con antecedentes de ventanas pericárdicas, Insuficiencias cardíacas agudas y crónicas para así brindarles una mejor calidad de vida en base a tratamientos farmacológicos.
  11. Las Interconsultas se realizarán al ser solicitadas por el Servicio Médico tratante del paciente, como parte del tratamiento integral de alguna afección cardiaca.
  12. En la atención del paciente, el médico cardiólogo y personal que le asista, promoverán un ambiente de respeto, confort, confidencialidad en la atención del paciente. Por lo tanto, no se permitirá el uso de radios con música, interrupciones como llamadas a la puerta de manera poco cortés o grosera, entrega de cuadrículas teniendo en la puerta un lugar para dejarlas sin tener que interrumpir la relación de atención individualizada del médico – paciente. De darse esta situación se hará los reportes correspondientes a los jefes del personal que incurra en estas faltas.

# Horarios de Atención

**Consulta Externa:** De Lunes y Martes: 7:00 AM a 11 AM.

Miércoles a Viernes 9:00AM a 11: AM

# Actividades y Responsabilidades del Medico Cardiólogo en Sala

1. Horario de atención Sala: 12:00 PM A 3:00 PM
2. Responder las Interconsultas No Urgentes en un período no mayor a las 24 hrs. Después de haber sido solicitada la interconsulta.
3. Las Interconsultas solicitadas en sala deben ser reportadas de inmediato una vez sean escritas en el expediente del paciente por el médico tratante. No se permitirán que se notifiquen tardíamente las Interconsultas por parte del personal de enfermería y de no cumplirse con esta establecido se realizarán los reportes correspondientes.
4. Las Interconsultas de urgencias serán evaluadas de inmediato o lo antes posibles por el médico cardiólogo. A continuación se mencionan las patologías que se tomarán en cuenta para este tipo de evaluaciones:
   1. Paro Cardiaco.
   2. Síncope.
   3. Cardiopatía Hipertensiva severas (presión arterial diastólica en 110 mm Hg).
   4. Infarto Agudo del Miocardio.
   5. Insuficiencias Cardiacas Congestivas Agudas.
   6. Arritmias (Bradicardias Severas 40 por minutos, Taquicardias Supraventiculares 160 por minutos o mas, Fibrilación Ventricular).
   7. Sospecha de Cardiotoxicidad sospechosa mediante la administración del tratamiento al paciente.
   8. Síndrome de Vena Cava Superior.
   9. Taponamiento Cardiaco.
5. Evaluaciones preoperatoria en sala sólo de urgencias, pues las cirugías electivas las evaluaciones Preoperatorias deben ser solicitadas ambulatoriamente. De no cumplirse con este parámetro se realizaran las notificaciones correspondientes con el jefe del servicio del funcionario.
6. La las Interconsultas serán respondidas cuando se cuente con el motivo claro de la misma y que estén escritas en la hoja de Interconsultas.
7. Solo se responderán las consultas realizadas por médico funcionarios.
8. El manejo inicial en las Interconsultas de urgencias y no urgentes será realizado por el médico funcionario de paciente o el médico general de turno, hasta tanto llegue el médico cardiólogo a evaluar al paciente. Bajo ninguna circunstancia se permitirá que se solicite la interconsulta y no se tomen las mediadas de soporte inicial, más si esta compromete la vida del paciente.
9. Las Interconsultas en las áreas críticas: Salón de Operaciones, Sala de Recuperación de Anestesia y Unidad de Cuidados Intensivos. Se tomaran como parámetros de Interconsultas de Urgencias que se mencionarán a continuación. Si el paciente presenta estas condiciones de urgencias el médico cardiólogo se vestirá con ropa del salón de operaciones y evaluará el paciente en el quirófano, como siempre se ha hecho.
10. Se contestarán lo antes posible estas evaluaciones.
    1. Paro Cardíaco.
    2. Sincope.
    3. Cardiopatía Hipertensiva Severa (Mínimo una presión diastólica de 110 mm Hg sostenida y haberle ya administrado el paciente analgésicos, debe habérsele dado confort térmico, entre otras medidas).
    4. Infarto Agudo del Miocardio.
    5. Insuficiencias Cardiacas Congestivas Agudas.
    6. Arritmias (Bradicardias Severas 40 por minutos, Taquicardias Supraventiculares 160 por minutos o más, Fibrilación Ventricular).
11. Igual manera es responsabilidad el médico tratante y el anestesiólogo del paciente debe brindar las medidas de atención y de soporte vital al paciente hasta tanto llegue el médico cardiólogo al área. De no cumplirse con este parámetro se realizaran las notificaciones correspondientes con el jefe del servicio del funcionario.
12. Solo se contestarán las Interconsultas de urgencias en estas áreas con los parámetros establecidos anteriormente, puesto que todo funcionario es idóneo en el manejo y atención de los pacientes. Al igual que en sala el funcionario debe colocar el motivo claro de la interconsulta de urgencias la cual debe tener fundamento médico.

# Servicios de atención de tipo agudo a pacientes oncológicos

Consiste en la atención de los pacientes con problemas oncológicos de tipo agudo que requieran atención inmediata por un máximo de seis (6) horas, esto incluye la atención en Unidad de Atención de Agudos. Este servicio es brindado por médicos generales los cuales reportarán condiciones de urgencias en los pacientes que a continuación se mencionará, dicha evaluación se realizará en un horario de lunes a viernes de 7:00 AM a 3: 00 PM.

Las condiciones por las cuales se notificara al médico cardiólogo son las siguientes:

1. Paro Cardiaco. (UCI ION)
2. Síncope. (Confirmado Traslado a C. H. Dr. A. A. M. O H.S.T.)
3. Cardiopatía Hipertensiva severa (presión diastólica 110 mm Hg).
4. Infarto Agudo del Miocardio. (Confirmado Traslado a C. H. Dr. A. A. M. O H.S.T.)
5. Insuficiencias Cardiacas Congestivas Agudas. (Ingreso al ION)
6. Arritmias (Bradicardias Severas 40 por minutos, Taquicardias Supraventiculares 160 por minutos o mas, Fibrilación Ventricular). (UCI ION)
7. Sospecha de Cardiotoxicidad sospechosa mediante la administración del tratamiento al paciente.
8. Síndrome de Vena Cava Superior. (Ingreso a ION)
9. Taponamiento Cardíaco. (Confirmado Traslado a C. H. Dr. A. A. M. O H.S.T.)

Nota: cuando el paciente requiera del ingreso hospitalario el mismo lo realizará el servicio de Ginecología, Oncológica Médica, Cirugía Oncológica. Radioterapia, Hematología Oncológica y el servicio de cardiología brindará el apoyo necesario para la estabilización del paciente.

Cuando el paciente requiera de la transferencia a otra institución de salud por una patología que no puede ser manejado en el ION por ejemplo Infarto agudo del Miocardio que se maneja en unidad coronaria debe realizar el trámite de traslado el médico de urgencia de turno del servicio de Unidad de Atención de Agudos.

# Evaluación Preoperatoria

El paciente debe ser evaluado varias semanas antes del procedimiento. Este tiempo permite anticipar las intervenciones y evita demorar innecesariamente el procedimiento quirúrgico.

En la consulta prequirúrgica deben evaluarse cuidadosamente los antecedentes del paciente, considerando los motivos de la cirugía, los antecedentes quirúrgicos y las experiencias anestésicas previas.

La medicación que recibe el paciente debe ser detallada, incluyendo también los medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos pueden necesitar ser ajustados en el perioperatorio. Los antiinflamatorios no esteroideos deben ser suspendidos una semana antes del procedimiento para evitar riesgos de sangrado.

Debe interrogarse sobre tabaquismo y consumo de alcohol.

El soporte social con que cuenta el paciente y sus necesidades en el postoperatorio deben ser considerados.

La consulta prequirúrgica es también una importante oportunidad para evaluar aspectos del paciente más allá del procedimiento quirúrgico. Si bien debe quedar claro que la evaluación prequirúrgica no sustituye los servicios preventivos habituales ofrecidos por el sistema de salud, es sin embargo una buena oportunidad para trabajar con el paciente sobre prácticas preventivas generales e iniciar o continuar aspectos educativos.

Se describen a continuación los aspectos más importantes en la evaluación clínica prequirúrgica:

1. Historia Clínica
   1. Alergias e intolerancias a medicamentos u otros agentes (especificar el tipo de reacción)
   2. Problemas médicos
   3. Historia quirúrgica
   4. Traumas
   5. Medicación actual (tanto la indicada para tratamiento médico como de venta libre o autoprescrita)
2. Interrogatorio orientado al procedimiento y tipo de anestesia que recibirá el paciente:
   1. Estado actual de los problemas médicos
   2. Estado cardiaco
   3. Estado pulmonar
   4. Hemostasia (historia personal o familiar de sangrados anormales)
   5. Posibilidad de anemia
   6. Posibilidad de embarazo
   7. Historia personal o familiar de problemas anestésicos
   8. Tabaquismo
   9. Alcoholismo
3. Exploración
   1. Estado general
   2. Examen físico
   3. Peso y talla
   4. Signos vitales, tensión arterial, pulso (frecuencia y regularidad), frecuencia respiratoria
   5. Examen cardiaco
   6. Examen pulmonar
   7. Laboratorios prequirúrgicos adecuados a la cirugía programada.
4. Otros

NOTA: Se consideran aceptables los estudios de laboratorio y gabinete que tengan menos de tres meses de realizados.

# Electrocardiografía

**Toma de los Electrocardiograma:**

Pacientes hospitalizados: 7:00 AM a 9:00 AM Pacientes ambulatorios: 9:00 AM a 3:00 PM EKG de Urgencia: Tan pronto sean solicitados.

**Interpretación de Electrocardiograma:** De 11:00 AM A 11:30 AM, de lunes a viernes en presencia del personal de electrocardiografía, quien tendrá la responsabilidad de llevar el libro record de registros de los detalles de la interpretación de electrocardiogramas, realizará los informes mensuales de los electrocardiogramas y la trascripción de inmediato a máquina sin utilización de siglas (queda terminantemente prohibido la utilización de siglas y /o abreviaturas) la interpretación dada por el médico cardiólogo. En las situaciones de urgencias, los EKG se interpretarán tan apronto sean tomados.

Requisitos

1. El electrocardiograma debe tener:
   1. Nombre y apellidos del paciente (escritos automáticamente por la máquina).
   2. La fecha y Hora (escritas automáticamente por la máquina).
   3. La cédula de identidad personal como único registro de identificación del paciente.
2. Solo se tomarán e interpretaran los electrocardiogramas que cumplan con los requisitos:
   1. La solicitud de electrocardiograma debe contar con:
      1. Nombre completo del paciente
      2. Edad
      3. Sexo
      4. Tensión arterial
      5. Síntomas o motivo por el cual se solicita dicho examen.
      6. Medicamentos con nombre genérico, dosis, vía de administración del medicamento y horario de administración.
      7. Diagnóstico.
      8. Fecha de la solicitud
      9. Firma identificable con el sello del Médico que envía la orden.
3. Una vez cumpla con el requisito mencionado anteriormente, se procederá a la toma e interpretación del EKG si cuenta con los siguientes parámetros:
   1. Estandarización correctamente impresa a 1 voltio al iniciar el trazo.
   2. La impresión nítida de las 12 derivaciones.
   3. D2 largo al final que cuente con más de 12 latidos en su impresión.
   4. Colocación correcta de los electrodos así: precordiales debidamente colocadas a partir del ángulo de Luis que es el segundo espacio intercostal, contar hasta el cuarto espacio intercostal paraesternal beneficiario y colocar V 1, en cuarto espacio intercostal izquierdo colocar V2. Identificar la línea hemiclavicular izquierda y trazar una línea perpendicular izquierda que vaya hasta el 5to espacio intercostal izquierdo y colocar V4. Entre V4 y V2 colocar V3. Línea axilar anterior en el quinto espacio intercostal izquierdo hemiclavicular colocar V 5 y línea axilar media quinto espacio intercostal colocar V6, sino coloca los electrodos debidamente las interpretaciones serán debatibles en perjuicio del paciente.
   5. El electrocardiograma debe quedar inscrito en una sola hoja.
      1. Al finalizar de tomar el electrocardiograma los cables del mismo deberán colocarse sin doblarlos o acodarlos. De no ser así, al equipo (cables) se le dañará la fibra óptica y en caso de daño permanente, el personal que utilizó el equipo será el responsable de los cargos correspondientes en dinero o compra de las piezas del equipo, además de las sanciones administrativas que tengan a lugar.
      2. El equipo cuenta con 6 perillas, una mesa portátil, batería recargable, cada vez que se toma un Electrocardiograma se limpiará con solución desinfectante recomendada por el equipo de nosocomiales del ION para así evitar infecciones cruzadas. De no cumplirse con estas indicaciones se tomaran las medidas correspondientes.
4. Los electrocardiogramas de sala y de pacientes ambulatorios serán anexados a su cuadrícula el mismo día que han sido interpretados.
   1. Los electrocardiogramas tomados en sala, la técnica debe bajar la respectiva solicitud y el trazo para ser interpretados a la hora indicada, no permitirán que se dejen los mismos reposando en la cuadrícula sin ser interpretados. De ser tomado en turnos donde no se cuente con un personal de electrocardiografía, inmediatamente al día siguiente la enfermera de piso o el área donde se tomó el electrocardiograma enviará el trazo para la interpretación y su registro correspondiente en el libro de record.
   2. Se tomaran electrocardiograma de urgencia inmediatamente siempre y cuando el paciente que ya ha sido evaluado por un médico de la institución y presente las siguientes signos o síntomas:
      1. Dolor precordial que se instala con el esfuerzo o que se exacerbe con el esfuerzo, si quedara la duda escríbalo, (el paciente diabético tiene el riesgo de presentar en un 15% de los casos Infarto Agudo del Miocardio sin presentar precordalgia) ante la duda solicítelo urgente.
      2. Paciente con Bradicardias severas (40 por minuto o menos) o Taquicardias Supraventiculares (150 por minutos por minutos o mas). Hipotensiones severas o Shock (80/50 mm Hg).
      3. Cardiopatías Hipertensivas (210/110 mm Hg). Solicite el electrocardiograma de inmediato y notifíquele a su superior. Además ese electrocardiograma será interpretado por el cardiólogo de inmediato.
   3. Electrocardiogramas que se toman fuera de la institución deben cumplir con los requisitos mencionados anteriormente, de no contar con estos requisitos el paciente se le dará nueva cita para su evaluación.
   4. Es responsabilidad de la asistente o auxiliar de enfermería orientar a la paciente que vaya a traer un trazo de electrocardiograma tomado fuera de la institución sobre los parámetros y exigencias que debe contar dicho trazo. No se aceptaran informes de Electrocardiogramas sin trazo original.
   5. El electrocardiograma tendrá vigencia de 3 meses.

**Nota:** Se solicitará a partir de la fecha la calibración de este equipo cada 4 meses. (Adjunto formulario de registro).

# Es deber del médico Cardiólogo:

Asistir a la Reunión los días miércoles de Sesión Conjunta de Oncología Médica de 7 AM a 8:30 AM, los jueves de 7:30 AM a 8:30 AM Docencia Médica, Viernes Visita del Servicio de Oncología Médica de 7:30 AM a 9:00 AM. Para estos días la consulta externa se iniciará a las 9:00 AM hasta las 11:00 AM, al finalizar con estos compromisos médicos.

Es responsabilidad de la asistente o auxiliar de enfermería llamar a cada paciente que fue citado para su atención. De no contestar al llamado se voceará en número de 3 veces y se procederá ha esperar al paciente hasta las 11: 00 AM horario de atención en consulta externa. Si el paciente llegará fuera del horario de atención en consulta externa se le dará nueva cita.

Es responsabilidad del personal de Registros Médicos tener las cuadrículas de los pacientes citados completas y a tiempo para el inicio de la jornada a las 7:00 AM.

Dentro de Consulta Externa se evalúan los pacientes que acuden por primera vez a este servicio complementario y deben cumplir con los siguientes requisitos:

Electrocardiograma que debe haber sido tomado e interpretado con antelación a la atención del paciente y debe estar anexado al expediente para el día de su cita (no se interpretará el electrocardiograma y se evaluará al paciente el mismo día de la cita).

Criterios para tomar EKG a los pacientes: se tomarán electrocardiograma a paciente de 35 años de edad en adelante, todo paciente que tenga antecedentes patologías cardíacas o sintomatología sospechosa de patología cardiaca a esclarecer.

Radiografía de tórax (Ver cuadro de Criterios de Radiografía de Tórax). Laboratorios:

Hemograma, Pruebas funcionales renales, Glicemia, TP TPT, Urinálisis, PCR, HIV, VDRL, Tipaje y Rh, Marcadores tumorales según criterio del médico oncólogo tratante.

Nota: Estudios Complementarios Especializados (Ecocardiograma bidimensional o transesofágico) serán solicitados al HST y C. H. Dr. A. A. M., previa realización de un resumen pormenorizado de la condición y evolución del paciente. Estas pruebas serán solicitadas exclusivamente por el médico cardiólogo.

**Multi Unit Gated Analisis (MUGA).** Este estudio lo realiza el Dr. Luis Felipe Chen en Medicina Nuclear del ION. Nos proporciona con exactitud la fracción de eyección y otros parámetros. Esta prueba debe ser solicitada exclusivamente por el médico cardiólogo.

**Holter y Prueba de Esfuerzo Graduada (PEG).** Actualmente se realzan con el apoyo del HST Y CH. Dr. A. A. M.

# Unidad de Gastroenterología y Endoscopia

**Nombre de la Unidad: Unidad de Gastroenterología y Endoscopia**

**Definición de la Unidad:** La Sección de Endoscopía es el órgano encargado de los procedimientos invasivos con la visión directa de la estructura interna de algunos órganos a través de orificios, naturales o no, para el diagnóstico y tratamiento de patologías de esos órganos. Son más frecuentemente usados en el aparato digestivo, en el respiratorio y en la cavidad abdominal.

# Estructura o posición:

La Sección de Endoscopia está subordinada administrativamente al Servicio de Oncología Médica y está interrelacionada con las demás unidades de los Servicios Oncológicos y de Diagnóstico y Apoyo terapéutico, así como con Enfermería y con Mantenimiento.

# Atribuciones:

* Efectuar procedimientos endoscópicos para diagnóstico y tratamiento, a pedido del médico.
* Emitir su veredicto sobre los exámenes efectuados.
* Efectuar biopsias de tejido y tumores.
* Mantener el archivo fotográfico de los procedimientos efectuados.
* Mantener el archivo de los veredictos emitidos para futura comparación de resultados o de evaluación del paciente.

# Caracterización - Elementos:

Sala de exámenes con tubería de oxígeno y vacío.

Sala para el veredicto médico y archivo fotográfico de los exámenes. Sala para el Sector de Expedientes.

# Profesionales que actúan en la Unidad

Jefe de la Sección de Endoscopía (Médico Endoscopista). Auxiliar de Enfermería.

Secretario.

# Perfil del cargo Médico Endoscopista

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución que consiste en asistir a pacientes a nivel de especialista y efectuar los procedimientos endoscópicos atendiendo a la solicitud del médico que asiste al paciente.

# Tareas Típicas:

1. Efectuar los procedimientos endoscópicos adecuados a pedido del médico que asiste al paciente, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, conforme a la patología que se trate.
2. Realizar biopsias endoscópicas.
3. Emitir su veredicto sobre los procedimientos endoscópicos realizados.
4. Después de cada examen, limpiar y secar las partes interiores de los equipos endoscópicos, pinzas especiales, catéteres, etc.
5. Solicitar revisiones periódicas de los equipos nuevos.
6. Efectuar la capacitación de su personal auxiliar.
7. Emitir informes de producción periódicamente al Cuerpo Clínico y a la Dirección de Administración.
8. Cumplir y hacer cumplir las órdenes de servicio y el reglamento del Hospital.

# Condiciones que debe reunir:

* + Diploma de Curso de Medicina.
  + Residencia Médica en Endoscopía.
  + Título de Especialista y experiencia mínima de 2 años.

**Forma de Contratación:** Indicación del Cuerpo Clínico.

# Auxiliar de Enfermería

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución que consiste en la preparación de los pacientes y ayuda al médico endoscopista en el momento del examen.

# Tareas Típicas:

1. Efectuar la preparación de los pacientes en los exámenes del colon.
2. Aplicar la medicación previa al examen a criterio del médico endoscopista.
3. Colocar al paciente para el examen indicado y preparar la sala.
4. Ayudar al médico durante el examen instrumentando pinzas, catéteres, medicamentos, contrastes, etc.
5. Limpiar debidamente los equipos y guardarlos en su lugar después del examen.
6. Controlar la existencia de medicamentos.
7. Cumplir las órdenes de servicio y reglamentos del Hospital.
8. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* + Diploma del curso de auxiliar de enfermería.
  + Experiencia mínima necesaria: 1 año como auxiliar
  + de enfermería.

**Forma de Contratación:** Prueba o concurso de selección.

# Rutinas endoscópicas

**Tratamiento Endoscópico de las Várices de Esófago (Paciente Externo)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico Asistente | Solicita procedimiento informando sobre la patología y el estado actual del paciente.  Dirige al paciente y el pedido de examen al Servicio de Endoscopia. |
| Secretario de Endoscopia | Recibe al paciente y el pedido de examen. Anota el examen en la agenda.  Orienta al paciente sobre la necesidad de ayuno desde el día anterior (22 h) al examen. |
| Auxiliar de Enfermería de Endoscopia | Recibe al paciente el día del examen. Verifica si cumplió el ayuno.  Aplica la medicación previa al examen al paciente, a criterio del médico. Coloca al paciente en posición en la mesa de examen.  Prepara la sala con el endoscopio, una fuente de luz, máquina fotográfica, catéter, inyector, glucosa al 50 %, xilocaína en spray, etc. |
| Médico Endoscopista | Anestesia la cavidad oral y la laringe del paciente con xilocaína en spray. Introduce el endoscopio para localizar las várices esofágicas.  Documenta fotográficamente lo hallado con el endoscopio. |
| Auxiliar de Enfermería de Endoscopia | Instrumenta al médico con catéter, inyector y jeringa con glucosa al 75%. |
| Médico Endoscopista | Esclerosa las várices conforme a la técnica habitual. Retira el catéter inyector.  Retira el endoscopio. Documenta el tratamiento.  Libera al paciente después de un tiempo de reposo. Limpia las partes interiores del equipo y del catéter. |
| Auxiliar de Enfermería | Limpia los equipos y los guarda en su lugar. Limpia y ordena la sala de exámenes  Anota los materiales y medicamentos utilizados en la Nota de Débito correspondiente, enviándola al expediente. |
| Médico Endoscopista | Escribe el informe del examen, especificando el equipo utilizado, lo hallado con el endoscopio, el tratamiento hecho, el resultado obtenido y la necesidad de otras sesiones.  Envía el informe manuscrito al expediente. |
| Secretario | Dactilografía el informe médico en duplicado. Original: al médico solicitante.  Duplicado: al archivo.  Emite nota de débito con los precios del beneficiario de Sala, el material y equipo, los honorarios médicos, etc., enviándola a Contabilidad.  Registra en el libro del Servicio el procedimiento realizado. Archiva la copia del informe médico. |

**Examen Endoscópico (Paciente Internado).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico de la Unidad | Evalúa al paciente y solicita examen endoscópico. |
| Secretario de la Unidad de Internación | Anota en la Agenda del Servicio de Endoscopia el día y la hora para realizar el examen solicitado. |
| Enfermero | Anota la preparación del paciente en la carpeta del mismo. Orienta y prepara al paciente. |
| Asistente de Enfermería | Acompaña al paciente, en el día y hora señalados, al Servicio de Endoscopia, llevando la solicitud de examen. |
| Secretario de Endoscopia | Recibe el pedido, orientándolo de acuerdo con la fecha y hora, entregándolo al Auxiliar de Enfermería de Endoscopia. |
| Auxiliar de Enfermería | Recibe al paciente y la carpeta del mismo. Prepara al paciente y el material para el examen. |
| Médico Endoscopista | Procede al examen endoscópico. Escribe el informe del examen. |
| Auxiliar de Enfermería de Endoscopia | Hace las anotaciones pertinentes en la carpeta del paciente. Comunica al enfermero de la Unidad de Internación el término del examen. |
| Secretario de Endoscopia | Dactilografía el informe del examen efectuado.  Solicita la firma del médico y registra la salida del informe. Llena la Nota de Débito del examen realizado,  Enviándola a la Unidad de Contabilidad y Finanzas. |
| Auxiliar de Enfermería de La Unidad de Internación | Acompaña al paciente del Servicio de Endoscopia hasta su Unidad. |
| Secretario de Enfermería | Recibe, verifica y archiva en la carpeta el informe del examen. |
| Médico de la Unidad | Verifica el resultado del examen solicitado y toma las medidas pertinentes |

**Preparación del paciente para la Colonoscopia:\_Procedimiento**

Consideraciones Preliminares

Siendo la colonoscopia un procedimiento que apunta a la observación mediante una luz del intestino grueso, se exige una preparación perfecta que evite la presencia de heces, residuos, etc., en el momento del examen.

# Objetivo

Limpieza mecánica total del intestino grueso.

# Materiales y Equipo

Sonda rectal Guantes

Agua destilada, 1 litro Vaselina

Glicerina Delantales

# Orientación

1. Recibir al paciente cuatro horas antes del examen, verificando si fue observada la preparación previa: laxantes y dieta líquida en los dos días anteriores al examen, informarse en cuanto al aspecto actual de las evacuaciones.
2. Dirigirse con el paciente a la sala de preparación, provisto del material necesario.
3. Orientar al paciente en el cambio de ropa.
4. Lubricar el ano del paciente con vaselina, introducir la sonda rectal + 15 cm sin forzar una posible resistencia, introducir un litro de solución de agua destilada con 100 g de glicerina.
5. Retirar la sonda.
6. Acompañar la evacuación del paciente, observando el aspecto el líquido evacuado.
7. Repetir el lavaje intestinal de hora en hora hasta 30 minutos antes de la hora del examen, siendo la última repetida cuantas veces sea necesario hasta obtener un líquido limpio en la evacuación.
8. Colocar al paciente en posición en la sala de examen.
9. Informar al médico endoscopista sobre el resultado final de la preparación.

# Unidad de Dermatología

**Nombre de la Unidad: Unidad de Dermatología**

**Definición de la Unidad:** La Unidad de Dermatología coadyuva en la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento local de las lesiones dermatológicas neoplásicas**.**

**Estructura o Posición**: La Unidad de Dermatología está subordinada al Departamento de Especialidades Médicas y de la Dirección General. Mantiene relaciones internas con los demás servicios o unidades del ION y en forma externa con los servicios similares de otras instituciones.

# Atribuciones o funciones:

1. Estudio, manejo y tratamiento de los pacientes con patología dermatológica presumiblemente oncológica.
2. Brindar la atención médica a los pacientes hospitalizados y/o ambulatorios, estableciendo horarios para la atención en las jornadas regulares de trabajo.
3. Revisar y proponer a la Jefatura del Servicio y al Departamento de Especialidades Médicas, la actualización de los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas Dermatológicas Oncológicas.
4. Participar en las reuniones de Docencia, Administrativas y Clínicas Conjuntas semanales de los Servicios y del Hospital.
5. Cualquier otra función que se le asigne a la Sección por las autoridades.

**Área física**: La Sección de Dermatología presta usualmente sus servicios, en los consultorios ubicados en la Consulta Externa. También atiende pacientes hospitalizados.

# Horario:

Lunes: 7:30 a.m. - 2:00 p.m. Consulta, Biopsias de piel e Interconsultas. Martes: 7:30 a.m. - 2:00 p.m. Programa de prevención y detección cáncer de piel Miércoles: Docencia en Dermatología H.S.T.

Jueves: 7:30 a.m. - 8:30 a.m. Docencia ION

8:30 a.m. – 2:00 p.m. Consulta, Biopsias de piel e Interconsultas Viernes: 7:30 a.m. - 9:00 a.m. Reunión de Oncología Clínica 9:00 a.m. - 2:00 p.m. Consulta, Biopsias de piel e Interconsultas

**Personal**: Los profesionales que actúan en la Sección son:

* + Médico funcionario especialista
  + Personal de apoyo de Enfermería y Administrativo

# Perfil del Cargo: Médico especialista

**Naturaleza del trabajo:** El médico especialista es el encargado directamente de la atención del paciente con patología neoplásica dermatológica, de acuerdo a los Protocolos o Guías terapéuticas del ION.

# Tareas Típicas:

1. Participar en la atención directa de los pacientes asignados mediante la consulta inicial y subsiguiente.
2. Realizar las intervenciones y procedimientos médicos pertinentes.
3. Atender las interconsultas solicitadas por los demás servicios.
4. Asistir a las reuniones del Servicio, Departamento y de la Institución cuando sea convocado
5. Solicitar los insumos y equipo necesario para la ejecución adecuada de sus actividades y de acuerdo a lo razonable y disponible en la Institución.
6. Participar en las comisiones y reuniones técnicas y clínicas a que sea convocado.
7. Cumplir con las normas y disposiciones vigentes.

# Condiciones que debe reunir:

Poseer idoneidad como medico especialista en la especialidad médica respectiva. Ser médico de la Institución.

Haber sido escogido por concurso o prueba de selección.

# Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.

**Nombre de la Unidad: Unidad de Medicina Física y Rehabilitación**

**Definición de la Unidad:** La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación es la unidad encargada proporcionar tratamientos de rehabilitación física todos los pacientes que así lo ameriten a través del programa establecido. La atención de la discapacidad por cáncer debe ser dirigida en dos sentidos: la prevención y la rehabilitación integral. La prevención se logra por medio de medidas tendientes a evitar el establecimiento de secuelas incapacitantes o al aumento de la misma, independientemente del pronóstico de vida. La rehabilitación integral debe comprender aspectos físicos, psíquicos, sociales, educativos, ocupacionales y vocacionales. Se debe lograr mediante colaboración del equipo multidisciplinario, tomando como apoyo todos los departamentos, servicios y unidades existentes en la Institución mejorando así la calidad de vida del paciente

**Estructura y posición:** La Unidad de Fisioterapia pertenece a las Unidades Médicas de Apoyo, integradas en el Departamento de Especialidades Médicas quien a su vez depende de la Dirección General. Mantiene relaciones directas con todos los servicios de atención directa del paciente y con los servicios de apoyo que facilitan las funciones de atención del Servicio.

# Atribuciones

1. Planificar y programar el presupuesto anual para la adquisición de materiales y equipo.
2. Administrar en forma óptima los recursos asignados al servicio.
3. Planificar las labores del servicio.
4. Coordinar con los departamentos los programas de docencia.
5. Mantener actualizado el archivo del servicio.
6. Asistir a reuniones científicas y de docencias del Instituto.
7. Asistir a visitas hospitalarias.
8. Asistir a sesiones conjuntas.
9. Atender las interconsultas de las diferentes salas.
10. Realizar diariamente la estadística.
11. Velar por el cuidado y buen uso del equipo y material del servicio.
12. Proporcionar cuidados y tratamientos adecuados.
13. Mantener el registro diario de atención.
14. Realizará funciones básicas del fisioterapeuta.
15. Elaborar mensualmente la requisición del almacén, material de limpieza y oficina.
16. Contribuir en el fortalecimiento, actualización y mejoramiento profesional del personal.

# Acciones Administrativas Generales

1. Elaborar estadísticas diarias.
2. Elaborar cartas y memorandos.
3. Asistir a reuniones de equipo interdisciplinario de Cuidado Paliativo.
4. .Establecer fecha de citas - cambios de cita, etc.
5. Coordinar la atención con los servicios de atención Médica
6. Valoración de la invalidez.
7. Integrar a la Unidad de Fisioterapia a los programas de la institución tendientes a elevar el nivel de rehabilitación y readaptación física, social, laboral y emocional.
8. Coordinar efectivamente los servicios de oncología y rehabilitación existentes para proporcionar medidas tendientes a prevenir y/o limitar secuelas invalidantes en los pacientes con cáncer, las que incluyan el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y correcto.
9. Promover campañas de educación tendientes a lograr conocimiento de los problemas del cáncer por parte de la comunidad y conseguir su participación en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.
10. Crear grupos de voluntarios que, habiendo sido operados y rehabilitados contribuyan a la motivación del nuevo paciente.
11. Realizar estudios de investigación para conocer las repercusiones socio-económicas de la invalidez por cáncer y la prevalecía de la invalidez física por cáncer.
12. Promover y facilitar la disponibilidad de las prótesis, ortesis, equipos, aparatos y otros dispositivos y materiales que se requieren para la rehabilitación del inválido por cáncer.

**Área Física:** Está dividido en dos áreas básicas: Rehabilitación/fisioterapia (sótano): subdividido en tres subáreas:

Área de gimnasio Área de hidroterapia Área de camillas

Terapia respiratoria / cuidados paliativos (primer piso, cubículo de preanestesia) Actúan también en las salas de hospitalización

# Profesionales que actúan en la Unidad:

Jefe de la Unidad Fisioterapeutas

# Perfil del cargo Jefe de la Unidad

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de dirección que consiste en planear, coordinar y supervisar las tareas de tratamientos de rehabilitación por medio de aparatos y equipos especiales.

# Tareas Típicas:

1. Planear, coordinar y supervisar las actividades del Servicio.
2. Planear, ejecutar y evaluar los servicios asistenciales prestados por la Unidad.
3. Trazar las directivas de las actividades de la Unidad objetivando la racionalización y eficacia de los servicios prestados a los pacientes del Hospital.
4. Distribuir tareas de la Unidad de manera uniforme y de de acuerdo con la calificación del personal.
5. Proponer normas de trabajo de acuerdo con los patrones institucionales, nacionales e internacionales
6. Participar en reuniones técnicas, administrativas y científicas con el equipo multiprofesional con miras a optimizar la competencia en el desarrollo del trabajo.
7. Mantenerse actualizado sobre la materia de su área a través de cursos de actualización.
8. Crear nuevas técnicas de tratamiento en su áreas y orientar su ejecución, de acuerdo a las guías e innovaciones aceptadas a través de estudios basados en evidencias comprobadas
9. Dirigir , supervisar, aprobar y hacer cumplir las guías o protocolos de Atención tanto médicos como técnicos que e aprueben para uso del Servicio
10. Cumplir y hacer cumplir las ordenes del servicio, el reglamento del Hospital, y del MINSA
11. Hacerse responsable de la Unidad ante los órganos Fiscalizadores del Hospital y de las autoridades y organismos superiores competentes y legalmente constituidos.

# Condiciones que debe reunir:

Medico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, reconocido por el Consejo Técnico de Salud

Capacitación en Gerencia Hospitalaria o experiencia en administración

# Forma de Contratación:

Por prueba de selección o contratación directa de la Dirección General

# Fisioterapeuta

**Naturaleza del trabajo:** Trabajo operativo que consiste en evaluar, analizar las necesidades del paciente y de aplicar los tratamientos y procedimientos necesarios según las Guías o Protocolos de Atención definidas para cada tipo de Atención

# Tareas Típicas:

1. Consulta Externa:
   1. Realizar una evaluación adecuada y pertinente tanto inicial como de seguimiento a los pacientes que vayan a recibir o estén recibiendo atención.
   2. Brindar atención fisioterapéutica a pacientes que estén citados para ello.
   3. Orientar al paciente y al familiar sobre el programa de tratamiento y recomendaciones a seguir.
   4. Programar de manera ordenada las citas de los pacientes a tender.
   5. Solicitar y buscar los expedientes clínicos de los pacientes que se atiendan en el servicio.
   6. Mantener el área y los aparatos en orden.
   7. Realizar cambio de sábanas, toallas, etc. el día establecido para ello.
   8. Llevar a cabo funciones como mensajería, contestación de teléfonos, búsqueda de expedientes, entre otros.
2. Consulta en Sala:
   1. Realizar una evaluación adecuada y pertinente tanto inicial como de seguimiento a los pacientes que vayan a recibir o estén recibiendo atención.
   2. Brindar atención fisioterapéutica a los pacientes hospitalizados que sean referidos al servicio para tal fin.
   3. Orientar al paciente y al familiar sobre el programa de tratamiento y recomendaciones a seguir.
   4. Orientar pre y pos quirúrgicamente a los pacientes que sean intervenidos por cáncer de mama.
   5. Dirigir la Terapia de Grupo, en coordinación con el Servicio de Salud Mental, a los pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer de mama.
   6. Participar en la visita general de cirugía.
3. Otras tareas específicas:
   1. Captar, orientar y atender a las pacientes que formen parte del programa de reconstrucción mamaria desde el punto de vista rehabilitador.
   2. La encargada del programa de terapia respiratoria debe captar, orientar y atender a los pacientes que formen parte del programa tanto en sala como en consulta externa.
   3. La encargada de atender el programa de Cuidados Paliativos, debe captar, orientar y atender a los pacientes del programa que sean referidos al Servicio de Fisioterapia tanto en sala como en consulta externa.

# Condiciones que debe reunir:

Ser fisioterapeuta idóneo, aprobado por el Consejo Técnico de Salud.

Llenar y cumplir con los requisitos y normas establecidos por el Servicio Institucional de Recursos Humanos.

Cumplir con las normas y funciones correspondientes en el Servicio de Fisioterapia. Preferiblemente debe haber rotado como estudiante en el Servicio o haber practicado o prestado servicios ad-honorem a la Institución.

# Forma de Contratación:

Por concurso o selección de acuerdo a disposiciones de la Dirección del Instituto.

# RutinasAtención de pacientes en Consulta Externa:

1. Todo paciente que va a ser atendido debe contar con una referencia médica.
2. Todo paciente deberá ser sometido a una evaluación inicial, evaluaciones de seguimiento y evaluación final. Dichas evaluaciones reposarán tanto en el expediente clínico oficial del paciente como en el expediente propio del Servicio de Fisioterapia. Debe de establecerse también el tratamiento propuesto.
3. La atención de los pacientes se dará de 7 am a 3 pm de manera diaria. Los pacientes deben estar citados y por lo tanto aparecer en el listado diario de pacientes. Los pacientes que no tengan cita se podrán atender de manera extra incluyéndose también en un listado separado, siempre y cuando esto no interrumpa la atención de los pacientes citados. Se debe de considerar como extra a cualquier paciente que presente alguna complicación con necesidad de atención urgente como por ejemplo inicio de linfedema o pacientes que sean procedentes del interior.
4. La atención de pacientes se hará por orden de llegada. Sin embargo, le corresponde al funcionario en la rotación de consulta externa programar a los pacientes, que se puedan, de tal forma que no se acumulen todos a la misma hora y se cumpla con el horario de atención. Actualmente se mantiene un volumen de atención de entre 25 y 35 pacientes diarios.
5. Después de cada sesión de tratamiento, cada paciente debe ser programado para una cita próxima de necesitarla. Esta cita debe estar registrada en el papel de control de citas del paciente, en el libro record de citas del Servicio y en la Consulta 1 para que aparezca en el listado oficial del día. Cuando se programe la cita se debe agregar el número de sesión de esa cita y la hora de la misma.
6. Se deberá registrar en el listado diario de estadística los procedimientos realizados al paciente, el número de sesión y el diagnóstico por el cual es atendido entre otros. El mismo debe ser entregado a la Sección de Estadística.
7. Los días jueves se debe asistir a la sesión de Docencia siempre y cuando esto no interrumpa con la atención de pacientes.
8. Las camillas se cambiarán los días viernes o antes si fuese necesario.

# Atención de pacientes en las Salas de hospitalización

1. Todo paciente que va a ser atendido debe contar con una referencia médica.
2. Todo paciente deberá ser sometido a una evaluación inicial, evaluaciones de seguimiento y evaluación final. Dichas evaluaciones reposarán en el expediente clínico del paciente. Igualmente se debe registrar cada vez que el paciente sea atendido, los procedimientos realizados, la respuesta del paciente al tratamiento, recomendaciones dadas a los familiares o posibles recomendaciones para consideración del cuerpo médico, siempre y cuando sea de interés para el bienestar del paciente. La atención del paciente debe ser diario.
3. Se deberá registrar en el listado diario de estadística los procedimientos
4. realizados al paciente, el número de sesión y el diagnóstico por el cual es atendido entre otros. El mismo se deberá entregar en la Sección de Estadística.
5. Se deberá asistir a la visita general de cirugía los días martes con el fin de captar pacientes que, por su condición, puedan requerir de atención fisioterapéutica.
6. Se deberá dar orientación pre y pos operatoria los días que corresponda a todo aquel paciente que, por cáncer de mama, vaya a ser sometido a disección axilar con el fin de prevenir complicaciones como limitaciones articulares y linfedema (ver procedimientos).
7. Dirigir la terapia de grupo los días miércoles, en conjunto con el Servicio de Salud Mental (ver procedimientos).
8. Los días jueves se debe asistir a la sesión de Docencia.

# Terapia Respiratoria

Se aplicará tanto a pacientes ambulatorios como hospitalizados:

1. Atención en Consulta Externa: con pacientes pre quirúrgicos, en preparación para cirugías o post quirúrgicos de control, por medio de una referencia médica de cualquier servicio del instituto. Se atenderá los lunes y jueves, hasta 10 pacientes citados por día.
2. Atención Intrahospitalaria: aplicando también las técnicas descritas en procedimientos, desde su fase prequirúrgica hasta su egreso hospitalario pasando por la unidad de cuidados intensivos si así lo ameritara el paciente. La atención será Diaria según referencia y pacientes ya incluidos en el programa.

# Procedimientos

**Programa de rehabilitación de pacientes mastectomizadas.**

1. Las pacientes son captadas mediante la programación del salón de operaciones e incluye toda paciente cuya intervención implique disección axilar. Inicialmente se orienta al paciente pre y/o pos operatoriamente en sala, momento en el cual se les entrega la lista de recomendaciones a seguir para prevenir linfedema, se le da cita para terapia de grupo y se le instruye sobre programa de ejercicios iniciales a realizar. Las orientaciones preoperatorias se darán los días martes y jueves, generalmente en la tarde, al ingresar la paciente a la sala de cirugía. Las orientaciones postoperatorias se darán los días martes y jueves en la mañana antes de darse el egreso de la paciente por parte del médico tratante.
2. En la terapia de grupo se reúne a todas los pacientes y uno o dos familiares de cada una captados en esa semana y se discute la importancia de la realización de los ejercicios y del seguimiento de las recomendaciones con el fin de prevenir linfedema. Se discute cada uno de los puntos en la lista de recomendaciones y se aclaran dudas o preguntas con relación a la misma. Se repasan los ejercicios enseñados anteriormente y se les da cita de seguimiento en consulta externa. Esta terapia de grupo se lleva a cabo en colaboración con salud mental. Se da los miércoles de 7:30 AM a 10:30 AM en el cuarto piso, en el salón de reuniones.
3. Cuando la paciente asiste a la primera cita posterior al alta, es evaluada en donde se consideran entre otras cosas las circunferencias de los miembros superiores. Además se repasan nuevamente el programa de ejercicios y se da cita de seguimiento.
4. Las citas de seguimiento que se dan a estas pacientes por lo general coinciden con citas que tengan dentro de la Institución mientras no existan complicaciones mayores. A medida que pasa el tiempo de operados, se van agregando nuevos ejercicios al programa inicial.

# Manejo General de Pacientes con Linfedema

1. Es necesario llevar un control oportuno y constante de la evolución de las medidas de circunferencias, ya sea de miembros superiores o miembros inferiores. La misma deberá hacerse por lo menos una vez por semana y siempre antes de iniciar la sesión de tratamiento.
2. Proseguir con la aplicación de la tina de remolino por 20 minutos, ya sea en miembro superior o miembro inferior, y o la aplicación de compresas frías por 15 minutos a la extremidad afectada. Ambos tienen en objetivo de contrarrestar los efectos fibróticos que puede causar el linfedema sobre la extremidad afectada.
3. Si las diferencias entre las extremidades son mayores a 3 ó 4 cm se coloca al paciente en la Bomba Jobst de compresión secuencial por 40 a 60 minutos.
4. Posteriormente se procede a realizar masaje de drenaje sobre la extremidad afectada. Tanto la bomba como el masaje tienen el objetivo de movilizar el líquido linfático acumulado hacia otras partes del cuerpo para su reabsorción, y a la vez disminuir los procesos fibróticos que puedan estar presentes.
5. Si el paciente presenta diferencias en las circunferencias entre ambas extremidades menores a 3 cm se puede proceder a realizar el masaje sin la utilización de la Bomba Jobst.
6. Todo paciente debe culminar la sesión de tratamiento con la realización de su programa de ejercicios establecido.
7. De no observarse cambios ni progreso con el tratamiento establecido en citas subsecuentes, hay que modificar el programa de tratamiento que se le mantiene al paciente.
8. Se da orientación al paciente y familiar sobre recomendaciones a seguir en casa: aplicación de compresas frías, masaje de drenaje, ejercicios y elevación de la extremidad según sea el caso.
9. Los pacientes se atenderán desde una vez a tres veces por semana, según necesidad. Si los pacientes son del interior y se van a trasladar hacia Panamá para recibir tratamientos seguidos, se programan de la misma manera.

# Programa de Atención de pacientes con Reconstrucción Mamaria

1. Al programar a las pacientes para algún tipo de reconstrucción se requerirá de una referencia por parte del Servicio de Cirugía reconstructiva donde se especifique el tipo de reconstrucción a realizar y la fecha estimada para la misma.
2. Las pacientes que sean programadas para reconstrucción mamaria deberán ser captadas y atendidas en primera instancia por el Servicio de Salud Mental y Trabajo Social antes de ser vistas por el Servicio de Fisioterapia.
3. El tratamiento que se le brinde a cada paciente será individualizado, según las necesidades que refleje su evaluación previa tanto por parte del Servicio de Cirugía Reconstructiva como por el de Fisioterapia, y dependiendo del tipo de intervención a realizársele. Entre los procedimientos se pueden mencionar: ejercicios específicos al área, masaje de drenaje linfático preventivo, crioterapia, corrección de postura entre otros.
4. Se dará seguimiento tanto al estar hospitalizados como en consulta externa para poder prevenir complicaciones o tratar tempranamente las que se presenten como lo son las cicatrices hipertróficas.

# Manejo de Alteraciones Neuromusculoesqueléticas

1. Aplicar medios físicos para el manejo y control del dolor como electroestimulación, compresas frías, compresas calientes, ultrasonido, masaje de relajación y liberación miofascial, tinas de remolino.
2. Establecer y dirigir programas de ejercicios pertinentes al manejo de estas patologías.
3. Debido a la naturaleza de estas alteraciones la frecuencia de atención de los pacientes oscila entre dos y tres veces por semana, según necesidad.

# Programa de Terapia Respiratoria:

1. Técnicas de relajación
2. Ejercicios respiratorios
3. Drenaje postural
4. Nebulizaciones (en fase preparatoria para cirugía y como tratamiento per se de síntomas de disnea o insuficiencia respiratoria.)
5. Apoyo en el manejo de secreciones a pacientes con traqueotomía o de edad avanzada, que cursen con acumulo de secreciones.

# Programa de Cuidados Paliativos

1. Aplicación de técnicas y medios físicos que ayuden a mejorar y controlar el dolor.
2. Aplicación de técnicas para el cuidado del paciente encamado.
3. Fisioterapia de mantenimiento para mejorar calidad de vida y funcionalidad a corto plazo.
4. Adiestramiento en traslados y movilizaciones para los pacientes y familiares después de su egreso hospitalario.
5. Prevención y cuidados de úlceras.
6. Terapia respiratoria.

# Normas del Servicio de Fisioterapia

1. El horario de los funcionarios del Servicio de Fisioterapia es de 7 am a 3 pm. Cada funcionario deberá registrar su hora de entrada y salida en el reloj de marcaciones.
2. Los funcionarios del Servicio responderán directamente al Jefe del Servicio, y este a su vez responderá directamente al Jefe del Servicio
3. Las rotaciones de atención se darán por periodo de 2 meses ya sea en consulta externa o en sala de manera alterna. La encargada del programa de Terapia Respiratoria y de la atención de pacientes de cuidados paliativos, deberá cubrir las áreas de atención cuando sea necesario a juicio del jefe del Servicio en un momento dado.
4. Las ausencias, los permisos y las vacaciones deben regirse a los reglamentos establecidos por el Servicio Institucional de Recursos Humanos por lo que se debe llenar los formularios pertinentes de cada uno y ser aprobados por el Jefe inmediato del Servicio. Las vacaciones deberán ser programadas con tiempo para procurar una adecuada estructuración de la atención de los pacientes de consulta externa y sala durante este tiempo.
5. El horario de almuerzo será de acuerdo a las normas de la Dirección de Atención, quedando siempre un funcionario en la consulta externa durante este tiempo.
6. Al final del día, cada funcionario debe entregar el listado y registro de pacientes atendidos y procedimientos realizados a la Sección de Estadística.
7. Toda persona que sea atendida en el servicio de Fisioterapia deberá contar con una referencia médica.
8. Se brindará atención a los funcionarios del I.O.N. siempre y cuando no interfiera con la atención de los pacientes citados, preferiblemente se dará después de la una de la tarde.
9. Se dará atención de cortesía a personas que no sean pacientes o funcionarios del I.O.N. siempre y cuando no interfiera con la atención de los mismos y por previa autorización de la Dirección General.
10. Las tinas de remolino se lavarán de manera diaria según su uso de manera alterna por períodos de una semana. Los compresores fríos y calientes se lavarán una vez al mes, sin interferir con la atención de pacientes, de manera alterna. Las camillas o ropa utilizada se cambiará todos los viernes o según su necesidad.
11. El funcionario que se encuentre en la rotación de atención en sala deberá asistir a la visita general de cirugía los días martes.
12. El funcionario que esté rotando con la unidad de cuidados paliativos deberá asistir a las reuniones y visitas generales de esa unidad.
13. Las personas que vayan a realizar servicio ad honorem deben cumplir con lo establecido por la Institución al respecto y además debe cumplir con los siguiente requisitos:
14. Haber recibido título de Licenciatura en Fisioterapia al igual que el registro idóneo por parte del Consejo Técnico de Salud.
15. Haber completado cuatro meses (640 horas) de Práctica Profesional.
16. Durante su preparación académica, haber realizado rotaciones en por lo menos cuatro (4) instituciones de salud o rehabilitación del estado. Se puede incluir servicio ad honorem prestado en alguna institución posterior a su preparación universitaria.
17. No se aceptará prestación de servicio ad honorem dentro del Servicio por personas que estén ejerciendo función como Fisioterapeuta, con o sin pago, dentro de otra Institución o clínica.
18. El currículo deberá ser presentado en el Servicio de Fisioterapia, será revisado por funcionarios del servicio. De cumplir con los requisitos establecidos anteriormente, se presentará en la Dirección Médica.
19. Conjuntamente con el currículo se debe presentar el horario de servicio a prestar. El mismo se aprobará o no según la necesidad del servicio.
20. Se dará un tiempo probatorio de 3-4 semanas después del cual se hará una evaluación por cada funcionario del servicio. De aprobar, el tiempo de servicio ad honorem es de tres (3) meses.
21. Posterior a los tres (3) meses, existirá la posibilidad de prorrogar el tiempo de servicio ad honorem, siempre y cuando sea de utilidad para el Servicio y se mantenga un adecuado nivel de atención.
22. El horario deberá ser cumplido según lo establecido; las ausencias deberán ser justificadas. De conocer de antemano la necesidad de ausencia, debe ser notificada con antelación a los funcionarios del Servicio.
23. La persona rotará por los diferentes programas del Servicio según la necesidad de los mismos, y por acuerdo mutuo de los funcionarios.
24. De no cumplir con los reglamentos de la Institución o del Servicio, puede existir la posibilidad de suspender el servicio ad honorem.
25. No se permitirán que más de dos (2) personas presten servicio ad-honorem simultáneamente, y la aceptación o no del mismo será según la necesidad del Servicio.

# Unidad de Atención de Agudos (UnAAg)

Los pacientes que acuden fuera de cita o cuya condición no les permita esperar atención en los consultorios, se presentarán a la Unidad de Atención de Agudos. En dicho lugar serán evaluados inicialmente por el médico general, quien cuando lo considere prudente, consultará con el médico funcionario del servicio respectivo responsable de atender estas consultas. Si por algún motivo el médico funcionario asignado para acudir al cuarto de urgencias no se encuentra disponible para brindar la atención que se le solicita, se contactará al funcionario de segunda llamada; y de no ser localizable, al jefe del servicio respectivo, quien será responsable de garantizar la atención de estos pacientes.

La Unidad de Atención de Agudos está adscrita a la Coordinación de Consulta Externa y depende de la Dirección de Atención y de la Dirección General.

# Normas de funcionamiento

1. La Unidad de Atención de Agudos (UAnAg) funcionará las 24 horas del día para la atención exclusiva de pacientes oncológicos registrados en nuestra institución.
2. La UnAAg atenderá a todo paciente que tenga abierto su expediente aunque no haya sido evaluado en la Consulta Externa. En este supuesto, el médico de la UnAAg deberá llamar al funcionario de turno de la especialidad correspondiente, para que evalué al paciente y de las recomendaciones pertinentes.
3. Cuando la sintomatología de los pacientes atendidos en la UnAAg no tengan relación con su patología oncológica, deberán ser trasladados a la Caja de Seguro Social o al Hospital Santo Tomas previa coordinación y documentación necesaria. Dicho traslado debe ser evaluado y autorizado por el médico especialista de turno.
4. Funcionará en jornadas de ocho horas con un mínimode dos (2) médicos generales en la diurna de 7:00 AM a 3:00 PM y uno en las de 3:00 PM a 11:00 PM y 11:00 PM a 7:00 AM que sólo deberá estar asignado al área de atención ambulatoria y apoyar en caso de urgencia, en las salas.
5. Toda atención que reciba un paciente en la UnAAg deberá ser consignada en el expediente (motivo de consulta, examen físico, plan con el paciente, impresión diagnostica del motivo de consulta y recomendaciones de los especialistas)
6. El Instituto Oncológico Nacional a través de los diferentes servicios oncológicos deberán dar la orientación médica pertinente a los médicos generales de acuerdo a las normas de atención establecidas para cada Servicio.
7. El médico general en la UnAAg no es un oncólogo, pero mediará en la atención de los pacientes oncológico en base a su criterio médico y orientado por los médicos especialistas de turno.
8. Los médicos generales no deberán realizaran procedimientos médico quirúrgicos en los pacientes que acuden a la UnAAg, excepto aquellos básicos para garantizar un soporte vital mínimo.
9. Todo paciente que acuda a la UnAAg deberá traer su documentación pertinente (cedula, carné de la Institución, ficha de Caja de Seguro Social).
10. La UnAAg atenderá pacientes de:
    1. Quimioterapia en tratamiento.
    2. Post quirúrgico inmediato.
    3. Radioterapia en tratamiento.
    4. Pacientes oncológicos con problemas agudos.
    5. Pacientes en cuidados paliativos.
    6. Pacientes de hematología y medula ósea en tratamiento.
    7. Dentro de la Unidad de Atención de Agudos la atención de donantes y clínica del empleado deberá ser en el horario asignado de 8:00 AM - 12:00 MD con el médico asignado a la Clínica del Empleado y Donantes de Sangre.
11. Los pacientes que acudan a la UnAAg en más de una ocasión por la misma causa, deben ser evaluados por el servicio de base sin excepción.
12. Expedición de recetas:
    1. No se darán recetas a patologías agudas para más de 5 días ya que los mismos deben ser referidos a su médico tratante para control posterior.
    2. No se dan recetas para más de 3 días por patologías crónicas.
13. Los médicos generales recibirán el apoyo total de los funcionarios de turno de la institución. En caso de no contestar el médico funcionario de tumo se deberá llamar en su orden, al medico funcionario de segunda llamada, al Jefe del Servicio base, al Jefe de la Unidad de Atención de Agudos, al Jefe de Atención Médica, en último caso, al Director Médico.
14. Será responsabilidad del funcionario de turno del servicio base, la decisión de ordenar o no la hospitalización de pacientes que acuden a la UnAAg. El médico de turno dejará constancia escrita de lo decidido.
15. Todos los pacientes que sean referidos de la consulta externa a la UnAAg para un procedimiento específico deben ser enviados con su expediente en el cual el funcionario consignará las indicaciones y llenar los documentos pertinentes (transfusiones, tarjetas de inyectab1es y otros).
16. Excepto los pacientes de paliativo, los inyectab1es (antibióticos, ana1gésicos no opioides, etc.) serán remitidos a sus centros de salud o po1ic1ínica correspondiente.
17. Ningún paciente debe permanecer más de 2 turnos continuos en la UnAAg sin lograr definir un plan (traslado, hospitalización o retorno a su hogar).
18. La UnAAg no es responsable por la documentación que requieran los familiares de los pacientes onco1ógicos que fallezcan fuera de la Institución.
19. En caso de fallecer un paciente en la UnAAg, el Médico General únicamente certificará la muerte, siendo responsabilidad del médico funcionario tratante, completar el certificado de defunción. Si éste se rehúsa, se notificará a Medicatura Forense dejando constancia de lo actuado en el expediente e informando del incidente a la Dirección General.
20. El médico general de la UnAAg dará el apoyo a la Unidad de Quimioterapia en las urgencias mientras se notifica al médico encargado de la atención del paciente o al de turno, para que se responsabi1ice de la atención final.
21. Los médicos generales de la UnAAg deberán acudir a la reunión de docencia general de la institución excepto en caso de que algún paciente requiera de una atención urgente.
22. El Médico General será responsable de llenar su hoja de estadística y verificará que esté firmada la hoja de facturación de la Caja de Seguro Social.
23. El Médico General deberá llenar un informe sobre los inconvenientes surgidos en el turno a su superior inmediato.

# Evaluación de Donadores de Sangre y Clínica del Empleado.

1. Esta actividad se encuentra incorporada dentro de las funciones de los médicos generales asignados a la Atención Primaria Oncológica.
2. Se desarrollará durante la jornada diurna y para ello se designará a uno de los médicos asignado en ese turno en la UnAAg.
3. La evaluación de los donadores de sangre se realizará siguiendo las normas internacionales que regulan los Bancos de Sangre.
4. La atención de funcionarios de la institución dentro de Clínica del Empleado se cirnscribirá a situaciones de urgencia. Luego de resuelta la causa de la atención, el médico referirá al funcionario a la especialidad que debe dar seguimiento a la patología diagnosticada o en su defecto, a su médico de cabecera.

# Atención Primaria de Admisión y Hospitalaria

1. Esta actividad se encuentra incorporada dentro de las funciones de los médicos generales asignados a la Atención Primaria Oncológica.
2. Las funciones se desarrollarán de tal forma que garanticen la cobertura de atención durante las 24 horas. Funcionará en jornadas de ocho horas, diurna de 7:00 AM a 3:00 PM, vespertina de 3:00 PM a 11:00 PM y nocturna, de 11:00 PM a 7:00 AM.
3. Durante la jornada diurna se procurará que cada sala cuente con los médicos necesarios para el buen desarrollo de sus funciones. Durante las jornadas vespertinas y nocturnas, los médicos estarán prestando su servicio en la UnAAg y atenderán a las llamadas de las Salas de acuerdo a la lista de asignaciones confeccionada por la Coordinación de Consulta Externa.
4. Las actividades de los médicos asignados a las salas serán todas aquellas en que se necesite el criterio, la presencia, la idoneidad o la destreza médica. Es decir, aquellas actuaciones privativas en que se exiga la competencia médica.
5. La confección de las Historias Clínicas se realizará por los funcionarios del turno en que ocurra el evento y de forma equitativa.

# Capítulo IV

**Departamento de Especialidades Quirúrgicas**

**Nombre de la Unidad: Departamento de Especialidades Quirúrgicas Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad**: El Departamento de Especialidades Quirúrgicas está integrado por Servicios Quirúrgicos, que son unidades de atención directa de pacientes, a través de la modalidad quirúrgica ya sea con fines curativos, reconstructivos o paliativos. Los Servicios que lo integran son:

* 1. Cirugía Oncológica
  2. Ginecología Oncológica
  3. Urología Oncológica
  4. Anestesia y Pabellones Quirúrgicos
  5. Unidad de Cuidados Intensivos
  6. Cirugía Plástica y Reconstructiva

**Estructura o Posición**: El Departamento de Especialidades Quirúrgicas depende jerárquicamente de la Dirección General. Mantiene relaciones internas con los demás Departamentos, Servicios y Unidades del ION y en forma externa con los Departamentos similares de otras instituciones.

# Atribuciones o funciones:

1. Estudio, manejo y tratamiento integral de las pacientes con patología oncológica quirúrgica
2. Organizar y brindar la atención médica a los pacientes hospitalizados y/o ambulatorios, estableciendo horarios para la atención en las jornadas regulares de trabajo y turnos que garanticen una cobertura asistencial permanente.
3. Coordinar, revisar y actualizar con los Jefes de Servicio, los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas en forman periódica y anexar las modificaciones anualmente en el mes de octubre o cuando dispongan las autoridades.
4. Asegurar el cumplimiento de los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas por parte de los funcionarios del servicio
5. Comprobar la calidad de atención de cada Servicio mediante la supervisión uy aplicación de las herramientas pertinentes en coordinación con la Comisión de Auditoría Médica.
6. Analizar periódicamente las estadísticas de producción de cada Servicio y brindar la información necesaria al Sistema de Información y/o al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas para asegurar una gestión eficiente del Departamento.
7. Asegurar el cumplimiento estricto de las interconsultas de los demás servicios de la Institución de acuerdo a las normas establecidas.
8. Establecer reuniones de docencia, administrativas y Clínicas conjuntas semanales del servicio y del Hospital.
9. Coordinar con el Salón de Operaciones los cupos quirúrgicos, de acuerdo a la demanda de cada Servicio.
10. Revisar diariamente los programas quirúrgicos propuestos y coordinar la ejecución de los mismos y el aprovechamiento de los cupos quirurgicos.
11. Preparar el presupuesto anual del Departamento y coordinar los presupuestos de cada servicio con el jefe respectivo.
12. Asistir a las reuniones de los respectivos Servicios y demás actividades que le sean asignadas.
13. Refrendar la participación del personal a su cargo a eventos científicos, previa aprobación del respectivo Jefe de Servicio.
14. Cualquier otra función que se le asigne al Departamento por las autoridades.

El área física donde laboran los Servicios de Especialidades Quirúrgicas son en el 7º piso del edificio para Ginecología; el 4º piso para las demás especialidades; el Salón de Operaciones y en la Consulta Externa.

Los profesionales que actúan en el Departamento de Especialidades Quirúrgicas son:

1. Jefe del Departamento
2. Jefe de Servicio
3. Médicos funcionarios especialistas
4. Médicos generales asistentes
5. Médicos Residentes e Interno
6. Personal de apoyo de enfermería y Administrativo

# Perfiles del cargo

**Jefe del Departamento de Especialidades Quirúrgicas**

**Naturaleza del Trabajo**: El jefe del Departamento se encarga principalmente de coordinar las actividades de los Servicios tanto clínicas como docentes y administrativas, además es el encargado de supervisar y evaluar a los Jefes y funcionarios de los Servicio en la ejecución de sus atribuciones y responsabilidades

# Tareas típicas:

Además de las tareas generales asignadas a todos los Jefes de Departamento, el Jefe del Departamento Quirúrgico debe participar en:

1. Coordinar y evaluar las actividades desarrolladas por los Servicios bajo su supervisión.
2. Coordinar los otros Departamentos la mejor utilización de los recursos quirúrgicos que ofrece la institución.
3. Proponer a la Dirección General, la creación de nuevas plazas.
4. Solicitar la adquisición o reemplazo de los equipos e insumos utilizados por los servicios quirúrgicos.
5. Aprobar los programas quirúrgicos gestionados por los servicios.
6. Autorizar la apertura o cierre de salones de operaciones adicionales a los usualmente utilizados.
7. Aprobar las listas de turnos presentadas por los Servicios.

# Condiciones que debe reunir:

1. Poseer el certificado de idoneidad como médico.
2. Ser médico de la Institución por un periodo mínimo de 5 años
3. Estar en la primera categoría del escalafón médico.
4. Haber completado una especialidad quirúrgica en Oncología o en especialidades afines.
5. Haber desempeñado la posición de Jefe de Servicio en alguno de los Servicios del Departamento de Cirugía

# Servicios Quirúrgicos Estructura Orgánica

**Definición de la Unidad**: Los Servicios Quirúrgicos son unidades de atención directa del paciente, a través de la modalidad quirúrgica ya sea con fines curativos, reconstructivos o paliativos.

**Estructura o Posición**: Los Servicios Quirúrgicos Oncológicos dependen jerárquicamente del Departamento de Especialidades Quirúrgicas y de la Dirección General. Mantienen relaciones internas con los demás servicios o unidades del ION y en forma externa con los servicios similares de otras instituciones.

# Atribuciones o funciones:

1. Estudio, manejo y tratamiento integral de las pacientes con patología oncológica quirúrgica
2. Organizar y brindar la atención médica a los pacientes hospitalizados y/o ambulatorios, estableciendo horarios para la atención en las jornadas regulares de trabajo y turnos en los periodos extrahorarios de acuerdo con las normas establecidas para la atención extrahoraria.
3. Revisar y actualizar los Protocolos de Atención o Guías Terapéuticas en forma permanente y anexar las modificaciones anualmente en el mes de octubre o cuando dispongan las autoridades.
4. Asegurar el cumplimiento de los Protocolos de Atención por parte de los funcionarios del servicio
5. Asegurar el cumplimiento estricto de las interconsultas de los demás servicios de la Institución de acuerdo a las normas establecidas para las interconsultas.
6. Establecer reuniones de docencia, administrativas y Clínicas conjuntas semanales del servicio y del Hospital.
7. Cualquier otra función que se le asigne al servicio por las autoridades o que se decidan en el propio servicio.

El área física donde laboran los Servicios de Especialidades Quirúrgicas Oncológicas son el 7º piso del edificio para Ginecología, y el 4º piso para las demás especialidades, también en el Salón de operaciones y en la Consulta Externa.

Los profesionales que actuan en los Servicios de Especialidades Quirúrgicas Oncológicas son:

* + Jefe del Servicio
  + Médicos funcionarios especialistas
  + Médicos generales asistentes
  + Personal de apoyo de enfermería y Administrativo

# Perfil del Cargo: Jefe del Servicio:

**Naturaleza del Trabajo:** El jefe del Servicio se encarga principalmente de coordinar las actividades del Servicio tanto clínicas como docentes y administrativas, además es el encargado de supervisar y evaluar a los funcionarios del Servicio en la ejecución de sus atribuciones y responsabilidades

# Tarea típicas:

Además de las tareas generales asignadas a todos los Jefes de Servicio, el Jefe del Servicio Quirúrgico debe participar en:

1. Distribuir los horarios de la Consulta y del Salón de Operaciones de acuerdo a la cantidad de funcionarios y disponibilidad de cupos de consulta y de cirugía.
2. Enviar al Salón de Operaciones y a la Jefatura del Departamento, el programa quirúrgico.
3. Asignar en forma equitativa y de acuerdo al grado de destreza y entrenamiento de los cirujanos a su cargo, los procedimientos programados.
4. Dirigir la visita general de Sala y las reuniones administrativas y científicas de su Servicio.
5. Velar por el fiel cumplimiento de las decisiones emanadas de las Clínicas Conjuntas.
6. Autorizar la modificación de lo decidido en una Clínica Conjunta a petición del médico tratante, cuando durante el cumplimiento de lo ordenado, se descubran nuevos elementos que justifiquen tal modificación.
7. Programas el listado de turnos y autorizar los cambios solicitados por los funcionarios asignados.
8. Entregar a la Jefatura del Departamento y dentro de la primera semana de cada mes, el informe de las actividades realizadas por el Servicio el mes anterior.
9. Efectuar la evaluación anual de los funcionarios de su Servicio y entregar el informe correspondiente, dentro de los primeros quince días del mes de enero de cada año.
10. Cualquier otra que le asignen sus superiores.

# Condiciones que debe reunir:

1. Poseer idoneidad como médico especialista en la especialidad quirúrgica respectica.
2. Ser médico de la Institución por un periodo no menor de 5 años
3. Estar en la primera categoría del escalafón médico
4. Tener capacidad de organización y liderazgo
5. Haber sido escogido por concurso.

# Médico especialista

**Naturaleza del trabajo**: Además de las funciones arriba mencionadas, el médico especialista es el encargado directamente de la atención del paciente oncológico con enfermedad susceptible de tratamiento quirúrgico de acuerdo a los Protocolos o Guías terapéuticas del ION.

# Tareas Típicas:

1. Atención directa de los pacientes asignados mediante la consulta inicial y subsiguiente de acuerdo a los Protocolos o Guías Terapéuticas.
2. Realizar las intervenciones quirúrgicas pertinentes.
3. Realizar visitas diarias a los pacientes hospitalizados y asignados a su cuidado.
4. Asistir a las reuniones del Servicio y de la Institución cuando sea convocado
5. Participar en la actividad docente organizada por el hospital.
6. Cumplir con las normas y disposiciones vigentes.

# Condiciones que debe reunir:

* + Ser médico cirujano, ginecólogo, urólogo o cirujano reconstructor con subespecialidad en oncología y con idoneidad expedida por el Consejo Técnico de Salud.
  + Mantener suficiente capacidad física y emocional que le permita desempeñar adecuadamente su trabajo y relacionarse satisfactoriamente con los colaboradores y pacientes

# Forma de contratación:

Haber sido escogido por concurso o por prueba de selección aplicada por las autoridades

# Procedimientos y Normas Generales de los Servicios de Especialidades Quirúrgicas Oncológicas

**Normas Preoperatorias**

1. Todo paciente debe tener expediente clínico tanto los ambulatorios como los hospitalizados.
2. Los pacientes programados para cirugías ambulatorias con anestesia local, deberán contar con los exámenes de laboratorio y las evaluaciones mínimas necesarias para el procedimiento a realizarse.
3. Los funcionarios solicitarán los cupos de cirugía según la disponibilidad de cupos, complejidad del procedimiento, prelación para realizarlo y asignación del Jefe de Servicio. Cada servicio quirúrgico deberá llevar un libro de control donde se anotan estos datos y el formulario se enviará a REMES para ser incluido en el sistema.
4. Los enfermos que van a ser sometidos a cirugía mayor es conveniente que estén admitidos preferiblemente 48 horas antes.
5. Es preferible que se realicen los exámenes en consulta externa, exceptuando los enfermos de provincias alejadas o los que son admitidos por condiciones urgentes.
6. Todo paciente deberá ser evaluado por los funcionarios en consulta externa, si existiese algún problema médico, se deberá procurar resolver antes de su admisión.
7. Al ingresar el enfermo para una intervención con anestesia general deberá tener:
   1. Historia Clínica
   2. Examen físico actualizado
   3. Hemograma Completo
   4. Pruebas de Coagulación
   5. Urinálisis
   6. Glicemia, Nitrógeno de urea, Creatinina
   7. Grupo sanguíneo o RH
   8. Serología (VDRL y HIV)
   9. Sangre depositada en el banco
   10. RX de tórax
   11. E.C.G
   12. Evaluación cardiaca si es necesario
8. Cuando el médico funcionario autorice la salida de un paciente hospitalizado, deberá cerrar el expediente completando toda la información requerida, incluyendo el protocolo operatorio, informe de patología y plan a seguir.

# Normas de Hospitalización

1. Para la admisión de pacientes en sala se seguirán las normas generales.
2. Todo paciente que va ser admitido en el I.O.N. deberá tener la orden médica firmada (hoja de admisión) por médico funcionario que pertenece a la institución.
3. La auxiliar de enfermería que asiste al médico será la encargada de entregar toda la documentación referente al ingreso de la paciente a la secretaria de admisión.
4. Los pacientes que no pueden ser admitidos serán programados por el funcionario para una nueva fecha de admisión.
5. La secretaria de admisión informará a la enfermera jefe de la sala, la cantidad y hora que llegarán los enfermos admitidos con el fin de que tengan la unidad arreglada al subir este.
6. Los pacientes admitidos deberán hacerlo preferentemente en la mañana antes del mediodía exceptuando las urgencias.
7. Los pacientes deberán ingresar al servicio quirúrgico correspondiente y no a cargo de un médico especialista.
8. Se programarán los enfermos por el jefe del servicio, después de haber sido presentado y autorizado en sesión conjunta.

# Normas Quirúrgicas para uso en el Salón de Operaciones

1. Es necesario iniciar la cirugía con puntualidad a las 7:30 AM.
2. El funcionario efectuará la intervención quirúrgica autorizada por la Clínica Conjunta del Servicio de Cirugía.
3. Si antes o durante la intervención y a la luz de los hallazgos, el funcionario responsable de la cirugía propone modificar lo decidido en la Clínica Conjunta, deberá contar con la autorización del Jefe del Servicio, o en su defecto con el consenso de otro médico funcionario de la misma especialidad presente en el Salón. De los motivos y de la decisión tomada, deberán dejar constancia escrita en el expediente.
4. Si durante el acto quirúrgico existiese una complicación grave el funcionario deberá notificar al Jefe de Servicio.
5. En caso de necesitar cortes por congelación es conveniente que los patólogos estén previamente avisados.
6. Toda cirugía mayor será efectuada por el cirujano principal designado, asistido por otro cirujano. No se autorizará el inicio de ninguna cirugía mayor si no están presentes los dos funcionarios asignados.
7. Ningún residente podrá efectuar cirugía sin estar presente el funcionario responsable.
8. El cirujano y los anestesiólogos darán las órdenes postoperatorias, y estarán vigilantes en el período postoperatorio inmediato. Se deberá notificar de cualquier urgencia al cirujano tratante y fuera de horas laborables, al de turno.
9. A todo paciente sometido a cirugía mayor, se le deberá solicitar un hemograma dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato, así como los demás exámenes que se consideren necesarios.
10. Es conveniente que los cirujanos funcionarios visiten a sus enfermos de cirugía mayores en la noche en recobro para detectar cualquier eventualidad tempranamente.
11. Es obligación del cirujano principal, dictar el protocolo operatorio y llenar la hoja de evaluación con el sello de la operación inmediatamente después de la cirugía.
12. El médico cirujano deberá notificar cuando detecte la existencia de un instrumento defectuoso para proceder a su reparación o reemplazo.
13. Cuando en un procedimiento quirúrgico participen cirujanos de diferentes especialidades, se considera cirujano principal:
    1. El que durante el acto quirúrgico solicite la participación de otro especialista para resolver una situación encontrada.
    2. El que requerido en una interconsulta de sala, programa y realiza un procedimiento quirúrgico.

# Normas Quirúrgicas en la Sala de Recuperación

1. En la sala de recobro se mantendrá el paciente las horas necesarias para su recuperación.
2. En caso de que se necesitase mantener el paciente por más tiempo del recomendado, se deberá notificar a enfermería para que haga los arreglos pertinentes.
3. No se dará alimentos a los pacientes internados en recobro.
4. Los cirujanos, deberán estar pendientes de cualquier complicación de su operación y deberán pasar visita en las noches si fuese necesario con el residente.
5. Es preferible que el especialista que operó al paciente atienda la urgencia y si es necesario ayudado por el funcionario de turno o el residente

# Normas sobre Omisiones y Reprogramaciones Quirúrgicas

1. Si por cualquier motivo se omite una cirugía programada antes de su admisión, se deberá informar a REMES tal decisión y se le asignará una nueva fecha si fuese factible. De lo contrario, se programará nuevamente, una vez resuelta la causa que motivó la omisión.
2. Si la omisión se produce estando admitido(a) el(la) paciente, el médico tratante deberá dejar constancia en el expediente de la decisión y los motivos de tal omisión y comunicarlo al Jefe del Servicio, al Salón de Operaciones y a REMES.
3. Si la omisión es ordenada por el Servicio de Anestesia, ya sea durante la evaluación preoperatoria o en el Salón de Operaciones, deberá informar al médico tratante y dejará constancia del motivo de la omisión.
4. El médico que omite la cirugía programada, deberá informar al paciente y/o sus familiares, el motivo de tal omisión.
5. Sólo podrán omitir las cirugías programadas:
   1. El médico tratante con la anuencia del Jefe del Servicio,
   2. el Anestesiólogo asignado con la anuencia de su Jefe de Servicio.
6. REMES deberá enviar el expediente a la Comisión de Auditoria Médica para su investigación y recomendaciones, informando de esto a la Dirección General.

# Servicio de Cirugía Oncológica

**Nombre de la Unidad: Servicio de Cirugía Oncológica Normas Preoperatorias**

Además de las normas generales, los Cirujanos Oncólogos deberán atender a las siguientes normas:

Los enfermos de cirugía mayor deberán estar 48 horas antes de proceder a revisión de órdenes por médico tratante (antibióticos de más de siete días).

Los enfermos que van a ser sometidos a cirugía mayor es conveniente que estén admitidos como mínimo 48 horas antes.

# Normas de Hospitalización

Para la admisión de pacientes en sala se seguirán las normas generales.

Los pacientes deberán ingresar al servicio de cirugía oncológica y no por médico especialista.

Los enfermos de cirugía electiva mayor deberán ser admitidos de lunes a jueves con diagnóstico e indicaciones.

# Normas Quirúrgicas para uso en el Salón de Operaciones

Es necesario iniciar la cirugía con puntualidad a las 7:30 AM los días lunes, miércoles y viernes.

Si se requiere ventilación mecánica (respirador) se deberá notificar al jefe de anestesia y a enfermería.

# Normas Quirúrgicas para la Sala de Recuperación

Se aplicarán las normas generales que regulan esta materia.

# Normas de la Sala de Hospitalización de Cirugía

1. Una vez que el paciente sea admitido la enfermera llamará al médico de sala, para que luego de la evaluación del expediente y de la exploración correspondiente del paciente admitido, solicite los estudios que hagan falta.
2. Las visitas de sala se harán todos los días de 7:00 AM a 8:00 AM, por el funcionario asignado, junto con el médico interno o el residente. El médico interno y el residente deberán acudir al salón de operaciones puntualmente a las 8:00 AM, para no retrasar el inicio de las intervenciones.
3. Los días martes se harán visitas generales a las 7:30 AM. en punto, guiadas por el jefe del servicio, el médico residente y todos los demás los funcionarios. Estas visitas serán presentadas por el médico residente y luego servirán para programar los enfermos para las intervenciones.
4. El día martes una vez terminada la visita general, se presentarán los casos interesantes y difíciles y se hará revisión bibliográfica de la literatura médica, además se podrá exponer para los problemas administrativos.
5. Los días jueves se asistirá a la sesión conjunta a las 7:30 AM. la cual será obligatoria hasta las 8:30 AM. Posteriormente se cumplirá con las obligaciones de la consulta externa.
6. Las interconsultas de quimioterapia, radioterapia y ginecología deberán ser atendidos por el médico asignado a la sala y si requiere intervención quirúrgica de urgencia, ésta será efectuada por el médico de turno.
7. Todo enfermo ingresado a la sala deberá ser pesado y medido si su condición lo permite.
8. A su ingreso al paciente se deberán registrar los signos vitales por la enfermera de sala.
9. El médico de sala deberá transferir las órdenes de su ingreso al expediente. El residente deberá efectuar la nota de admisión.
10. Si el paciente presentase cuadro febril se recomienda:
    1. Realizar toma de temperaturas cada cuatro horas.
    2. Hemocultivo cada hora en número de tres
    3. Radiografía de Tórax
    4. Urinálisis
    5. Hemograma
11. Cuando el enfermo presente vómitos o diarreas se deberá realizar:
    1. Determinación Electrolitos
    2. Reemplazo de líquidos
12. Todos los expedientes deberán llevar la hoja frontal con el diagnóstico.
13. La Nota de Admisión de los pacientes admitidos a las salas deberá realizarse antes de 24 horas a su ingreso. Todo paciente deberá llevar nota de evolución cada día, por médico interno, residente o funcionario. Es conveniente realizar rutinariamente revisión de órdenes cada semana a los pacientes.

# Normas para la Consulta Ambulatoria de Cirugía Oncológica

1. La Consulta Externa atenderá los enfermos Oncológicos de lunes a viernes de 7:30 AM a 2:30 PM.
2. La Secretaria del Servicio tendrá los expedientes listos y se iniciará a las 7:30 AM. y terminará a las 2:30 PM.
3. Los pacientes de la consulta serán distribuidos en forma equitativa entre los cirujanos asignados.
4. Las curaciones y cortes de puntos serán consideran como cupos regulares.
5. Todos los enfermos deberán estar anotados en la hoja de registro diario.
6. A los enfermos nuevos se le hará historia clínica y examen completo. Se les solicitará los exámenes de Laboratorios y Radiografía necesarios.
7. Los enfermos referidos de otras provincias deberán tener todos los requisitos exigidos: Historia Clínica, Laboratorios, Informe de Patología, Laminillas para revisión.
8. Los médicos funcionarios de Consulta Externa deberán llenar las hojas para revisión de laminillas por los patólogos.
9. En horas laborables los enfermos que son referidos del Cuarto de Urgencia de área distante deberán ser asignados a cualquier médico funcionario que se encuentre en la Consulta Externa y será considerado como paciente extra.
10. Si no se encontrara ningún médico funcionario en la Consulta Externa y llegan enfermos en horas de la tarde URGENTE se llamará al médico residente que éste notificará al funcionario de turno su admisión en caso necesario.
11. Los pacientes en la Consulta Externa se atenderán por el Servicio de Cirugía y no por Médico Especialista, no obstante, es conveniente que los operados recientes sean vistos por el cirujano tratante.
12. Los pacientes admitidos se harán a nombre del Servicio y no por médico.
13. Todos los funcionarios del Servicio tendrán asignados un día para efectuar las Rectosigmoidoscopias rígidas en número de 2 y deberán escribir el informe a máquina con copia, para ser archivada.
14. Los días martes y jueves se iniciará la atención de los pacientes a las 9:00 AM Los cirujanos asignados a la Consulta Externa no deberán operar ese mismo día.
15. **Si faltase algún funcionario a la consulta externa**, por algún motivo urgente, sus pacientes serán distribuidos entre los funcionarios que estén asignados a la Consulta Externa y se notificará al Jefe del Servicio, por escrito, de esta ausencia.
16. Durante las vacaciones de los cirujanos, se disminuirán los cupos de Consulta Externa. Por ello, será necesario que las solicitudes lleven la autorización del Jefe de Atención Médica, Jefe del Servicio y se envíe una copia a la Jefatura de Estadística.

# Sesión Conjunta y Visitas Generales

Los días martes se realizan las visitas generales con la jefatura del servicio a las 7:30 AM Serán presentados los enfermos admitidos por el médico residente a los funcionarios, en ella

se revisarán los laboratorios, patología y se ordenarán los laboratorios especiales, tales como TAC, arteriografía, etc.

A las 8:30 de los días martes se efectuará la reunión del servicio en la biblioteca, donde se presentarán los enfermos que van a ser intervenidos y se hará el programa. De toda decisión se dejará constancia por escrito en el expediente en el formulario de Clínica conjunta, con la firma de los médicos asistentes. Además se presentarán por los residentes o funcionarios los artículos asignados.

Los días jueves a las 7:30 AM se efectuará la Sesión Conjunta del I.O.N. donde se presentarán los enfermos a los funcionarios de quimioterapia y radioterapia para tomar decisiones. Esta reunión es de suma importancia y obligatoria. A los funcionarios que no asistan a los eventos a los que se les convoca, programados por la Dirección o por los Servicios, perderán el privilegio de solicitar licencias para eventos científicos nacionales o internacionales y se les podrá aplicar el reglamento disciplinario de la institución.

# Normas sobre interrelaciones entre el Servicio de Cirugía Oncológica y los demás Servicios

1. En los turnos como consultores, para hacer una consulta de urgencia sobre el paciente se sugiere que la consulta sea de especialista a especialista.
2. Los casos que tengan una condición médica importante que requiera tratamiento médico antes que el quirúrgico oncológico, deberán ser vistos y seguido por el internista hasta que la condición del paciente mejore o así lo determinen los médicos tratantes.
3. Los accesos venosos centrales (subclavia) en la Unidad de Cuidados críticos estarán a cargo de los Intensivistas.
4. Las Toracocentesis y Paracentesis son responsabilidad del Servicio de Cirugía Oncológica. No obstante, podrán ser efectuados por los médicos internistas u oncólogos médicos con la salvedad de que si existe algún contratiempo se deberá consultar al Servicio de Cirugía. La colocación de tubos pleurales será responsabilidad del servicio de Cirugía.
5. Los catéteres de Port-A-Cath, Quinton, Mahurkar serán colocadas vía Consulta Externa. Los Catéter Venoso Central de urgencia se solicitan de médico a médico.
6. Los pacientes que ameriten Catéteres Venosos Centrales para Quimioterapia Paliativa u otro tipo de quimioterapia no urgente se enviarán a Consulta Externa para su debida programación electiva.
7. En la evaluación preanestésica los anestesiólogos deberán solicitar los exámenes que consideren necesarios para completar la valoración de los pacientes, siendo el cirujano el responsable primario de solicitar los exámenes de extensión y prequirúrgico.
8. Las intubaciones de la vía aérea de urgencias ya sean en pisos o en cualquier otra sala del I.O.N. serán realizadas por los anestesiólogos.

# Servicio de Ginecología Oncológica

**Nombre de la Unidad: Servicio de Ginecología Oncológica**

**Definición:** El servicio se regirá por las normas generales de atención ambulatoria y de cirugía**.**

Su misión es la atención de las pacientes con patologías oncológicas propias de su género, sugestivas o confirmadas, entendiendo como tales a las dependientes del aparto genital femenino, la gestación y órgano de la lactancia, mediante la detección, diagnóstico y tratamiento correspondiente.

Las clasificaciones usadas son las más recientes utilizadas o aprobadas por los Organismos Internacionales que rigen la practica de la Ginecología (UICC, FIGO, GOG)

# Organización:

El Servicio de Ginecología Oncológica está organizado de acuerdo a las tareas que realiza, en las siguientes unidades de trabajo:

* + Consulta Externa
  + Programación quirúrgica
  + Cirugía mínimamente invasiva
  + Patología Mamaria

# Consulta Externa de Ginecología

El servicio de Ginecología Oncológica atenderá la consulta externa diariamente en horario desde las 7:30 AM a las 1:00 PM.

La asignación de cupos de consulta será por Servicio y no por médico y las pacientes serán distribuidas en forma equitativa entre los médicos asignados para cada día.

Todas las pacientes nuevas que acuden al Servicio serán examinadas por dos Ginecólogos Oncólogos como mínimo para su clasificación adecuada. En caso de discrepancia, deberá examinarla un tercero.

# Evaluación de la Paciente Nueva

1. Inicialmente se examina en Ginecología pero después pasa a Odontología y a Salud Mental.
2. Una vez que la paciente ha completado sus exámenes de laboratorio, biopsias, etc., se procede a hacer una evaluación de los resultados obtenidos.
3. Si se encuentran resultados patológicos, se procederá a tratar estas condiciones antes de iniciar el tratamiento oncológico.
4. Cuando se conozca de la existencia de otro tipo de enfermedad (Diabetes, Cardiopatías etc.), se solicitarán las consultas especializadas del caso antes de iniciar el tratamiento oncológico.
5. Es imprescindible para el manejo del paciente oncológico una cuadrícula bien escrita, con las Etapas clínicas claramente delineadas, común examen físicos completo y una buena historia, en la que se debe incluir número de embarazos, número de cónyuges, historia detallada del ciclo menstrual, como parte de la historia ginecológica de esa paciente. antecedentes de Papanicolau, etc.
6. La finalidad de la evaluación es determinar el plan de tratamiento a seguir en esa paciente, de acuerdo con el protocolo de este servicio y de la decisión final con la Clínica Conjunta.
7. Aunque cada paciente es considerada y evaluada individualmente, los funcionarios del Servicio seguirán las pautas de tratamiento delineadas para cada Etapa Clínica y

tipo de neoplasia, para así poder evaluar nuestros resultados en un futuro, de acuerdo a las Guías Terapéuticas aprobadas.

1. La paciente que va pasar a Cirugía, Radioterapia o Quimioterapia, debe llevar todos los exámenes completos y todos sus problemas médicos resueltos, para evitar pérdidas innecesarias de tiempo.
2. Si la situación lo amerita, ya sea porque la paciente llega en una situación crítica por hemorragia u otras causas, entonces se pedirá consultas de Urgencias a los Servicios de Radioterapia y Quimioterapia aún sin terminar los exámenes necesarios.
3. En todos los casos se dará una explicación clara y precisa a los familiares de la paciente, de su enfermedad, tratamiento y pronóstico.
4. De acuerdo a la condición de la paciente y a la decisión de la Clínica Conjunta, podrá ser enviada a la Unidad de Cuidados Paliativos.

# Horario del Servicio de Ginecología Oncológica

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| HORARIO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
| 7:30 AM  a 3:00 PM | Consulta Externa y Clínica de Patología Cervical | Cirugía y Consulta Externa | Cirugía Mayor Consulta Externa Cirugías Menor  Ambulatoria: Criocirugía, Láser  Conización con asa y Rectoscopia | Cirugía y Consulta Externa | Visita General Clínica Conjunta Consulta Externa |

Este horario puede ser modificado si la situación lo amerita.

# Turnos de urgencia

El listado de turnos será confeccionado cada mes por el Jefe del Servicio y de acuerdo a las normas fijadas por la Dirección General para el trabajo extra horario

El médico de turno atenderá las llamadas de Unidad de Atención de Agudos. También pasará visita a las pacientes hospitalizadas durante el fin de semana y días feriados.

El médico de turno estará al tanto si hay cupos de cirugía libres en los días restantes asignados a los otros servicios, para poner en el programa cualquier caso que esté esperando.

# Admisiones

* + Previo a su admisión, las pacientes deben ser evaluadas en la Consulta Preoperatoria.
  + Los días que el Servicio tiene asignado para admitir pacientes para cirugías programadas son el lunes, martes, y miércoles. Si se trata de cirugías de alta complejidad (exenteraciones y cirugías radicales), las pacientes deben ser hospitalizadas con el tiempo necesario para su adecuada preparación.
  + El programa de cirugía tiene que estar listo antes de las 11:00 horas del día anterior a la cirugía.
  + En la Consulta Preoperatoria se examina la condición física de la paciente, se revisa el expediente, se verifica la donación de sangre, se repasa con la paciente y sus familiares lo referente al consentimiento informado y se ordena o suspende su admisión según sea el caso.
  + En todos los casos se pedirá a los familiares que donen sangre para la paciente, ya sea para cirugía o para corregir una anemia severa.

# Normas de atención en Sala

1. Una cuadrícula completa, clara y bien ordenada es esencial en el manejo del paciente oncológico. La cuadrícula debe estar preferiblemente escrita a máquina.
2. Es la responsabilidad de todos los médicos del servicio que pasan visita a diario, revisar las cuadrículas para estar seguros de que están completos todos los exámenes y revisar las notas de admisión que debe estar acompañada de una descripción clara de la lesión y el tamaño aproximado de la misma.
3. Nota de Admisión de la paciente hechos por los internos o médicos residentes o generales, las cuales deben y corregidas por los funcionarios.
4. La paciente debe tener notas diarias de progreso.
5. Debe revisarse a diario las órdenes anteriores.
6. El médico que le da de alta a la paciente en todo caso será uno de los funcionarios, y tendrá la obligación de instruir a la paciente en cuanto los medicamentos que tenga que usar, hacer las recetas del caso, fechas y citas de regreso a la Consulta Externa.
7. La cuadrícula debe estar completa con una nota de resumen final y un diagnóstico de salida claro en la hoja de salida y firmada y cerrada inmediatamente se de la salida, por el funcionario responsable de la sala y por el Jefe del Servicio.
8. Cuando la paciente que ha estado hospitalizada regresa a control, debe hacerse una nueva revisión de la cuadrícula, para estar seguros que está completa, incluyendo los diagnósticos histopatológicos del caso.
9. En casos de pacientes referidas de otros centros médicos, se le hará una contrarreferencia al médico que envió el caso, informándole del tratamiento usado y las recomendaciones necesriaa para un adecuado seguimiento.

# Clínica de Atención Integral a la Mujer

**Definición**: Equipo de médicos especialistas en Ginecología Oncológica que con el apoyo y colaboración de los otros Servicios existentes en el ION, son los responsables de la atención integral de las pacientes con patología del tracto genital femenino y la mama.

# Objetivos de la Clínica de Atención Integral de la Mujer

1. Dar atención oportuna y de calidad a las pacientes con patología del tracto genital femenino y mama en la Clínica de atención integral de la mujer del Instituto Oncológico Nacional.
2. Establecer en consenso las normas de atención de la Clínica atención de atención integral de la mujer basada en la mejor evidencia.
3. Estructurar los procesos de atención basados en la calidad.
4. Crear base de datos de los pacientes que ingresen a la Clínica de la Clínica de atención integral de la mujer.
5. Crear ambiente para las actividades de docencia e investigación de la Clínica atención integral de la mujer.
6. Promover el entrenamiento con alta tecnología a los estudiantes del programa de pregrado de las diferentes universidades que concurren al ION.
7. Promover el entrenamiento con alta tecnología a los estudiantes del programa de post grado de los diferentes hospitales que hacen su rotación de residencia en el ION.
8. Evaluar sus resultados anualmente para retroalimentación.
9. Difundir los resultados obtenidos.

# Servicio de Urología Oncológica

**Nombre de la Unidad: Servicio de Urología Oncológica Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad:** El Servicio de Urología es la unidad encargada de la atención de los pacientes que sean referidos con la sospecha o certeza de padecer enfermedades neoplásicas del Aparato Genital Masculino. Su ámbito de acción discurre desde la confirmación diagnóstica, el tratamiento clínico - quirúrgico correspondiente, hasta la rehabilitación y seguimiento posterior.

**Estructura o posición:** El Servicio de Urología Oncológica está subordinado técnicamente y administrativamente al Departamento de Especialidades Quirúrgicas y a la Dirección General.

# Atribuciones

Además del cumplimiento de las Normas Generales de Atención del ION, el Servicio de Urología Oncológica se encarga de:

* + Evaluar las referencias y atender en la consulta Externa a los pacientes referidos de otras unidades de Salud y al personal que labora en el ION.
  + Efectuar los procedimientos diagnósticos que sean necesarios para confirmar o descartar la patología oncológica urológica.
  + Efectuar los procedimientos quirúrgicos con fines curativos o paliativos que se recomienden.
  + Atender las interconsultas efectuadas por los otros Servicios del ION.
  + Participar en los procedimientos quirúrgicos conjuntos o cuando se produzca una lesión urológica.
  + Ofrecer tratamientos, reparaciones y reconstrucciones diferidas cuando las condiciones generales del paciente son óptimas y su pronóstico de vida sea razonablemente bueno.
  + Cualquier otra actividad que redunde en el beneficio de los pacientes y de la institución

# Coordinación

* + Urología Oncológica coordina e ínter actúa con todos los Servicios del ION, para brindar a los pacientes con cáncer o sobre vivientes de cáncer, una atención pronta y eficiente, contribuyendo a proporcionarles mejor calidad de vida.

# Normas de Atención de pacientes

1. Pacientes Ambulatorios:
   1. Los días de consulta serán los lunes y miércoles, en horario de 7:30 AM a 2:00 PM a razón de cuatro cupos por hora.
   2. A los pacientes nuevos se le asignarán dos cupos de atención.
   3. A los pacientes de reconsulta se le asignarán un cupo.
   4. A los pacientes ambulatorios, el funcionario referente deberá enviar nota explicando el motivo para la referencia, la que deberá venir acompañada de la documentación que la justifique.
   5. El paciente se presentará a la Consulta Externa y solicitará la cita de Primera Consulta.
   6. El Urólogo evalúa al paciente en la Consulta Externa y escribe sus observaciones en la historia clínica y programa el tratamiento médico o quirúrgico indicado.
2. Interconsultas:
   1. Las interconsultas ambulatorias se atenderán de igual forma que con los pacientes referidos de otros Centros.
   2. Las interconsultas de pacientes hospitalizados, serán atendidas por el médico asignado a sala en un término no mayor de 24 horas a menos que se trate de una urgencia, la que será atendida lo más pronto posible.
   3. Las interconsultas de pacientes atendidos en la Unidad de Atención de Agudos serán atendidas lo más pronto posible.
3. Atención Hospitalaria:
   1. El Servicio de Urología Oncológica asignará cada mes a un médico responsable de la atención hospitalaria de todos los pacientes admitidos quien deberá pasar visita todos los días antes de ir a la Consulta Externa o al Salón de Operaciones.
   2. El médico funcionario asignado a la sala, deberá también atender las interconsultas de otras salas y de la Unidad de Atención de Agudos.
   3. Todos los médicos del Servicio de Urología Oncológica efectuarán los miércoles de 7:00 AM a 8:00 AM, una visita general de sala en las que se discutirán la condición de todos los pacientes admitidos y se harán las recomendaciones respectivas.
4. Atención Quirúrgica:
   1. Todos los pacientes que deban ser sometidos a procedimientos quirúrgicos serán presentados en una Clínica Conjunta del Servicio los días miércoles, luego de la visita general de Sala y se dejará constancia en el expediente de la decisión.
   2. Los días de intervenciones quirúrgicas electivas serán los martes, jueves y viernes.
   3. Previa consulta y coordinación, con los otros Servicios Quirúrgicos, el Servicio de urología Oncológica participará en otras operaciones con algún equipo de Cirujanos de otra disciplina, cualquier día de la semana.
   4. El seguimiento de estos últimos pacientes, se hace en conjunto atendiendo cada Servicio lo correspondiente a su Especialidad, para bien del paciente.
5. Turnos de los Urólogos:

Habrá un Urólogos de turno de acuerdo a una rotación elaborada por el Jefe del Servicio quien resolverá las situaciones que se presenten fuera del horario regular y en los días no laborables.

# Servicio de Anestesiología y Reanimación

**Nombre de la Unidad: Servicio de Anestesiología y Reanimación Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad:** El Servicio de Anestesiología es la Unidad responsable del bienestar y la seguridad del paciente durante la realización de un acto quirúrgico y/o examen diagnóstico, y que además ofrece condiciones operativas óptimas al cirujano. También es responsable de las etapas de preparación preanestésica y de la recuperación postanestésica. Además está dentro de la funciones del Servicio, supervisar y tratar los procedimientos y tratamientos del dolor crónico y agudo o patologías afines en distintos sectores del área hospitalaria.

**Estructura o posición:** El servicio de Anestesiología está subordinado técnicamente y administrativamente al Departamento de Especialidades Quirúrgicas y a la Dirección General. Se encuentran bajo su coordinación las siguientes secciones:

* Anestesia Clínica en el Quirófano
* Clínica Prequirúrgica
* Recuperación Postanestésica.

# Atribuciones.

1. Efectuar la evaluación de los pacientes en la Clínica Preoperatoria.
2. Realizar la visita preanestésica, ordenar la medicación preanestésica y confirmar si la misma fue correctamente aplicada.
3. Cuidar el mantenimiento de las condiciones del paciente durante el periodo intraoperatorio y durante su permanencia en la sala de recuperación postanestésica.
4. Velar por el perfecto funcionamiento de los aparatos utilizados en anestesia.
5. Llenar correctamente el registro de anestesia y el alta de recuperación postoperatoria, así como toda otra documentación relacionada con el servicio.
6. Prevenir accidentes, tales como incendios o explosiones que envuelvan a los equipos de anestesia.
7. Prestar la atención que requieran otras unidades del hospital (Urgencias, Terapia Intensiva, etc.) en las cuales hubiera necesidad de intervención de anestesia o procedimientos de reanimación
8. Mantener en coordinación con el Servicio de Registros Médicos y Estadística, un registro adecuado de las actividades del servicio incluyendo primordialmente el registro de las actividades diarias de producción del Quirófano, de manera que se facilite la consulta, análisis y estudio de los procedimientos efectuados, tanto anestésicos como quirúrgicos con la finalidad de implementar medidas de mejoramiento de la calidad técnica, científica y administrativa en forma continua.

# Área Física

El servicio de Anestesiología atiende a varias unidades dentro del hospital y, por lo tanto, la delimitación de un área física se torna difícil. Entre tanto, es el Centro Quirúrgico donde el Servicio tiene más actividad, y en consecuencia, es en ese lugar donde se debe centralizar, en lo posible, el servicio.

Elementos y consideraciones:

La sala de recuperación postanestésica: es considerada una extensión de la sala de cirugía y, por lo tanto, debe estar ubicada inmediatamente adyacente al área del Centro Quirúrgico, conectándose a el mediante un corredor, directamente. Esta vía de acceso tiende a mantener la limpieza y asepsia y ofrece la conveniencia de economía de tiempo para el cirujano y anestesista. En la mayoría de los hospitales, la relación de 1.5 camillas por cada sala de cirugía es adecuada.

Área de almacenamiento de anestésicos, materiales e insumos; debe estar ubicada dentro del Centro Quirúrgico. Esta sala debe contener todo tipo de medicación, materiales e insumos usados en anestesia, catalogados correctamente dispuestos de modo de facilitar un acceso rápido.

Depósito de gases ubicado cerca del Centro Quirúrgico, generalmente próxima a la unidad de Anestesia, y en el cual se almacenan los cilindros portátiles necesarios para urgencias o fallas en el sistema centralizado de gases. Debe ser espaciosa y bien aireada.

# Profesionales que actúan en la Unidad

Jefe del Servicio

Medico Anestesista Enfermera Asistentes manuales

# Perfil del Cargo:

**Jefe del Servicio de Anestesia**

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de dirección, coordinación y supervisión profesional que consiste en administrar el Servicio de Anestesiología, supervisando las técnicas anestésicas aplicadas

# Tareas Típicas:

* + Responsabilizarse por los procedimientos médicos y técnicas anestésicas en uso en el Servicio.
  + Distribuir los médicos anestesiólogos en las salas de operaciones, procedimientos y servicios de atención que brinda el Servicio de Anestesiología de acuerdo con las necesidades del Hospital
  + Supervisar y orientar técnicamente los equipos Médicos y asistentes del servicio.
  + Solicitar la adquisición de nuevos equipos y mantenimiento de los existentes, como también el uso adecuado de los mismos.
  + Controlar y supervisar las necesidades de personal del Servicio, y el cumplimiento del reglamento y normas de Recursos humanos y del Hospital.
  + Preparar informes periódicos de producción a la Dirección General, Dirección de Atención y al Servicio de Cirugía, en coordinación con el Servicio de Registros Médicos y Estadística

# Condiciones que debe reunir:

Diploma de Medico

Residencia Médica en Anestesiología

Titulo de Especialista otorgado por el Consejo Técnico de Salud Curso de Administración Hospitalaria y/o gerencia de salud.

Pertenecer a la 1ª categoría del escalafón médico

Tener por lo menos 5 años de antigüedad en la Institución

**Forma de Contratación**: Por concurso o prueba de selección.

# Médico Anestesiólogo

**Naturaleza del Trabajo**: Trabajo de ejecución profesional, que consiste en actuar en el acto quirúrgico, en el pre y postoperatorio y en las áreas afines creando condiciones satisfactorias para el tratamiento quirúrgico, la reanimación y el tratamiento de los procesos dolorosos.

# Tareas Típicas:

* + Realizar la visita preanestésica
  + Indicar y ejecutar la anestesia para los diversos procedimientos a que esté asignado
  + Llenar el registro de anestesia y la hoja de registro estadístico
  + Supervisar la sala de recuperación postanestésica.
  + Orientar a Enfermera, asistentes y a los practicantes bajo su responsabilidad.
  + Suministrar las recetas de medicamentos de control usados en el servicio
  + Cumplir las normas de servicio y reglamento de la Institución

# Condiciones que debe reunir:

* + Diploma de Medicina.
  + Residencia Médica en Anestesiología.
  + Idoneidad para practicar la Medicina y la Anestesiología expedida por el Consejo Técnico de Salud

**Forma de Contratación**: Por concurso o prueba de selección.

# Técnico Anestesista

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución profesional que consiste en ayudar directamente al medico anestesiólogo en diversas tareas, tomando el servicio mas rápido, seguro eficiente.

# Tareas Típicas:

* + Ayudar al medico anestesista en situaciones de urgencia o cuando su presencia sea necesaria.
  + Responsabilizarse por la guarda y el control del material de anestesia.
  + Cumplir órdenes de servicio y Reglamentos del Hospital.
  + Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Curso técnico en anestesiología.

**Forma de Contratación**: Concurso o prueba de selección.

# Rutina: Atención al Paciente para la Cirugía

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Medico Cirujano | Indica la cirugía |
| Médico Anestesiólogo | Hace la evaluación preanestésica en la Clínica Preoperatoria y autoriza la cirugía |
| Médico Anestesiólogo | Hace la evaluación preoperatoria en la Sala |
| Enfermera del Centro Quirúrgico | Solicita el transporte del paciente hacia el centro quirúrgico según la disponibilidad de sala de Operaciones y equipo medico |
| Camillero | Dirige el paciente hacia la antesala del Centro Quirúrgico |
| Auxiliar del Centro Quirúrgico | Dirige al paciente hacia la sala de cirugía y lo coloca en posición en la mesa de operaciones |
| Medico Anestesiólogo | Hace la aplicación de anestesia escogida conforme a la cirugía programada |
| Equipo Quirúrgico | Efectúa el acto quirúrgico |
| Medico Anestesiólogo | Acompaña al paciente a la sala de recuperación postanestésica después del acto quirúrgico |

**Requisitos preoperatorios de Admisión**

El objetivo de estas normas es asegurar la más expedita y adecuada atención del paciente que requiera el servicio de anestesiología en el Instituto Oncologico Nacional de Panamá.

1. De la admisión del paciente:
   1. El paciente programado para cirugía electiva:
      1. Día de semana: deberá ser admitido, el día previo, antes de las 11:00 a.m.
      2. Fines de semana: deberá ser admitido entre el viernes o el domingo, antes de las 11:00 am.
      3. El paciente de urgencia: ya sea que provenga del cuarto de urgencia o de las salas.
      4. Durante la jornada 7:00 a.m-3:00 p.m. el médico cirujano notificara al medico anestesiologo de turno y al personal del Quirofano.
      5. Durante la jornada de 3.00 p.m. – 7:00 a.m. el medico cirujano notificara al medico anestesiologo de turno quien debera evaluar el paciente y determinar el tipo de Anestesia administrada.
2. De los requisitos previos a la atención:
   1. Pacientes electivos:
      1. Registro de admisión oficial a la Institución.
      2. Historia clínica y examen físico completo. Ver normas generales para mayor información.
      3. Consentimiento operatorio firmado. De ser menor de edad o estar física o mentalmente incapacitado deberá hacerlo los padres, tutor o familiar más cercano.
      4. Constancia de donación de sangre, de acuerdo a la cirugía planeada ( ver acápite 6)
      5. Exámenes de laboratorio (ver acápite 3)
      6. Interconsultas especializadas (ver acápite 5)
   2. Pacientes de urgencia:
      1. Registro de admisión oficial a la Institución si la urgencia lo permite.
      2. Consentimiento operatorio firmado por el paciente o persona responsable (familiar o médico).
      3. Historia clínica tomada del paciente o persona acompañante enfatizando en hora de la última ingesta de alimentos, historia de alergias a medicamentos o alimentos, asma bronquial, uso de medicamentos (nombre y dosis), adicción a drogas, accidentes anestésicos.
      4. Exámenes de laboratorio (ver acápite 3)
      5. Evaluación de médico especialista correspondiente, en pacientes con patología descompensada agregada ( de ser posible).
      6. Canalización de una vena periférica con catéter calibre 18 ó vena central.
3. De los exámenes de laboratorio:
   1. En cirugía electiva:
      1. Hemograma, en pacientes ASA I, menores de 40 años. Se recomienda una vigencia menor de 6 meses.
      2. Radiografía de tórax, en pacientes: 3.1.2.1.mayores de 60 años. 3.1.2.2.con enfermedad cardiovascular.
         1. con enfermedad pulmonar. 3.1.2.4.con riesgo de metástasis pulmonares. 3.1.2.5.con riesgo de tuberculosis.

3.1.2.6.con síntomas pulmonares agudos.

Se recomienda una vigencia menor de 1 año.

* + 1. Glicemia en pacientes diabéticos, en uso de corticoides o con trastorno de la glucosa.
    2. Electrolitos en pacientes con: 3.1.4.1.enfermedad renal. 3.1.4.2.diabetes mellitus.
       1. ingesta de esteroides o enfermedad adrenal. 3.1.4.4.ingesta de diuréticos.

3.1.4.5.preparación intestinal.

* + 1. N de U / creatinina en pacientes con: 3.1.5.1.más de 60 años. 3.1.5.2.enfermedad renal.
       1. ingesta de AINES (o cualquier otro nefrotóxico) o diuréticos. 3.1.5.4.historia de diabetes mellitus.
       2. hipertensión arterial.
       3. procedimientos que requieran medios de contraste.
    2. Tipaje y Rh en pacientes que requieren prueba cruzada y detección de anticuerpos.
    3. TP, TPT, plaquetas en pacientes con: 3.1.7.1.enfermedad hepática.

3.1.7.2.historia de sangrado o trastornos de la coagulación. 3.1.7.3.anticoagulados.

3.1.7.4.cáncer con riesgo de sangrado.

1. ECG en pacientes con:
   1. más de 35 años.
   2. enfermedad cardiovascular.
   3. historia de diabetes mellitus.
   4. enfermedad pulmonar.
   5. enfermedad vascular periférica.

Se recomienda una vigencia menor de 6 meses.

1. Todo paciente para cirugia con patologia cardiaca o no deben ser evaluado en consulta externa por cardiologia.
2. En cirugía ambulatoria: igual criterio que para las electivas.
3. En cirugía de urgencia:
   1. Hemoglobina y hematocrito.
   2. Tipaje y Rh
   3. Los que la patología descompensada agregada indique.
4. Del ayuno:
   1. Paciente adulto: 8 horas.
   2. Paciente pediátrico:
      1. Recién nacido a 6 meses: 8.2.1.1.alimentos sólidos, 4 horas

8.2.1.2.Líquidos claros, 2 horas.

* + 1. De 6 a 36 meses: 8.2.2.1.alimentos sólidos, 6 horas. 8.2.2.2.Líquidos claros, 3 horas.
    2. Mayor de 36 meses: 8.2.3.1.alimentos sólidos 8 h. 8.2.3.2.Líquidos claros, 3 horas.

PARAGRAFO: Líquidos claros incluye, leche humana, té y jugo de manzana.

1. De las interconsultas: Requieren tener consultas a sus especialistas respectivos con consentimiento para el acto quirúrgico programado los siguientes pacientes:
   1. Neumología: pacientes obesos (índice peso/ talla mayor de 30), epoc, asmático con historia de crisis menor de un mes de antigüedad, bronquiectasia.
   2. Endocrinología: paciente diabético, hiper/ hipotiroideo, uso de corticoides en los últimos 6 meses.
   3. Hematología: paciente con discracia sanguínea, uso de aspirina o similares. Los pacientes quienes han omitido el uso de la aspirina o de los AINES dentro del tiempo recomendado no necesitarán esta interconsulta.
   4. Cardiología: Todo paciente mayor de 35 años con o sin patologia cardiaca marcapaso y disrritmia por ECG.
2. Toda cirugía electiva debe diferirse:

10.1.6 meses después de ocurrido, un infarto del miocardio.

10.2.1 a 3 meses 30% de riesgo de reinfarto post operatorio.

10.3.3 a 6 meses 15% de riesgo. 10.4.más de 6 meses 5% de riesgo.

10.5.Hasta un mes después de haberse recuperado de un resfriado común, sobre todo en niños (menores de 10 años), pacientes EPOC y fumadores.

1. De los medicamentos:
   1. Los antihipertensivos deben mantenerse hasta el día de la cirugía.
   2. El consumo de aspirina debe suspenderse por lo menos 14 a 20 días antes de la cirugía, excepto que se recomiende lo contrario en situaciones particulares. Los analgésicos AINES deben suspenderse cuarenta y ocho horas antes de la cirugía.
   3. Se debe dejar de fumar por lo menos quince días antes de la cirugía.

# Normas de evaluación preoperatoria

La evaluación anestésica preoperatoria tiene como objetivos:

1. Educar al paciente acerca de la anestesia (incluyendo el manejo del dolor).
2. Obtener información pertinente acerca de la historia mèdica, condición física y mental del paciente.
3. Verificar que los exámenes de laboratorio e interconsultas necesarias reposen en el expediente y sus resultados estén acorde con el plan anestésico.
4. Establecer el plan anestésico, consultando con el paciente.
5. Reducir la ansiedad.

Todo paciente que se planee recibir atención anestesiológica debe ser evaluado previamente por un médico del Servicio de Anestesia, en la clinica Pre-Quirurgica ambulatoria, llenar el formulario especialmente diseñado para ello e incorporarlo al expediente del paciente.

El paciente tiene beneficiario a recibir toda la información necesaria, en forma clara y entendible del procedimiento anestésico planeado incluyendo las complicaciones más frecuentes.

El médico anestesiólogo debe contemplar en su plan anestésico, en lo posible, los requerimientos y preferencia del paciente.

1. Información que debe obtenerse durante la entrevista anestésica preoperatoria
   1. Estado general de salud
      1. Tolerancia al ejercicio, ganancia o pérdida de peso, estado emocional, utilización de prótesis (dental u otras).
      2. Alergias
   2. Revisión por sistemas:

Circulación: historia de infarto reciente, hipertensión arterial, historia de cardiopatía incluyendo valvulopatía, historia de insuficiencia vascular periférica, trombosis venosa profunda.

Respiración: historia de asma bronquial, EPOC, historia de tromboembolismo pulmonar, tuberculosis, resecciones pulmonares.

Sistema nervioso: epilepsia, miastenia gravis (debilidad generalizada), pérdida de la memoria, trastornos emocionales o psiquiátricos.

Hígado: antecedente de hepatitis, ictericia, cirrosis. Riñones y vías urinarias: antecedente de insuficiencia renal. Aparato gastrointestinal: reflujo gastroesofágico, úlceras.

Sistema endocrino: diabetes, enfermedades adrenocorticales, trastornos tiroideos, feocromocitoma.

Hematológicos: anemia, trastornos de coagulación (historia de sangrados). Odontológicos: pérdida dentaria, prótesis, trastornos de la articulación temporomandibular.

* 1. Abuso de drogas y adicciones: tabaco, marihuana, alcohol, cocaína, crack (piedra). Precisar frecuencia, cantidad y la última toma.
  2. ingestión actual de medicamentos: aspirina y derivados, antihipertensivos, AINES, antidepresivos (tricíclicos), hipoglicemiantes, corticoides (cremas dermatológicas).
  3. Anestesias previas: accidentes anestésicos y complicaciones postanestésicas (vómitos, náuseas, trastornos neurológicos).

1. Observaciones durante la exploración física
   1. Inspección general: estado físico (estado de hidratación), cianosis, estructura facial, pérdida dentaria, fragilidad y lesiones de la piel, anatomía de las venas, limitaciones físicas sobretodo en extremidades, desviaciones de la columna.
   2. Articulación temporomandibular, su movilidad.
   3. Apertura de la boca, dentición (falta, prótesis, debilidad), úvula visible. Clasificación de Mallampaty. Distancia mento cricoidea.
   4. Flexión y extensión del cuello.
   5. Auscultación de corazón y pulmones. Describir la presencia de soplos y ruidos agregados.
   6. Presión arterial ( en ambos brazos si está indicado)
   7. Pulsos periféricos (en especial si se planea cateterización arterial).
   8. Marcas óseas para anestesia regional.
   9. Abdomen: hepato o espleno megalia, masa pulsátil.
2. Pre-medicación
   1. Tiene como objetivo optimizar el soporte farmacológico que reciba previamente el paciente lo cual puede requerir suspender su administración, cambiar la vía de administración o ajustar sus dosis. Además suministrar un ansiolítico, analgésico, antibiótico o cualquier otro medicamento necesario por la patología del paciente y el plan anestésico-quirúrgico seleccionado.
   2. En los casos electivos, adultos, se usará de preferencia diazepam 0.2 mg/ kg de peso del paciente, vía oral la noche anterior y diazepam 0.3 o midazolam 0.15 mg/ kg de peso, vía oral, una hora antes de la cirugía.
   3. La antibioticoterapia profiláctica se adecuará según las normas del servicio quirúrgico del caso respectivo.
3. Canalización venosa e hidratación
   1. Todo paciente que se planee para ser atendido por médico anestesiólogo para recibir sedación, anestesia local o general deberá ser canalizado con la cánula de mayor diámetro posible, de preferencia, en el dorso de una de las manos (la que no use para comer o escribir) y colocarse venoclisis de lactato de ringer. El tipo de solución y la velocidad de la administración la puede ajustar el médico anestesiólogo según el caso en particular. En los casos de niños ver normas de pediatría. En los casos de Mastectomia Radical o disección Axilar unilateral previa, deberá ser canalizada en el MS contrario a la cirugia.
   2. En casos de Mastectomias Radical o disección Axilar bilateral se indica colocacion de via venosa central para hidratación previa ordenada por el médico anestesiologo. En caso de pacientes de venas perifericas que no permitan su canalización e hidratación se deberá colocar acceso venoso central.
4. De los equipos y medicamentos
   1. Todo paciente que se planee recibir anestesia, en cualquiera de sus modalidades, debe estar supervisado por un médico del Servicio de Anestesia. Se exceptúan los casos de anestesia local realizados por el cirujano en la consulta externa.
   2. El médico anestesiólogo al suministrar una anestesia debe tener disponible una máquina de anestesia, equipada adecuadamente con los medicamentos y equipo de monitoreo básico. Antes de iniciar el procedimiento anestésico debe verificar el buen funcionamiento de la máquina de anestesia.
   3. Los medicamentos básicos que debe contener toda máquina de anestesia son: tiopental sódico, succinil-colina, lidocaína al 2%, atropina, adrenalina.
   4. El monitoreo básico que se aplica a todo paciente que recibe cuidados anestesicos, en situaciones de urgencia puede ser diferido por las maniobras de soporte de vida. La sugerencia puede ser excedida por el médico anestesiólogo en circunstancias particulares de acuerdo a su juicio. Este monitoreo intenta apoyar la calidad del cuidado que se ofrece al paciente pero no garantiza el resultado del manejo anestésico.
   5. Durante todas las modalidades de anestesia el paciente debe ser continuamente evaluado en su oxigenación, ventilación, circulación y temperatura. En cuanto a la oxigenación se recomienda un método cuantitativo tal como la oximetría de pulso. Para la ventilación, si bien los métodos cualitativos como los movimientos del tórax, observar la bolsa reservoria y la auscultación de los ruidos respiratorios pueden ser

adecuados, el monitoreo cuantitativo del contenido de dioxido de carbono en el gas expirado, como la capnografía es mejor. Durante la anestesia regional y cuidados anestésicos los signos clínicos pueden ser suficientes. En cuanto a la circulación, todo paciente que recibe anestesia debe tener un electrocardiograma en tres derivadas desde el comienzo de la anestesia hasta su preparación para salir del quirófano. A todo paciente se le debe tomar y anotar la presión arterial y frecuencia cardíaca cada cinco minutos. En adición a lo anterior se le deberá evaluar por lo menos uno de los siguientes: palpación del pulso, auscultación de los ruidos cardíacos, monitoreo del trazo de la presión intraarterial o monitoreo del pulso periférico. Deberá estar disponible rápidamente un medio para medir la temperatura corporal.

* 1. El anestesiólogo debe velar por la correcta posición del paciente, evitando lesiones por compresión, la adecuada colocación de la plancha del electrocauterio y la debida cobertura de los ojos.

1. De la identificación del paciente
   1. El médico anestesiólogo es responsable de la debida identificación del paciente que planea atender y del procedimiento a realizarse. Para ello deberá verificarlo, previo a la administración de cualquier sedante, con la hoja de registro de admisión oficial de la Institución, la hoja de consentimiento operatorio, la hoja de evaluación anestésica pre operatoria, la marquilla y el mismo paciente o familiares. De haber cualquier duda se suspenderá el procedimiento a realizar hasta aclararlo.

Registro anestésico transoperatorio

Es obligación del médico anestesiólogo que administra una anestesia el llenar en forma completa, clara y veraz la hoja de anestesia oficial para uso en el Servicio de Anestesia en donde se consigne la evolución del paciente incluyendo eventos adversos y su tratamiento, con los símbolos aprobados para ello.

# Atención post anestésica

Todo paciente que reciba anestesia por un médico anestesiólogo debe pasar, al finalizar el procedimiento, a la sala de recuperación de anestesia (cuidados intensivos de anestesia) en donde el anestesiólogo que administró la anestesia lo entregará al personal encargado previo informe del procedimiento realizado, complicaciones presentadas y cuidados especiales a recibir. Se debe monitorizar los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno periférico) y el estado de conciencia. Los valores de ingreso de los signos vitales deben consignarse en la hoja de anestesia.

A cada paciente se le debe llenar la hoja de registro de recobro oficial del Servicio de Anestesia, administrar analgésicos de acuerdo a la orden médica, suministrar oxígeno y calor de acuerdo a necesidades. La persona encargada puede darlo de alta de recobro de acuerdo a los signos vitales, estado de recuperación de la anestesia, condición física y mental y escala de Aldrete. En caso de duda deberá consultarse con el médico anestesiólogo que administró la anestesia y obtenerse su aprobación.

# Manejo del dolor

Es responsabilidad del médico anestesiólogo el control adecuado del dolor y deberá poner todos sus esfuerzos para el logro efectivo de este objetivo fundamental en el manejo del paciente quirúrgico.

Es obligación del médico anestesiólogo incorporar en su plan anestésico el uso de analgésicos desde el transoperatorio. De preferencia la combinación de un opiáceo y AINES intravenoso, uso de anestésico local subcutáneo en la herida quirúrgica, de no haber contraindicación para ello. En el caso de niños ver las indicaciones en la sección de anestesia pediátrica.

El esquema de analgesia para el postoperatorio debe contemplar el uso de analgésicos intravenosos y horario o analgesia vía epidural y su eficacia debe verificarse por lo menos dos veces al día.

# Anestesia para cirugía ambulatoria

1. Se considera cirugía ambulatoria aquellos procedimientos en los cuales el paciente no se hospitaliza. El paciente va a su casa al recuperarse de la anestesia.
2. Las normas tienen el objetivo de optimizar el éxito del programa, tanto del paciente como del equipo que lo realiza. Se busca lograr la aceptación de la comunidad de este programa que representa grandes ventajas en la producción de Salud curativa como lo son: menor separación del paciente que busca salud de su entorno familiar, menor incidencia de complicaciones que implica hospitalizarse, disminuir los costos de la producción de salud, mayor disponibilidad de camas hospitalarias.
3. Todo esto implica que las normas no son estáticas ni inflexibles, deben adecuarse a la experiencia del cirujano y del equipo de salud envuelto en el programa.
4. Se aceptan pacientes mayores de 1 año y menores de 100 años, sanos, sin antecedentes patológicos, no fumadores ni obesos.
5. Este rango de edad puede ampliarse en la medida que un programa (involucra cirujano, anestesiólogo y personal de salud) muestre experiencia satisfactoria en manejar pacientes fuera de él.
6. Se excluyen de manera absoluta niños menores de 6 meses con antecedentes de: producto de gestación múltiple, de parto prematuro, bajo peso al nacer (menos de 2,500

g) e historia de síndrome de insuficiencia respiratoria en neonato. Los niños prematuros no son candidatos para cirugía ambulatoria, por lo menos hasta la 46 semanas de edad post coneptual (edad gestacional + semanas de nacido); si se le administra anestesia, deben ser monitorizados por un período mínimo de 12 horas post-anestésicas a objeto de detectar apnea post-operatoria.

1. El paciente debe ser ASA 1 y 2. Quedará a criterio del anestesiólogo aceptar paciente clase 3 de ASA, siempre y cuando su enfermedad sistémica esté bien controlada.
2. El paciente debe vivir cerca de la unidad ejecutora donde se le realiza el procedimiento ambulatorio, de tal forma que una complicación de urgencia pueda ser resuelta rápidamente.
3. El paciente debe valerse por sí mismo y estar capacitado para ello.
4. Es requisito primordial que un familiar adulto pueda acompañar al paciente el día del procedimiento.
5. El ayuno, los examenes de laboratorio y las interconsultas se harán de igual manera que lo descrito en el capítulo de admisión en las normas actuales y de las normas de cirugia ambulatoria del Instituto Oncologico Nacional.
6. El uso de premedicación quedará a criterio del anestesiólogo. En caso de usarse deberá seguir las pautas dadas al respecto en este documento.
7. Es de suma importancia la ausencia de procesos virales o bacterianos, activos o en fases tempranas. Se deberá esperar, por lo menos, dos semanas después que estos hayan cesado para programarlos.
8. Todo paciente programado para procedimientos ambulatorios debe ser evaluado, como minimo un día antes, por el médico anestesiólogo y llenar la hoja de evaluación anestésica preoperatoria. El anestesiólogo decidirá si el paciente es apto para el procedimiento en forma ambulatoria.
9. La técnica y todo lo concerniente al medicamento y manejo anestésico a utilizar será responsabilidad del médico anestesiólogo.
10. Criterios para dar de alta a un paciente después de cirugía ambulatoria: 16.1.Signos vitales estables por lo menos en una hora.

16.2.Sin evidencia de depresión respiratoria. 16.3.El paciente debe estar:

* + 1. Orientado en persona, tiempo y lugar.
    2. Tolerar líquidos vía oral.
    3. Capaz de vestirse por sí mismo.
    4. Capaz de caminar sin asistencia.
    5. Sin náusea ni vomitos.
    6. Dolor mínimo.
    7. Sangrado mínimo.

# Protocolo de anestesia general con intubación endotraqueal

1. Fentanyl 2 mcg/ kg de peso.
2. Oxigeno 4 ltos/ min bajo máscara.
3. Relajante muscular no despolarizante a dosis pre-curarizantes.
4. Tiopental sódico 2.5% de 3 a 7 mg/ kg de peso.
   1. Como alternativa: propofol 2 mg/ kg o midazolam 0.3 mg/ kg.
5. Succinil colina 1.5 mg/ kg de peso.
   1. Como alternativa se puede usar atracurio 0.5 mg/ kg y no se requiere dosis precurarizantes.
6. Laringoscopia e intubación endotraqueal (ver protocolo de intubación orotraqueal en adulto).
7. Verificación de buena colocación del tubo endotraqueal. Usar por lo menos tres de los siguientes métodos:
   1. Visualización directa del paso del tubo endotraqueal por la laringe.
   2. Auscultar ambos campos pulmonares.
   3. Ver la condensación de vapor de agua en el tubo.
   4. Observar el movimiento torácico.
   5. Capnografía.
   6. Auscultar el epigastrio.
   7. Oximetría de pulso.
8. Mantenimiento de la anestesia con anestésico halogenado, de preferencia enfluorane, como alternativa el isofluorane. Como alternativa se puede usar anestesia total intravenosa con propofol, midazolam, fentanyl.
9. Usar oxígeno a menos de 2 ltos/ min.
10. De ser necesario relajación muscular se recomienda atracurio 0.3 mg/ kg de peso, pancuronio 0.1 mg/ peso. Repetir de ser necesario en dosis decrecientes ( 25% de la inicial).
11. Al finalizar el procedimiento, de ser necesario, antagonizar el relajante muscular con atropina 0.5 mg + neostigmina 0.07 mg/ kg.
12. Administrar analgésico: meperidina 0.5 mg/ kg o similares a dosis equipotentes e infiltración del subcutáneo con bupìvacaína 0.5 % 10cc.
13. Considerar el uso de antieméticos (metoclopramida).
14. Oxígeno 4 ltos/ min bajo máscara por lo menos durante 5 min. Antes de trasladar a recobro.
15. La ketamina a dosis de 1-2 mg/ kg de peso se utilizará como agente inductor en casos de hipotensión arterial al inicio de la anestesia.

# Protocolo de intubación orotraqueal en adultos

1. Aplicable para situaciones en quirófano como en áreas fuera del quirófano.
2. Verificar que hay una buena oxigenación (el oxímetro de pulso es útil para medir los niveles de saturación de oxígeno en forma contínua) y que el equipo de succión está disponible. De ser posible, investigue la existencia de prótesis dentales removibles.
3. Verifique tener disponible una bolsa-máscara autoinflable (ambú) con conección para dar oxígeno o una máquina de anestesia, con una mascarilla adecuada para el paciente.
4. Infle el balón del tubo endotraqueal para verificar que no tiene fuga y luego desinflelo.
5. Conecte la hoja del laringoscopio al mango y verifique el funcionamiento del bombillo.
6. En pacientes ancianos y con historia de trauma no hiperextienda o hiperflexione el cuello, de ser posible hágase asistir de otra persona.
7. Mantenga el laringoscopio en la mano izquierda.
8. Inserte el laringoscopio por el lado beneficiario de la boca del paciente, desplazando la lengua hacia la izquierda.
9. Examine visualmente la cavidad oral, faringe superior, epiglotis y cuerdas vocales. Verifique la existencia de prótesis dentales removibles y extraiqalas con cuidado y succione secreciones.
10. Inserte suavemente el tubo endotraqueal en la tráquea, cuidando en la maniobra de los dientes y los labios. Si visualiza las cuerdas vocales inserte el tubo hasta que el balón las pase. Es una forma de colocarlo adecuadamente.
11. Infle el balón con suficiente aire para sellar la vía aérea. La cantidad de aire adecuado lo puede verificar ventilando al paciente y observar que no haya fuga durante la inspiración.
12. Verifique la adecuada colocación del tubo endotraqueal, ventilando el paciente: observe visualmente la expansión de ambos hemitórax, ausculte el tórax y abdomen entre otras medidas mencionadas anteriormente.
13. Asegure el tubo con cinta adhesiva alrededor de la boca.
14. Si no ha logrado intubar en 15 segundos, suspenda el intento y ventile al paciente verificando una buena oxigenación y trate otra vez.

# Protocolo de intubación nasotraqueal

1. Las indicaciones son: conveniencia quirúrgica e imposibilidad de intubación oral.
2. Cuando la técnica sea escogida por conveniencia quirúrgica la anestesia puede ser inducida antes de la intubación.
3. Se debe interrogar al paciente por sangrado fácil por la nariz, cirugía anterior de la naríz, historia de rinitis y si hay mejor entrada de aire por alguna de las fosas nasales.
4. Se examina la naríz para detectar desviaciones del tabique nasal, presencia de pólipos o masas intranasales, amplitud de ambas fosas nasales para escoger la fosa nasal más amplia para la intubación.
5. Se ocluye una fosa nasal y se hace inspirar profundamente al paciente y luego se hace lo mismo con el lado contralateral. Posteriormente se le pregunta al paciente por cual siente mejor flujo de aire.
6. De estar disponible, se recomienda instilar gotas nasales que contengan fenilefrina (0.25 a 1%) en la fosa nasal a instrumentar.
7. Se induce la anestesia y se inicia la ventilación bajo máscara con oxígeno y halogenado procurando una ventilación asistida.
8. Se introduce el tubo endotraqueal en la fosa nasal seleccionada perpendicular a la cara, avanzando hasta una profundidad en que los sonidos respiratorios se oigan con máxima intensidad (usualmente 14 a 16 cm en adultos). Esto nos hace suponer que la punta del tubo está por encima de la glotis.
9. La entrada del tubo endotraqueal en la glotis se puede intentar a ciegas coordinando la introducción con la fase inspiratoria de la ventilación y se verifica con la capnografía o la broncoscopía.
10. De no haber contraindicación se prefiere, en casos electivos, la entrada del tubo endotraqueal a la glotis bajo visión directa, con asistencia del laringoscopio y la pinza de Magill. De ser necesario se puede ayudar con el uso de relajante muscular (succinil colina) para paralizar las cuerdas vocales.
11. Si la glotis no puede ser visualizada por laringoscopía directa, la pinza de Magill puede ser usada para intentar guiar la punta del tubo hacia el área de la glotis.
12. Se debe evitar el uso de una fuerza excesiva en la maniobra para no dañar las delicadas estructuras laríngeas o crear falsas vías.

# Protocolo de intubación fallida durante la anestesia

1. Todo anestesiólogo, no importa cuan experimentado sea, puede encontrarse con pacientes que no pueda intubar. La inducción de la anestesia deberá ser realizada con esta posibilidad en la mente, de tal manera que un plan claro de acción y no el pánico, pueda ser implementado.
2. Cuando un intento inicial de intubación falla, se debe reasumir la ventilación bajo máscara cuya efectividad se verifica mediante la capnografía y la saturación de oxígeno. El anestesiólogo, en este momento, debe evaluar la situación y las posibles causas de la falla con el objeto de resolverlas. La solución puede incluir la posición de la cabeza, la técnica de la laringoscopía, el uso de la guía, el cambio de la hoja del laringoscopio (curva o recta).
3. Después de varios intentos el procedimiento quirúrgico puede ser pospuesto si no es urgente. De ser necesario se debe mantener la ventilación bajo máscara hasta que se reviertan los medicamentos de larga acción usados (narcóticos, relajantes musculares).
4. De acuerdo a la necesidad de la cirugía, experiencia del anestesiólogo y facilidades técnicas se puede intentar el uso del fibrobroncoscopio para lograr la intubación traqueal o decidir el uso de la máscara laríngea.
5. Si la cirugía es de urgencia y los métodos anteriores han fallado se debe realizar traqueostomía.

# Indice multifactorial para estimar el riesgo cardíaco en cirugías no cardíacas (Goldman

S3, galope o distensión venosa yugular en el examen físico pre-operatorio ( 11) pts Infarto del miocardio transmural o subendocardico en los seis meses

previos a la cirugía ( 10) pts

Latido ventricular prematuros: más de cinco en un minuto ( 7) pts Arritmias auriculares o la presencia de ritmo no sinusal en

el ECG pre-operatorio ( 7) pts

Edad por encima de los 70 años ( 5) pts

Operación de urgencia ( 4) pts

Cirugía intratorácica, intraperitoneal o aortica ( 3) pts

Evidencias de estenosis valvular aortica importante ( 3) pts

Condiciones médicas generales pobres ( 3) pts

INTERPRETACION

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grupo** | **Puntos** | **Morbilidad (%)** | **Mortalidad** |
| 1 | 0 – 5 | 0.7 | 0.2 |
| 2 | 6 – 12 | 5.0 | 2.0 |
| 3 | 13 – 25 | 11.0 | 2.0 |
| 4 | 26 o más | 22.0 | 56.0 |

Clasificación del estado físico de la ASA (American Society of Anesthesiologist) ASA 1: Paciente sano.

ASA 2: Paciente con enfermedad sistémica leve (diabetes leve, hipertensión controlada, anemia, bronquitis crónica, obesidad moderada).

ASA 3: Paciente con enfermedad sistémica grave que limite su actividad (angina, enfermedad pulmonar obstructiva, antecedentes de infarto del miocardio, obesidad mórbida, diabetes mellitus).

ASA 4: Paciente con enfermedad incapacitante que es un peligro constante para la vida (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, arritmias intratables).

ASA 5: Paciente moribundo del cual no se espera que sobreviva 24 horas (aneurisma roto, traumatismo cefálico con aumento de la presión intracraneana).

El sufijo U (urgencia) se agregará a las categorías anteriores para los pacientes que son operados en condición de urgencia.

Capacidad funcional según NYHA (clasificación de New York Heart Asociation)

NYHA I: ningún síntoma.

NYHA II: disnea con la actividad física ordinaria. NYHA III: disnea con esfuerzos mínimos.

NYHA IV: disnea en reposo.

# Uso de sangre y sus derivados

1. Protocolo para la verificación de la sangre que se va a administrar:
2. Para las cirugías que lo requieran y cada vez que se necesite, durante anestesia, se cruzará y se transfundirá solamente glóbulos rojos empacados.
3. Una vez se reciba del banco la sangre solicitada se cotejará de la bolsa, el informe del banco y el expediente del paciente los siguientes datos: nombre completo, número de seguro social, tipaje y Rh, número de la bolsa, fecha de manejo y fecha de expiración.
4. Se firmará la hoja del banco, anotando día, hora y cantidad de sangre transfundida.
   1. Indicaciones para el uso de la sangre transoperatoria (GRE):
   2. Cuando las pérdidas sanguíneas sean mayores del 10% del volumen sanguíneo total en pacientes con Hb preoperatoria menor de 10 gm y mayor del 20% del VST en pacientes con Hb mayor de 10 gm.
   3. Para el cálculo de las pérdidas sanguíneas transoperatoria, en la evaluación de las gasas se acepta hasta 20 ml y en el caso de las vendas, hasta 50 ml, de contenido de sangre cuando esté bien empapadas.
   4. Junto a lo anterior hay inestabilidad hemodinámica (hipotensión y taquicardia, por lo general) que no se recupera con la administración de cristaloides y/o expansores del plasma (hespan, solucel). Las soluciones cristaloides como lactato de ringer y SSN pueden darse hasta 3:1 en relación con las pérdidas sanguíneas estimadas.
   5. La pérdida sanguínea aguda provoca un hematocrito menor de 25% y/o hemoglobina menor de 8 g/ dl
   6. Enfermedad coronaria o cerebrovascular y hematocrito menor de 30%.
5. Indicaciones para el uso del plasma fresco congelado:
   1. Transfusión masiva (haber transfundido más de una vez el volumen sanguíneo total del paciente) y presencia de sangrado activo.
   2. El volumen sanguíneo total se calcula: peso en Kg X (hematocrito + 50)
   3. Deficiencia de factores de coagulación
   4. Presencia de deficit de factores de coagulación y presencia de sangrado que amerita cirugía urgente.
   5. Ingesta de anticoagulantes como el cumadín.
   6. De haber reacción transfusional se anotará en la hoja del banco y se procederá de acuerdo al protocolo para ello.
6. Protocolo para el manejo de la reacción transfusional bajo anestesia:
   1. Se puede iniciar con bajo volumen transfundido ( 5- 10 ml de sangre) sobre todo en incompatibilidades tipo ABO. La morbi-mortalidad de esta entidad se produce por: choque anafiláctico, factores desconocidos y la coagulación intrasvacular. Los síntomas, bajo anestesia, más frecuentes son: hipotensión, taquicardia y fiebre.
   2. Se debe proceder así:
      1. Suspender la transfusión de sangre inmediatamente.
      2. Suministrar volumen a base de lactato de ringer o SSN, para mantener la presión arterial y proteger a los riñones.
      3. Considerar el uso de inotrópicos (dopamina) y diuréticos para mantener presión arterial y gasto urinario.
      4. Tomar muestra de orina (10 ml) y de sangre (10 ml) para evaluar la hemólisis. Enviar y notificar al banco de sangre de lo sucedido.
      5. Hacer consulta urgente a nefrología para evaluar necesidad de hemodiálisis.
      6. Consulta a hematología para manejo de la CID.
      7. Consulta a cuidados intensivos para manejo ulterior del paciente.

# Manejo del paciente que se perfora la duramadre al intentar colocar una anestesia epidural

1. Retirar la aguja de punción epidural hasta que no drene líquido cefaloraquídeo.
2. Se puede intentar reubicar el espacio epidural en el mismo sitio de punción, rotando previamente la orientación de la aguja en 90º (cefálico a caudal o viceversa). También se puede intentar ubicarlo, puncionando en el espacio contiguo.
3. Hacer el “test de prueba” con lidocaína, + Adrenalina 1:200,000 2 ml.
4. Pasar el catéter epidural en la forma previamente descrita.
5. Administrar la bupivacaína a razón de 5 ml cada cinco minutos, observando los signos vitales y estado de conciencia del paciente. Dar la dosis necesaria para obtener el nivel de anestesia requerido. Por lo general hay efecto motor y la dosis total no sobrepasa la mitad de la dosis planeada sin perforar la duramadre.
6. Al final de la cirugía, utilizar el catéter epidural para iniciar la administración de solución salina a 10 ml/ hora, mediante bomba de infusión. Se le puede agregar anestésico local y/ o analgésicos para el manejo del dolor postoperatorio.
7. Visitar al paciente dos veces al día, por las siguientes 72 horas e investigar por el inicio de cefalea post punción de la duramadre.
8. También, a criterio del anestesiólogo, se puede proceder a colocar una anestesia raquídea con la aguja de raquídea Nº 22.

# Manejo del paciente con cefalea post punción de la duramadre

1. La cefalea es una complicación de la anestesia raquídea cuya incidencia va en relación al diámetro de la aguja utilizada para la punción. Con aguja 22, la incidencia va de 3 a 10%. Las mujeres parecen más propensas a este tipo de cefalea que los hombres y en los pacientes mayores de 60 años disminuye importantemente su incidencia.
2. Su etiología, se piensa es la pérdida del líquido cefaloraquídeo por el sitio de punción y la disminución de su presión.
3. La cefalea se presenta clásicamente frontal u occipital, se agrava al levantarse el paciente y se alivia al acostarse. Puede acompañarse de tinitus, fotofobia y/o náuseas. Es importante recordar que los pacientes pueden tener cefalea postoperatoriamente y no estar relacionado a la punción de la duramadre.
4. Casi todos los pacientes con cefalea post punción de la duramadre se alivian, sin terapéutica específica, en el tiempo ( cuatro a dieciseis semanas)
5. Una vez que el diagnóstico es hecho, por lo general es conocido en primera instancia por el médico tratante quien nos comunica por medio de una interconsulta, hay dos niveles en la terapéutica:
6. Nivel 1: Hidratación, reposo en cama y analgésicos. Tan pronto se detecta la cefalea, canalizar al paciente con lactato de Ringer o SSN y pasar a 100- 150 ml/ hora. De tener

vía oral patente, forzar líquidos por vía enteral también. El objetivo es forzar la producción de líquido cefaloraquídeo que exceda las pérdidas por el sitio de punción. Conjuntamente se ordenan analgésicos a base de cafeína, ergotamina y acetaminofen (cafergot, parsel, entre otros). El reposo en cama tiene como objetivo disminuir las molestias que produce la posición erecta. Puede movilizarse para realizar sus necesidades mínimas.

1. Nivel 2: En los pacientes que en 48-72 horas la cefalea no disminuye con el régimen del nivel 1 o que la cefalea es muy incapacitante porque se acompaña de náuseas, tinitus o fotofobia se debe ofrecer colocar un parche de sangre epidural. Esto se realiza mediante la colocación de una aguja en el espacio epidural vecino al originalmente utilizado y en el cual se perforó la duramadre y la inyección de un promedio de 15 ml de sangre del mismo paciente, que se obtiene en el mismo momento, en forma estéril. Este procedimiento se recomienda realizar en la sala de operaciones, cuando no se cuente con un área apropiada en la sala de hospitalización. Este procedimiento elimina la cefalea en minutos después de realizado. Hay pacientes en que no se observa mejoría o la mejoría es poca; en estos casos puede repetirse. Si dos parches de sangre no alivian el dolor de cabeza descarte otras causas de cefalea.

# Contraindicaciones para la anestesia regional:

1. Infección: en el sitio de punción o sistémica.
2. Herpes simple, cuando es primario se asocia a viremia y contraindica la anestesia regional.
3. Pielonefritis, porque el riñón comparte con el área de la columna lumbar el sistema linfático y se pueden dar infección por contiguidad.
4. Enfermedad neurológica con desmielinización como la esclerosis lateral amiotrófica, Guillian Barré. Por el efecto deletéreo de los anestésicos locales sobre el sistema nervioso desmielinizado.
   1. E.Coagulopatía, sobre todo cuando las alteraciones de las
   2. pruebas de laboratorio se acompañan con la clínica de
   3. sangrado fácil. Por la posibilidad de hematoma en el sitio de punción.

# Marcapaso y anestesia

1. Indicaciones para marcapaso temporal perioperatorio: en 1984, el Colegio americano de cardiología y la Asociación americana del corazón acordaron unas guías para la indicación de marcapaso permanente:
2. Clase I: indicaciones en las cuales hay acuerdo general que el marcapaso debe ser implantado.
3. Clase II: indicaciones en las cuales el marcapaso es frecuentemente usado pero las opioniones varían en cuanto a su necesidad de inserción.
4. Clase III: indicaciones en las cuales hay acuerdo general que el marcapaso no debe ser implantado.
5. Adicionalmente hay una serie de factores que influencian la decisión de implantar un marcapaso:
6. Estado físico y mental del paciente.
7. Corregir la arritmia coadyuvaría en el tratamiento de la enfermedad cardíaca asociada.
8. Deseo del paciente de iniciar actividades estresantes o ejercicio físico.
9. Necesidad de usar medicamentos que agravarían el trastorno del ritmo.
10. Enfermedad cerebro vascular con insuficiencia circulatoria debido a la bradicardia.
11. Enfermedad asociada y pronóstico a largo plazo.
    1. Las indicaciones para marcapaso permanente clase I en pacientes con bradicardia deberán ser consideradas una indicación para marcapaso temporal perioperatorio si el paciente no tiene el permanente. Hoy en día, la posibilidad de usar el marcapaso transesofágico por el anestesiólogo han aumentado las indicaciones de marcapaso temporal incluyendo su uso en bradicardias transanestésicas con efectos hemodinámicos en lugar de la administración tradicional de medicamentos cronotrópicos.
    2. Indicaciones para marcapaso permanente clase I: son indicaciones de marcapaso temporal perioperatorio.
12. Bloqueo A-V de segundo y tercer grado.
13. El bloqueo bifascicular asociado con bradicardia. Se considera bloqueo bifascicular a la evidencia electrocardiográfica de trastorno de la conducción en dos de los tres fascículos del sistema de conducción intraventricular: el anterior y posterior izquierdo y la rama derecha.
14. Bradicardia sintomática debido a disfunción del nodo sinusal inducida por medicamentos si no hay alternativa farmacológica para contrarrestar estos efectos.
15. Manejo anestésico del paciente con marcapaso:
    1. La mayoría de las veces el paciente con marcapaso tiene una enfermedad cardiovascular importante y frecuentemente añadida alteraciones sistémicas relevantes. Es importante que sea evaluado cuidadosamente tomando en cuenta estos aspectos y se registre su estado funcional, enfermedad existente y medicaciones. Entre los examenes de laboratorio se requiere: ECG, electrolitos séricos. Todo paciente con marcapaso necesita interconsulta con cardiología.
    2. Debido al stress ocasionado por el diagnóstico, por la necesidad de una anestesia y cirugía no es raro que los pacientes con marcapaso, durante la evaluación anestésica preoperatoria, tengan un ritmo cardiáco espontáneo adecuado, el marcapaso se encuentre inhibido y no podamos verificar su funcionamiento. En ocasiones es necesario evaluar el marcapaso con un sistema analizador.
    3. Es necesario documentar en la evaluación anestésica la indicación del marpaso permanente y el tipo o parámetros programados. Todo esto lo aporta la evaluación de cardiología así como otras recomendaciones para el manejo perioperatorio.
    4. La resonancia magnética y el electrocauterio son las fuentes más comunes de interferencia electromagnética que afectan el funcionamiento del marcapaso causando períodos de bradicardia y asistolia. Las precauciones que deben adoptarse en estos casos son:
16. Use el cauterio bipolar siempre que sea posible.
17. Si es necesario el cauterio unipolar, la plancha de tierra debe colocarse lo más alejado posible del generador o batería (mínimo 15 cm.).
18. Siempre debe monitorizarse con ECG, oximetría y onda de pulso.
19. Si hay interferencia y malfuncionamiento del marcapso debe advertirse al cirujano para suspender el uso del electrocauterio. Verifique posteriormente el funcionamiento adecuado del marcapaso.
20. Proteja al generador o batería de las radiaciones directas.
21. No coloque las paletas de defibrilación directamente sobre el generador y use los menores niveles de corriente posibles. Verifique posteriormente el funcionamiento adecuado del marcapaso.
22. Las ondas de la litotripsia, la terapia electroconvulsiva y el uso de la succinilcolina pueden alterar el funcionamiento del marcapaso. El ECG y la onda del pulso deben monitorizarse para detectar cualquiera inhibición del marcapaso.
23. En todos estos casos debe contarse con la posibilidad de un marcapaso externo (transcutáneo o transesofágico) o intravenoso.

# Electroversión cardíaca

Incluye la cardioversión y la defibrilación. Estos métodos difieren en que la cardioversión incorpora una sincronización de los choques con la onda R o S del ECG. La cardioversión se usa para el tratamiento de todas las taquiarritmias excepto la fibrilación y taquicardia ventricular, situaciones en que los complejos QRS no pueden distinguirse de las ondas T. En estos casos se usa la defibrilación.

Se usan dos paletas que pueden posicionarse en forma anterolateral o anteroposterior, ambas igualmente efectivas. En la posición anterolateral las paletas se colocan, una aproximadamente en el quinto espacio intercostal izquierdo línea mediaclavicular y la otra, a la derecha del esternón a nivel del segundo espacio intercostal. Con la posición anteroposterior, una paleta es posicionada a la derecha del esternón, segundo espacio intercostal y la otra debajo del paciente en el área infraescapular izquierda.

1. En la mayoría de los casos 25- 50 Joules terminará con la mayoría de las taquiarritmias supra o ventriculares de reentrada. Para la fibrilación atrial se necesitarán de 50 a 100 Joules.
2. Contraindicaciones:
   1. Pacientes conocidos o sospecha de intoxicación digitálica.
   2. Desbalance acido-básico o electrolítico.
   3. Fibrilación o fluter atrial, de inicio agudo durante cirugía cardíaca.
   4. El tratamiento previo con antiarritmicos como la lidocaína puede aumentar la efectividad de la cardioversión o defibrilación.
   5. Pacientes con enfermedad del seno auricular. En estos pacientes es más frecuente la bradicardia y asistolia cardíaca post-choque, sobretodo en presencia de medicamentos bradicardizantes.

# Anafilaxia y Anestesia

1. Durante las reacciones anafilácticas (o anafilactoides) se produce una liberación masiva de histamina y otras sustancias tóxicas desde los mastocitos y basófilos, los cuales provocan edema intersticial. Cuando se produce edema en cualquier porción de la vía aérea, se produce obstrucción de ella. Las manifestaciones clínicas de ello puede incluir, disnea, estridor y edema facial. También puden presentarse: eritema, urticaria, broncoespasmo e hipotensión arterial (choque).
2. Manejo anestésico:
   1. Asegure vía aérea. Intube si no lo está.
   2. Epinefrina 2- 4 mcg/ kg, i.v., s.c. o intratraqueal (en este caso la dosis se diluye en SSN, 10 ml. Esta dosis se repite cada 5- 10 min basada en la respuesta clínica del paciente.

# Estridor Laringeo

1. Se presenta generalmente en el postoperatorio inmediato.
2. Causas:
   1. Edema o tumor supra/ subglótico.
   2. Parálisis residual o reversión incompleta de relajantes musculares. 2.3.Daño a las cuerdas vocales.

2.4.Daño al nervio laríngeo recurrente.

1. Tratamiento:
   1. Instale oximetría de pulso.
   2. Tenga a mano el equipo de intubación traqueal. 3.3.Administre oxígeno húmedo.

3.4.Siente al paciente, de no ser posible, dar respaldo máximo posible. 3.5.Epinefrina racémica (0.5 en 2.5 ml de SSN por máscara).

3.6.Repita reversión de relajantes musculares (neostigmina).

1. Oxígeno a menos de 2 ltos/ min, excepto cuando se administra sevofluorane.

**Procedimientos de Anestesia Anestesia General** Condiciones preliminares:

La anestesia general es el procedimiento anestésico mas utilizado en la Institución debido al tipo de cirugía que se efectúa. Este tipo de anestesia se obtiene a través de sustancias anestésicas administradas a través las vías respiratoria y que actúan en los centros nerviosos superiores al ser transportados por vía hematógena. Su principal indicación es para cirugías abdominales extensas, cirugías torácicas, de cabeza y cuello y de algunas cirugías de miembros y cadera que por su magnitud o situación especial del paciente, no son adecuadas para potro tipo de anestesia regional.

Objetivo:

El objetivo del procedimiento es aplicar correctamente la anestesia general.

Materiales y equipo: Equipo de venopunción

Máquina de anestesia debidamente calibrada y probada Monitores de signos vitales, capnógrafo, oxímetro y BIS Anestésicos inhalatorios e intravenosos

Medicamentos propios de uso anestésico: Atropina

Prostigmina Adrenalina Vasopresores Sedantes Hipotensores Diuréticos Analgésicos

Relajantes musculares

Antagonistas de relajantes musculares Antagonistas de narcóticos

Otros

Equipo de intubación Tubos endotraqueales Cánulas orofaríngeas Guantes desechables Jeringuillas de 3,5 y 20 ml

Agujas hipodérmicas de varios calibres Vendas adhesivas transparentes

Material para sujetar tubos endotraqueales

Orientación:

Colocar al paciente en la posición adecuada de acuerdo a la cirugía Canalizar la vena de preferencia en el miembro superior izquierdo

Probar el equipo de intubación y seleccionar los tubos endotraqueales apropiados Probar la máquina de anestesia y los monitores

Cargar los agentes intravenosos a utilizar e identificarlos Conectar los monitores al paciente

Inducir la anestesia con el agente intravenoso seleccionado

Seleccionar el agente inhalatorio adecuado y mezclarlo apropiadamente con oxígeno, óxido nitroso o aire clínico

Vigilar la profundidad de la anestesia e indicar al cirujano el momento de iniciar la cirugía Mantener al paciente en el plano anestésico apropiado durante la intervención

Valorar frecuentemente la pérdida sanguínea y de líquidos y reponer de acuerdo a la situación clínica

Preparar al paciente para el despertar de la anestesia y el mantenimiento adecuado de los signos vitales y la respiración

Acompañar al paciente a la sala de recuperación y asegurarse que se encuentre en buen estado y que el personal de recuperación lo haya recibido satisfactoriamente

Solicitar el apoyo necesario de otros anestesiólogos u especialistas cuando fuese necesario. Escribir las órdenes post-operatorias propias de anestesia en coordinación con el cirujano responsable del caso.

# Anestesia Peridural

Condiciones Preliminares

La anestesia peridural es la obtenida por bloqueo de los nervios espinales a través de la deposición del anestésico en el espacio peridural, o sea, sin que haya perforación de duramadre. En general, se usa este tipo de anestesia para cirugías de miembros inferiores o abdomen inferior. Ocasionalmente se puede usar para cirugías abdominales altas e inclusive torácicas; en este ultimo caso la anestesia peridural debe ser acompañada con hipnóticos y ventilación artificial.

Objetivo

Aplicar correctamente la anestesia peridural.

Materiales y Equipo Material de Asepsia.

Elementos para anestesia peridural.

Orientación

Colocar al paciente en la posición deseada.

Calzar los guantes y prepara el material que será utilizado. Hacer asepsia de la región que será puncionada.

Localizar el punto de punción y hacer anestesia local en el mismo. Hacer punción del espacio peridural de acuerdo con la técnica escogida. Inyectar anestésico.

Retirar aguja.

Poner al paciente en la posición debida.

# Anestesia Regional Intravenosa

Consideraciones Preliminares

La anestesia venosa regional es un tipo de anestesia usada para cirugías con corto tiempo de duración, pues la colocación del torniquete y la consiguiente isquemia limitan la duración del procedimiento. Es una técnica simple y segura si es correctamente aplicada y tiene buena indicación principalmente en pacientes ambulatorios, que podrán ser dados de alta después de la cirugía.

Objetivo

Aplicar la anestesia venosa regional correctamente.

Material y Equipo Solución Salina Normal Equipo de punción venosa Venda de Smarch

Anestésico local para aplicación intravenosa

Orientación

Canular una vena de la extremidad que será anestesiada, manteniéndola permeable por el goteo de solución fisiológica.

Elevar la extremidad manteniéndola así por algún tiempo.

Comprimir el miembro con venda de Smarch arrollada a partir de los dedos. Retirar la venda a, dejando apenas un torniquete próximo a la raíz del miembro. Inyectar el anestésico en la vena canulada y retirar la aguja.

Colocar otro torniquete abajo del primero.

Retirar el primer torniquete, manteniendo el segundo durante el acto quirúrgico.

# Registro de Anestesia

Consideraciones Preliminares

El formulario tiene un sistema de llenado y símbolos convencionales y, debe ser llenado correctamente, para que sea es posible rever toda la anestesia usada en cualquier momento.

Objetivo: Llenar correctamente el formulario de anestesia. Materiales y Equipo: Formulario de Anestesia

Orientación Registrar:

Numero de registro hospitalario del paciente, a través de su ficha de admisión Categoría del paciente:

Asegurado, CSS No asegurado

Otros

El tipo de anestesia que será aplicada. El nombre del medico anestesista.

La fecha: día, mes y año.

El nombre del hospital y el número de cama.

El nombre del cirujano, ayudante, instrumentista y anestesiólogo. El nombre de la cirugía que será realizada.

El preanestésico.

Los agentes inhalatorios usados. Las soluciones intravenosas.

Las soluciones cristaloides, expansores del plasma o sangre, La presión sistólica inicial,

La presión diastólica, El pulso,

El inicio de anestesia, con una X.

El inicio de la cirugía, con la señal.

Los agentes anestésicos y porcentajes a que se administran

# Unidad de Cuidados Intensivos

**Nombre de la Unidad: Unidad de Cuidados Intensivos Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad:** La UCI es la Unidad del Hospital en donde se atienden pacientes con enfermedades agudas que ponen en peligro la vida, y que son potencialmente recuperables. En el caso de un Hospital Oncológico no hay variación en cuanto a la recuperabilidad que existe en otras Unidades de Cuidados Intensivos. Los objetivos primordiales son: Atender en forma eficaz, rápida e integralmente a los pacientes, concentrar personal experto y mejorar la eficiencia y eficacia de la atención prestada a los pacientes.

**Estructura o posición**: La UCI se encuentra administrativa y funcionalmente ascrita al Departamento de Especialidades Quirúrgicas y a la Dirección General.

# Atribuciones:

* Brindar atención y cuidados intensivos a los pacientes de los otros servicios de la Institución que lo ameriten.
* Preparar y establecer las necesidades de Recursos Humanos y materiales necesarios para el buen funcionamiento del servicio
* Comprobar la calidad de atención de cada paciente mediante la supervisión adecuada y la aplicación de las herramientas pertinentes en coordinación con la Dirección de Atención, y con los jefes de los servicios que demandan atención a la UCI
* Coordinar con los otros servicios de la institución, los protocolos de atención de los pacientes referidos a la Unidad
* Coordinar con la jefatura del Salón de Operaciones los cupos necesarios para el manejo post-operatorio de los pacientes que se sometan a cirugías y necesiten cuidados intensivos
* Mantener guías terapéuticas actualizadas
* Asegurar la correcta distribución de turnos del personal, tanto médico como de enfermería y de apoyo.

# Perfil del cargo Jefe del Servicio

**Naturaleza del Trabajo:** El jefe del Servicio se encarga principalmente de coordinar las actividades del Servicio tanto clínicas como docentes y administrativas, además es el encargado de supervisar y evaluar a los funcionarios del Servicio en la ejecución de sus atribuciones y responsabilidades

# Tareas típicas:

1. Planear y organizar el funcionamiento del servicio
2. Coordinar y establecer los horarios y turnos del personal médico y técnico del servicio, de manera que siempre exista la cobertura las 24 horas del día todos los días del año.
3. Evaluar el rendimiento de los funcionarios
4. Solicitar los insumos y equipo necesario para la ejecución adecuada de los procedimientos propios de la actividad de atención de los pacientes y de acuerdo a lo razonable y disponible en la Institución.
5. Participar en la atención directa de los pacientes de acuerdo con la disponibilidad de la labor administrativa y técnica como jefe del Servicio.
6. Participar en las comisiones y reuniones técnicas y clínicas a que sea convocado.
7. Mantener un ambiente de trabajo y cordialidad dentro del Servicio

# Condiciones que debe reunir:

* + Poseer idoneidad como médico especialista en Cuidados Intensivos.
  + Ser médico de la Institución por un periodo no menor de 2 años.
  + Estar en la primera categoría del escalafón médico.
  + Tener capacidad de organización y liderazgo.
  + Haber sido escogido por concurso o por selección.

# Médico especialista

**Naturaleza del trabajo:** El médico especialista es el encargado directamente de la atención del paciente oncológico con enfermedad susceptible de tratamientos intensivos de acuerdo a los Protocolos o Guías terapéuticas de la Unidad y del ION.

# Tareas Típicas:

1. Atención directa de los pacientes ingresados a la Unidad mediante la evaluación inicial y subsiguiente de acuerdo a los Protocolos o Guías Terapéuticas.
2. Realizar los turnos asignados por la jefatura del Servicio, en forma presencial y durante el tiempo dispuesto por las normas y leyes aprobadas por las autoridades.
3. Realizar los procedimientos intensivos indicados en cada tipo de tratamiento.
4. Realizar visitas necesarias a los pacientes ingresados en la Unidad y asignados a su cuidado durante el turno
5. Informar al médico intensivista del siguiente turno, el estado de cada paciente ingresado a la UCI y de los tratamientos y procedimientos pendientes por realizar.
6. Asistir a las reuniones del Servicio y de la Institución cuando sea convocado.
7. Cumplir con las normas y disposiciones vigentes.

# Condiciones que debe reunir:

* + Ser médico intensivista con idoneidad expedida por el Consejo Técnico de Salud.
  + Mantener suficiente capacidad física y emocional que le permita desempeñar adecuadamente su trabajo y relacionarse satisfactoriamente con los colaboradores y pacientes

# Forma de contratación:

Haber sido escogido por concurso o por prueba de selección aplicada por las autoridades

# Secretaria

**Naturaleza del trabajo:** Trabajo de ejecución operativa, manejar archivos, mecanografiar y expedir informes y documentos. Realizar tareas burócratas y ayudar administrativamente a la Unidad.

# Tareas Típicas:

1. Realizar las tareas de asistente administrativa del Jefe del Servicio
2. Realizar las tareas generales de secretaría, archivar, mecanografiar, tramitar solicitudes etc. y asistir en todo lo necesario al jefe del Servicio y a los funcionarios del mismo.
3. Preparar los expedientes propios del Servicio
4. Registrar correspondencia.
5. Registrar Confeccionar la estadística mensual de las actividades de acuerdo a las normas y disposiciones del Sistema de Información del Hospital.
6. Archivar y mantener actualizados los archivos de la Unidad.
7. Informar y orientar a las personas y familiares de pacientes que acuden a la Unidad.
8. Atender el teléfono, recibir y transmitir recados y dar las informaciones del caso.
9. Disponer y coordinar con el jefe del Servicio las solicitudes de revisiones, reparaciones y mantenimiento general en el mobiliario y el equipo de la Unidad.
10. Velar por el orden de la Unidad y del material de su uso.
11. Cumplir órdenes de servicio y Reglamento General del Hospital.
12. Cumplir con lo dispuesto en las Normas de Atención y en los Manuales existentes en el Hospital.
13. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Certificado de terminación de estudios secundarios.

Curso de computadora o mecanografía. Experiencia en tarea afines

**Forma de contratación:** Debe escogerse por concurso o prueba de selección.

# Normas generales de la Unidad de Cuidados Intensivos Criterios de Ingreso

Aunque en la UCI se atenderán probablemente mayor número de pacientes de cirugía, también existe un número de pacientes procedentes de los servicios de Hematología y Oncología que en un momento dado pueden requerir atención, por lo que será una unidad Polivalente.

Es necesario contar con el apoyo de los diferentes servicios para poder determinar, de acuerdo a la patología de base, que pacientes tienen buen pronóstico vital sea a corto y mediano plazo, tomando en cuenta que se maneja los siguientes niveles de reanimación cardiopulmonar (RCP).

|  |  |
| --- | --- |
| RCP I | Pacientes potencialmente recuperables que se le da todo el apoyo en su paro y se traslada a la UCI. |
| RCP II | Pacientes con pocas posibilidades de recuperación que se le administra todo el apoyo pero si presenta paro no se administran medidas de reanimación. |
| RCP III | Pacientes que no son recuperables. Se dan medidas generales mínimas y no se reanima el momento del paro. |

El principal criterio de Ingreso a la UCI es una de las siguientes complicaciones siempre y cuando no sea una expresión de su estado terminal.

1. Insuficiencia respiratoria aguda
2. Enfermedades cardiovasculares agudas:
   1. Infarto agudo del miocardio
   2. Cor pulmonale descompensado
   3. Arritmias
   4. Embolismo pulmonar
3. Trastornos hidroeléctricos severos
4. Alteraciones de la coagulación
5. Falla de diferentes órganos secundarios a causa extraneoplásica.
6. Sepsis generalizadas
   1. Causas exógenas (Quimioterapia, agentes radioactivos, pruebas que se usa contraste en Medicina Nuclear, uso de anticuerpos monoclonales.)
   2. Causas endógenas (Peritonitis, abdomen agudo).
7. Descompensación de glándulas endocrinas:
   1. Tirotoxicosis
   2. Insuficiencia suprarrenal
   3. Secreción inapropiada de HAD
8. Estado de choque
   1. Hipovolémico
   2. Séptico
9. Cetoacidosis diabética
10. Estados de recuperación post paro siempre y cuando esté bien documentado su nivel de RCP de acuerdo a lo antes mencionado.
11. Cirugías complejas: (el tiempo de estadía será según la evolución).
    1. Todas las cirugías craneofaciales
    2. Disecciones radicales de cuello
    3. Tiroidectomías
    4. Esofagectomía
    5. Neumonectomía
    6. Lobectomía
    7. Mediastinostomías
    8. Todas las cirugías de colon excepto colostomías derivadas paliativas.
    9. Gastrectomías totales y subtotales.
    10. Cirugías de páncreas
    11. Tumores suprarrenales
    12. Nefrectomías
    13. Prostactectomía
12. Se dejará una cama de aislamiento para pacientes con transplante de médula ósea o pacientes inmunosuprimidos.

# Atención a los pacientes

1. Durante su estancia en UCI será responsabilidad primaria del médico intensivista. El médico de cabecera del paciente deberá participar en el manejo pasando todos los días por la UCI para saber la condición general del paciente y por si hay algo más que ofrecerle (en el caso de un procedimiento quirúrgico) o cualquier complementario.
2. Los exámenes de laboratorio y RX de los pacientes en UCI se consideran **urgente** y deben ser **prioridad** por lo que los resultados deben estar en poco tiempo no más de una hora después de haberse enviado. Se debe llamar del laboratorio a la UCI para reportarlos en cuanto estén listos.
3. Los pacientes que se encuentran en sala y que requieren cuidados intensivos deben ser evaluados primero por su médico de cabecera y él notificará al intensivista del posible ingreso para coordinarlo y ver las condiciones generales del paciente, tratar de trasladarlo en las mejores condiciones ya que eso es primordial para la recuperación, funcionalidad y pronóstico vital. Esto en relación a pacientes que tienen alguna causa aguda.
4. Los pacientes que requieren ir a Cuidados Intensivos para vigilancia y/o monitores especiales así como los pacientes de cirugía mayor (ya mencionadas) se deberá notificar con 24 horas de anticipación a la UCI para poder tener disponible las camas y que no tengamos contratiempos. **Todos los días debe llegar copia del programa de cirugía a UCI.**
5. Los médicos de cabecera de los pacientes con probabilidad de ingreso ó que ya estén en intensivos (por alguna causa aguda) deben notificarle a los familiares y darles una explicación breve de lo que significa una Unidad de Cuidados Intensivos, así como explicarles que durante la estancia en UCI el médico intensivista les dará información del estado del paciente.
6. El médico intensivista posterior a haber evaluado al paciente en UCI les dará información a los familiares del estado general de ingreso del paciente así como de los planes de manejo.

# No reúnen criterios de admisión los pacientes con muerte cerebral, moribundos ó en estado final de su enfermedad.

1. Egreso:
   1. Serán datos de alta de la UCI los pacientes una vez que se estabilicen y ya no requieran vigilancia.
   2. El médico intensivista dará la orden de egreso, de acuerdo a que se ha cumplido con los objetivos de ingreso.
   3. El paciente irá a sala a continuar manejo por su médico de cabecera por lo que se le notificará del egreso. En caso de traslado a otra institución se le notificará primero al médico de cabecera, así como se pondrá en contacto con la UCI de la otra institución para confirmar que tengan cama disponible. Se realizará un resumen del caso y se firmará una alta voluntaria.

# 9. Será responsabilidad de los familiares ó la persona que firma el alta voluntaria conseguir todo lo necesario para el traslado adecuado del paciente.

1. Rutinas Generales de la UCI:
   1. Asepsias de la UCI de acuerdo a normas establecidas por el Comité de Enfermedades Nosocomiales del Hospital.
   2. El personal que atiende a los pacientes deberá usar ropa de quirófano, que es proporcionada por el Hospital, así como usar gorro, cubrebocas y guantes desechables siempre que atiendan a los pacientes.
   3. Los familiares que visiten a los pacientes se deberán poner bata y mascarilla, así como deberán lavarse las manos antes de entrar.
   4. Las visitas se pondrán realizar 2 veces al día, NO se permite a ningún familiar acompañar permanentemente al paciente. En la mañana todos los días se dará informe del estado del paciente por el médico intensivista.
   5. No se informará de la condición del paciente por el teléfono a los familiares o amigos.

# Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva

**Nombre de la Unidad: Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva**

**Definición de la Unidad:** Se brindan servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva en general a otros Servicios médicos y quirúrgicos (Oncológica, Ginecológica, etc.) que van desde la planeación de la resección del cáncer, (para facilitar la reparación en primera intención), hasta las reparaciones y reconstrucciones diferidas, a realizarse en uno o varios tiempos, (por razones de riesgo y pronóstico) para recuperar, conservar o mejorar las funciones y la cosmética (brindar mejor calidad de vida) a los pacientes tratados por cáncer en el Instituto.

**Estructura o posición:** El Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva está subordinado técnicamente y administrativamente al Departamento de Especialidades Quirúrgicas y a la Dirección General.

# Atribuciones

* Estos servicios, comprenden el cierre o reparación compleja (inmediata o diferida) de las heridas, cicatrices y deformaciones (cosméticas o funcionales) que resulten por la escisión, de cáncer en las diferentes partes del cuerpo, o bien el manejo y tratamiento de úlceras o distrofias tisulares por secuelas o complicaciones que se pueden presentar durante o después de cualquier tratamiento anticanceroso médico, quirúrgico, o con radiaciones.
* Reparaciones y reconstrucciones diferidas, son aquellas que debido a riesgos altos para los pacientes y la reserva de los pronósticos en cuanto a sobre vida por cáncer, se realizan cuando las condiciones generales del paciente son óptimas y su pronóstico de vida sea razonablemente bueno.

# Coordinación

* Cirugía Reconstructiva, coordina e ínter actúa con todos los Servicios del Instituto Oncológico, para brindar a los pacientes con cáncer o sobre vivientes de cáncer, una atención pronta y eficiente, contribuyendo a proporcionarles mejor calidad de vida.
* Cirugía Reconstructiva atiende exclusivamente a pacientes con cáncer o sobre vivientes de cáncer, del Instituto Oncológico Nacional, que nos son enviados por medio de referencias internas de funcionarios de los otros Servicios del Instituto, hechas en notas que se escriben en las historias clínicas de los pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios.

# Normas de Atención de pacientes

1. Pacientes Ambulatorios:
   1. A los pacientes ambulatorios, el funcionario referente, escribe su nota explicando el o los motivos para la interconsulta y envía al paciente a cita en la Consulta Externa de Cirugía Reconstructiva.
   2. El Cirujano Plástico evalúa al paciente en la Consulta Externa y escribe sus observaciones en la historia clínica, asume e inicia el tratamiento médico o quirúrgico indicado (si fuera necesario), sin que se pierda el control y manejo oncológico por el Servicio Referente, y, devuelve al paciente evaluado y/o tratado al su Servicio de origen en el Instituto Oncológico Nacional.
2. Pacientes Hospitalizados:
   1. A los pacientes hospitalizados, el funcionario que desea el servicio de Cirugía Reconstructiva, escribe en la hoja de evolución lo que estime conveniente para requerir el servicio y avisa a la Enfermera de la Sala, quien se encarga de avisar al Cirujano Plástico para que evalúe al paciente.
   2. El Cirujano Plástico, evalúa al paciente a la mayor brevedad posible y escribe su opinión en la hoja correspondiente y/o se entrevista con el funcionario referente, para esclarecer cualquier duda y/o coordinar cualquier atención en conjunto.
3. Atención en Consulta Externa:
   1. La consulta externa funciona en el área correspondiente, los días lunes, miércoles y viernes de cada semana en horario de 7:00 AM a 12:00 MD, para pacientes nuevos y de re consulta, a razón de cuatro cupos por hora.
   2. Pacientes nuevos, (procedentes de otros Servicios del Instituto Oncológico Nacional, en donde ya están siendo tratados). Ocupan dos cupos.
   3. Pacientes de re consulta proceden de otros Servicios del Instituto, pero ya están siendo manejados por Cirugía Reconstructiva, (ocupan un cupo).
4. Atención Hospitalaria:
   1. Cirugía Reconstructiva, hospitaliza pacientes para ser tratados y operados por Cirugía Reconstructiva desde el punto de vista de nuestra Especialidad, a los cuales se les pasa visita en la forma habitual y se les atiende hasta que estén en condiciones de pasar a la Consulta Externa.
   2. También atiende las ínter consultas solicitadas por otros Servicios en las diferentes salas, de lunes a viernes, a cualquier hora hábil, excepto cuando hay pacientes en el quirófano, programados por nosotros mismos o en colaboración con otro Servicio en forma electiva o de urgencia, o cuando se está atendiendo la Consulta Externa habitual.
   3. Cuando esto ocurre, el paciente será evaluado con la mayor brevedad posible.
5. Atención Quirúrgica:
   1. Cirugía Reconstructiva programa intervenciones quirúrgicas electivas, propias de la Especialidad, los martes, y jueves para ser realizadas por Cirujanos Plásticos.
   2. Los pacientes a los que se les realizan operaciones diferidas, propias de la Especialidad de Cirugía Reconstructiva, son tratados y manejados solo para ese fin por el Cirujano Plástico, pero el seguimiento oncológico, seguirá siendo siempre responsabilidad del servicio oncológico que lo refirió.
   3. Participa en otras operaciones con algún equipo de Cirujanos de otra disciplina (Previa consulta y coordinación, con los otros Servicios Quirúrgicos), cualquier día de la semana.
   4. El seguimiento de estos últimos pacientes, se hace en conjunto ya que obviamente se trata de pacientes con cáncer, a los que se les ha realizado además de operaciones Oncológicas, alguna reparación o reconstrucción y por lo tanto los funcionarios deberán colaborar y coordinar lo necesario para atender en cada Servicio lo correspondiente a cada Especialidad, para bien del paciente.
   5. Algunos pacientes (cabeza y cuello) requieren por parte de Odontología (Prótesis Máxilofaciales), el servicio de "ajustes y retoques" en áreas ya operadas, para la aplicación y sostén de prótesis, por lo que se reciben al igual que cualquier otro paciente, de la manera usual, tanto para hospitalizados como para ambulatorios, se tratan y se les da el seguimiento acostumbrado para devolverlos cuando están reparados, a su Servicio referente.
   6. Estos mecanismos para la recepción, tratamiento y devolución de pacientes, con todas las variantes de coordinación, planeación y manejos multidisciplinarios, se aplican a todas las disciplinas que actualmente funcionan en el Instituto, incluyendo Cuidados Paliativos, Hematología, Medicina Física, Salud Mental, etc.

# Normas de Funcionamiento de Cirugía Reconstructiva

1. Funciones de los Cirujanos Plásticos:
   1. Los Cirujanos Plásticos adscritos al Instituto Oncológico Nacional, atenderán exclusivamente, a pacientes oncológicos, que requieran de la Especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva, sola o en conjunto con otras disciplinas Oncológicas.
   2. Realizarán en conjunto con el Servicio o Sección que lo solicite, la evaluación, discusión y planeación preoperatoria oportuna, de pacientes oncológicos, en los que sea necesaria una intervención quirúrgica oncológica que pueda ocasionar una gran pérdida o destrucción de tejidos, defecto, mutilación o deformación susceptible de minimizarse o repararse con la intervención del Cirujano Plástico. El criterio de si esta reparación o reconstrucción debe ser inmediata o diferida será tomada de acuerdo con el criterio del Especialista en Cirugía Plástica.
   3. Llevarán programas de reconstrucción y reparación de secuelas de cirugías oncológicas, que pueden ser inmediatas, a corto, mediano y largo plazo, de acuerdo con las condiciones y el estado general favorables del paciente, y, la existencia de infraestructura y recursos con que cuente el Hospital en el momento de la intervención quirúrgica, según sea el caso, basados siempre en un criterio médico y quirúrgico especializado, de competencia del Cirujano Plástico.
   4. Realizarán tratamiento quirúrgico de lesiones malignas de la piel como: Basocelulares y Escamosos (no mayores de 3 cm. de diámetro) referidos y evaluados previamente por Cirugía Oncológica. (El seguimiento y control posterior del cáncer, lo hará Cirugía Oncológica).
   5. Realizarán tratamiento de heridas complicadas por secuelas de tratamientos de Radioterapia (radiodermitis), o de Quimioterapia (necrosis tisulares).
   6. Respaldarán al Servicio de Cirugía Oncológica en el Salón de Operaciones con previa consulta y preparación de los pacientes que serán presentados por el Cirujano Oncólogo con 72 o 48 horas (laborables) de antelación, para planear y discutir la reparación de heridas complejas cuya reparación requiera de colgajos o injertos. Se exceptúan aquellos casos fortuitos, en que el Cirujano Oncólogo no esperase como resultado de su intervención, un gran defecto ocasionado por el procedimiento realizado.
2. Funciones en Consulta Externa de los Cirujanos Plásticos:
   1. Realizar Consulta Externa tres días a la semana, para pacientes oncológicos, según lo establecido por la Jefatura de Consulta Externa del Hospital.
   2. Los pacientes nuevos, serán pacientes oncológicos que requieran tratamiento quirúrgico, referidos y evaluados previamente por Cirugía Oncológica, o bien, pacientes ya en tratamiento y manejo por otros Servicios y Secciones del Hospital y que son referidos para evaluar las posibilidades de corrección de secuelas quirúrgicas o de tratamientos de otras Especialidades Oncológicas.
   3. Los pacientes de re-consulta que lleguen a Consulta Externa de Cirugía Reconstructiva deben ser para Seguimiento y control de los procedimientos propios de la Especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva.
   4. El seguimiento y control de los padecimientos oncológicos (cáncer), de los pacientes, no es función de los Cirujanos Plásticos.
3. Funciones en Sala de los Cirujanos Plásticos:
   1. Pasar visita a los pacientes hospitalizados y atendidos por Cirugía Reconstructiva, o que estén siendo atendidos por Cirugía Reconstructiva en conjunto con otra Especialidad, para ordenar, instruir y asesorar en el manejo especializado que corresponda, según el criterio médico y quirúrgico del Cirujano Plástico responsable.
   2. Responder por escrito en la hoja correspondiente del expediente clínico, las interconsultas a pacientes hospitalizados de otras Secciones y/o Servicios del Hospital, en un tiempo no mayor de 48 horas una vez recibido el aviso por parte de la Enfermera de la Sala correspondiente.
   3. Contestación de las interconsultas de Cirugía Oncológica y de otros Servicios en las salas:
   4. Serán atendidas por el Cirujano Plástico de turno.
4. Turnos de los Cirujanos Plásticos:
   1. Habrá un Cirujano Plástico de turno cada mes para atender pacientes hospitalizados de la Especialidad y de otros Servicios y Secciones, que estén siendo manejados en conjunto.
   2. Cada Cirujano Plástico, es responsable y estará disponible, tanto en horas regulares como en las horas y días no laborables, para resolver cualquier complicación que presenten los pacientes de su Especialidad, que hayan sido atendidos, operados u hospitalizados por él, o para resolver cualquier complicación propia de la Especialidad, cuando ha operado o tratado a algún paciente, en conjunto con otro Médico o Cirujano de cualquier otra Especialidad.
   3. Para la atención de interconsultas en sala, el Cirujano Plástico que esté de turno cubre el mes correspondiente.
   4. Los cirujanos Plásticos, tendrán reuniones periódicas para asuntos propios de su Especialidad y para asuntos administrativos. Los pacientes presentados en estas sesiones, tendrán la nota correspondiente en la hoja de evolución de su historia clínica, firmada por todos los Cirujanos Plásticos.
5. Distribución en el Salón de Operaciones de los Cirujanos Plásticos:
   1. Estará un Cirujano Plástico disponible todos los días, para ofrecerle apoyo a los Servicios quirúrgicos, tanto en cirugías programadas como en casos de urgencia.
   2. El Coordinador efectuará la programación de sus procedimientos electivos y programados de la Especialidad, de acuerdo a orden secuencial.
   3. En ambas situaciones, el Jefe del Servicio junto con el Coordinador, programarán la rotación de los funcionarios llamados a efectuar tales procedimientos.

# Distribución de los Cirujanos Plásticos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
| Cir. Oncológica | Cir. Plástica | Cons. Externa | Cir. Plástica | Cons. Externa |
| Cons. Externa | Cir. Plástica | Cir. Oncológica | Cir. Plástica | Cons. Externa |
| Cons. Externa | Cir. Plástica | Cons. Externa | Cir. Plástica | Cir. Oncológica |
| Cons. Externa | Cir. Plástica | Cons. Externa | Cir. Plástica | Cons. Externa |

**Capítulo V**

**Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico**

**Nombre de la Unidad: Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico Definición de la Unidad:** Los Servicios Médicos de Diagnóstico que componen este Departamento, son unidades del Hospital que se encargan de proporcionar atención a los

pacientes oncológicos en la fase de diagnóstico o de tratamiento de situaciones relacionadas directamente con la patología oncológica de los pacientes del Hospital. Está integrado por los siguientes Servicios:

1. Servicio de Radiología e Imaginología
2. Servicio de Patología
3. Unidad de Medicina Nuclear

**Estructura o posición:** El Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico depende directamente de la Dirección General

# Atribuciones generales del Departamento:

* + Coordinar entre los jefes de cada Servicio los protocolos de trabajo para el estudio y tratamiento de las patología propias del área.
  + Analizar periódicamente las estadísticas de producción de cada Servicio y brindar la información necesaria al Sistema de Información y/o al Servicio de Registros Médicos y Estadística para asegurar una gestión eficiente de los Servicios.
  + Comprobar la calidad de atención de cada Servicio mediante la supervisión y aplicación de las herramientas pertinentes en coordinación con la Comisión de Auditoria Médica
  + Preparar los proyectos de Inversión en equipos y materiales necesarios en los Servicios en coordinación con la Unidad de Análisis de Gestión y Planificación.
  + Preparar el presupuesto anual de los Servicios.
  + Otras funciones que le sean asignadas.

El área física donde laboran los Servicios de Diagnóstico y Apoyo Terapéutico se encuentra distribuida en todo el Hospital, principalmente en el segundo piso

# Profesionales que actúan en los Servicios:

Jefe de Depaqrtamento Jefe de Servicio Médicos Funcionarios Personal Técnico Secretaria

# Perfil del cargo

**Jefe del Departamento**

**Naturaleza del trabajo:** El Jefe de Departamento debe coordinar con los Jefes de Departamentos y los demás Servicios del Hospital y además tiene funciones gerenciales de programación, organización, supervisión y evaluación de su Servicio y del personal bajo su cargo. Desde el punto de vista clínico, tiene la responsabilidad de la supervisión profesional.

# Tareas Típicas:

1. Planear, organizar, supervisar, coordinar y evaluar las actividades del cuerpo médico de los Servicios y de los jefes de cada Sección
2. Establecer un programa de trabajo observando las directrices del hospital.
3. Preparar el plan de trabajo anual, observando los objetivos de los Servicios.
4. Cumplir y hacer cumplir el reglamento y procedimientos del hospital y observar su cumplimiento.
5. Establecer criterios para evaluar la calidad de la asistencia medica prestada, a través de la supervisión de los sistemas de servicios y de los informes mensuales del Sistema de Información referentes a consultas, cirugías, servicios complementarios, tasa de infección, de complicaciones postoperatorias, promedio de días cama ocupados, tasa de mortalidad y otras.
6. Convocar y presidir reuniones con su grupo de trabajo.
7. Presidir las comisiones técnicas que sean necesarias dentro de los Servicios.
8. Mantener el enlace y coordinar con los demás Departamentos y Servicios de la institución.
9. Participar en reuniones docentes y apoyar las actividades de investigación clínica del Hospital.
10. Participar, elaborar y apoyar los programas de enseñanza medica de internos, residentes y funcionarios de los Servicios.
11. Participar en reuniones cuando sea convocado.

# Condiciones que debe reunir:

* + Poseer el certificado de idoneidad como médico.
  + Poseer el certificado de idoneidad de la especialidad correspondiente.
  + Debe haber desempeñado la posición de Jefe de uno de los Servicios integrante del Departamento.
  + Ser médico de la Institución por un periodo mínimo de 5 años
  + Estar en la primera categoría del escalafón médico.

# Secretaria

**Naturaleza del trabajo:** Trabajo de ejecución operativa, manejar archivos, mecanografiar y expedir informes y documentos. Realizar tareas burócratas y ayudar administrativamente a la Unidad.

# Tareas Típicas:

1. Realizar las tareas de asistente administrativa del Jefe de Departamento.
2. Realizar las tareas generales de secretaría, archivar, mecanografiar, tramitar solicitudes etc. y asistir en todo lo necesario al jefe del Departamento y a los funcionarios del mismo.
3. Preparar los expedientes propios del Departamento.
4. Registrar correspondencia.
5. Confeccionar la estadística mensual de las actividades.
6. Archivar y mantener actualizados los archivos de la Unidad.
7. Informar y orientar a las personas que acuden a la Unidad.
8. Atender el teléfono, recibir y transmitir recados y dar las informaciones del caso.
9. Disponer y coordinar con el jefe del Departamento, de revisiones, reparaciones y mantenimiento general en el mobiliario y el equipo de la Unidad.
10. Velar por el orden de la Unidad y del material de su uso.
11. Cumplir órdenes de servicio y Reglamento General del Hospital.
12. Cumplir con lo dispuesto en las Normas de Atención y en los Manuales existentes en el Hospital.
13. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* + Certificado de terminación de estudios secundarios.
  + Curso de computadora o mecanografía.
  + Experiencia en tarea afines

**Forma de contratación:** Debe escogerse por concurso o prueba de selección.

# Servicio de Radiología e Imaginología

**Nombre de la Unidad: Servicio de Radiología e Imaginología Definición de la Unidad**

El Servicio de Radiología e Imágenes es responsable por la recepción, procesamiento, realización e interpretación de los estudios de imagen que comprende: radiología general, mamografía, ultrasonido, tomografía computada y procedimientos especiales que proporcionan el apoyo y ayuda diagnóstica a las diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas del Instituto Oncológico Nacional**.**

# Estructura o posición

La Unidad de Radiología e Imágenes depende de la Dirección Atención y General; y tiene bajo su coordinación las siguientes secciones diagnósticas:

1. Radiología General
2. Mamografía
3. Ultrasonido
4. Tomografía Computada
5. Radiología Vascular e Intervención

# Funciones Funciones Generales

1. Recibir, programar y realizar los diferentes exámenes de imagen solicitados a pacientes hospitalizados y ambulatorios de acuerdo a la información y sustentación clínica que lo fundamente.
2. Proporcionar los resultados diagnósticos de los estudios de imagen realizados y emitir opiniones (consultas) que tengan relevancia en el manejo del paciente.
3. Aplicar adecuadamente las normas y procedimientos de atención.
4. Supervisar y fiscalizar las normas y procedimientos que sean necesarios para la protección y seguridad radiológica del personal que labora y pacientes dentro del hospital.
5. Supervisar el mantenimiento y la utilización apropiada de los diferentes equipos radiológicos de diagnóstico para su óptimo funcionamiento.
6. Organizar y mantener actualizado el archivo de los expedientes radiológicos de los pacientes (activos-fallecidos) para consulta, control-vigilancia, y depuraciones posteriores.
7. Apoyar con interpretación diagnóstica relevante a las especialidades médicas y quirúrgicas durante las horas regulares y extraordinarias de trabajo de acuerdo a las disposiciones de la Dirección General y de Atención.

# Funciones Específicas Radiología General

* + Proporcionar atención e interpretación diagnóstica a través de los estudios radiológicos convencionales simples, gastrointestinales (baritados), urológicos (cistograma miccional, uretrografía, urografía excretora) a pacientes hospitalizados y ambulatorios.
  + Participar y realizar los procedimientos especiales: fistulogramas, cambio de catéteres, punciones, drenajes y colangiografías (CPRE, percutánea).

# Mamografía

* + Proporcionar atención e interpretación diagnóstica especializada a través de los estudios de mamografía realizados a pacientes femeninas hospitalizadas y ambulatorias.
  + Participar, y realizar los procedimientos especiales: ductografías, localizaciones preoperatorios, biopsia por estereotaxia y mammotome.

# Ultrasonido

* + Proporcionar atención e interpretación diagnóstica a través de los resultados obtenidos de los estudios de ultrasonido realizados a pacientes hospitalizados y ambulatorios de acuerdo a protocolos de estudio según la región y patología
  + Ejecutar procedimientos diagnósticos y terapéuticos: biopsias, punciones, drenajes y ablaciones.

# Tomografía Computada

* + Proporcionar atención e interpretación diagnóstica especializada a través de los estudios de tomografía computada realizados a pacientes hospitalizados y ambulatorios de acuerdo a protocolos de estudio según la región y patología
  + Participar y realizar los procedimientos especiales: radiología intervencionista (biopsias, punciones, drenajes, ablaciones) y planeamientos de radioterapia.

# Radiología Vascular e Intervención

* + Estudiar las patologías del sistema arterial y venoso a través de estudios angiográficos por vía vascular (invasiva-no invasiva).
  + Efectuar procedimientos diagnósticos y terapéuticos como: angioplastías, embolizaciones y quimioembolizaciones.

# Área Física

Administrativa

Recepción. Sala de espera.

Área de archivo de los expedientes radiológicos. Sala de transcripción de estudios.

Oficinas médicas para interpretación y consulta.

Vestidores para personal femenino. Vestidores para personal masculino. Depósito para materiales e insumos. Servicios sanitarios (personal).

Exámenes

Área para espera de pacientes hospitalizados.

Área de espera para pacientes ambulatorios y familiares. Área para preparación y recuperación de pacientes.

Vestidores para pacientes ambulatorios.

Sala de Radiología General: estudios simples de rutina, fluoroscópicos baritados, urológicos, procedimientos especiales.

Salas de Mamografía: estudios diagnósticos, procedimientos especiales. Sala de Ultrasonido: estudios diagnósticos, procedimientos especiales.

Sala de Tomografía Computada: estudios diagnósticos y procedimientos especiales. Servicios sanitarios (pacientes).

Área de procesamiento y revelado de películas: Cuarto oscuro.

Procesadora y revelado en seco. Procesadora y revelado automático.

Área de control de calidad de los estudios radiológicos de rutina y especiales.

# Profesionales que laboran en el Servicio de Radiología e Imagen

Jefe del Servicio

Médicos Especialistas en Radiología e Imagen Técnicos en Radiología e Imagen

Personal de Enfermería (enfermera, auxiliar)

Personal administrativo: recepcionista, secretarias, archivero-mensajero. Asistentes Técnicos

# Perfil del Cargo

**Jefe de la Unidad de Radiología e Imagen**

1. **Funciones Generales**
   1. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes modalidades de imagen que se prestan.
   2. Implementa y da seguimiento a las estrategias y políticas establecidas.
   3. Determinar las necesidades y prioridades del Servicio de Radiología e Imágenes y define las formas para alcanzar los objetivos y metas.
   4. Asesorar en la planificación y organización del Servicio de Radiología e Imágenes de acuerdo a las necesidades, recursos financieros y físicos.
   5. Poseer un amplio conocimiento de los cambios, avances y desarrollo de nuevas tecnologías de imagen evitando compras innecesarias e inadecuadas para la institución.
   6. Elaborar en forma precisa y objetiva las especificaciones y criterios técnicos requeridos en la adquisición de nuevas tecnologías para la modernización del departamento.
   7. Elaborar y revisar el presupuesto anual del departamento, basado en las necesidades y prioridades.
   8. Definir las políticas de atención para los pacientes ambulatorios y hospitalizados para optimizar la recepción-registro de los pacientes, asignación de citas, instrucciones (preparación, entrega de estudios e informes radiológicos).
   9. Tener una amplia visión de las diferentes situaciones que se desarrollan en un servicio de Radiología e Imagen y saber como deben ser resueltas para beneficio del paciente y del departamento.
   10. Mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales y diagnósticos realizados.
   11. Promover el control de calidad y profesionalismo en el personal subalterno a su cargo (Técnicos en Radiología e Imágenes, Personal de Enfermería, Personal Administrativo).
   12. Establecer en forma coordinada con la Sección de Protección Radiológica, las políticas sobre seguridad - control de los equipos instalados, por instalar y del personal ocupacionalmente expuesto y pacientes atendidos (ambulatorios, hospitalizados) mediante el uso de técnicas adecuadas de miliamperaje, kilovoltaje, protectores etc.

# Funciones Administrativas Específicas

* 1. Determinar las necesidades y prioridades del Servicio de Radiología e Imágenes y definir los mecanismos para alcanzar los objetivos y metas.
  2. Ejercer un papel importante en la organización y funcionamiento del departamento incorporando las opiniones e ideas del personal técnico y administrativo mediante reuniones periódicas para lograr un trabajo en equipo positivo, efectivo y permanente.
  3. Supervisar el adecuado desempeño de los profesionales médicos, técnicos y personal administrativo a su cargo.
  4. Confeccionar las listas de turnos de urgencias y días festivos, biopsias, vacaciones y reemplazos de los médicos especialistas.
  5. Supervisar la elaboración de la lista de turno de los fines de semana y días Festivos, vacaciones y reemplazos del personal técnico.
  6. Elaborar las listas de vacaciones y reemplazos del personal administrativo.
  7. Determinar de acuerdo a las necesidades del servicio nuevas asignaciones y funciones a realizar por el personal médico, técnico y administrativo.
  8. Elaborar la lista de asignaciones de las actividades médicas (biopsias, vacaciones).
  9. Evaluar regularmente en forma justa y objetiva al personal a cargo.
  10. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
  11. Preparar los informes estadísticos de los estudios y procedimientos realizados para la evaluación del rendimiento y políticas de expansión del departamento (personal médico, técnico, administrativo).
  12. Participa activamente en la realización, interpretación e interconsulta de los diferentes estudios de imagen que se realizan en el departamento.
  13. Cumplir con su horario de trabajo regular, turnos de urgencia y días festivos y asignaciones establecidas.
  14. Llevar un control estadístico del rendimiento del personal médico, técnico, administrativo y de enfermería e igualmente.
  15. Llevar un control estadístico con proyecciones futuras de la cobertura de atención de las diferentes modalidades de imagen que se ofrecen y las proyecciones futuras que permitan la adecuada planificación de los servicios prestados.

# Funciones Académicas

* 1. Conoce ampliamente sobre las diferentes modalidades de imagen disponibles y en fase de investigación e impulsa su introducción de acuerdo a las necesidades del ION.
  2. Provee experiencias didácticas que permiten la aplicación eficiente de sus conocimientos técnicos, clínicos y diagnósticos en los diferentes estudios y procedimientos especiales que se realizan en el departamento.
  3. Cuenta con adecuada formación académica que le permite desarrollar competencia y actuar con confiabilidad en la interpretación de los estudios radiológicos y de imagen en pacientes con padecimientos oncológicos.
  4. Elabora y actualiza en forma conjunta con los médicos radiólogos las Normas de Atención (procedimientos de atención y protocolos de estudios).
  5. Promueve e impulsa en su personal a participar en proyectos de investigación y publicación relacionadas con el cáncer.
  6. Supervisa la programación de las actividades académicas interdisciplinarias de acuerdo a la disponibilidad y tiempo de los médicos especialistas.
  7. Participa activamente de las interconsultas y sesiones académicas (generales, departamentales) desarrolladas en el hospital de acuerdo a las normas establecidas para tal fin.

# Destrezas y Habilidades

1. Experiencia y actualización en el diagnóstico, manejo, función, utilización de equipos de radiología e imagen para la ejecución de procedimientos en las diferentes áreas de la especialidad y subespecialidad según su formación.
2. Conocimiento de las técnicas de Kv (kilovoltaje) y mA (miliamperaje) apropiadas, posición del paciente, proyecciones que deben ser tomadas (rutina, complementarias).
3. Dominio de las propiedades fisicoquímicas de los agentes que utiliza en los diferentes procedimientos y estudios diagnósticos y terapéuticos.
4. Maneja en forma satisfactoria las reacciones adversas a los medios de contraste (iónicos, no-iónicos), cuenta con un curso de reanimación cardiopulmonar.
5. Determina de acuerdo a la historia clínica los pacientes de bajo, mediano y alto riesgo a desarrollar reacciones adversas a los medios de contraste (iónicos, no-iónicos), indicando la dosis y el uso apropiado de cada medicamento según el paciente.
6. Aplica y supervisa el control de calidad en cada uno de los estudios y procedimientos que realiza en las diferentes áreas diagnósticas.
7. Demuestra gran destreza y habilidad en la aplicación de los conocimientos de la especialidad, los cuales pone en práctica durante los procedimientos e interpretación y realización de los diferentes estudios.

# Actitudes y Valores

1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes.
2. Promueve los valores morales y evita participar en actos de corrupción.
3. Administrativa derivada de la compra y licitación de insumos de oficina, médicos y equipos de tecnología para uso radiológico.
4. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto entre el personal que labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
5. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y diplomacia hacia sus colaboradores.
6. Motiva y estimula a todo el personal (radiólogos, técnicos en radiología, administrativos), para lograr un trabajo en equipo efectivo y armónico.
7. Estimula al personal a su cargo para el adecuado cuidado, atención y respeto por los pacientes
8. Acepta las diversas personalidades, intelectos, habilidades y limitaciones del personal a su cargo.
9. Revisa las historias clínicas de los pacientes que van a ser estudiados y determina la relevancia del estudio de acuerdo a los síntomas clínicos, evalúa las contraindicaciones y advierte al técnico sobre las proyecciones adicionales requeridas, parámetros específicos que deberán ser considerados.
10. Toma decisiones precisas y adecuadas en el momento que un estudio es solicitado.
11. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo, características y riesgos de los procedimientos.
12. Alerta al personal sobre la condición crítica de un paciente.
13. Determina cuando un examen deberá ser realizado nuevamente debido a una técnica radiológica y de imagen inadecuada.
14. Es responsable directo de la interpretación de los estudios, demostrando un alto grado de precisión y confiabilidad.
15. Establece comunicación directa con los médicos referentes sobre los hallazgos encontrados, para la toma de decisiones sobre el Manejo Urgente de un paciente.
16. Reconoce sus limitaciones y consulta en casos de dudas diagnósticas con otros colegas especialistas.
17. Orienta e indica a los médicos referentes sobre las recomendaciones de estudios que pueden ayudar al manejo integral de su paciente.

# Requisitos

* + Ser médico idóneo reconocido por el Consejo Técnico de Salud.
  + Especialidad de Radiología e Imágenes reconocida por el Consejo Técnico de Salud.
  + Experiencia laboral mínima de 5 años.
  + Experiencia o Cursos complementarios de administración.

# Selección

Temporal (designación por el patronato) Concurso (máximo de 5 años).

# Medico Radiólogo

1. **Funciones Generales**
   1. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes modalidades de imagen que se prestan.
   2. Ayuda a implementar y dar seguimiento a las estrategias y políticas establecidas.
   3. Asesorar en la planificación y organización del Servicio de Radiología e Imágenes de acuerdo a las necesidades, recursos financieros y físicos.
   4. Poseer un amplio conocimiento de los cambios, avances y desarrollo de nuevas tecnologías de imagen evitando compras innecesarias e inadecuadas para la institución.
   5. Colaborar en la elaboración precisa y objetiva las especificaciones y criterios técnicos requeridos en la adquisición de nuevas tecnologías para la modernización del departamento.
   6. Colaborar en la elaboración del presupuesto anual del departamento, basado en las necesidades y prioridades.
   7. Colabora en la determinación de las políticas de atención para los pacientes ambulatorios y hospitalizados para optimizar la recepción-registro de los pacientes, asignación de citas, instrucciones (preparación, entrega de estudios e informes radiológicos).
   8. Tener una amplia visión de las diferentes situaciones que se desarrollan en un servicio de Radiología e Imagen y ayudar a resolverlas para beneficio del paciente y del departamento.
   9. Ayudar en mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales y diagnósticos realizados.
   10. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
   11. Ayuda en la promoción del control de calidad y profesionalismo en el personal subalterno (Técnicos en Radiología e Imágenes, Personal de Enfermería, Personal Administrativo).

# Funciones Administrativas

* 1. Coopera en la determinación de las necesidades y prioridades del Servicio de Radiología e Imágenes y ayuda a definir los mecanismos para alcanzar los objetivos y metas.
  2. Ejercer un papel importante en la organización y funcionamiento del departamento incorporando sus opiniones e ideas.
  3. Ejerce la jefatura temporal en la ausencia del Jefe del Servicio.
  4. Ayuda a supervisar el adecuado desempeño de los técnicos y personal administrativo.
  5. Colaborar en la confección de las listas de turnos de urgencias y días festivos, biopsias, vacaciones y reemplazos de los médicos especialistas.
  6. Supervisar la elaboración de la lista de turno de los fines de semana y días Festivos, vacaciones y reemplazos del personal técnico.
  7. Ayuda a determinar de acuerdo a las necesidades del servicio nuevas asignaciones y funciones a realizar por el personal técnico y administrativo.
  8. Colabora en la elaboración de la lista de asignaciones de las actividades médicas (biopsias, vacaciones).
  9. Coopera en la evaluación justa y objetiva al personal técnico y administrativo.
  10. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
  11. Participa en la preparación de los informes estadísticos de los estudios y procedimientos realizados para la evaluación del rendimiento y políticas de expansión del departamento (personal médico, técnico, administrativo).
  12. Participa activamente en la realización, interpretación, revisión e interconsulta de los diferentes estudios de imagen que se realizan en el departamento.
  13. Cumplir con su horario de trabajo regular, turnos de urgencia y días festivos y asignaciones establecidas.
  14. Llevar un control estadístico de sus actividades.

# Funciones Académicas

* 1. Conoce ampliamente sobre las diferentes modalidades de imagen disponibles y en fase de investigación e impulsa su introducción de acuerdo a las necesidades del ION.
  2. Provee experiencias didácticas que permiten la aplicación eficiente de sus conocimientos técnicos, clínicos y diagnósticos en los diferentes estudios y procedimientos especiales que se realizan en el departamento.
  3. Cuenta con adecuada formación académica que le permite desarrollar competencia y actuar con confiabilidad en la interpretación de los estudios radiológicos y de imagen en pacientes con padecimientos oncológicos.
  4. Elabora y actualiza en forma conjunta con los médicos radiólogos las Normas de Atención (procedimientos de atención y protocolos de estudios).
  5. Promueve e impulsa en su personal a participar en proyectos de investigación y publicación relacionadas con el cáncer.
  6. Participa en la programación de las actividades académicas interdisciplinarias de acuerdo a su disponibilidad y tiempo.
  7. Participa activamente de las interconsultas y sesiones académicas (generales, departamentales) desarrolladas en el hospital de acuerdo a las normas establecidas para tal fin.

# Destrezas y Habilidades

1. Experiencia y actualización en el diagnóstico, manejo, función, utilización de equipos de radiología e imagen para la ejecución de procedimientos en las diferentes áreas de la especialidad y subespecialidad según su formación.
2. Conocimiento de las técnicas de Kv (kilovoltaje) y mA (miliamperaje) apropiadas, posición del paciente, proyecciones que deben ser tomadas (rutina, complementarias).
3. Dominio de las propiedades fisicoquímicas de los agentes que utiliza en los diferentes procedimientos y estudios diagnósticos.
4. Maneja en forma satisfactoria las reacciones adversas a los medios de contraste (iónicos, no-iónicos), cuenta con un curso de reanimación cardiopulmonar.
5. Determina de acuerdo a la historia clínica los pacientes de bajo, mediano y alto riesgo a desarrollar reacciones adversas a los medios de contraste (iónicos, no-iónicos), indicando la dosis y el uso apropiado de cada medicamento según el paciente.
6. Aplica y supervisa el control de calidad en cada uno de los estudios y procedimientos que realiza en las diferentes áreas diagnósticas.
7. Demuestra gran destreza y habilidad en la aplicación de los conocimientos de la especialidad, los cuales pone en práctica durante los procedimientos e interpretación y realización de los diferentes estudios.

# Actitudes y Valores

1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes.
2. Promueve los valores morales y evita participar en actos de corrupción Administrativa derivada de la compra y licitación de insumos de oficina, médicos y equipos de tecnología para uso radiológico.
3. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto entre el personal que labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
4. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y diplomacia hacia sus colaboradores.
5. Motiva y estimula a todo el personal (radiólogos, técnicos en radiología, administrativos), para lograr un trabajo en equipo efectivo y armónico.
6. Estimula al personal a su cargo para el adecuado cuidado, atención y respeto por los pacientes.
7. Acepta las diversas personalidades, intelectos, habilidades y limitaciones del personal a su cargo.
8. Revisa las historias clínicas de los pacientes que van a ser estudiados y determina la relevancia del estudio de acuerdo a los síntomas clínicos, evalúa las contraindicaciones y

advierte al técnico sobre las proyecciones adicionales requeridas, parámetros específicos que deberán ser considerados.

1. Toma decisiones precisas y adecuadas en el momento que un estudio es solicitado.
2. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo, características y riesgos de los procedimientos.
3. Alerta al personal sobre la condición crítica de un paciente.
4. Determina cuando un examen deberá ser realizado nuevamente debido a una técnica radiológica y de imagen inadecuada.
5. Es responsable directo de la interpretación de los estudios, demostrando un alto grado de precisión y confiabilidad.
6. Establece comunicación directa con los médicos referentes sobre los hallazgos encontrados, para la toma de decisiones sobre el Manejo Urgente de un paciente.
7. Reconoce sus limitaciones y consulta en casos de dudas diagnósticas con otros colegas especialistas.
8. Orienta e indica a los médicos referentes sobre las recomendaciones de estudios que pueden ayudar al manejo integral de su paciente.

# Requisitos

* Diploma de Doctor en Medicina.
* Especialidad de Radiología e Imágenes reconocida por el Consejo Técnico de Salud.
* Certificación-Recertificación nacional o por algún organismo internacional reconocido.
* Curso de Postgrado o Subespecialidad en Radiología e Imágenes.
* Cursos complementarios de administración, docencia etc.
* Certificado de buena salud física y mental.

# Selección:

Contrato (temporal)

Convocatoria y concurso (permanente)

# Técnico de Radiología e Imágenes Funciones Generales y Específicas

1. Trabajo de ejecución a nivel intermedio (técnico), que consiste en conocer el manejo de los equipos radiológicos utilizados en un departamento de Radiología e Imagen.
2. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes modalidades de imagen en que participan.
3. Ayuda a implementar y dar seguimiento a las estrategias y políticas establecidas por sus superiores.
4. Colaborar en la elaboración precisa y objetiva las especificaciones y criterios técnicos requeridos en la adquisición de equipos de radiología a utilizar en el departamento.
5. Brinda colaboración en la elaboración del presupuesto anual del departamento, basado en las necesidades y prioridades.
6. Ayudar en mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales y diagnósticos realizados.
7. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
8. Ayuda en la promoción del control de calidad y profesionalismo de los técnicos en Radiología e Imagen y asistentes técnicos.
9. Determina las técnicas de Kv (kilovoltaje) y mA (miliamperaje) apropiadas según el paciente.
10. Conoce las diferentes posiciones-proyecciones radiológicas que deben ser tomadas en los diferentes estudios convencionales (rutina, gastrointestinales-baritados, urológicos) y especiales (tomografía computada, mamografía, ultrasonido).
11. Asiste técnicamente en todos los estudios fluoroscópicos que se realizan en el servicio (gastrointestinales, urológicos, procedimientos especiales).
12. Cumplir con las normas de seguridad y protección radiológica establecidas.
13. Manejo adecuado de los equipos radiológicos
14. Control estadístico de los estudios que ha realizado durante el horario regular, fines de semana y días festivos e incluir en el sistema informático-computo del servicio.
15. Notificar en forma verbal o escrita a su superior, si requiere retirarse de su área de trabajo por asuntos personales, médicos o de otra índole.
16. Cumplir con su horario de trabajo regular, turnos de urgencia y días festivos y asignaciones establecidas de acuerdo a las necesidades del servicio.
17. No esta autorizado para la realización de estudios a pacientes no registrados o atendidos en el ION, durante las horas laborables, fines de semana y días festivos.

# Actitudes y Valores

* 1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes.
  2. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto entre el personal que labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
  3. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y diplomacia hacia sus colaboradores.
  4. Estimula al personal técnico a su cargo para el adecuado cuidado, atención y respeto por los pacientes.
  5. Revisa las historias clínicas de los pacientes que van a ser estudiados y pregunta al médico sobre las indicaciones, contraindicaciones de los medios de contraste, proyecciones radiológicas (estudios de rutina, estudios baritados, estudios urológicos, mamografía), protocolos de estudio (tomografía computada).
  6. Toma decisiones precisas y adecuadas en el momento que un estudio se está realizando.
  7. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo, características y riesgos de los procedimientos.
  8. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo, características y riesgos de los procedimientos y sobre la utilización de los medios de contraste (iónicos, no- iónicos).
  9. Toma medidas de primeros auxilios preliminares en el manejo de un paciente con reacción adversa a los medios de contraste.
  10. Tiene curso de reanimación cardiopulmonar.
  11. Alerta al personal médico sobre la condición crítica de un paciente en la utilización de medios de contraste.
  12. Establece comunicación directa con los médicos radiólogos en relación a los hallazgos encontrados, para la toma de decisiones en el Manejo Urgente de un paciente.
  13. Reconoce sus limitaciones y consulta en casos de dudas con los médicos Radiólogos.
  14. Vestir apropiadamente el uniforme o bata y portar su identificación.

# Requisitos

* Certificado de terminación de estudios secundarios.
* Certificado del curso de técnico de Rayos X expedida por CSS, MINSA o Universidad de Panamá u otras universidades extranjeras avaladas por la Universidad de Panamá y acreditada por el Consejo Técnico de Saludo.
* Experiencia mínima de 2 años.
* Cursos complementarios de Educación Médica Continua.
* Certificado de buena salud física y mental.

# Selección

Contrato (temporal)

Convocatoria y concurso (permanente)

# Asistente Técnico

**Funciones Generales y Específicas**

1. Trabajo de ejecución a nivel básico (técnico), que consiste en asistir en las labores técnicas en el manejo y funcionamiento de los equipos radiológicos utilizados en un departamento de Radiología e Imagen.
2. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes modalidades de imagen en que participan.
3. Ayuda a implementar y dar seguimiento a las estrategias y políticas establecidas por sus superiores.
4. Ayudar en mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales realizados.
5. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y órdenes impartidas por sus superiores.
6. Promueve el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
7. Ayuda en la promoción del control de calidad y profesionalismo de los técnicos y asistentes técnicos.
8. Ayudar al técnico de Radiología e Imagen en el manejo básico de los equipos de radiología.
9. Ayudar al técnico de Radiología e Imagen en el traslado-retiro, colocación-posición de los pacientes (ambulatorios, hospitalizados, urgencias) en las salas de estudios y dentro del hospital.
10. Ayudar al técnico de Radiología e Imagen en la preparación de los pacientes para los estudios gastrointestinales (baritados), urológicos (cistogramas miccionales, urografía excretora), ultrasonido y tomografía computada.
11. Ayudar al técnico de Radiología e Imagen en el revelado de las placas radiográficas obtenidas en las salas de estudio.
12. Participa en la preparación de los químicos (revelador - fijador) utilizados por las procesadoras automáticas.
13. Mantenimiento y limpieza preventiva de las procesadoras, cartuchos de películas y cuarto oscuro.
14. Entrega de la correspondencia interna.
15. Archivo y control de los expedientes radiológicos de acuerdo a la organización interna.
16. Notificar en forma verbal o escrita a su superior, si requiere retirarse de su área de trabajo por asuntos personales, médicos o de otra índole.
17. Cumplir con su horario de trabajo regular y asignaciones establecidas de acuerdo a las necesidades del servicio.
18. Llevar un control estadístico de sus actividades las cuales deberá incluir dentro del sistema informático-computo del servicio.

# Actitudes y Valores

1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes.
2. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto entre el personal que Labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
3. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y respeto con sus colaboradores y pacientes en general.
4. Solicita explicación en el momento que un estudio se está realizando a los pacientes sobre el tipo, características y riesgos de los procedimientos.
5. Alerta al personal médico sobre la condición crítica de un paciente.
6. Reconoce sus limitaciones y consulta en casos de dudas con los técnicos, enfermera y médicos radiólogos.
7. Vestir apropiadamente el uniforme o bata y portar su identificación.

# Requisitos

* + Certificado de terminación de estudios primarios.
  + Certificado de terminación de estudios de primer ciclo secundaria (mínimo).
  + Certificado del curso de Asistente Técnico en Radiología e Imágenes por CSS, MINSA.
  + Cursos complementarios de Educación Continua (capacitación).
  + Certificado de buena salud física y mental.

# Selección

Contrato (temporal) Plaza permanente

# Enfermera

**Funciones Generales y Específicas**

**1.** Trabajo de ejecución de nivel medio que consiste en prestar cuidados directos de enfermería a los pacientes ambulatorios y hospitalizados en la Unidad de Radiología e Imágenes.

1. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes actividades y modalidades de imagen en que participan.
2. Ayuda a implementar y dar seguimiento a las estrategias y políticas establecidas por sus superiores.
3. Colaborar en la elaboración precisa y objetiva las especificaciones y criterios requeridos en la adquisición de insumos a utilizar en el departamento.
4. Proporciona sugerencias en la elaboración del presupuesto anual del departamento, basado en las necesidades de enfermería.
5. Elabora, organiza y lleva control de los medicamentos.
6. Elabora, organiza lleva control de los e insumos y mantiene limpios los materiales utilizados.
7. Realiza diversos tratamientos correspondientes a los cuidados de enfermería (curaciones, colocación de sondas, limpieza y cuidado de heridas etc.).
8. Ayudar en mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales y diagnósticos realizados.
9. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
10. Ayuda en la promoción del control de calidad y profesionalismo del personal de enfermería asignadas por motivo de vacaciones, permisos-ausencias.
11. Cumplir con las normas de seguridad y protección radiológica establecidas dentro del departamento.
12. Notificar en forma verbal o escrita a su superior, si requiere retirarse de su área de trabajo por asuntos personales, médicos o de otra índole.
13. Cumplir con su horario de trabajo regular y asignaciones establecidas de acuerdo a las necesidades del servicio.
14. Llevar un control estadístico de sus actividades, gastos de insumos y material médico utilizado los cuales deberá incluir dentro del sistema informático-computo del servicio para su control.

# Actitudes y Valores

1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes.
2. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto con el personal que labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
3. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y respeto hacia sus colaboradores.
4. Estimula al personal de enfermería (auxiliar, enfermeras asignadas por motivo de vacaciones, permisos-ausencias) para el adecuado cuidado, atención y respeto por los pacientes.
5. Revisa las historias clínicas de los pacientes que van a ser estudiados y pregunta al médico sobre las indicaciones, contraindicaciones en la utilización de medios de contraste.
6. Toma decisiones precisas y adecuadas de enfermería en el manejo de un paciente con reacciones adversas a los medios de contraste (leves, moderadas, severa).
7. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo, características y riesgos de los procedimientos y actividades de enfermería a su cargo.
8. Toma medidas de primeros auxilios preliminar en el manejo de un paciente con reacción adversa a los medios de contraste
9. Asistencia y aprobación del curso de reanimación cardiopulmonar.
10. Alerta al personal médico sobre la condición crítica de un paciente.
11. Establece comunicación directa con los médicos radiólogos en relación al manejo de los pacientes sometidos a estudios especiales y procedimientos que requieran asistencia del personal de enfermería.
12. Reconoce sus limitaciones y consulta en casos de dudas con los médicos Radiólogos.
13. Vestir apropiadamente el uniforme y portar su identificación.
14. Cumplir con las normas del servicio y los reglamentos del Departamento de Enfermería del Hospital.

# Requisitos

* + Certificado de terminación de estudios secundarios
  + Certificado de terminación de estudios a nivel universitario
  + Experiencia mínima necesaria: 5 años en el área de oncología
  + Curso de entrenamiento en el Servicio de Radiología e Imágenes
  + Cursos complementarios de educación continuada
  + Certificado de buena salud física y mental

# Selección

Contrato (temporal)

Convocatoria y concurso (permanente)

# Auxiliar de Enfermera

**Funciones Generales y Específicas**

1. Trabajo de ejecución de nivel básico que consiste en prestar cuidados y apoyo de enfermería a los pacientes ambulatorios y hospitalizados en la Unidad de Radiología e Imágenes.
2. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes actividades y modalidades de imagen en que participan.
3. Ayuda a dar seguimiento a las estrategias y políticas establecidas por sus superiores.
4. Colaborar en la elaboración precisa y objetiva las especificaciones y criterios requeridos en la adquisición de insumos a utilizar en el departamento.
5. Apoya en el control de insumos y medicamentos.
6. Mantiene limpios los materiales e insumos utilizados en los procedimientos (biopsias, drenajes, punciones).
7. Apoya en la realización de diversos tratamientos correspondientes a los cuidados de enfermería (curaciones, colocación de sondas, limpieza-cuidado de heridas etc.).
8. Ayudar en mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales y diagnósticos realizados.
9. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
10. Ayuda en la promoción del control de calidad y profesionalismo del personal de enfermería en general.
11. Cumplir con las normas de seguridad-protección radiológica y de enfermería establecidas dentro del departamento e institución.
12. Notificar a su superior en forma verbal o escrita, si requiere retirarse de su área de trabajo por asuntos personales, médicos o de otra índole.
13. Cumplir con su horario de trabajo regular y asignaciones establecidas de acuerdo a las necesidades del servicio.
14. Llevar un control estadístico de sus actividades, gastos de materiales e insumo médicos utilizados las cuales deberá incluir dentro del sistema informático-computo del servicio para su control

# Actitudes y Valores

1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes
2. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto con el personal que labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
3. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y respeto hacia sus colaboradores.
4. Estimula al personal de enfermería (auxiliar) asignadas por motivo de vacaciones, permisos-ausencias) para el adecuado cuidado, atención y respeto por los pacientes.
5. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo y características de los estudios cuando es requerido.
6. Alerta al personal médico sobre la condición crítica de un paciente.
7. Reconoce sus limitaciones y consulta en casos de dudas con los médicos Radiólogos.
8. Vestir apropiadamente el uniforme y portar su identificación.
9. Cumplir con las normas del servicio y los reglamentos del Departamento de Enfermería del Hospital.

# Requisitos

* + Certificado de terminación de estudios de secundarios.
  + Certificado en Técnico en Enfermería.
  + Experiencia mínima de 5 años.
  + Asistencia a cursos complementarios de educación continuada.
  + Certificado de buena salud física y mental.

# Selección

Contrato (temporal) Plaza permanente

# Secretaria-Recepcionista

1. **Funciones Generales**
   1. Trabajo de ejecución administrativo.
   2. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes actividades y modalidades de imagen en que participan.
   3. Ayuda a dar seguimiento a las estrategias y políticas establecidas por sus superiores.
   4. Ayudar en mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales y diagnósticos realizados.
   5. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
   6. Ayuda en la promoción del control de calidad y profesionalismo del personal administrativo.
   7. Cumplir con las normas de seguridad-protección radiológica establecidas dentro del departamento.
   8. Notificar en forma verbal o escrita a su superior, si requiere retirarse de su área de trabajo por asuntos personales, médicos o de otra índole.
   9. Cumplir con su horario de trabajo regular y asignaciones establecidas de acuerdo a las necesidades del servicio

# Funciones Específicas

* 1. Atención al público en general con trato respetuoso, cordial y orientarlo adecuadamente
  2. Recepción y registro de solicitudes de estudios para pacientes ambulatorios y hospitalizados
  3. Verificación de la información personal de cada paciente (nombre completo, cédula, número de teléfono) los cuales deberán estar escritos en forma clara y legible.
  4. Atención de llamadas telefónicas
  5. Asignación y control de citas para estudios especiales de radiología convencional, mamografía, ultrasonido, tomografía computada.
  6. Coordinación de citas fuera de la institución para la realización de procedimientos especiales (biopsias, drenajes, punciones, embolizaciones, etc.)
  7. Registro de entrada de los estudios realizados fuera de la institución para revisiones especiales
  8. Transcripción, desglose y archivo de los estudios realizados cada día.
  9. Elaborar diariamente la lista de pacientes ambulatorios y hospitalizados citados para los diferentes estudios a realizar.
  10. Elaborar, cartas, notas y memorandos internos y externos.
  11. Mantener organizado el archivo administrativo del servicio.
  12. Elaborar el calendario de vacaciones, control de permisos-ausencias del personal.
  13. Elaborar la planilla para el cobro de salarios y turnos del personal médico y técnicos.
  14. Control de préstamo y entrega de los estudios de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
  15. Control estadístico general del departamento.

# Actitudes y Valores

1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes.
2. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto con el personal que labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
3. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y respeto hacia sus compañeros, pacientes y superiores.
4. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo y características de los estudios (citas, preparaciones) cuando es requerido.
5. Alerta al personal médico sobre la condición crítica de un paciente.
6. Reconoce sus limitaciones y consulta en casos de dudas con los médicos Radiólogos
7. Vestir apropiadamente el uniforme y portar su identificación.
8. Cumplir con las normas del servicio y los reglamentos del ION.

# Condiciones que debe reunir

* + Certificado de terminación de estudios de secundarios.
  + Certificado de buena salud física y mental.
  + Curso de Introducción en las diferentes actividades administrativas, técnicas y médicas que se realizan en el servicio de Radiología e Imágenes.

# Selección

Contrato (temporal) Plaza permanente

# Mensajería-Archivo

1. **Funciones Generales :**
   1. Trabajo de ejecución administrativo.
   2. Cumplir con las estrategias y políticas establecidas por el Patronato y Dirección General del Instituto Oncológico Nacional para el logro de la eficiencia, eficacia y efectividad en las diferentes actividades y modalidades de imagen en que participan.
   3. Ayuda a dar seguimiento a las estrategias y políticas establecidas por sus superiores.
   4. Ayudar en mantener y promover la calidad en la atención del paciente, estudios, procedimientos especiales y diagnósticos realizados.
   5. Velar por el cumplimiento del Reglamento Interno del ION y promover el respeto y trato cordial entre los compañeros de trabajo.
   6. Ayuda en la promoción del control de calidad y profesionalismo del personal administrativo.
   7. Cumplir con las normas de seguridad-protección radiológica establecidas dentro del departamento.
   8. Notificar en forma verbal o escrita a su superior, si requiere retirarse de su área de trabajo por asuntos personales, médicos o de otra índole.
   9. Cumplir con su horario de trabajo regular y asignaciones establecidas de acuerdo a las necesidades del servicio.

# Funciones Específicas:

* 1. Atención al público en general con trato respetuoso, cordial y orientarlo en forma.
  2. Adecuada según el caso en particular.
  3. Recepción y registro de solicitudes de estudios para pacientes ambulatorios y hospitalizados cuando sea necesario.
  4. Mantener organizado el archivo radiológico del servicio.
  5. Verificación de la información personal de cada paciente (nombre completo, cédula, número de teléfono) para la elaboración de los expedientes-sobres radiológicos, los cuales deberán estar escritos en forma clara y legible.
  6. Archivar en forma apropiada y según las provincias y sistema de operativo del servicio los expedientes radiológicos.
  7. Ayudar en el desglose y registro de los estudios realizados cada día para su entrega en archivos clínicos y en las diferentes salas de hospitalización.
  8. Atención de llamadas telefónicas cuando sea necesario.
  9. Ayudar cuando sea necesario en la asignación y control de citas para estudios especiales de radiología convencional, mamografía, ultrasonido, tomografía computada.
  10. Ayudar en el registro de entrada-salida de los estudios realizados fuera de la institución para revisiones especiales.
  11. Preparar el día anterior los expedientes radiológicos de los pacientes citados para los estudios especiales (ultrasonido, mamografías, tomografías computadas).
  12. Preparar los expedientes radiológicos de los estudios de rutina realizados para su posterior interpretación.
  13. Distribución al personal médico y de acuerdo a las diferentes asignaciones establecidas, los diferentes estudios para su interpretación.
  14. Llevar un control estricto conjuntamente con el personal administrativo asignado a la recepción del préstamo y entrega de los estudios de pacientes ambulatorios y hospitalizados
  15. Apoyo en el control estadístico cuando sea necesario.
  16. Entrega de la correspondencia interna y externa del servicio de acuerdo a horario establecido para tal fin.

# Actitudes y Valores

1. Integridad ética y moral en todas las actividades que realiza dentro del Servicio de Radiología e Imágenes.
2. Procura mantener un ambiente de cordialidad y respeto con el personal que labora en el Servicio de Radiología e Imagen.
3. Muestra en su actitud, sensibilidad humana, consideración y respeto hacia sus compañeros, pacientes y superiores.
4. Explica apropiadamente a los pacientes sobre el tipo y características de los estudios (citas, preparaciones) cuando es requerido.
5. Alerta a sobre cualquier anormalidad relacionada con los expedientes radiológicos o cualquiera de sus asignaciones.
6. Reconoce sus limitaciones y consulta en caso de dudas con los médicos Radiólogos
7. Vestir apropiadamente el uniforme y portar su identificación.
8. Cumplir con las normas del servicio y los reglamentos del ION.

# Condiciones que debe reunir

* + Certificado de terminación de estudios de secundarios.
  + Certificado de buena salud física y mental.
  + Curso de Introducción en las diferentes actividades administrativas, técnicas y médicas que se realizan en el servicio de Radiología e Imágenes.

# Selección

Contrato (temporal) Plaza permanente

# Asistencia y participación en las sesiones académicas dentro de la institución

1. El Servicio de Radiología e Imágenes asistirá a las sesiones generales del hospital y participará de las mismas de acuerdo al calendario académico asignado previamente.
2. Conciente de su responsabilidad como Servicio Diagnóstico, asistirá y participará en las diferentes sesiones departamentales en las que sea solicitada su participación; excepto en los casos que por vacaciones, emergencias de último momento o por falta de información no recibida con el tiempo requerido para su preparación y revisión del expediente radiológico.
3. Para el logro de los objetivos académicos de las diferentes sesiones se requiere:

# Servicio de Cirugía

Horario de sesiones: martes de 8:00am-9:00am; se solicita dar inicio -cumplimiento al horario para poder continuar con las obligaciones y asignaciones dentro del servicio de Radiología e Imágenes. Los casos programados para su presentación deberán ser entregados a más tardar el día jueves a las 12:00 medio día anterior a la sesión y sólo debe incluir aquellos casos en que **estrictamente existen dudas o se requieran aclaraciones de los diagnósticos de imagen.**

La lista de pacientes deberá incluir: nombre del paciente, cédula, diagnóstico histopatológico, motivo de la presentación, radiólogo responsable. Los casos que no sean entregados para revisión de acuerdo al punto anterior, **no serán presentados.**

**El servicio de radiología se reserva la discrecionalidad de no asistir si no se cumplen con los puntos formulados (1, 2, 3).** Cualquier estudio que requiera una consulta urgente por parte del médico tratante, podrá ser consultado directamente en el servicio de Radiología e Imágenes. Las discusiones derivadas de alguna presentación deben realizarse en el marco del respeto entre profesionales, y una dinámica de tiempo establecida para agilizar las presentaciones.

# Servicio de Oncología Médica

Horario de sesiones: miércoles de 7:30am-8:30am; se solicita dar inicio-cumplimiento al horario para poder continuar con las obligaciones y asignaciones dentro del servicio de Radiología e Imágenes. Los casos programados para su presentación deberán ser solicitados y entregados con 48 horas de anticipación para su preparación adecuada.

La lista de pacientes deberá incluir: nombre del paciente, cédula del paciente, diagnóstico histopatológico, motivo de la presentación, radiólogo responsable. Cualquier estudio que requiera una consulta urgente por parte del médico tratante, podrá ser consultado directamente en el servicio de Radiología e Imágenes. Las discusiones derivadas de alguna presentación deben realizarse en el marco del respeto entre profesionales, y una dinámica de tiempo establecida para agilizar las presentaciones.

# Servicio de Hematología

Horario de sesiones: Jueves de 10:30 AM a 11:30 AM; se solicita dar inicio-cumplimiento al horario para poder continuar con las obligaciones y asignaciones dentro del servicio de Radiología e Imágenes. Los casos programados para su presentación deberán ser solicitados y entregados con 48 horas de anticipación para su preparación adecuada.

La lista de pacientes deberá incluir: nombre del paciente, cédula, diagnóstico histopatológico, motivo de la presentación, radiólogo responsable. Cualquier estudio que requiera una consulta urgente por parte del médico tratante, podrá ser consultado directamente en el servicio de Radiología e Imágenes. Las discusiones derivadas de alguna presentación deben realizarse en el marco del respeto entre profesionales, y una dinámica de tiempo establecida para agilizar las presentaciones.

# Servicio de Ginecología

Horario de sesiones: viernes 8:30 AM a 9:30 AM; se solicita dar inicio-cumplimiento al horario para poder continuar con las obligaciones y asignaciones dentro del servicio de Radiología e Imágenes. Los casos programados para su presentación deberán ser solicitados y entregados con 48 horas de anticipación para su preparación adecuada.

La lista de pacientes deberá incluir: nombre del paciente, cédula, diagnóstico histopatológico, motivo de la presentación, radiólogo responsable. Cualquier estudio que requiera una consulta urgente por parte del médico tratante, podrá ser consultado directamente en el servicio de Radiología e Imágenes. Las discusiones derivadas de alguna presentación deben realizarse en el marco del respeto entre profesionales, y una dinámica de tiempo establecida para agilizar las presentaciones.

# Normas de para la atención de los pacientes Requerimientos de atención para pacientes ambulatorios

1. Los pacientes ambulatorios deberán acudir a la recepción de Radiología e Imagen con solicitud del o los estudios de imagen solicitados (radiología convencional, mamografía, estudios-procedimientos especiales, ultrasonido, tomografía computada, revisiones de estudios) para su atención.
2. Las solicitudes deberán incluir los datos generales del paciente, breve historia y diagnóstico clínico presuntivo, estudio solicitado y médico que lo solicita.
3. Las solicitudes o indicaciones de estudios con carácter de urgencia, el médico a cargo del paciente deberá llamar al Servicio de Radiología e Imágenes y comunicarse con cualquiera de los médicos del servicio durante el horario regular o con el médico de turno para explicar la indicación o necesidad del estudio o procedimiento (pacientes residentes fuera del área capitalina, pacientes que requieran diagnóstico para iniciar tratamiento, etc.).
4. Bajo ninguna circunstancia un paciente a quien se le solicite un estudio de urgencia (de acuerdo al punto 3) podrá ser llevado al servicio de Radiología e Imágenes para la realización del mismo, sin previa consulta con los médicos del servicio los cuales darán autorización para su pronta programación y ejecución.
5. La recepcionista llevará un registro de las solicitudes recibidas (radiología convencional, mamografía, estudios fluoroscópicos gastrointestinales-urológicos, ultrasonidos, tomografía computada, procedimientos especiales), asignará la cita de acuerdo a fecha de consulta e indicación clínica.
6. Será responsabilidad de los médicos tratantes verificar que la solicitud de estudio no haya sido indicada previamente o que el resultado del mismo no haya sido incluido en el expediente clínico; de esta forma evitaremos la duplicidad en la asignación de citas y realización de estudios.
7. Los pacientes que requieran preparaciones especiales de acuerdo al tipo de estudio o procedimiento se les indicará y entregará en forma escrita las instrucciones a seguir.
8. El día de la cita, el paciente acude a la recepción del servicio a recoger su solicitud de estudio la cual llevará a orientación para su verificación y facturación (pacientes asegurados), en casos particulares del vencimiento de la ficha del Seguro Social los pacientes deberán acudir a evaluación socioeconómica, quienes llevarán un registro en el expediente del paciente hasta la actualización y regularización de sus cuotas. Los pacientes no asegurados acudirán con su solicitud a evaluación socioeconómica para el registro y control del costo de los estudios realizados dentro de su expediente.
9. El Servicio de Radiología e Imagen solo atenderá los pacientes asegurados y no asegurados registrados en el hospital. Aquellos pacientes que deseen ser atendidos y pagar por sus estudios sin estar registrados dentro de la institución, deberán acudir a la dirección y subdirección general para su aprobación.
10. Los pacientes ambulatorios que requieran revisiones de estudios realizados fuera de la institución deberán cumplir con los siguientes requisitos:
    1. Llenar solicitud especial por el médico tratante a cargo donde deberá incluir los datos completos del paciente, breve historia clínica, diagnóstico clínico presuntivo para su admisión y justificación de la revisión; deberán indicar en la solicitud el número de placas y estudios para su control.
    2. Los estudios enviados a revisión deberán tener una vigencia clínica mínima de tres meses para los estudios especiales y un mes para los estudios de radiología convencional.

# El servicio de radiología se reserva la discrecionalidad de no darle curso a este trámite si no se cumplen con los puntos a-b formulados previamente.

1. Finalizado el estudio, las diferentes facturas son firmadas y selladas por el personal que realiza el estudio y son retiradas y revisadas por el personal de servicios externos para su procesamiento (pacientes asegurados). Los pacientes no asegurados acudirán con su solicitud a evaluación socioeconómica para el registro y control del costo de los estudios realizados dentro de su expediente.
2. Los resultados de los estudios deberán estar en expediente clínico en un lapso no mayor de 8 días laborables (pacientes ambulatorios). Cualquier resultado solicitado con carácter de urgencia, los médicos del servicio de radiología e imágenes elaborarán un reporte preliminar en el expediente para el pronto manejo del paciente o el médico a cargo del paciente acudirá al servicio para analizar en forma conjunta el resultado de dicho estudio.
3. Los pacientes ambulatorios que requieran estudios que no se realizan en el ION, deberán llenar solicitud la cual deberá estar autorizada por la dirección General, Dirección de Atención, Jefatura del Servicio que solicita el estudio y un médico del servicio de Radiología e Imágenes.
4. La indicación-solicitud de estudios especiales (PIV, mamografía, ultrasonidos, tomografía computada, procedimientos especiales) a personal que labora en la institución, debe ser emitida por el médico especialista a cargo de su evaluación y control.

# Requerimientos de atención para pacientes hospitalizados

1. Los pacientes hospitalizados que requieran atención de las salas de medicina- oncología, sala de cirugía, salas de hematología, sala de urología, cuidados intensivos, Unidad de Atención de Agudos, etc.; deben enviar la solicitud del o los estudios (radiología convencional, mamografía, estudios-procedimientos especiales, ultrasonido, tomografía computada, revisiones de estudios) los cuales se entregarán a la recepción de Radiología e Imagen a través del personal de mensajería para su tramitación y pronta atención.
2. Las solicitudes deberán incluir los datos generales del paciente, breve historia y diagnóstico clínico presuntivo, estudio solicitado y médico que lo solicita.
3. Las solicitudes o indicaciones de estudios con carácter de urgencia, el médico a cargo del paciente deberá llamar al Servicio de Radiología e Imágenes y comunicarse con cualquiera de los médicos del servicio durante el horario regular o con el médico de turno para explicar la indicación o necesidad del estudio o procedimiento.
4. En ninguna circunstancia un paciente a quien se le solicite un estudio de urgencia (de acuerdo al punto 3) podrá ser llevado al servicio de Radiología e Imágenes para la realización del mismo, sin previa consulta con los médicos del servicio los cuales darán autorización para su pronta programación y ejecución.
5. La recepcionista llevará un registro de las solicitudes recibidas (radiología convencional, mamografía, estudios fluoroscópicos gastrointestinales-urológicos, ultrasonidos, tomografía computada, procedimientos especiales), y coordinara con los médicos y técnicos la programación expedita de la atención solicitada por las diferentes salas de hospitalización.
6. Los pacientes que requieran preparaciones especiales de acuerdo al tipo de estudio o procedimiento se les indicará en el expediente y entregará en forma escrita las instrucciones a seguir.
7. Será responsabilidad de los médicos tratantes en las salas de hospitalización verificar que la solicitud de estudio no haya sido indicada previamente como paciente ambulatorio o que el resultado del mismo no haya sido incluido en el expediente clínico; de esta forma evitaremos la duplicidad en la asignación de citas y realización-programación de las áreas anatómicas de estudios.
8. El Servicio de Radiología e Imagen se compromete a dar igual calidad de atención a todos los pacientes asegurados y no asegurados registrados en el hospital.
9. Los pacientes hospitalizados que requieran revisiones de estudios realizados fuera de la institución deberán cumplir con los siguientes requisitos:
   1. Llenar solicitud especial por el médico tratante a cargo y entregar a la recepción de radiología e imágenes, esta solicitud deberá incluir los datos completos del paciente, breve historia y diagnóstico clínico presuntivo para su admisión y deberán incluir el número de placas y estudios para su control.
   2. Los estudios entregados para revisión deberán tener una vigencia clínica mínima de tres meses para los estudios especiales y un mes para los estudios de radiología convencional.

# El servicio de radiología se reserva la discrecionalidad a no darle curso a este trámite si no se cumplen con los puntos a-b formulados previamente.

1. Finalizado el estudio, las diferentes facturas de los pacientes hospitalizados asegurados, serán procesadas por el personal administrativo de cada piso (secretarias) y enviadas al Servicio de Radiología e Imágenes el mismo día de realizado el estudio. El manejo administrativo (cargo por estudios) de los pacientes no asegurados será realizado directamente en las diferentes salas de hospitalización.
2. Los resultados de los estudios deberán estar en expediente clínico en un lapso no mayor de 24 horas. Cualquier resultado solicitado con carácter de urgencia, los médicos del servicio de radiología e imágenes elaborarán un reporte preliminar en el expediente para el pronto manejo del paciente o el médico a cargo del paciente acudirá al servicio para analizar en forma conjunta el resultado del estudio solicitado.
3. Los pacientes hospitalizados que requieran estudios que no se realizan en el ION, deberán llenar solicitud la cual deberá estar autorizada por la dirección General, Dirección de Atención, Jefatura del Servicio que solicita el estudio y un médico del servicio de Radiología e Imágenes.

# Requerimientos para las rotaciones de médicos, residentes y técnicos en el servicio de Radiología e Imágenes

**Rotaciones para Médicos especialistas en Radiología e Imágenes**

Carta enviada por un órgano responsable institucional o privado al Jefe de Docencia del ION con copia al Jefe del Servicio de Radiología e Imágenes, indicando y sustentando la rotación para su aprobación.

Carta de aceptación del ION previa consulta con el Jefe del Servicio de Radiología e Imágenes.

Los períodos de rotación serán por un mínimo de 2 meses, los cuales podrán se incrementados dependiendo del caso previa evaluación.

# Rotaciones para Residentes de la especialidad de Radiología e Imágenes

Carta enviada por un órgano responsable institucional o privado al Jefe de Docencia del ION con copia al Jefe del Servicio de Radiología e Imágenes, indicando y sustentando la rotación para su aprobación.

Carta de aceptación del ION previa consulta con el Jefe del Servicio de Radiología e Imágenes.

Los períodos de rotación serán por un mínimo de 2 meses, los cuales podrán se incrementados dependiendo del caso previa evaluación.

# Rotaciones y capacitaciones de Técnicos en Radiología e Imágenes.

Carta enviada por un órgano responsable institucional o privado al Jefe de Docencia del ION con copia al Jefe del Servicio de Radiología e Imágenes, indicando y sustentando la rotación para su aprobación.

Carta de aceptación del ION previa consulta con el Jefe del Servicio de Radiología e Imágenes.

Los períodos de rotación serán por un mínimo de 2 meses, los cuales podrán se incrementados dependiendo del caso previa evaluación.

# Rutinas del Servicio

**Atención de Pacientes Internados/ Exámenes Radiológicos en la Cama**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico | Solicita examen radiológico.  Anota en cama si fuese imposible mover al paciente. |
| Enfermería de la Unidad de Internación | Envía la solicitud de examen radiológico a la Unidad de Imaginología. |
| Secretario | Recibe la solicitud de examen radiológico y verifica el tipo de examen solicitado.  Registrar en el siguiente orden la fecha, numero de cama, hora, nombre del paciente y tipo de examen.  Comunica al técnico el examen que deberá realizar y las condiciones del mismo. |
| Técnico de Rayos X | Se dirige a la cama y procede a efectuar el examen radiológico con un aparato portátil.  Vuelve al servicio de radiología, identifica el chasis, y revela la película, enviándola a los radiólogos. |
| Medico | Verifica el tipo de examen y escribe el informe médico radiológico. |
| Técnico de Rayos X | Envía la radiografía a la Unidad solicitante y el pedido de examen al archivo de historias clínicas debidamente completado al dorso. |
| Secretario | Hace las anotaciones de las películas usadas y cobradas, el nombre del técnico, calcula el valor de las películas que deben cobrarse.  Hace la nota de débito y la envía a Contabilidad con los siguientes datos: valor del examen, valor del chasis, valor de las películas cobradas.  Escribe a maquina el resultado del examen y lo envía a la unidad solicitante. |

**Orientación para la Preparación de Exámenes Contrastados**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico | Solicita examen radiológico. |
| Enfermería | Identifica el tipo de examen y la necesidad de preparación.  Envía la solicitud para el expediente de la Unidad de Imaginología. |
| Secretario | Recibe la solicitud y verifica el tipo de examen solicitado y comunicase con el medico radiólogo. |
| Médico Radiólogo | Analiza el tipo de examen solicitado y orienta a enfermería respecto a su debida preparación.  Devuelve la solicitud al expediente. |
| Secretario | Fija la fecha y el horario en que se efectuara el examen anotando en el cuadro de citas. |
| Enfermería | Prepara al paciente de acuerdo con la orientación del médico. |

**Control de Consumo de la Existencia de Películas de RX**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Técnico de Rayos X | Después de efectuado cada examen, anota al dorso de la solicitud la cantidad y el tipo de películas usado.  Envía la solicitud al secretario de la Unidad. |
| Secretario | Anota en el libro de registro la cantidad y el tipo de películas usadas y que deberán ser cobradas, así como el nombre del técnico.  Suma y transcribe los datos diarios del registro para un mapa de control diario.  Procede a sumar las cantidades de películas utilizadas y cobradas, obteniendo un total por tipo y un total general, al fin de mes. |
| Encargado del Depósito | Proporciona la existencia de películas por tipo, al último día del mes. |
| Secretario del sector | Procede a cotejar, dados los datos de consumo en el mes, la existencia en la Unidad y en el economato. |

**Atención de Pacientes Externos para Realizar Exámenes Radiológicos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico | Solicita el examen radiológico. |
| Paciente | Se dirige a la ventanilla de la Unidad de Imaginología. |
| Secretario del Sector | Verifica si el examen está anotado o si el paciente esta preparado o si es un examen simple sin necesidad de pedir turno o de preparación. |
| Técnico de Rayos X | Llama al paciente en la sala de espera y lo dirige a la sala de exámenes. |
| Asistente de Enfermería | Prepara al paciente de acuerdo con las necesidades del examen. |
| Técnico de Rayos X | Efectúa el examen bajo la supervisión del médico radiólogo. |
| Asistente Técnico | Procesa la revelación de las películas y envía las radiografías efectuadas al radiólogo para verificar si hay o no de realizar otras placas. |
| Radiólogo | Verifica las placas y escribe el informe del medico sobre el examen. Envía las placas y el informe al secretario. |
| Técnico de Rayos X | Libera al paciente y lo dirige hacia la sala de espera.  Anota la cantidad de placas usadas y las que deben cobrarse y su nombre. Envía la solicitud al secretario. |
| Secretario | Recibe las placas y el informe manuscrito del medico. Recibe la solicitud del técnico.  Escribe los siguientes datos en el registro:  Nombre del técnico que hizo el examen Películas usadas. Películas que serán cobradas.  Valor de las películas cobradas.  Total de la resta de películas usadas y cobradas.  Escribe a maquina el informe médico en una hoja con membrete del hospital y lo coloca en su propia carpeta de archivo.  Escribe una nota de débito en tres ejemplares.  Entrega el original de la nota de débito al paciente y lo dirige a la Caja para su pago. |

**Atención de Pacientes Externos para Exámenes Radiológicos Efectuados**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Secretario | Envía el duplicado a Contaduría y el triplicado al Envía el informe al Radiólogo para su firma.  Introduce la película en un sobre apropiado según las medidas, llenado los datos de identificación en depósito del sobre.  Entrega el informe firmado junto con el sobre al paciente contra presentación de la nota de débito con la acreditación del pago. |

**Procedimientos**

**Mantenimiento Diario de la Máquina Procesadora**

Consideraciones Preliminares

Se refiere a la descripción y procedimiento operativo para el mantenimiento diario en la calificación de procesamiento radiográfico.

Objetivo

Mantener el buen funcionamiento de la maquina procediendo a la limpieza principalmente del material químico adherido y a la eliminación del vapor de agua acumulado.

Materiales Cepillo Agua

Lienzos para secar

Orientación

1. Retirar la tapa superior de la maquina procesadora.
2. Abrir la válvula para vaciar el agua.
3. Cerrar la válvula.
4. Conectar la maquina para reponer el agua.
5. Retirar 2 (dos) rejillas menores de la parte superior para eliminar el vapor acumulado.
6. Verificar los cilindros del secador (retirarlos y limpiarlos).
7. Reponer los cilindros secadores.
8. Verificar los cilindros secadores.
9. Verificar el nivel de temperatura del revelador y fijador.
10. Colocar las tapas laterales superior y frontal.
11. Proceder a pasar una película como prueba.

# Realización de Exámenes Radiológicos Simples

Consideraciones Preliminares

Se refiere a la orientación en forma descriptiva de la realización de exámenes radiológicos simples.

Objetivo

Orienta al técnico de RX en la realización de exámenes radiológicos. Material y Equipo

Aparato radiológico simple de tipo universal Chasis montado con película virgen Identificadora

Orientación

1. Verificar el tipo de examen solicitado.
2. Cotejar datos de identificación como: nombre del paciente, registro y examen que deberá efectuarse.
3. Preparar al paciente con vestimenta adecuada (ej.: dental descartable)
4. Medir el espesor del segmento que será radiografiado.
5. Poner al paciente en posición adecuada en relación con el chasis y al rayo central incidente.
6. Efectuar el ajuste técnico entre miliamperaje, kilovoltaje y tiempo.
7. Revelación de la película por proceso manual o automático.
8. Verificación del resultado obtenido en relación con la posición y calificación del tipo radiológico.

# Recarga de Chasis con Película Virgen

Consideraciones Preliminares

Descripción detallada de la actividad, con fines de orientación para recargar chasis con película virgen.

Objetivos

Mantener la película bien colocada en el chasis. Evitar perdidas en el manejo o el procedimiento. Material y Equipo

Película Virgen Chasis

Maquina Procesadora

Orientación

1. Dirigirse a la cámara oscura llevando el chasis con la película tomada.
2. Cerrar con llave la puerta de la cámara oscura. Apagar la luz.
3. Colocar el chasis con la película tomada encima del mostrador.
4. Abrir el chasis.
5. Retirar la película tomada.
6. Colocar la película tomada en la bandeja de la maquina procesadora.
7. Dirigirse al mostrador
8. Abrir la gaveta que contiene películas vírgenes.
9. Tomar una película virgen de la gaveta con el tamaño del chasis.
10. Colocar la película dentro del chasis.
11. Cerrar el chasis.
12. Colocar el chasis con la película virgen en el mostrador a un lado (separada)
13. Esperar la señal de alarma de la maquina procesadora.
14. Abrir la puerta y salir de la cámara oscura.

# Servicio de Anatomía Patológica

**Nombre de la Unidad: Servicio de Anatomía Patológica**

**Definición de la Unidad:** La Unidad de Anatomía Patológica es el órgano responsable de ejecutar exámenes morfológicos de materiales de tejidos o celulares obtenidos a partir de pacientes del I.O.N. vivos, o muertos a los que se ha practicado la autopsia.

**Estructura o posición:** El servicio de Anatomía Patológica depende del Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico y de la Dirección General.

Cualquier solicitud en este sentido deberá ser remitida al Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico para ser autorizada por la Dirección General.

# Atribuciones:

* + Realizar exámenes anatomopatológicos de piezas quirúrgicas y/o biopsia de acuerdo a las reglamentaciones propias del Servicio.

El Servicio de Patología se reservará el beneficiario de aceptar muestras citológicas o de patologías quirúrgicas de pacientes provenientes de otras instalaciones de Salud, públicas o privadas, en base a la capacidad de los recursos humanos (médicos, técnicos y administrativos) de materiales y/o reactivos existentes en el momento de la solicitud y de los reglamentos internos del I.O.N.

* + Estudiar el informar los frotis celulares, líquidos, secreciones y biopsias con aguja fina y demás procedimientos y cirugías realizadas a los pacientes en las instalaciones del I.O.N.
  + Establecer normas para el envío y fijación adecuadas de las muestras que deberán ser sometidas a examen anatomopatológico y/o citológicos.

Efectuar necropsias de pacientes fallecidos en el hospital, previa solicitud del médico tratante y de acuerdo a la normativa del propio Servicio, aceptada por la Dirección de Atención.

* + Efectuar exámenes histopatológicos oncológicos y de evaluación de nivel hormonal, de material recogido de pacientes del hospital.
  + Desarrollar y mantener archivos de los informes de los exámenes efectuados en la Unidad, así como efectuar un registro de los diagnósticos con fines de documentación.
  + Desarrollar y mantener archivos de diagnósticos de los especímenes estudiados, clasificados según las normas internacionales.
  + Mantener documentación fotográfica científica de los casos de interés.
  + Colaborar en la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos específicos en el área.
  + Colaborar con las demás unidades del hospital con sus archivos y registros de sus diagnósticos.
  + Mantener un sistema de evaluación de la labor prestada por los funcionarios del Servicio.
  + Mantener el funcionamiento adecuado de los equipos de la Unidad, solicitando oportunamente las necesarias reparaciones y acciones de mantenimiento preventivo.
  + Participar en las actividades docentes y de educación continua que se organicen en la Institución.
  + Cumplir y hacer cumplir las ordenes del Servicio, de la Dirección de Atención, Dirección General y los reglamentos del Hospital.

**Área Física:** La Unidad se encuentra ubicada el segundo piso del edificio principal del ION, y consta de los siguientes elementos:

Sala de secretaria

Sala del laboratorio de Histología Sala de laboratorio de Citología

Sala de laboratorio de Inmunohistoquímica Sala de diagnóstico citológico

Oficinas de diagnóstico Histopatológico Sala de archivo de informes de patología Sala de archivo de laminillas

Sala de archivo de bloques de parafina Sala de examen de cortes por congelación

Sala de manejo macroscópico de las muestras quirúrgicas e inclusión de las muestras Sala de necropsia (adyacente a la morgue del hospital en el sótano)

Archivo Deposito Baños

**Profesionales que actúan en la Unidad** Jefe del Servicio de Anatomía Patológica Médicos Anatomopatólogos

Asistente de Patología

Coordinador de la Sección de Histología Coordinador de la Sección de Citología Citotecnólogos

Técnicos en Histología

Técnicos en Inmunohistoquímica Técnico de Estadística

Asistente de Histología Asistente de Citología Auxiliar de Histología Auxiliar de Necropsia Secretaria

Mensajero

# Horario de trabajo

El horario de trabajo de los funcionarios del Servicio de Patología será de lunes a viernes de 7:00 AM a 3:00 PM El Jefe del Servicio podrá hacer excepciones a aquellos funcionarios que por necesidades del Servicio, ameriten un cambio en la hora de entrada y salida.

# Perfil del cargo

**Jefe del Servicio de Anatomía Patológica**

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de dirección que consiste en organizar y supervisar las actividades de la Unidad.

# Tareas Típicas:

1. Trazar las directrices de las actividades de la Unidad, con el objetivo de lograr la racionalización y eficacia de los trabajos.
2. Distribuir las tareas de la Unidad de manera armónica entre sus encargados, orientando las operaciones.
3. Supervisar el desempeño de las tareas velando por la evolución normal de las rutinas de trabajo y formulando propuestas de actualización a la Dirección del Hospital.
4. Organizar y supervisar el despacho de la documentación de la Unidad.
5. Convocar y presidir reuniones con su personal.
6. Promover la educación en servicio.
7. Coordinar con el Jefe de Recursos Humanos los permisos, licencias y/o traslados del personal.
8. Reorganizar las funciones del personal del Servicio cuando sea necesario.
9. Evaluar regularmente a sus subordinados inmediatos.
10. Llevar un expediente personal y confidencial del personal médico, técnico y administrativo bajo su cargo.
11. Velar por el cumplimiento del horario de trabajo de los miembros del Servicio.
12. Velar porque se observe la disciplina y el Reglamento interno proponiendo sanciones siempre que hubiese una infracción.
13. Preparar los informes periódicos sobre las actividades de la Unidad.
14. Escoger, dentro de las disposiciones del mercado, materiales y nuevos equipos adecuados para el desempeño de las de las atribuciones de la Unidad y velar por el mantenimiento de los equipos y por el uso de los materiales en general.
15. Supervisar los pedidos de materiales, equipo, reactivos, papelería, material de aseo, etc., que se soliciten en el Servicio.
16. Supervisar y coordinar con las diferentes secciones, el inventario de materiales y reactivos y los gastos mensuales de los mismos.
17. Coordinar con el Director de Docencia, la elaboración y ejecución de programas de rotación para residentes de Patología o de otros Servicios y programas de educación continua para el personal médico, técnico y administrativo.
18. Solicitar y justificar el nombramiento de nuevo personal en el Servicio.

# Condiciones que debe reunir:

* + Diploma del curso de Medicina
  + Residencia en Anatomía Patológica reconocida por el Consejo Técnico de Salud
  + Experiencia y entrenamiento en Anatomía Patológica Oncológica
  + Curso de Administración Hospitalaria (opcional)
  + Tener por los menos 5 años de antigüedad en el ION
  + Estar en la primera categoría del escalafón médico
  + Tener capacidad de organización y liderazgo

**Forma de Contratación**: Indicación del Cuerpo Clínico. Selección o Concurso.

# Médico Anatomopatólogo

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución profesional, que consiste en la realización de análisis macroscópicos y microscópicos de muestras de tejidos o citológicas para llegar a una conclusión diagnóstica.

# Tareas Típicas:

1. Estudiar, describir e incluir las piezas y/o biopsias que son enviadas desde el Salón de Operaciones o desde la consulta externa o de otra área del Instituto Oncológico, de acuerdo al programa mensual establecido para dicho fin; igualmente las muestras que son enviadas desde otras Instituciones siempre y cuando se haya hecho un acuerdo administrativo para tal fin.
2. Responder del manejo y diagnóstico de los estudios transoperatorios realizados en las instalaciones del I.O.N., de acuerdo a la distribución mensual establecida para dicho fin. Se exceptúan aquellos casos en los cuales por la naturaleza de la muestra o del

diagnóstico sospechado no se indica dicho estudio (de acuerdo a lo establecido internacionalmente en la literatura médica).

1. Será responsable del diagnóstico de las muestras quirúrgicas parafinadas y/o citológicas, de acuerdo a la distribución establecida, siempre y cuando se cumplan los requisitos pertinentes al envío de las muestras y a la información clínica apropiada del paciente en cuestión.
2. Revisará las laminillas de los pacientes con diagnósticos histopatológicos de cáncer efectuados fuera de la institución y que son referidas a este centro y confeccionará el informe histopatológico. Estas laminillas deben tener una calidad técnica apropiada y deben ser enviadas con al información clínica y radiográfica pertinentes al caso.
3. Efectuar necropsias de defunción de los pacientes fallecidos en el hospital, cuando se lo soliciten. Los casos de autopsias se harán de acuerdo a un programa de distribución equitativa de las mismas entre los Patólogos de la Institución. Para realizar los estudios necrópticos, debe cumplirse con los requisitos establecidos en el acápite de Autopsias.
4. Previa solicitud de la Dirección de Docencia, el Patólogo encargado hará la presentación del caso de autopsia con la correlación clínica-patológica.
5. Los Patólogos que laboran en el Servicio de Patología del I.O.N. deben colaborar con la jefatura del Servicio para mejorar el funcionamiento del mismo.
6. Será responsabilidad del Patólogo informar o por lo menos dar un informe preliminar de los estudios histopatológicos, durante las 72 horas siguientes, después de haber sido enviada la muestra al Servicio de Patología. Esto estará supeditado a las condiciones de trabajo (en cuanto a personal, equipos e insumos) del laboratorio de Histología.
7. Participar en reuniones científicas del cuerpo clínico del hospital, colaborando, cuando se lo soliciten, con la presentación de casos para establecer una adecuada correlación clínico-patológica.
8. Será responsable de la confección del informe histopatológico o citológico de cada uno de los casos que se le asigne.
9. Participará activamente en la supervisión del mantenimiento de los archivos del Servicio.
10. Documentar fotográficamente los materiales anatomopatológicos macro y microscópicamente que considere de interés académico.
11. Cumplir las ordenes y normas propias del servicio
12. Cumplir con los reglamentos del hospital.

# Condiciones que debe reunir:

Diploma de Médico con idoneidad para ejercer la profesión

Residencia en Anatomía Patológica aprobada por el Consejo Técnico de Salud

**Forma de Contratación**: Indicación del Cuerpo Clínico. Selección o concurso.

# Jefe de Sección

**Naturaleza del cargo**: Trabajo de ejecución profesional que consiste en coordinar las actividades dentro de una Sección del Servicio es responsable del buen funcionamiento técnico y administrativo de la Sección a su cargo. Se entiende que deben contar para ello, con los recursos humanos y materiales pertinentes

# Funciones:

* 1. Realizarán, con el apoyo del personal técnico y administrativo, las estadísticas de producción del área y el inventario de gastos y entradas de materiales y equipo.
  2. Mantendrán comunicación con el Jefe del Servicio sobre el funcionamiento y las necesidades del mismo.
  3. Estarán anuentes a actualizarse en las nuevas técnicas que surjan, para el manejo más eficiente y apropiado a sus laboratorios.
  4. Elaborarán un informe mensual sobre la labor efectuada; incluye la producción, gastos e ingresos de materiales y reactivos.
  5. Distribuirán de forma equitativa y de acuerdo a sus funciones, el trabajo entre los componentes de la sección.
  6. Están encargados de supervisar la ejecución correcta del trabajo en su sección.
  7. Informarán al Jefe del Servicio de ausencias del personal a su cargo o de cualquiera irregularidad que ocurra en su área.
  8. Deben velar por el adecuado manejo y mantenimiento de los equipos de su sección.
  9. Estarán en capacidad de adiestrar al personal técnico, asistente o auxiliar que ingrese al área de histología o de citología del Servicio.
  10. Hará la lista de las necesidades del laboratorio con la anticipación necesaria previendo la demora de tipo burocrático que tienen las compras de reactivos, materiales y equipos del laboratorio.
  11. Controlará la entrega del trabajo diario, para evitar retrasos e informará a la jefatura sobre cualquier problema al respecto.

# Técnico en Histología

**Naturaleza del trabajo:** Trabajo de ejecución técnica que consiste en la confección de preparados histológicos, en el mantenimiento del archivo de laminas y bloques y en el control de los materiales de laboratorio en el Servicio.

# Tareas Típicas:

1. Recibir los especímenes del Salón de Operaciones, Policlínicas, Centros de Salud, etc., revisándolos cuidadosamente, verificando que coincidan los datos en el formulario con los del envase. Asignarles un número que indica el libro de registro de biopsias, rotular con ese número tanto el envase como el formulario correspondiente. Esta función puede ser delegada al asistente de Histología.
2. Supervisar el procesamiento de las muestras (fijación, deshidratación, aclaramiento e infiltración en parafina de los tejidos), preparándolos para su posterior corte al micrótomo. Para esto se utiliza un aparato automatizado el cual debe ser programado por el Histotecnólogo para su buen funcionamiento.
3. Confeccionar con los tejidos procesados un bloque de parafina con su identificación, cotejándolos con el formulario correspondiente.
4. Cortar los tejidos incluidos en los bloques de parafina y montar en láminas de vidrio (portaobjetos).
5. Efectuar la tinción de Hematoxilina y eosina a todos los cortes obtenidos.
6. Limpiar y colocar el cubreobjeto y la etiqueta a todos los portaobjetos con los cortes obtenidos.
7. Compaginar todas las laminillas contra la solicitud, comparando el número de fragmentos y el tipo de tejido para evitar errores al diagnosticar.
8. Histoquímica: Realizar una amplia gama (aproximadamente 50) de tinciones especiales en los casos que el Patólogo lo solicite.
9. Asistir al Patólogo en los estudios transoperatorios.
10. Vigilar el mantenimiento y control de temperatura de aparatos de alta precisión en el Laboratorio, como platos calientes, hornos, flotadores de tejidos, procesadores, criostato, etc.
11. Manejo de materiales y reactivos que se utilizan en la rutina de un laboratorio de Patología.
12. Confeccionar los pedidos de materiales y reactivos que se utilizan en el laboratorio.
13. Participar en la preparación de las estadísticas diarias y mensuales del laboratorio.
14. Llevar un control de calidad diario, lo que incluye la revisión periódica de grado de efectividad de los tintes y soluciones tanto en a tinción de rutina, como en las tinciones especiales.
15. Preparar las soluciones y reactivos utilizados en el laboratorio.
16. Confeccionar cuadros de trabajo.
17. Impartir docencia al personal en adiestramiento en Histología.
18. Participar en el desarrollo y evaluación de nuevos procedimientos de laboratorio.
19. Conocer las funciones del jefe técnico de sección y poder reemplazarlo en su ausencia.
20. Mantener el archivo de laminillas y de bloques de todos los casos estudiados, en orden secuencial.
21. Mantener las baterías de coloración rutinaria en óptimas condiciones.
22. Implantar técnicas histológicas, cuando sea necesario, tales como técnicas de coloración especial, histoquímica, inmunopatología, ultraestructura, entre otras.
23. Controlar la existencia de materiales de uso de laboratorio.
24. Cumplir con las normas y procedimiento administrativos, así como los reglamentos y medidas de seguridad de un laboratorio de Patología.
25. Cumplir las órdenes de servicio y reglamento del Hospital.
26. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Debe tener el título de Histotecnólogo reconocido por el Consejo Técnico de Salud.

**Forma de Contratación:** Prueba o Concurso de selección.

# Asistente de Histología

**Naturaleza del cargo:** Trabajo de ejecución profesional que consiste en realizar diversas actividades de asistencia técnica.

# Sus funciones son:

1. Recibir especimenes del Salón de Operaciones, Policlínicas, Centro de Salud, etc. revisándolos cuidadosamente, verificando que coincida con los datos en el formulario con los del rótulo del frasco. Asignándoles un número de biopsia y rotulando los especimenes con su correspondiente número.
2. Tomar el dictado de la descripción macroscópica que el Patólogo dictará.
3. Rotular, con un lápiz de punta diamante, las laminillas que ha confeccionado el Histotecnólogo. Desparafinarlas en un horno.
4. Archivo de laminillas y de bloques de todos los casos estudiados, en orden secuencial.
5. Mantenimiento, orden y limpieza del área de corte de especimenes.
6. Cumplir con las normas y procedimientos administrativos, así como con los reglamentos y medidas de seguridad de un laboratorio de patología.
7. Todas aquellas funciones afines a su posición que le asigne el jefe del laboratorio de patología.

# Condiciones que debe reunir:

Debe poseer bachillerato en Ciencias o su equivalente, más un entrenamiento teórico- práctico de 6 meses de duración en el área de Histología, efectuado en una Institución de Salud nacional o extranjera, reconocida por el Ministerio de Salud.

**Forma de Contratación**: Prueba o Selección

# Auxiliar de Histología

**Naturaleza del cargo:** Trabajo de ejecución manual que consiste en realizar diversas actividades de asistencia técnica.

# Funciones:

1. Limpieza detallada del área de tinción de rutina de los cortes histológicos.
2. Limpieza de la cristalería.
3. Limpieza de los porta objeto y cubre objetos.
4. Limpieza de las toallitas que se usan en las actividades propias del laboratorio de Histología.
5. Preparar la formalina al 10% que se utilizan en el cuarto de cortes quirúrgicos y del Salón de Operaciones.
6. Buscar los bloques para recortes o tinciones especiales.
7. Buscar laminillas ya archivadas que van a volver a utilizarse.
8. Colocar las etiquetas correspondientes a cada laminilla con cortes histológicos y entregar a los patólogos.
9. Recibir las muestras de los Centros de Salud, Consulta Externa y del Salón de Operaciones (opcional, previo entrenamiento).
10. Llenar los galones de Xilol y de Formaldehído.
11. Llevar el pedido a farmacia.
12. Buscar expediente al Servicio de Archivos, cuando se le solicite, lo mismo que cualquiera otra mensajería.
13. Reemplazar en algunas de sus funciones, al asistente de Histología cuando este último esté de vacaciones.
14. Otras funciones sencillas dentro de las necesidades del Servicio de Patología, tales como:
15. Buscar hielo para enfriar los bloques de parafina.
16. Limpiar las áreas de trabajo y otras.
17. Dar un número a cada envase que viene del Salón de Operaciones de acuerdo al número que le corresponda en el libro de registro.
18. Entregar a los Patólogos las bandejas con las laminillas y las hojas de los informes correspondientes a cada caso.
19. Otras funciones afines a su cargo.

# Condiciones que debe reunir:

Debe tener un diploma de Primer Ciclo de escuela secundaria y un entrenamiento de por lo menos un mes en el área de Patología.

**Forma de Contratación**: Selección

# Asistente del Patólogo

**Naturaleza del cargo:** Trabajo de ejecución profesional que consiste en realizar diversas actividades de asistencia técnica.

# Funciones:

1. Asistir diariamente a los Patólogos en el área de los cortes quirúrgicos.
2. Verificar que todas las muestras que vienen del Salón de Operaciones tengan la cantidad apropiada de formaldehído. Si está muy contaminado con sangre el formaldehído debe cambiarlo.
3. Las piezas de mastectomía debe pintarles los bordes quirúrgicos posteriores con tinta china.
4. Las piezas grandes debe manejarlas de acuerdo al entrenamiento recibido para tal efecto, antes de colocarlas en el fijador.
5. Debe poner a lavar las piezas quirúrgicas grandes, antes de que el patólogo las trabaje para incluirlas y si hay varias, éstas deben estar perfectamente identificadas para evitar confusiones de muestras.
6. Limpieza de la sala de cortes quirúrgicos.
7. Archiva las piezas quirúrgicas.
8. Es responsable de mantener limpios y en buenas condiciones los instrumentos utilizados para incluir.
9. Asiste al Patólogo en el trabajo de las piezas de amputación de miembros.
10. Hacer las funciones de mensajería del Servicio de Patología.

# Condiciones que debe reunir:

Debe tener un diploma de Bachiller en Ciencias y un entrenamiento dentro de un laboratorio de Histología de por lo menos seis meses en un Hospital reconocido.

**Forma de Contratación:** Prueba o concurso de selección.

# Citotecnólogo

**Naturaleza del Cargo:** Trabajo de ejecución que consiste en el procesamiento por el laboratorio de preparados de citología y en sus lectura inicial (control citológico).

# Tareas Típicas:

1. Actividades
   1. Asistenciales o técnicas
      1. Contribuye en los programas de control de cáncer mediante la detección precoz del cáncer cervical a fin de disminuir las tasas de mortalidad por esta causa.
      2. Contribuye a la satisfacción de la demanda de salud en Citología ginecológica y no ginecológica, mediante la prestación de servicios citodiagnósticos.
   2. Administrativas
      1. Participa en la implantación, adecuación y en la evaluación de los diversos procesos del Laboratorio.
      2. Participa en la planificación de los recursos humanos y físicos del Laboratorio.
      3. Identifica y registra los datos estadísticos necesarios para la adecuada monitorización y evaluación a las actividades de los programas de prevención y control del cáncer de cuello uterino.
   3. Docentes
      1. Participa en los programas de educación continuada.
      2. Participa en los programas de educación a la comunidad en los campos de prevención y control del cáncer.
      3. Participa en los programas de adiestramiento de Citotecnólogos.
   4. Actividades investigativas
      1. Colabora en investigaciones específicas de su campo.
      2. Participa en programas de investigación aplicada, orientados por los sistemas de salud del país.
2. Funciones
   1. Identifica y discrimina en un frotis los componentes celulares normales, la flora normal o patológica y los componentes inflamatorios, degenerativos, regenerativos, preneoplásicos, neoplásicos o de otra naturaleza que existan en el material.
   2. Selecciona y marca adecuadamente en el frotis las células más representativas del proceso patológico existente.
   3. Lleva a cabo su trabajo de acuerdo con los criterios internacionales de lectura de 50 laminillas en 8 horas de trabajo diario.
   4. Emite un informe con su juicio diagnóstico de normal, sospechoso o positivo (de acuerdo con la clasificación recomendada internacionalmente por la O.M.S.).
   5. Asiste a los cirujanos en los siguientes procedimientos:
      1. Broncoscopias
      2. Aspiraciones con aguja fina
      3. Cualquier otro procedimiento que requiera su presencia a fin de garantizar un adecuado manejo de la muestra.
   6. Realiza estudios Citológicos transoperatorios a solicitud de los Patólogos.
   7. Registra, clasifica y archiva el material procesado, contemplando los siguientes parámetros:
      1. Registro cronológico diario
      2. Registro alfabético cruzado
      3. Registro de diagnósticos (displasia y carcinomas).
   8. Participa en la puesta en marcha, desarrollo y evaluación de nuevos proyectos en el laboratorio.
   9. Elabora las estadísticas y registros necesarios para la evaluación de las actividades de prevención y control del cáncer del cuello uterino.
   10. Resuelve los problemas que se originen en las diferentes etapas de procesamiento de las muestras.
   11. Cumple con las normas y procedimientos administrativos así como los reglamentos y medidas de seguridad de un laboratorio.
   12. Cumple con los principios de ética y responsabilidad en su campo técnico.
   13. Supervisar el trabajo de la secretaria de Citología.
3. Funciones Eventuales:
   1. Recibe muestras para procesamiento y diagnóstico y rechaza aquellas que no llenan los requisitos necesarios.
   2. Verifica el registro de las muestras y las marca apropiadamente.
   3. Tiñe las muestras con la coloración de Papanicolaou.
   4. Ejecuta la preparación y la tinción más adecuada para los especimenes no ginecológicos.
   5. Realiza actividades docentes al personal en adiestramiento en citotecnología.
   6. Prepara soluciones y reactivos necesarios para la coloración de Papanicolaou y se encarga de su adecuada rotulación y almacenamiento.
   7. Realiza el cuidado y mantenimiento esencial de equipo e instrumental necesario para el cumplimiento de las actividades.
   8. Desempeña tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* Certificado de curso especificado de cito tecnología.
* Certificado de idoneidad expedido por el Consejo Técnico de Salud

**Forma de Contratación**: Prueba o concurso de selección.

# Asistente de Citología

**Naturaleza del Cargo:** Trabajo de ejecución técnica que consiste en la realización de diversas actividades de asistencia profesional.

# Funciones

1. Recibir las muestras de laminillas cérvico-vaginales provenientes del I.O.N.
2. Recibir las muestras de fluidos provenientes de la Consulta Externa, Salas y Salón de Operaciones del I.O.N.
3. Recibir los frotis cérvico-vaginales provenientes de los Centros de Salud con los cuales ya se ha establecido acuerdo con el Ministerio de Salud.
4. Verificar que los nombres de las muestras recibidas coincidan con el nombre que viene en la solicitud de estudio. Además, comprobar que los datos clínicos del paciente pertinentes al caso estén escritos en dicha solicitud.
5. Dar a cada laminilla el número que le corresponde en el orden establecido.
6. Dar a cada hoja de solicitud de examen el mismo número que a la laminilla.
7. Llevar un registro (libro record) donde se anota el número, nombre, origen de la muestra, procedencia de los fluidos, nombre del médico que envía el estudio, fecha de obtención de la muestra y cédula del paciente.
8. Centrifugar los fluidos, lo cual se hará dependiendo de su densidad, en el citospín ó en la centrifuga clásica.
9. Hacer de 6 a 10 extendidos de cada muestra (dependiendo del tipo de muestra de la que se trate). Se efectúa una fijación inmediata con citospray ó alcohol al 95%.
10. Teñir con la técnica de rutina (tinción de Papanicolaou) todos los frotis cérvico- vaginales. Se exceptúan de esto, los frotis cuya naturaleza del diagnóstico ameriten otros tipos de tinciones.
11. Dejar una laminilla fijada pero sin teñir, de cada una de las muestras de fluidos recibidos, por la eventualidad de que se necesite otro tipo de tinción.
12. Colocar los cubre objetos, con el medio de montaje especial a cada laminilla.
13. Distribuir diariamente y al azar, de forma equitativa, las laminillas trabajadas a los Citotecnólogos. Las muestras provenientes del I.O.N. tienen preferencia en la distribución del trabajo.
14. Archivar, de forma secuencial, todas las laminillas una vez sean diagnosticadas.
15. Buscar las laminillas solicitadas por los Patólogos o Citotecnólogos, en los archivos.
16. Preparar los reactivos para la tinción de Papanicolaou una vez por semana.
17. Limpiar semanalmente los recipientes que se utilizan en la preparación y tinción de las muestras.
18. Asistir a los médicos en los procedimientos de punciones con aguja fina o de fluidos cuando así lo soliciten.

# Condiciones que debe reunir:

Debe tener un diploma de Primer Ciclo de escuela secundaria y un entrenamiento de por lo menos un mes en el área de Patología.

**Forma de Contratación:** Selección

# Auxiliar de Necropsia

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución técnica que consiste en ayudar al Patólogo en la ejecución de la necropsia de pacientes fallecidos en el hospital, o bien con los materiales obtenidos al efectuar la autopsia.

**Tareas Típicas:** Asistir al Patólogo durante las autopsias en las siguientes actividades:

1. Identificar los cuerpos que deberán ser sujetos a autopsia, preparándolos para ello.
2. Transportar el cadáver de la morque a la mesa de autopsia.
3. Extracción del bloque visceral tóraco-abdominal.
4. Abertura de la cavidad craneana.
5. Asistir al médico patólogo en la realización de la autopsia.
6. Preparar los envases en donde deben colocarse las muestras de tejido que se van a fijar.
7. Identificar correctamente cada envase de las muestras que se dejan fijando.
8. Asistir a los Patólogos en el estudio macroscópico de las vísceras.
9. Recomponer adecuadamente el cuerpo después de la autopsia.
10. Limpiar y suturar al cadáver.
11. Limpiar la sala de autopsias.
12. Limpiar el instrumental utilizado.
13. Retornar el cadáver a la morgue.
14. Mantener en buenas condiciones los materiales y utensilios necesarios para efectuar la autopsia.
15. Cumplir órdenes de servicio y reglamentos del Hospital.
16. Desempeñar tareas afines.

**Condiciones que debe reunir:** En caso de inexistencia de curso especifico debe tener Certificado de terminación de estudios primarios.

**Forma de Contratación:** Selección.

# Secretaria

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución que consiste en dactilografiar documentos, mantener los archivos, informes y documentación fotográfica y proporcionar informes al personal hospitalario autorizado para tal efecto.

# Tareas Típicas:

1. Preparar la documentación diaria de la unidad, con inclusión de la correspondencia.
2. Registrar la entrada de los materiales para ser examinados:
   1. Recibir las solicitudes de Revisión de Laminillas de los pacientes que vienen referidos de otros hospitales. Eso implica lo siguiente:
      1. Verificar que todos los datos del paciente estén presentes en la hoja de solicitud.
      2. Verificar que el Número de caso de la hoja de Patología que viene de afuera, en el expediente, sea el mismo número que traen las laminillas y/o los bloques de parafina.
      3. Verificar si el paciente ha tenido una revisión previa reciente.
      4. Luego de estas verificaciones procedemos a darle un número de entrada.
      5. Ingresar al Sistema los datos clínicos pertinentes de cada caso.
   2. Dar entrada a los casos quirúrgicos del día que vienen del Salón de Operaciones y de la Consulta Externa. Básicamente implica los mismos pasos supra descritos, para cada caso.
   3. Dar entrada a los estudios de Citología que vienen de la Consulta Externa, de las Salas de nuestra Institución y de los Centros de Salud periféricos de acuerdo a lo arriba mencionado.
   4. Transcribir diariamente a la computadora las descripciones macroscópicas que realizan los patólogos al incluir las piezas quirúrgicas que vienen del Salón de Operaciones y de la Consulta Externa; digitar la descripción microscópica y diagnósticos.
   5. Tomar dictado de la descripción macroscópica de los estudios trans-operatorios y hacer el informe microscópico inmediato.
   6. Desglosar los resultados tanto de Citología como de Histología y mandarlos a sus respectivos expedientes (Archivos Clínicos, Salas o Centros de Salud).
   7. Archivar los borradores y la copia de los informes tanto de Citología como de Histología.
   8. Mantener un tarjetario de los pacientes con Estudios Citológicos.
   9. Mantener al día los archivos de los informes histopatológicos y de los otros documentos que se manejan en el Servicio.
   10. Controlar y pedir los materiales de uso en su área.
   11. Digitar otros documentos propios del funcionamiento del Servicio.
   12. Controlar y pedir los materiales de uso en su área.
   13. Cumplir las órdenes de servicio y reglamentos del Hospital.
   14. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

* Certificado de terminación de estudios secundarios.
* Curso de dactilografía.
* Conocimiento de programas utilitarios de procesamiento de datos y palabras.

**Forma de Contratación**: Prueba o concurso de selección.

# Mensajero

**Naturaleza del Trabajo y Tareas Típicas:** Trabajos de ejecución de nivel básico que consiste en el transporte de material desde las diversas unidades o del centro quirúrgico, a Anatomía Patológica, para ser examinado y entrega de los informes de los exámenes a las áreas de origen. Además, deberá efectuar otras tareas afines al Servicio.

# Condiciones que debe reunir:

Certificado de terminación de estudios primarios.

**Forma de Contratación**: Selección.

# Normas de manejo de las muestras enviadas para estudio histopatológico Desde el Salón de Operaciones o Consultorios

1. Las muestras serán recibidas los días laborables en un horario de 7:00 AM hasta las 2:30 PM
2. En el caso de que las cirugías no hayan terminado antes de las 2:30 PM, el Salón de Operaciones deberá notificar al Servicio de Patología para que se den las indicaciones pertinentes al personal del Salón de Operaciones para la fijación correcta de la pieza quirúrgica en cuestión. En estos casos el Servicio se compromete a recibirlas hasta las 3:00 PM
3. Si la cirugía termina después de las 3:00 PM, el espécimen debe ser enviado a nuestro Servicio antes de las 8:00 AM del día siguiente, laborable, para que puedan realizarse todos los pasos que se ameriten e incluirse la pieza ese mismo día, si así lo permite el estado de fijación de la muestra.
4. Las muestras deben venir en un fijador (formaldehído al 10%). Internacionalmente se recomienda que el volumen del fijador debe ser hasta 10 veces mayor que el volumen

del espécimen que viene en el recipiente. Se exceptúan de esto algunas muestras que deben venir sin fijador (en fresco), por los siguientes motivos:

* 1. Los especimenes de gran tamaño (ej. Mamas, amputaciones, bazo, etc.), los cuales deben enviarse **tan pronto son extraídos** del paciente. Los mismos se manejan de manera especial para garantizar su fijación adecuada.
  2. Las muestras que son enviadas para estudio transoperatorio, las cuales deben venir en fresco.
  3. Los ganglios linfáticos en los cuales se sospecha una enfermedad hematológica o con diagnóstico por determinar. En este caso debe enviarse la muestra en **forma inmediata**, a estos ganglios se les hacen improntas.
  4. Cualquier otro espécimen que por la naturaleza del estudio que se le va a efectuar así lo amerite.

1. Cada recipiente con muestra quirúrgica que se envía a nuestro Servicio, para su estudio, debe venir correctamente identificado con el nombre del paciente; el nombre del médico que efectúa el procedimiento quirúrgico y el origen de la muestra. La identificación no debe colocarse en la tapa del recipiente. No se aceptará ningún recipiente que tenga una identificación inadecuada.
2. Con cada recipiente debe venir una hoja de solicitud de estudio histopatológico con la siguiente información:
   1. Nombre completo del paciente
   2. Edad
   3. Sexo
   4. Número de cédula
   5. Número de seguro social
   6. Historia clínica pertinente
   7. Diagnóstico clínico
   8. Origen de la muestra
   9. Sala y número de cama
   10. Fecha en que se realizó el procedimiento quirúrgico o toma de la muestra
3. Nombre y firma del médico solicitante.
4. Solamente podrán firmar estas solicitudes de estudio, los médicos funcionarios que laboran en nuestra Institución, debido a que esta información debe ser codificada en la computadora.
5. Las muestras oncológicas, en las cuales se amerite determinar los márgenes quirúrgicos, deben venir **claramente orientadas** por el médico que las envía.
6. Si la muestra que se envía a estudio, pertenece a un paciente con alguna enfermedad infecto-contagiosa de alto riesgo (ej. Hepatitis, sida, etc.), el recipiente y la hoja de solicitud deben tener un rótulo con letras grandes y **muy visibles** que anuncie el riesgo. Estas muestras se manejarán de acuerdo a las normas establecidas para estos casos.
7. Las muestras que vienen del Salón de Operaciones o de la Consulta Externa del I.O.N. se quedarán fijando, y se incluirán al día siguiente.
8. Se exceptúa de esto:
9. Los casos que lleguen el viernes en la tarde, los cuales se incluirán el lunes.
10. Las piezas muy grandes o que por su naturaleza ameriten un período más largo de fijación. Se dejarán en formaldehído por el tiempo que se amerite.
11. Las biopsias pequeñas de pacientes que necesiten un diagnóstico urgente. Estos casos se incluirán tan pronto lleguen al Servicio, previa solicitud del médico interesado.
12. El Servicio de Patología proveerá el fijador tisular (formaldehído al 10%) a la Consulta Externa, las Salas de hospitalización y al Salón de Operaciones del I.O.N.
13. Las muestras que no cumplan con los requisitos previamente indicados serán devueltas al área de donde provienen para que se corrijan los mismos. Las fallas al proveer esta información pueden resultar en el atraso del informe o en un diagnóstico erróneo, inadecuado o incompleto.

# Manejo Preliminar de las Muestras Quirúrgicas

1. A cada hoja de solicitud de estudio histopatológico y a su respectivo recipiente con la muestra, se les da un mismo # secuencial de entrada que los identifica, de acuerdo a un orden numérico establecido en el Servicio.
2. Se anotarán los datos de cada paciente, en un libro, con el mismo # de la hoja de solicitud y del recipiente del espécimen.
3. La persona encargada de recibir las muestras se responsabilizará del recibo de las mismas firmando la hoja de solicitud, después de corroborar los detalles ya descritos y anotará además el # de recipientes por cada paciente, la fecha y la hora de llegada de la muestra.
4. Estas muestras serán recibidas por el Auxiliar de Histología y en su ausencia lo hará la persona que designe el Coordinador del Laboratorio de Histología.
5. Los tejidos serán incluidos por el Patólogo de turno, quien dictará la descripción macroscópica de la muestra, anotará el # de fragmentos que incluye y si remite o no todo el material enviado para estudio. También es responsable de verificar si el nombre y el tipo de muestra coinciden con la información de la hoja de la solicitud de estudio y se cerciorará de que cada una de las cápsulas que lleven fragmentos de tejido estén correctamente rotuladas.
6. Las muestras que tengan tejido óseo tendrán que colocarse en una solución descalcificadora por un tiempo proporcional al volumen y a la densidad ósea del fragmento que se coloca en el descalcificador. Si es necesario se hará recambio del líquido descalcificador. Cada vez que se revisa el espécimen para determinar si ya está descalcificado y apto para incluirse debe anotarse en la hoja la fecha de la revisión.

# Manejo de los Estudios Transoperatorios Consideraciones Preliminares

Es el procedimiento en el cual el médico anatomopatólogo efectúa el examen morfológico macroscópico y microscópico extemporáneo, obteniendo preparados biológicos de confección rápida a fin de suministrar informaciones necesarias durante la vigencia de un acto quirúrgico.

# Objetivos

El examen durante un acto quirúrgico tiene por objeto: Identificar la naturaleza histológica de tumores.

Investigar la existencia de neoplasia en niveles de drenaje ganglionar linfático. Estudio de los márgenes de resección quirúrgica de una pieza.

Determinar el estado de viabilidad de órganos o tejidos para un estudio histológico parafinado posterior.

Verificar la existencia de estructuras anatómicas, microscópicamente demostrables en la pared del tubo digestivo. Dichas determinaciones apuntan fundamentalmente a permitir el adecuado planeamiento del acto quirúrgico durante su realización

# Procedimiento:

* 1. Habrá un Patólogo responsable de efectuar dichos estudios de acuerdo a un orden establecido previamente (Patólogo de turno).
  2. Se recomienda a los cirujanos que van a solicitar dichos estudios, informar al Servicio de Patología con antelación de 24 horas por lo menos, sobre el tipo de tejido que van a enviar y su diagnóstico clínico.
  3. El estudio transoperatorio se hará solamente a los pacientes en quienes esté indicado efectuar dicho estudio, de acuerdo a lo establecido en los objetivos.

1. Las muestras deben llegar al Servicio de Patología sin fijador.
2. El número de fragmentos que se estudiarán por congelación, en las piezas quirúrgicas, quedará a criterio del Patólogo, dependiendo del interés específico del médico que solicita el estudio y del tipo de muestra.
3. No se hará estudio transoperatorio de las muestras constituidas por tejido adiposo solamente, debido a que la temperatura a la que se congela el tejido adiposo es muy baja y los otros tipos de tejidos se rompen al someterlos a dicha temperatura. Tampoco se le harán a los tejidos que estén calcificados o estén constituidos por tejido óseo.
4. No se harán estudios por congelación para diagnosticar muestras en donde se sospecha la posibilidad de origen hematológico, ya que una vez congelada la muestra, ésta ya no puede ser utilizada para un diagnóstico de certeza con parafina.
5. El diagnóstico se hará en el menor tiempo posible, desde el momento en que llegue la muestra al laboratorio. Éste dependerá del número de muestras que se tengan que cortar, congelar, teñir y diagnosticar.
6. El informe se hará inicialmente de forma directa a través del intercomunicador y lo hará el Patólogo responsable del caso al cirujano que envía la muestra, luego procederá a realizar un informe escrito.
7. El Patólogo se reservará el beneficiario a diferir el diagnóstico del estudio transoperatorio en caso de cualquiera duda en el diagnóstico o inconveniente(s) en el procesamiento de la muestra, que le impida llegar a un diagnóstico de certeza.
8. Los cortes de tejidos congelados y el remanente (en caso de que no se haya congelado todo el tejido), se procesarán y se estudiarán por cortes parafinados, dándose un informe definitivo del caso. Si el tejido remanente es muy abundante, el número de fragmentos que se procesarán quedan a criterio del Patólogo responsable del caso, basándose en el tipo de muestra y el diagnóstico hecho durante el corte por congelación.
9. Todas las muestras del paciente, a quien se le efectuó el estudio transoperatorio, serán trabajadas y diagnosticadas por el patólogo que efectuó el estudio por congelación. Si por caso fortuito o fuerza mayor éste no pudiera efectuarlo, el Jefe del Servicio designará a otro funcionario para que ejecute esta actividad.
10. Los especimenes quirúrgicos deben enviarse tal cual son extraídos del paciente. El cirujano no debe efectuarles cortes a los tejidos una vez son extraídos del paciente, porque esto es motivo de confusión al momento de evaluar los márgenes quirúrgicos.

# Manejo de Muestras Especiales

1. **Estudio de ganglios linfáticos con diagnóstico desconocido o de pacientes en los cuales se sospecha una enfermedad de origen hematológico.**
   1. Deben enviarse al Patólogo en fresco, inmediatamente sean extraídos del paciente.
   2. El patólogo hará improntas para tinción de rutina y para Wright y Giemsa.
   3. Las improntas para la tinción de rutina se fijarán inmediatamente en alcohol al 95%, las laminillas que se teñirán con la tinción de Wright y de Giemsa se dejarán secar al medio ambiente.
   4. Estas tinciones se entregarán inmediatamente al patólogo para su evaluación o si el Patólogo lo indica pueden entregarse junto con los cortes histológicos.

# Estudio de Médula Ósea:

* 1. La muestra de médula ósea pasará directamente al laboratorio de Histología, una vez se le haya dado una numeración.
  2. Se colocará en descalcificador por 2 a 3 horas.
  3. Se incluirá ese mismo día en el procesador de tejidos. Posteriormente se trabajarán de acuerdo a la rutina.

1. **Estudio de ganglio centinela:** Ver Protocolo de ganglio centinela

# Muestras Para Estudios Citológicos

**Consideraciones preliminares: Recibimos** básicamente tres tipos de muestras: Citología exfoliativa

Fluidos

Biopsias aspirativas

# Exfoliativa:

* 1. Las laminillas que se envían para estudio deben estar íntegras y acompañadas de la hoja de solicitud de estudio citológico
  2. Cada laminilla debe venir rotulada del centro de origen, con las iniciales del nombre completo del paciente y /o el # de cédula.
  3. Todas las muestras que vienen de los Centros de Salud deben venir adecuadamente fijadas.
  4. Las muestras que se toman dentro de la Institución podrán ser asistidas (en el momento mismo de la toma) por el personal del área de Citología y ellos se responsabilizarán de la fijación de la misma.
  5. La solicitud de asistencia a la toma de la muestra al personal de Citología deberá hacerse **antes** de iniciar la misma. El Servicio de Patología no se responsabilizará de la fijación de la misma si al llegar al área, la muestra ya ha sido tomada.
  6. La solicitud debe hacerse en la hoja establecida para esta función. No se recibirán las muestras que vengan con una hoja de solicitud inadecuada o con la información incompleta o incorrecta.
  7. A cada muestra se le asignará un número, según la secuencia del libro de control interno, rotulando la laminilla con lápiz marcador de vidrio y la hoja de solicitud con lápiz o bolígrafo.

1. **Aspirativas y fluidos:** estas muestras pueden ser enviadas según tres diferentes modalidades:
   1. Laminillas ya fijadas
   2. Laminillas secas al aire
   3. Líquidos (fluidos)

# Procedimiento:

* + 1. Para estas muestras se deben cumplir los requisitos descritos para las muestras de citología exfoliativa.
    2. Para las muestras tipo 2.1 y 2.2 se debe especificar claramente cuales laminillas han sido fijadas o secadas al aire y cuales con el fijado.
    3. Las laminillas fijadas se teñirán con el método de Papanicolaou.
    4. Las laminillas secadas al aire se teñirán con alguna de las tinciones hematológicas disponibles (Diff-Kwiff, Quick –Diff, etc)
    5. Los especimenes que correspondan a material líquido (fluidos) serán preservados mediante la adición de un preservativo celular (citospin collection fluid o el que este disponible en el momento).
    6. Estas muestras se centrifugarán y se harán seis extendidos celulares con el sedimento, los cuales serán fijados y luego teñidos con tinción de Papanicolaou.
    7. El sobrante del material se guardará para poder ser utilizado en caso de necesitarse estudios.
    8. Los fluidos de baja densidad celular se centrifugarán en la citocentrífuga (ej. generalmente el líquido cefalorraquídeo y la orina); el resto de los fluidos que suelen tener mayor densidad celular se procesarán en la centrífuga convencional
    9. Para líquido cefalorraquídeo se teñirá una laminilla con Papanicolaou y otra con alguna tinción hematológica.
    10. Los demás líquidos y fluidos se teñirán con Papanicolaou a menos que se solicite otra tinción.
    11. El material sobrante se guardará para ser utilizado en caso de estudios adicionales

# Revisión de Laminillas

1. Si un médico del I.O.N. desea que se revisen las laminillas de las muestras de los pacientes no diagnosticados en este Hospital, debe cumplir con los siguientes requisitos:
2. Solicitar las laminillas al centro de referencia del paciente, si es posible, solicitar los bloques de parafina. Los bloques de parafina deben acompañarse de su respectiva laminilla.
3. Llenar una hoja de solicitud de revisión de laminillas con los siguientes datos:
   1. Nombre completo del paciente.
   2. Edad.
   3. Cédula.
   4. Resumen de la historia clínica.
   5. Estudios previos efectuados (número y diagnóstico).
   6. Rótulo(s) de la(s) laminilla(s) que se envía(n) a revisar.
   7. Número de bloques que acompañan a las laminillas.
   8. Origen de la muestra.
   9. Número total de laminillas.
   10. Descripción macroscópica o la copia del informe histopatológico.
   11. Diagnóstico histológico previo.
   12. Fecha de la solicitud.
   13. Diagnóstico clínico.
   14. Nombre y firma del médico que solicita la revisión.
4. Las revisiones se repartirán a los Patólogos del Servicio de forma equitativa y al azar.
5. El patólogo deberá informar el caso dentro de las 48 horas laborables después de que él reciba la solicitud y las laminillas. Se exceptuará de esto:
   1. Los casos que presenten alguna dificultad diagnóstica por la naturaleza de la patología o por problemas técnicos con la laminilla.
   2. Los casos que ameriten correlación clínica y/o radiológica y no haya (n) podido llevarse a cabo la (s) mismas (s).
   3. Los casos que necesiten recortes de los bloques de parafina
   4. Los casos que ameriten estudios de inmunohistoquímica.

# Autopsias

El Servicio de Patología efectuará necropsias solamente a pacientes fallecidos en el hospital, previa solicitud del médico tratante. Para este efecto deben cumplirse algunos requisitos como son:

1. Enviar la historia clínica completa del paciente al Servicio de Patología.
2. La solicitud de la autopsia debe efectuarse tan pronto el paciente fallece, o si lo hace en la noche, debe hacerse la solicitud temprano, la mañana siguiente. En caso de que fallezca el fin de semana, se debe efectuar la solicitud el lunes antes de las 9:00 AM
3. La autopsia debe ser autorizada por un familiar cercano (padre, madre, esposo (a), hijo (a) o hermano (a).
4. Las instalaciones para efectuar dicho estudio deben ser las apropiadas.

# Formato del Informe Histopatológico

Hoja de solicitud de estudio histopatológico

1. Cada muestra debe venir con una hoja de solicitud de estudio histopatológico.
2. En la hoja de solicitud deben venir los siguientes datos:
   1. Nombre completo del paciente
   2. Sala
   3. Cama
   4. Fecha de nacimiento
   5. Edad
   6. Sexo
   7. Número de cédula
   8. Ocupación
   9. Número de teléfono (si tiene)
   10. Domicilio actual
   11. Resumen de la historia clínica
   12. Origen de la(s) muestra(s)
   13. Diagnóstico clínico
   14. Firma del médico que envía la (s) muestras (s).
3. El Servicio de Patología estará en libertad de no aceptar una muestra que no venga con la hoja de solicitud o que tenga una hoja de solicitud incompleta.
4. Tampoco aceptará la muestra si no coincide los datos del recipiente que contiene el espécimen con los datos de la hoja de solicitud de estudio.
5. El informe histopatológico se hará a máquina y llevará en un área visible el número del caso y los datos generales del paciente.
6. Cada informe será revisado y firmado por el Patólogo responsable del caso.
7. El informe constará de:
   1. Descripción macroscópica.
   2. Descripción microscópica (si así lo considera conveniente el Patólogo de acuerdo al caso).
   3. Diagnóstico histopatólogico con los datos de interés pronóstico del caso específico.
   4. Anotaciones o llamadas de atención según sea la necesidad.
8. Cada informe tendrá anotado la fecha en que se recibió la muestra, la fecha del informe y el nombre del Patólogo responsable del caso.

# Rutinas del Servicio

**Examen de Cortes por Congelación**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico Cirujano | En el caso de identificar previamente la necesidad del examen de cortes por congelación.  Comunica la necesidad del examen al Centro Quirúrgico cuando se fija la cita para el acto operatorio y al Servicio de Patología.  En el caso de no identificar previamente la necesidad, solicita el examen de cortes por congelación tan pronto lo compruebe. |
| Enfermería del Centro Quirúrgico | Comunica al secretario de Anatomía Patológica a necesidad del examen para fijar la cita en el momento de solicitarla. |
| Secretario de Anatomía Patológica | Comunica al médico Anatomopatólogo la necesidad del examen, previamente acordado, en el momento en que fuera solicitado. |
| Médico Anatomopatólogo | Se dirige a la sala de cirugía, donde obtiene informes sobre el paciente, el acto operatorio y el tipo de cuestión que deberá resolver después de obtenido el diagnostico. Recibe el material que debe ser examinado y confecciona preparados histológicos por medio de cortes por congelación.  Comunica el diagnostico al cirujano personalmente. |

# Examen Anatomopatológico de Piezas Quirúrgicas

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico Cirujano | Hace la exégesis del órgano o lesión por medio de biopsia. Llena un pedido de examen indicando el examen que deberá efectuarse. |
| Enfermería | Acondiciona adecuadamente el material en un recipiente con fijador residual, según las normas de la Unidad.  Envía el material a Anatomía Patológica por medio del mensajero de esta o con recursos propios. |
| Secretario de Anatomía Patológica | Recibe el material, el pedido, y registra en el libro correspondiente.  Anota el número de registro en el recipiente y en el pedido. Envía el material y la requisición a la sala de macroscopia. |
| Médico de Anatomía Patológica | Hace el examen y la descripción macroscópica del material.  Registra fragmentos representativos para ser sometidos a análisis microscópicos.  Envía los fragmentos al laboratorio.  Envía la descripción macroscópica a la carpeta del paciente. |
| Técnico de Anatomía Patológica | Confecciona preparados histológicos de los fragmentos de tejidos.  Los envía a la sala de microscopia. |
| Medico de Anatomía Patológica | Efectúa la lectura de los preparados histológicos. Hace la descripción microscópica de los preparados y ofrece el diagnostico, enviándolos a la carpeta del paciente. |
| Secretario de Anatomía Patológica | Dactilografía con copias la descripción y el diagnóstico del examen y prepara un sobre para su protección.  Archiva la copia. |
| Mensajero de Anatomía Patológica | Lleva el sobre con el resultado a Enfermería/consultorio externo o al medico solicitante. |
| Técnico de Anatomía Patológica | Archiva las láminas y los bloques. |

# Examen Citopatológico Oncológico

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico Cirujano | Pide se recoja el material y se practique el examen citopatológico oncológico.  Recoge los materiales cavitarios o de cavidades naturales |
| Enfermería | Solicita a Anatomía Patológica la provisión de frascos y fijadores.  Orienta al paciente (o al medico) sobre la forma de recolección o de fijación (normas establecidas por la Unidad de Anatomía Patológica).  Envía el material a Anatomía Patológica. |
| Secretario de Anatomía Patológica | Recibe el material, registrándolo en el libro correspondiente. Numera el frasco y el pedido con el número de registro interno.  Envía el material al laboratorio.  Prepara la hoja del informe del examen anexándolo al pedido y lo envía al cito tecnólogo. |
| Técnico de Anatomía Patológica | Procesa el material, fijándolo adecuadamente y elaborando los preparados citopatológicos.  Envía los frotis debidamente rotulados, al citotecnólogo. |
| Citotecnólogo | Examina inicialmente los preparados haciendo citoescrutinio y marca en las laminas los agrupamientos atípicos.  Describe los frotis y propone diagnostico. Envía los preparados y el informe al medico anatomopatólogo. |
| Médico Anatomopatólogo | Examina los preparados citopatológicos y ofrece un diagnostico transcribiéndolo en el informe.  Envía el informe al secretario de la Unidad.  Envía las láminas al técnico de Anatomía Patológica. |
| Secretario | Dactilografía el informe y prepara sobre para enviarlo. |
| Mensajero | Lleva el sobre con el resultado a Enfermería/consultorio externo o al medico solicitante. |
| Técnico | Archiva los preparados citopatológicos. |

# Procedimientos

**Identificación de Piezas Quirúrgicas Consideraciones Preliminares**

Es el procedimiento en el cual las piezas de biopsias enviadas a la Unidad de Anatomía Patológica son numeradas e identificadas, lo que permitirá que los preparados histopatológicos tengan correspondencia con los informes y la fichas de archivo.

# Objetivo

El procedimiento esta dirigido a numerar las piezas, lo que permitirá su debida identificaron y la de los preparados histopatológicos a fin de que se puedan confundir con materiales semejantes de otros pacientes.

Materiales y Equipo Registro de piezas

Tarjeta de cartulina sin pautas, 3 X 5 cm o equivalente Archivo de acero o equivalente

# Orientación

La secretaria recibe el material para ser examinado, acompañado del pedido de examen, y verifica si los datos concuerdan con la identificación que figura en el recipiente de la pieza. Verifica si el pedido ha sido completamente llenado: en caso negativo, determina los datos en la unidad de internación/centro quirúrgico.

Registra el examen en el registro de la unidad, el número del examen es anotado en el pedido y en el recipiente.

Averigua en el archivo de pacientes de la Unidad de Anatomía Patológica si ya tiene la tarjeta de diagnostico; en tal caso, la retira del archivo y la anexa al pedido de examen. Si no la hubiera, colocado una nueva tarjeta con el número del paciente, su número de registro en el hospital y el número actual del examen.

Envía el recipiente con la pieza y el pedido de examen con la tarjeta del archivo a la sala de macroscopia.

# Estudio histopatológico transoperatorio Consideraciones Preliminares

Es el procedimiento en el cual el médico anatomopatólogo efectúa el examen morfológico macroscópico y microscópico extemporáneo, obteniendo preparados biológicos de confección rápida a fin de suministrar informaciones necesarias durante la vigencia de un acto quirúrgico.

# Objetivos

El examen durante un acto quirúrgico tiene por objeto: Identificar la naturaleza histológica de tumores.

Investigar la existencia de neoplasma en niveles de drenaje ganglionar linfático. Determinar el nivel de margen quirúrgico en resección de neoplasia.

Determinar el estado funcional de órganos o tejidos.

Verificar la existencia de estructuras anatómicas, microscópicamente demostrables, p. ej. Plexos neurales en la pared del tubo digestivo. Dichas determinaciones apuntan fundamentalmente a permitir el adecuado planeamiento del acto quirúrgico durante su realización.

Materiales y Equipo

Batería de coloración histológica para la preparación rápida (en general, variante rápida de la técnica de hematoxilina-eoxina)

Microscopio binocular.

Bancada para uso de la batería y del microscopio. Igualmente, debe permitir su uso para cortes de piezas.

Materiales para disección anatómica. Aparato microtomocriostato.

Orientación

Identificar adecuadamente el material y el paciente.

Proceder al examen macroscópico de la pieza, escogiendo fragmento (s) representativo (s) para someterlo (s) la preparación histológica.

Confeccionar los preparados histológicos con cuidadosa identificación de los distintos niveles que deberán ser examinados o materiales contaminantes de más de una cirugía.

Proceder a la lectura del preparado con transmisión del diagnostico al cirujano.

Identificar y acondicionar adecuadamente la pieza y los fragmentos seleccionados para ser luego sometidos a examen rutinario por cortes parafinados.

# Capítulo VI

**Departamento de Apoyo Técnico y Logístico**

**Nombre de la Unidad:** Departamento de Apoyo Técnico y Logístico

**Definición de la Unidad:** Los Servicios que integran el Departamento de Apoyo Técnico y Logístico se encargan de proporcionar apoyo a los Servicios de atención directa a los pacientes oncológicos en aspectos relacionados directamente con la patología oncológica y con su ambiente biofísico, psíquico y social. La componen los siguientes Servicios y Secciones:

* Trabajo Social
* Nutrición
* Farmacia
* Laboratorio Clínico y Banco de Sangre
* Registros Médicos y Estadísticas

**Estructura o posición:** Los Servicios de Apoyo dependen directamente del Departamento de apoyo Técnico y Logístico ascrito a la Subdirección General y a la Dirección General.

# Atribuciones

1. Coordinar con los jefes de cada Servicio los protocolos de trabajo para el estudio y tratamiento de las patología propias del área.
2. Analizar periódicamente las estadísticas de producción de cada Servicio y brindar la información necesaria al Sistema de Información y/o al Servicio de Registros Médicos y Estadística para asegurar una gestión eficiente del Servicio.
3. Comprobar la calidad de atención de cada Servicio mediante la supervisión y aplicación de las herramientas pertinentes en coordinación con la Comisión de Auditoria Médica
4. Preparar los proyectos de Inversión en equipos y materiales necesarios en el Servicio en coordinación con la Unidad de Análisis de Gestión y Planificación.
5. Preparar el presupuesto anual del Servicio y coordinar los presupuestos de cada Servicio con el jefe respectivo.
6. Asistir a las reuniones de jefes de Servicios, Consejo Médico Asesor y a las de las Comisiones a que sea asignado
7. Recomendar y aprobar la participación del personal a su cargo a eventos científicos previa aprobación del jefe de Servicio.
8. Supervisar el desempeño de los servicios.
9. Otras funciones que le sean asignadas.

El área física donde laboran los de Servicios de Apoyo se encuentra distribuida en todo el Hospital, principalmente en el primer piso (Farmacia y Trabajo Social), el segundo piso (Central de Equipos y Esterilización) y en el tercer piso (Nutrición)

# Profesionales que actúan en los Servicios

Jefes de los Servicios Personal técnico Secretaria

# Perfil del cargo Jefe de los Servicios

**Naturaleza del trabajo:** El trabajo de los Jefes de los Servicios es principalmente de coordinación entre ellos y además tienen funciones gerenciales de programación, organización, supervisión y evaluación de los Servicios a su cargo. Desde el punto de vista clínico, tiene la responsabilidad de la supervisión profesional.

# Tareas Típicas:

1. Planear, organizar, supervisar, coordinar y evaluar las actividades del cuerpo técnico de cada servicio
2. Establecer un programa de trabajo observando las directrices del hospital.
3. Preparar el plan de trabajo anual, observando los objetivos del Servicio.
4. Cumplir y hacer cumplir el reglamento y procedimientos del hospital y observar su cumplimiento.
5. Establecer criterios para evaluar la calidad de la asistencia prestada, a través de la supervisión de los sistemas de servicios y de los informes mensuales del Sistema de Información referentes a consultas, producción, servicios complementarios, etc.
6. Convocar y presidir reuniones con su grupo de trabajo.
7. Presidir las comisiones técnicas que sean necesarias dentro del Servicio.
8. Mantener el enlace con los demás servicios de la institución. Y coordinar con los demás jefes de Servicios
9. Participar en reuniones docentes y apoyar las actividades de investigación de la Institución.
10. Participar, elaborar y apoyar los programas de capacitación, residentes y funcionarios del Servicio.
11. Participar en reuniones cuando sea convocado.

# Condiciones que debe reunir:

Poseer el certificado de idoneidad de su respectiva profesión.

Ser funcionario de la Institución por un periodo mínimo de 3 años

Estar en la categoría de su escalafón que le permita ostentar el cargo de Jefatura.

# Secretaria

**Naturaleza del trabajo**: Trabajo de ejecución operativa, manejar archivos, mecanografiar y expedir informes y documentos. Realizar tareas burócratas y ayudar administrativamente a la Unidad.

# Tareas Típicas:

1. Realizar las tareas de asistente administrativa del Jefe del Servicio.
2. Realizar las tareas generales de secretaría, archivar, mecanografiar, tramitar solicitudes etc. y asistir en todo lo necesario al jefe del Servicio y a los funcionarios del mismo.
3. Preparar los expedientes propios del Servicio.
4. Registrar correspondencia.
5. Confeccionar la estadística mensual de las actividades.
6. Archivar y mantener actualizados los archivos de la Unidad.
7. Informar y orientar a las personas que acuden a la Unidad.
8. Atender el teléfono, recibir y transmitir recados y dar las informaciones del caso.
9. Disponer y coordinar con el jefe del Servicio, de revisiones, reparaciones y mantenimiento general en el mobiliario y el equipo de la Unidad.
10. Velar por el orden de la Unidad y del material de su uso.
11. Cumplir órdenes de servicio y Reglamento General del Hospital.
12. Cumplir con lo dispuesto en las Normas de Atención y en los Manuales existentes en el Hospital.
13. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Certificado de terminación de estudios secundarios. Curso de computadora o mecanografía.

Experiencia en tarea afines

**Forma de contratación**: Debe escogerse por concurso o prueba de selección.

# Servicio de Trabajo Social

**Nombre de la Unidad: Servicio de Trabajo Social Definición**

Es un servicio profesional que se encarga de brindar atención biosicosocial, espiritual a pacientes oncológicos que acuden al instituto oncológico nacional, incluyendo a sus familiares y su entorno, conceptualizando a las personas como entes capaces de generar, transformar o mantener su realidad social. Procurando crear una actitud crítica a causa efecto de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles, con el fin de que los sujetos afectados y esos problemas asuman una acción organizada, preventiva transformadora y los puedan de esa manera superar.

# Estructura / Posición

EL servicio de trabajo social depende administrativamente del Departamento de Apoyo Técnico y Logístico y técnicamente de la Jefatura Nacional Trabajo Social adscrita a la Dirección Nacional de Provisión de Servicios del Ministerio de Salud.

Mantiene estrecha coordinación con los diferentes departamentos, servicios técnico administrativos y demás secciones a nivel de la propia institución.

Sostiene además coordinación con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales a fines a nivel de todo el territorio nacional. Que incluye asociaciones, fundaciones, clubes cívicos, pastoral social entre otras.

# Atribuciones

La estructura de decisiones de la jefatura de trabajo social, está constituida por el conjunto de decisiones que el titular de ese cargo pueda tomar sin consultar a su superior inmediato. En tal sentido, el jefe de trabajo social está facultado para decidir

Sobre las siguientes materias:

* 1. Decidir con el apoyo del personal de salud, los pacientes que deben permanecer hospitalizados, hasta que se deslinden situaciones de riesgo.
  2. Decidir sobre el egreso de pacientes, que están a órdenes de las autoridades competentes.
  3. Decidir sobre la utilización de caja menuda, cuando sea necesaria en el servicio.
  4. Decidir sobre la realización de visitas domiciliarias.
  5. Decidir sobre las asignaciones de estudiantes de Trabajo Social, que solicitan realizar práctica de Trabajo Social en el área Hospitalaria.
  6. Decidir en primera instancia sobre la propuesta de objetivos programáticos, Prioridades y Estrategias de Acción del Servicio, a ser presentada anualmente al jefe de La Dirección de atención Medica.
  7. Decidir en primera instancia sobre las metas del servicio, en el marco de los objetivos programáticos, prioridades, estrategias de acción y políticas aprobadas por el patronato para cada siguiente año.
  8. Decidir sobre la programación de las actividades de Trabajo Social, en el marco de las metas trazadas y de los lineamientos de trabajos del jefe de la Dirección General.
  9. Decidir en primera instancia, sobre la propuesta de Anteproyecto del Plan Operativo anual del Servicio.
  10. Decidir en primera instancia, sobre la propuesta del Anteproyecto de presupuesto de Trabajo Social, a presentar a la consideración de la Jefatura del Departamento de Apoyo Técnico y Logístico para su posterior presentación a la aprobación de la Dirección Médica General.
  11. Decidir sobre los requerimientos de personal a presentar al Jefe del Departamento de Apoyo Técnico y Logístico, para su tramitación ante la Dirección General.
  12. Decidir sobre los requerimientos de equipos, mobiliario, útiles, espacio físico e instalaciones de Trabajo Social, a presentar al jefe del Departamento de Apoyo Técnico y Logístico, para su tramitación ante la Dirección General.
  13. Decidir sobre las requisiciones de Trabajo Social y sus especificaciones
  14. Decidir sobre los requerimientos de apoyo de Trabajo Social, por parte de la Oficina de Planificación.
  15. Decidir sobre los requerimientos de apoyo de Trabajo Social, por parte de Asesoría Legal.
  16. Decidir sobre los requerimientos de apoyo de Trabajo Social, por parte de la Oficina de Relaciones Públicas e Información.
  17. Decidir sobre los requerimientos de apoyo de Trabajo Social, por parte de Auditoria interna.
  18. Decidir sobre los requerimientos de apoyo de Trabajo Social, por parte de la Oficina Institucional de Recursos Humanos.
  19. Decidir sobre los requerimientos de apoyo de trabajo Social, por parte de la oficina institucional de Administración y Finanzas.
  20. Decidir sobre las coordinaciones de trabajo a realizar con las jefaturas de las demás unidades administrativas del Hospital.
  21. Decidir en primera instancia, sobre las coordinaciones de trabajo que Trabajo Social requiere realizar con otras instituciones para su presentación a la aprobación del Jefe del Departamento.
  22. Decidir sobre la asignación de responsabilidades suplentes a lo interno de Trabajo Social.
  23. Decidir sobre la aprobación de permisos al personal de Trabajo Social y notificación a la Oficina Institucional de Recursos Humanos.
  24. Recomendar las medidas disciplinarias a aplicar, cada vez que corresponda, al personal adscrito a Trabajo Social, en marco de las disposiciones establecidas en el Reglamento interno.
  25. Decidir sobre la mejor distribución interna del área física asignada a Trabajo Social.
  26. Decidir la periodicidad de las reuniones ordinarias y la convocatoria u reuniones extraordinarias de personal adscrito a Trabajo Social.
  27. Decidir sobre las propuestas sobre la creación y / o modificación de formatos, Formularios e instructivo relacionados con el quehacer de Trabajo Social.
  28. Decidir sobre las propuestas a realizar, sobre racionalización de trámites administrativos que menoscabe la efectividad de las operaciones de Trabajo Social.
  29. Decidir sobre los indicadores de resultados de Trabajo Social, para su presentación a la aprobación del Servicio de Apoyo en Salud.
  30. Decidir sobre la asignación de tareas a los funcionarios adscritos a Trabajo Social en el marco de sus competencias, así como su distribución por turnos en los casos que corresponda.
  31. Decidir sobre la propuesta de requisitos mínimos de educación formal, educación no formal, experiencia laboral previa, conocimientos necesarios, actitudes y condiciones personales que deben ser exigidos al personal que se asigne o se contrate para Trabajo Social, para su presentación a la probación del Jefe del Departamento y del Director General.
  32. Decidir sobre la propuesta de reconocimientos al personal de Trabajo Social, para su presentación a la aprobación del jefe del Departamento y del Director General.

# Área Física

El servicio de Trabajo Social del Instituto Oncológico nacional se encuentra ubicado en el primer piso; comprende tres (3) oficinas de las cuales dos (2) son de Atención Clínica y la otra oficina de recepción y elaboración de procedimiento administrativos.

La atención social también comprende el área de hospitalización que incluye las salas de Ginecología, Médula Ósea (7mo piso) sala de medicina de mujeres y hombres (6to piso) Sala de Cirugía de mujeres, sala de Cirugía de varones (4to piso) paciente de la Unidad de Cuidado intensivo (2do piso) y de Unidad de Atención de Agudos (1er piso)

# Profesionales que actúan en la Unidad de Trabajo Social

Jefe del Servicio de Trabajo Social Trabajadora Social

Secretaria

# Perfil del cargo Jefe de la Unidad

**Naturaleza del trabajo**: Trabajo de tipo gerencial. Dirige, coordina, planifica, administra y asesora la ejecución de las acciones de Trabajo Social en el Hospital.

# Tareas típicas

1. Asesora a la Dirección Médica y al Equipo de Salud, para la integración del componente social en los servicios hospitalarios.
2. Analiza la problemática social que presenta la población atendida, para proponer a las instancias superiores y al equipo de salud nuevas estrategias y enfoques de intervención profesional.
3. Promueve y participa en las investigaciones médicosociales y técnicoadministrativa que se realizan en los diferentes centros hospitalarios.
4. Brinda atención social a aquellos casos de mayor complejidad.
5. Atiende la práctica de los estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Panamá, en coordinación con la Dirección de Docencia del ION
6. Elabora el plan anual de trabajo.
7. Vela por el cumplimiento de las Leyes de la profesión.
8. Supervisa y evalúa técnicamente a los trabajadores sociales bajo su cargo.
9. Elabora informes estadísticos a su jefe inmediato y a la Jefatura de Trabajo Social del nivel Nacional.
10. Participa en comisiones de trabajo que determine las autoridades superiores.
11. Asiste a las reuniones de Jefe de Servicios y las convocadas por la jefatura técnica a nivel nacional.

# Condiciones que debe reunir

* Ser panameño
* Tener título de Licenciado en Trabajo Social
* Poseer certificado de Idoneidad, expedido por el Consejo Técnico de Trabajo Social.
* Tener un mínimo de 10 años de experiencia profesional o seis años como Trabajador Social supervisor.

**Forma de Contratación:** Por concurso.

# Trabajador Social

**Naturaleza del trabajo**: Trabajo de tipo operativo y de atención directa al paciente. Brinda atención individual y grupal a pacientes y familiares internados o de consulta externa y su problemática social para la recuperación y rehabilitación de su propia salud.

# Tareas típicas

1. Orienta al medio familiar laboral y comunitario para la reubicación social del paciente.
2. Contribuye con el equipo de salud a atender, reducir y reparar los daños causados por la enfermedad.
3. Integra al equipo de salud, el rol de Trabajo Social.
4. Brinda información sobre beneficiarios y deberes de los ciudadanos respecto a la salud.
5. Realiza entrevista y tramites con pacientes, familiares y colaterales para atender su problemática social.
6. Visita las salas para detectar, atender y coordinar la labor con el equipo de salud.
7. Moviliza y promueve la utilización de los recursos institucionales y comunitarios en beneficio de la población atendida.
8. Participa en las terapias grupales que se llevan a cabo con los pacientes de los diferentes servicios.
9. Realiza reuniones familiares de carácter educativo, preventivo, terapéutico para tratar los problemas sociales de los pacientes.
10. Realiza estudios socioeconómicos en los casos que amerita tratamiento social.
11. Brinda informe mensual de las actividades a su jefe inmediato.

# Condiciones que debe Reunir

* Ser Panameño
* Título de Lic. En Trabajo Social
* Poseer certificado de idoneidad. expedido por el Consejo Técnico de Trabajo Social

**Forma de Contratación:** Por prueba de selección o concurso

# Secretaria

**Naturaleza del trabajo**: Trabajo de tipo secretarial de la Unidad

# Tareas típicas:

1. Se encarga de transcribir notas, informes sociales, formularios y documentos varios, entre otros.
2. Es receptora de los pacientes que acuden al servicio, dirigiéndolo a la unidad de Trabajo Social correspondiente según servicio de procedencia y orden de llegada.
3. Solicitar y buscar los expedientes clínicos de los pacientes de atención clínica.
4. Realiza las llamadas telefónicas asignadas por su jefe o por las otras unidades de Trabajo Social.
5. Orienta y dirige al cliente según su situación en particular.
6. Realiza trabajo de mensajería correspondiente al servicio.
7. Realiza trámites varios de menor complejidad.
8. Lleva registro de pacientes que acuden diariamente al servicio
9. Elabora el sumario de viáticos de pacientes especiales
10. Mantiene el sistema de archivo de toda la documentación perteneciente al Servicio.

# Condiciones que debe reunir

* Titulo de Secretaria
* Debe tener habilidad en el trato y manejo con cliente
* Con iniciativa, creatividad, buen sentido del humor y tolerancia
* Habilidad en el manejo del stress
* Discrecionalidad, empatía y sociabilidad
* Disponibilidad para brindar la orientación general a pacientes y familiares.

**Forma de Contratación**: Por prueba de selección.

# Rutinas de Trabajo Trabajador Social Jefe

1. Revisa la agenda del día
2. Se indaga sobre las tareas pendientes del personal a su cargo
3. Se evalúa las actividades realizadas, se promueve el avance respectivo.
4. Se avanza en los trámites administrativos pendientes como redacción de notas e informes sociales o registros estadísticos.
5. Se solicita a la secretaria los expedientes clínicos pendientes por transcribir la atención efectuada o para investigación del caso.
6. Se da instrucciones a la secretaria para transcribir los documentos administrativos al terminar su redacción.
7. Se procede a la atención de los casos que acuden al servicio ya sea a través de citas, demanda espontánea, o referencia de otros servicios, a medida que lleguen los expedientes.
8. A medida que se realiza la atención de los casos se entrevistan, se llena la tarjeta índice de casos o la hoja de atención breve consignando la situación social, diagnóstico, plan de tratamiento social y la labor realizada en el expediente clínico. Si el caso lo amerita se elaboran notas para gestión de algún recurso a nivel institucional o extra-institucional. También si se requiere se refieren los casos a otras agencias a fines o se tramita telefónicamente o se coordina con el médico tratante. Si los casos ameritan seguimiento se envían a consulta 2 para el registro de la próxima cita, ya sea para consulta individual o reunión con familiares.
9. Se continúa atendiendo el siguiente caso.
10. Se visitan y atienden los casos de sala de no poderse en ese mimo día se programan para el día siguiente,
11. Si nos llaman de Unidad de Atención de Agudos o de Cuidados Intensivos se le da prioridad a esos casos.
12. Se consigna en el registro diario de atención las actividades efectuadas.
13. Se consulta, asesora, recomienda, sugiere y discuten aquellos casos de mayor complejidad con las otras unidades de trabajo social del servicio.
14. Reuniones de autoformación, administrativas o técnicas entre el intervalo de atención.

# Trabajadora Social

1. Revisa la agenda de programación semanal
2. Adelanta la redacción de notas, informes sociales. Realiza trámites pendientes ya sea telefónicos, de coordinación con médicos, u otro personal del equipo de salud. Se solicita

aquellos expedientes clínicos para escribir la atención efectuada, localización o investigación correspondiente.

1. A la llegada de los pacientes y expedientes clínicos se inicia la atención social correspondiente, mediante entrevista, terapia individual, consejería, gestión de recursos según problemática presentada de cada caso atendido y mediante los medios administrativos correspondientes.
2. A cada caso nuevo atendido se procede al llenado de la tarjeta índice o la hoja de atención breve y el registro de la situación social, diagnóstico y tratamiento social en el expediente clínico .Si el caso amerita seguimiento social se envía a la consulta 2 para la consignación de la próxima cita ya sea para la atención individual o familiar del caso.
3. Si el tiempo lo permite se visita la sala respectiva para la atención social de los casos hospitalizados referidos al servicio.
4. En algunos casos por instrucciones de la jefa se da prioridad a la atención de aquellos casos referidos de Unidad de Atención de Agudos o Cuidados Intensivos.
5. Generalmente al final de la atención de los casos, o entre la atención de los mismos se consulta o se solicita orientación a la jefa del servicio sobre algunas situaciones complejas relacionadas con los pacientes atendidos.
6. Se procede al llenado del registro diario de atención.
7. Si los casos atendidos durante el día requieren de gestión de algún recurso con prontitud se procede inmediatamente a la elaboración de nota o informe social y se ordena a la secretaria transcribirla a máquina.
8. Los días miércoles de cada semana se acude a la discusión de casos hospitalizados correspondientes a cuidados paliativos con el resto del equipo.

# Secretaria

1. Mientras inicia la transcripción a máquina de las notas, informes sociales, formularios de mayor prioridad, recibe las llamadas telefónicas y las refiere a las trabajadoras sociales.
2. Busca los expedientes clínicos de los pacientes atendidos durante el día.
3. Continúa la transcripción a máquina, si se requiere llevar las notas para la firma en la jefatura del Departamento o a la Dirección Administrativa, si es procedimiento de caja menuda después de la Dirección Administrativa se dirige al Edificio 242 (Dpto. de Presupuesto ) para la firma correspondiente y al Almacén para fotocopiar documentos
4. En este proceso de trabajo diario es común la guía y orientación a pacientes y familiares en situaciones particulares.
5. A medida que los pacientes son atendidos los registra, en el formulario de atención diaria, también tramita o coordina el llenado del formulario de inscripción de Beneficiario Invalido o para inicio de Pensión por Invalidez.
6. Al final del día, selecciona, ordena y archiva los documentos varios.
7. En los días finales del mes confecciona los viáticos para los pacientes especiales y transcribe los trabajos estadísticos mensuales del servicio.

# Procedimientos

**Atención a pacientes de transplante de Medula Ósea. Consideraciones Preliminares:**

Centra su atención en la investigación del paciente programado para TMO, para realizar el diagnóstico social y conocer los recursos de apoyo mas apropiados y poder garantizar mayor aceptación y éxito en los procedimientos correspondientes.

# Objetivos:

Tiene como función educar tanto al paciente como a sus familiares sobre generalidades relacionados con el transplante, prevenir situaciones de alto riesgo, fortalecer actitudes positivas y disminuir las negativas.

Interviene en la provisión de insumos necesarios.

# Orientación:

1. El paciente debe presentar la Referencia del médico
2. Revisión del expediente clínico, para conocer diagnóstico médicos, datos generales.
3. Se realiza entrevista al paciente y familiares.
4. Motivar al paciente para que coopere en su recuperación.
5. Sensibilizar a la familia, para ayudar al paciente en su tratamiento
6. Realizar visitar domiciliaria según posibilidad
7. Se elabora el informe social
8. Se realiza reunión familiar
9. De ser necesario se coordina con otras instituciones para la gestión de algún recurso o insumos necesarios.
10. Dejar constancia de la intervención de Trabajo Social en el expediente clínico.

# Alojamiento temporal en el Albergue Casita de Mausi Consideraciones Preliminares

Este servicio consiste en obtener un albergue temporal en la Casita Mausi a pacientes Oncológicos y familiar acompañante , procedente de cualquier región del país que ameriten alojamiento cerca del Instituto Oncológico Nacional para cumplir con órdenes médicas de exámenes de laboratorio, estudios especiales, tratamientos de Radioterapia, Quimioterapia entre otros. Que además no cuenten con medio económicos ni de familiares en la ciudad capital que les brinden este tipo de apoyo.

# Objetivos

Utilizar los recursos disponibles

Alojar temporalmente al paciente oncológico que amerite este recurso para garantizar el cumplimiento de los objetivos clínicos.

# Orientación

1. Referencia del médico, por demanda espontánea, o captación.
2. Revisión del expediente clínico.
3. Realizar entrevista al paciente para orienta sobre requerimientos generales
4. Comprobar la necesidad de alojamiento del paciente
5. Coordinar con el médico o enfermera de la sala si está hospitalizado o los de atención de consulta externa.
6. Tramitar telefónicamente con la administradora del Albergue para verificar si hay vacante.
7. Explique sucintamente el caso y de los datos más importantes sobre el paciente y su situación social.
8. Especifique si es necesario que el paciente observe dieta, recibe medicamentos, o requiere de otros cuidados.
9. Si hay vacante se procede al llenado del formulario de referencia indicando tiempo de estadía en el albergue.
10. Registre en la historia clínica la atención prestada y el lugar y fecha en que el paciente fue enviado.

# Atención Social a pacientes del programa de cuidados paliativos. Consideraciones Preliminares

Consiste en ofrecerle al paciente con enfermedad avanzada y a sus familiares información básica que permita el adecuado manejo de los problemas sociales, en un ambiente de aceptación, organización, comunicación permanente, distribución equitativa de responsabilidades familiares, cumplimiento de pendientes, el logro de insumos necesarios.

Se ofrece además apoyo emocional, guía para la aceptación de su enfermedad, se viabiliza o facilitan recursos legales, comunitarios, o institucionales. Se apoya espiritualmente.

# Objetivo

Usted será capaz de preparar, educar, apoyar, intervenir con los pacientes, de enfermedad avanzada y a sus familiares para el logro de calidad de vida.

**Materiales** Tarjeta índice Expediente clínico Sillas

Papel blanco, lápices Teléfono

Formulario de citación

Registro de recursos intra institucionales, o a nivel comunitario Hoja de referencia

# Orientación

1. Referencia del médico, demanda espontánea, captación.
2. Revisar el expediente clínico, para conocer diagnóstico médico, datos generales, otros.
3. Visitar al paciente en sala si está hospitalizado.
4. Orientar al paciente y a sus familiares
5. Realizar reunión con familiares si el caso así lo amerita.
6. Se moviliza o gestiona aquellos recursos necesarios a nivel intra institucional o extra- institucional.
7. Se mantiene coordinación con el equipo de salud.
8. Se Registra en el expediente clínico la labor social efectuada.

# Problema relacionado con hechos estresantes, que afectan al paciente Consideraciones Preliminares

Consiste en investigar los factores que afectan al paciente, familia, para brindar la orientación y el apoyo respectivo.

# Objetivos

Permitir el adecuado manejo del problema

# Material

Expediente Clínico

Tarjeta índice, u hoja de atención breve Formulario de citación Teléfono

Papel, lápiz

# Orientación

1. Referencia del médico, captación, demanda espontánea
2. Revisar el expediente clínico para conocer diagnóstico médico, datos generales, otros.
3. Visitar al paciente si se encuentra en sala.
4. Orientar al paciente y familiares
5. Evaluar los factores que se encuentran incidiendo en su problemática social.
6. Coordinar con el personal de salud de este hospital
7. Citar a familiares si el caso así lo amerita.
8. Dar cita de seguimiento social
9. Realizar algún trámite telefónico si es necesario.
10. Elaborar nota o informe social si el caso lo amerita.
11. Dejar constancia de la intervención en el expediente clínico.

# Problema relacionado al rechazo de tratamiento médico, intervenciones u otros procedimientos.

**Consideraciones Preliminares**

Consiste en intervenir con el paciente y familiares para investigar las causales del problema para conocer los factores causales y promover cambios.

# Objetivos

Lograr que el paciente y familiar, acepten el tratamiento médico, intervenciones u otros procedimientos.

**Materiales** Tarjeta índice Expediente clínico Papel lápiz Teléfono

# Orientación

1. Recibir referencia del médico, captación, demanda espontánea.
2. Revisar expediente clínico, para conocer diagnóstico.
3. Realizar entrevista con paciente y familiares para conocer los factores que influyen en su decisión, por ejemplo: cultural, escolar, sentimental, religión, relaciones familiares...
4. Dejar constancia de la labor realizada.
5. Coordinar con el médico tratante

# Traslado de pacientes fallecidos procedente del interior del país Consideraciones Preliminares

Es la intervención social que se realiza con los familiares del paciente fallecido, para apoyarlos emocionalmente, prepararlos, orientarlos sobre la tramitación correspondiente al traslado del cadáver hacia su lugar de procedencia.

# Objetivos

Facilitar el traslado de los pacientes fallecidos hacia su lugar de procedencia.

# Materiales

Expediente clínico

Hoja de papel blanco, lápiz Teléfono

# Orientación

1. Se recibe referencia del personal de salud, por demanda espontánea, captación.
2. Se recibe historia clínica
3. Se entrevista a los familiares para conocer información, recursos existentes y los faltantes y otros datos de relevancia. Y para dar la orientación correspondiente.
4. Se coordina con las autoridades locales de su procedencia para gestionar recurso de transporte y coordinar todo lo relacionado al respectivo traslado.
5. En caso de que los familiares no dispongan de recursos para la compra del ataúd, se elabora nota para la compra respectiva a través de alguna fundación de beneficencia, previa consulta telefónica con dicha institución.
6. Se coordina con El Dpto. de Registros médicos para los trámites correspondencia, en caso de ser necesario.
7. Se consigna en el expediente la labor social realizada.

# Atención social de los pacientes nuevos en el hospital Consideraciones preliminares

Es la intervención que se realiza con los pacientes vienen por primera vez a la institución para orientarlos sobre generalidades de la atención oncológica, sus beneficiarios y deberes, identificación de alguna problemática social que interfiera con el cumplimiento de su atención oncológica.

# Objetivos

Ayudar a los pacientes que ingresan por primera vez al hospital a atender adecuadamente su problema de salud.

# Materiales

Historia clínica

Hoja de papel blanco, lápiz Teléfono

# Orientación

1. Todo paciente nuevo en el hospital debe consignársele cita con el servicio de trabajo social, el día que tiene su primera cita en el I.O.N,
2. Recibir historia clínica para conocer diagnóstico clínico, datos generales, otros.
3. Realizar entrevista con pacientes y familiares que los acompañan.
4. Orientar al paciente y familiar acompañante, sobre generalidades de la atención oncológica, beneficiarios y deberes, recursos disponibles a nivel intra institucional o a nivel de su propia comunidad.
5. Evaluar los factores que afectan al paciente en la atención de su enfermedad.
6. Realizar las coordinaciones que sean necesarias a nivel del personal de salud de esta institución y a nivel externo.
7. Dejar constancia de la intervención social en el expediente clínico.
8. Realizar el llenado de la tarjeta índice u hoja de atención breve.

# Traslado de pacientes hospitalizados al interior del país. Consideraciones preliminares

Es la intervención social que se realiza con el paciente y sus familiares para orientarlos, convencerlos, apoyarlos y guiarlos en el traslado ya sea hacia el hospital más cercano a su residencia o a su propia casa.

# Objetivos

Lograr el apropiado egreso del paciente hacia su lugar de procedencia.

**Materiales** Historial clínico Hoja de papel, lápiz Teléfono

# Orientación

Referencia del médico, captación, demanda espontánea. Expediente clínico

Hoja de atención breve.

Entrevista al paciente y familiares para orientar sobre la decisión del traslado y beneficios. Llamada telefónica al hospital de procedencia para gestionar el recurso de ambulancia, en caso de que el paciente se encuentre con problemas de movilidad reducida.

Realizar las coordinaciones que sean necesarias con el equipo de salud a nivel intra o extra institucional.

Consignar en el expediente clínico cada intervención que se realiza con el paciente y sus familiares.

# Orientación inicial para la tramitación del recurso de pensión de invalidez, inscripción de beneficiario inválido.

**Consideraciones preliminares**

Es la intervención que se realiza con el paciente que por razones de su enfermedad, no se encuentra en condiciones para ejercer una función laboral, y con aquellos pacientes que se encuentran dentro del beneficiario de ser inscritos por un familiar para recibir el beneficio de inscripción.

# Objetivos

Guiar a aquellos pacientes que se encuentren dentro del beneficiario para la tramitación de la pensión de invalidez e inscripción de beneficiario inválido.

# Materiales

Hoja de papel, lápiz Expediente clínico Teléfono

# Orientación

1. Referencia del médico, demanda espontánea, captación
2. Expediente clínico
3. Hoja de atención breve
4. Realizar la entrevista al paciente, para determinar si se encuentra dentro de los requisitos establecidos por la ley de la Caja de Seguro Social.
5. Si tiene el beneficiario se brinda la orientación respectiva, se llena el formulario de inscripción correspondiente y se le envía al médico tratante para completar la información clínica solicitada. También se le orienta dirigirse a la Agencia del Seguro Social de su área para solicitar, llenar y entregar el formulario de solicitud de Pensión por Invalides.
6. Después del llenado correspondiente se envía a trabajo social de la Policlínica más cercana a la residencia del paciente para el seguimiento que amerite.
7. De ser necesario se coordina con el médico responsable del caso.
8. Se consigna en el expediente clínico la labor realizada.

# Preparación del paciente para manejo domiciliario. Consideraciones preliminares

Es la intervención social que se realiza con el paciente y familiares y que se encuentren en dificultades para el adecuado afrontamiento por situaciones diversas, principalmente por el diagnóstico en estadio avanzado.

# Objetivos

Lograr el adecuado manejo domiciliario, y el egreso correspondiente.

# Materiales

Expediente clínico

Hoja de atención breve, lápiz Teléfono

# Orientación

1. Referencia del médico, captación, demanda espontánea.
2. Expediente clínico para conocer situación clínica, datos generales, otros.
3. Hoja de atención breve o tarjeta índice.
4. Se entrevista paciente para conocer actitudes, limitaciones y necesidades y educar sobres las ventajas de ir a casa.
5. Se realiza reunión con familiares para educar sobre el adecuado apoyo que amerita el paciente, organización familiar entre otros.
6. Se coordina con el médico tratante, la enfermera de la sala y otros.
7. Si el paciente se encuentra con problemas de movilidad reducida se gestiona el recurso de ambulancia.
8. De ser necesario se gestiona algún recurso a nivel comunitario.
9. Se realizan los trámites telefónicos correspondientes.
10. Se registra en el expediente clínico toda la labor social realizada.

# Asistencia económica para lograr el pago de transporte, la compra de Yodos Radioactivos, pagos de estudios altamente costosos fuera de la institución

**Consideraciones preliminares**

Es la intervención social que se realiza con aquellos pacientes no asegurados, que no cuenten con los medios económicos para pagar su transponte de regreso a su lugar de origen o para venir a su próxima cita con el oncólogo, o para sufragar los costos ya sea parcial o total del tratamiento de yodo radioactivo, ni para cubrir las costos de estudios especiales que se le ordenan y que sólo lo realizan a nivel privado.

# Objetivos

Lograr que aquellos pacientes que no cuenten con medios económicos para cubrir tratamientos, exámenes especiales altamente costosos, puedan cumplir con el seguimiento médico respectivo.

# Orientación

1. Referencia del médico, captación, demanda espontánea.
2. Expediente clínico
3. Llenar la hoja de atención breve
4. Entrevista con paciente y familiar para conocer situación social y capacidad de pago.
5. Elaboración de nota a la Asociación de competencia y a algunas autoridades locales.
6. Realizar las llamadas telefónicas que sean necesarias.
7. Coordinar con el médico si el caso lo amerita.
8. Brindar la orientación al paciente y familiar acompañante sobre los procedimientos que guíen el logro del recurso a tramitar.
9. Registrar en el expediente clínico la labor realizada.

# Asistencia social para la gestión de mejoramiento de habitacional Consideraciones preliminares

Es la intervención que se realiza con aquellos pacientes con enfermedad oncológica y que refieran tener problemas de ausencia de una vivienda o vivienda inadecuada.

# Objetivos

Mejorar la condición habitacional del paciente oncológico.

# Materiales

Expediente clínico Hoja de papel, lápiz Teléfono

# Orientación

1. Referencia del médico, captación, demanda espontánea.
2. Revisión del expediente clínico para conocer diagnóstico, datos generales, otros.
3. Realizar el llenado de la tarjeta índice u hoja de atención breve.
4. Realizar la entrevista con el paciente
5. Elaborar informe social, el cual será dirigido al Ministro de La Vivienda o a la Junta Comunal de su área.
6. Realizar llamadas telefónicas necesarias.
7. Coordinar con las autoridades locales entre otros.
8. Registrar en el expediente clínico la atención social del caso.

# Localización de paciente desertores Consideraciones preliminares

Es la gestión de localización de pacientes que por razones adversas abandonan los tratamientos clínicos recomendados por el médico tratante.

# Objetivos

Lograr la continuidad de los tratamientos oncológicos recomendados por los médicos en aquellos pacientes desertores.

**Materiales** Expediente clínico Teléfono

Lápiz

# Orientación

1. Recibir referencia médica
2. Revisar el expediente clínico, para conocer diagnóstico médico, datos generales, otros.
3. Coordinar con funcionarios de esta institución y otras instalaciones de salud, corregidurías para ubicar a pacientes y familiares.
4. Realizar labor de convencimiento, una vez localizado el paciente y familiar, para la continuación del tratamiento médico.
5. Dejar constancia de la intervención en el expediente clínico.

# Localización de familiares Consideraciones preliminares

Consiste en localizar a familiares en aquellas circunstancias en la que el paciente se encuentra hospitalizado y requiere del apoyo y ayuda de un familiar. También existen pacientes que son abandonados en Unidad de Atención de Agudos.

# Objetivos

Localizar a familiares, para que asuman la responsabilidad relacionada al paciente: en casos tales como: paciente hospitalizado que amerita cuidado por parte de un familiar estos se encuentran ausentes, autorización para procedimientos, traslados, pacientes abandonados en salas y Unidad de Atención de Agudos.

# Materiales

Hoja de papel, lápiz. Expediente clínico Teléfono

# Orientación

1. Referencia de la sala, Unidad de Atención de Agudos, captación del caso de Trabajo Social que visita la sala.
2. Revisión del expediente clínico, para conocer diagnóstico médico, datos generales, otros.
3. Visitar al paciente en la sala para entrevistarlo y adquirir información social necesaria, y aplicar las técnicas de intervención correspondiente.
4. Dejar hoja de citación al familiar, en el expediente.
5. Realizar las llamadas telefónicas que sean necesarias, con otras instalaciones de salud del área de procedencia del paciente, con otras autoridades locales que ayuden a la localización de los familiares.
6. Realizar las entrevistas con los familiares al ser localizado y sensibilizar sobre la temática.
7. Coordinar con el equipo de salud de la institución.
8. Dejar constancia en el expediente clínico sobre la labor social efectuada.

# Intervención en problemática legal. Consideraciones preliminares

Es la labor que se realiza con los pacientes que confrontan problemas legales entre ellos podemos mencionar: pacientes madres solteras cuyos padres de sus hijos no le proporcionan la pensión alimenticia, pacientes femeninas con problemas de VIF, pacientes masculinos y femeninos abandonados por su cónyuge, hijos(as), otros recursos legales.

# Objetivos

Lograr Bienestar social de aquellos pacientes oncológicos con problemas legales los cuales interfieren en el adecuado proceso de su salud versus enfermedad.

**Materiales** Expediente clínico Hoja de papel, Lápiz Teléfono

Hoja de referencia

# Orientación

1. Referencia del médico, y/o enfermera, a través del formulario de ínter consulta.
2. Revisión del expediente clínico, para conocer diagnóstico médico, datos generales, otros.
3. Visitar al paciente en sala si se encuentra hospitalizado, o entrevistarlos en la consulta externa si es ambulatorio.
4. Entrevistar a familiares y/o colaterales, aplicando las técnicas de intervención necesarias.
5. Elaborar el informe social si el caso lo amerita,
6. Referir el caso a la autoridad competente, con previa coordinación con dicha entidad.
7. Si el caso es de VIF y la seguridad física del paciente es de alto riesgo se contacta con autoridades del alberque para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
8. Dejar constancia de la labor social en el expediente clínico-

# Normas del Servicio de Trabajo Social Objetivos generales

* Establecer las políticas, objetivos normas y funciones de Trabajo Social a nivel hospitalario
* Promover el abordaje de los factores sociales que alteran el proceso salud enfermedad.
* Propiciar el desarrollo del componente social en los distintos servicios hospitalarios para el logro de una mejor calidad de vida del paciente oncológico
* Integrar los servicios de Trabajo Social a los programas de Instituto Oncológico Nacional, tendientes a elevar el nivel de salud oncológica de la población, mediante la atención integral en los tres niveles intervención.



# Objetivos específicos

* Dar tratamiento social a los pacientes oncológicos hospitalizados y ambulatorios con la finalidad que logren un óptimo grado de funcionamiento físico, emocional y social
* Incorporar a la familia y la comunidad en las acciones de prevención, atención, recuperación y rehabilitación de enfermedad y en acciones que mejoren la calidad del paciente oncológico.
* Interpretar el equipo de salud los factores sociales que inicien el proceso salud- enfermedad.
* Realizar investigaciones para la detección de factores de riesgo social, que permita la adecuación de las políticas y normas y elaboración de proyectos o programas.
* Procurar que la población que acude a los servicios de salud, reciba una atención integral y humanizada.
* Promover la coordinación intra y extra hospitalaria para que se viabilice la solución de los problemas que tiene la población.

# Normas Técnicas

1. La admisión de los casos al servicio de Trabajo Social se hará a través de :
   1. Referencia interna y externa
   2. Demanda espontánea
   3. Captación.
2. El personal de Trabajo Social atiende población asegurada y no asegurada que requiere de nuestra intervención.
3. Los casos sociales admitidos en Trabajo Social se atenderán a través de un registro de citas.
4. El manejo de todo caso social deberá incluir: el estudio del problema social, el diagnóstico social, el plan de tratamiento y la evaluación.
5. A todo caso social se le abrirá una tarjeta de índice, que reposará en el Servicio de Trabajo Social.
6. El trabajador Social debe informar al paciente y sus familiares sobre los procedimientos que se harán para su atención y la responsabilidad que les compete.
7. El seguimiento de los casos sociales se establecerá a través de mecanismos de referencias y contra-referencias.
8. Las referencias de los casos a Trabajo Social deberán ser enviadas a través de formularios o notas que describan la situación social, el diagnóstico social y las recomendaciones.
9. Se elaborarán informes sociales de los casos que así lo ameritan.
10. Se debe formar grupos con fines educativos, terapéuticos, socio-recreativos, de proyección social u otros.
11. El grupo formado por el Trabajador Social deben cumplir las siguientes etapas: recepción, selección formación, organización, integración, evaluación y dedicación.
12. El grupo formado debe seguir un proceso sistemático y tener una duración definida de acuerdo con los objetivos.
13. Las sesiones del grupo serán de acuerdo a las necesidades y tipo de grupo.
14. Todo grupo debe tener una carátula o expediente que incluya: integrantes, tipo de grupo, justificación, antecedentes, objetivos del grupo, objetivos del Trabajador Social y crónica.
15. El trabajador Social asistirá a las actividades educativas que se le asignen.
16. Toda morbilidad social atendida deberá registrarse en el formulario de Registro diario de consulta.
17. Expediente Clínico del paciente bajo tratamiento social, debe registrase la intervención del Trabajador Social con su respectivo diagnóstico.
18. Se movilizará y gestionará los recursos existentes intra-extra institucionales para la solución de los problemas de la población atendida.
19. El Trabajador Social participará como docente en actividades educativas.

# Normas de funcionamiento

1. Asegurar el establecimiento de una relación humanizada del Trabajador Social y personal, de apoyo con las personas que acuden al Servicio en busca de atención y orientación.
2. Conocer la situación causa efecto, mediante el estudio, diagnóstico, plan de acción, ejecución y evaluación, a fin de promover el funcionamiento social del paciente.
3. Movilizar y promover la utilización de los recursos intra-extra institucionales existentes, en beneficio de la población atendida.
4. Participar en los programas de salud interdisciplinarios en la realización de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
5. Promover la participación de la familia, en el tratamiento farmacológico y no farmacológico, en la rehabilitación del paciente.
6. Orientar y capacitar a la población, sobre el uso de los recursos institucionales, que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
7. Evaluar diariamente la problemática social-familiar y sistema de apoyo del paciente, situación de crisis.
8. Realizar entrevistas con pacientes, familiares, y colaterales, interviniendo en la problemática social.
9. Visitar las salas de internación, observando como se dan las relaciones entre los pacientes y sus familiares.
10. Brindar apoyo integral a paciente, que permanecen sin familiares en sala.
11. Atender los pacientes, que acuden a la consulta externa con problemas sociales, que interfieren directa o indirectamente en su condición de salud.
12. Colaborar en asesorías y orientación a la población que se atiende, encaminados a reducir las recaídas, permanencia hospitalaria y la discapacidad que ocasiona la enfermedad.
13. Participar en reuniones grupales, con pacientes de diagnóstico específicos organizando, asesorando, y coordinando actividades educativas, terapéuticas, socio-educativas y de proyección social, que contribuyen a un mejor control médico –social y aceptación de su diagnóstico.
14. Realizar visita domiciliaria, cuando el tratamiento social lo requiera.
15. Orientar a los familiares sobre la importancia de las intervenciones u otros procedimientos a pacientes que rechacen tratamientos médicos.
16. Interpretar al médico, los diagnósticos sociales que pueden repercutir en el estado de salud de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.
17. Realizar investigaciones de los problemas sociales, que afectan el proceso de salud- enfermedad, de los pacientes.
18. Reforzar los principios de equidad, eficiencia, calidez y eficacia, que se da en al atención de los pacientes, para ayudarla a mejorar y/o modificar actitudes y conductas, que afectan la interrelación familiar y su condición de salud.
19. Participar en programas de docencia, para personal de salud, pacientes, familiares, y grupos de la comunidad.
20. Suministrar información técnica al equipo de salud, sobre los roles de Trabajo Social.
21. Participar en las terapias grupales, que se llevan a cabo por los pacientes de los diferentes servicios.
22. Realizar informe social, en los casos que así lo ameriten.
23. Informar a los pacientes y familiares sobre deberes y beneficiarios de los ciudadanos respecto a la salud.
24. Referir a Trabajo Social y/o equipo de salud extra-institucional, los pacientes con egresos que requieran seguimiento de su morbilidad social.
25. Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario, para la rehabilitación social del paciente que egresa del hospital.
26. Promover el mejoramiento técnico profesional del personal de Trabajo Social, con el propósito de garantizar la calidad de atención.
27. Participar con el equipo multidisciplinario, en actividades de docencia e investigación, que se realicen en la institución.
28. Participar en comisiones especiales de trabajo.
29. Coordinar con el equipo de salud de la institución, el traslado de pacientes a otras instalaciones de salud y a instituciones legales.
30. Revisar periódicamente los métodos y procesos de Trabajo Social, que se realizan en la institución.
31. Controlar la disponibilidad y estado de los recursos que se asignan al Servicio de Trabajo Social.
32. Atender situaciones legales que ameriten intervención de autoridades competentes, orientando al paciente y familiares en el proceso.
33. Coordinar con diversas instituciones, la localización de familiares de pacientes, cuando se amerite la presencia de ellos.
34. Realizar trámites de coordinación de pacientes con egresos hacia los hospitales de las diferentes regiones del país.
35. Consignar diariamente la intervención de Trabajo Social, en los expedientes clínicos de todos los pacientes atendidos.
36. Reportar diariamente los informes estadísticos a la Sección de Estadística de la Institución.
37. Presentar programación anual, informes mensuales, semestral al Jefe inmediato y a la Jefatura nivel nacional.
38. Asistir a reuniones de comité, técnicas y administrativas intra - extra institucional.
39. Adecuar los protocolos de atención en la práctica de Trabajo Social.
40. Realizar reuniones de revisión interna del cumplimiento de las normas y estándares de calidad del Servicio de Trabajo Social.
41. Promover la capacitación sistemática del personal, basado en los últimos adelantos técnicos científicos para garantizar la calidad de las acciones realizadas.
42. Elaborar y presentar a la Dirección de Administración y Finanzas, el Anteproyecto de Presupuesto, de acuerdo a las necesidades de bienes y servicios requeridos.
43. Elaborar el Anteproyecto de Recursos Humanos en base a las necesidades de de este recurso y reclasificaciones del personal técnico basado en leyes, acuerdos y escalafones vigentes.
44. Participar en los ajustes del Anteproyecto de Presupuesto de la Institución.
45. Impartir inducción al nuevo personal sobre las actividades, funciones y procesos de trabajo del Servicio de Trabajo Social.
46. Cualquier otra función que se le asigne de acuerdo a la práctica de Trabajo Social.

# Normas de Organización del Servicio

El servicio de Trabajo Social está organizado internamente para el cumplimiento de sus funciones y logro de sus objetivos en áreas multidisciplinarias.

# Relaciones de Coordinación

Intrainstitucionales

El Servicio de Trabajo Social mantiene relaciones directas con todas las unidades administrativas, técnicas y médicas a través de sus Divisiones respectivas.

Extra-institucionales

El Servicio de Trabajo Social mantiene relaciones con unidades homólogas o equivalentes dentro del Sector de Salud, a través de la Dirección extraordinarias de personal adscrito a Trabajo Social.

# Servicio de Nutrición y Dietética

**Nombre de la Unidad: Servicio de Nutrición y Dietética Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad:**

El Servicio de Nutrición y Dietética es una dependencia técnico-administrativa del hospital y tiene la responsabilidad de asegurar una nutrición óptima a las personas que atiende, mediante:

El suministro de una alimentación balanceada. La atención nutricional requerida.

La educación e investigación oportuna.

# Misión, Visión, Valores y Estrategia.

1. **Misión**

Brindar una alimentación ajustada a las necesidades de nuestros usuarios proporcionándole satisfacción total para su recuperación y/o mantenimiento de la salud, a través de un equipo de trabajo multidisciplinario consciente de las necesidades y recursos disponibles en la institución.

# Visión

Mejorar día a día la calidad del servicio hasta lograr la excelencia contando con la formación académica de personal profesional y operativo calificado, comprometido con los objetivos del Servicio de Nutrición y Dietética.

# Valores

Los valores son las reglas que nos ayudan a cumplir con las normas que rigen el Servicio de Nutrición y Dietética:

Atención Humanitaria; con respeto a la dignidad individual. Atención profesional; acorde con los conocimientos actualizados. Responsabilidad; con sus actividades, compañeros y autoridades. Honestidad, aplicando principios éticos.

# Estructura

El Servicio de Nutrición y Dietética, es una dependencia técnico-administrativa, que se encuentra integrada dentro de los Servicios de Apoyo y jerárquicamente está subordinada a la Dirección de Atención Medica y a la Dirección General del Instituto Oncológico Nacional.

El Servicio de Nutrición y Dietética es dirigido por un Nutricionista-Dietista idóneo según Ley N° 12 del 11 de agosto de 1983, por la cual se establece y reglamenta el Programa para la Carrera de Nutricionista-Dietista en la República de Panamá. Escalafón. Este profesional además, debe mantenerse actualizado en aspectos gerenciales.

El servicio está constituido por las siguientes áreas: Área de Alimentación

Área de Nutrición Clínica

Área de Docencia e Investigación

Dentro de esta estructura se cumplen funciones técnicas y administrativas.

Las funciones técnicas se desarrollan en las áreas de nutrición clínica, docencia, investigación y asesoría. Las funciones administrativas incluye la planificación, organización, integración de personal, dirección, supervisión, asesoría y evaluación, que se realizan en todas las áreas.

# Área de Alimentación:

Es el área responsable de recibir, almacenar, producir, y distribuir la alimentación a pacientes y usuarios autorizados en la institución.

# Área de Nutrición Clínica:

Es el manejo de la atención nutricional del paciente hospitalizado y ambulatorio que se realiza a través de:

1. Interpretación de la prescripción médica
2. Revisión, análisis y recomendaciones escritas en la historia clínica del paciente
3. Evaluación nutricional
4. Orientación especializada según fisiopatología del paciente
5. Educación nutricional grupal e individual.
6. Participación con el equipo interdisciplinario en la visita diaria al paciente hospitalizado
7. Participación en el grupo de soporte nutricional, bioseguridad, desechos sólidos hospitalarios y comité de infecciones nosocomiales.

El área de Nutrición Clínica está constituida por las siguientes secciones: Atención nutricional a pacientes hospitalizados

Laboratorio de fórmulas enterales

Atención nutricional ambulatoria (consulta externa).

# Área de Docencia e Investigación:

Se responsabiliza de la educación alimentaría nutricional y de coordinar los trabajos de investigación, bien sean de responsabilidad total del Servicio de Nutrición y Dietética o compartidos con otras dependencias internas y externas de la institución.

# Atribuciones Generales

1. Proporcionar una alimentación de óptima calidad a pacientes y usuarios de la institución mediante la aplicación del Sistema de Control de Calidad y Normas de Buenas Prácticas de Manufactura, ajustada a los recursos financieros asignados.
2. Programar el menú de dietas normales y especiales, atendiendo los principios de la nutrición adecuada y de las prescripciones médicas.
3. Uniformar y mantener actualizadas las dietas en uso en el Hospital
4. Desarrollar programas de orientación dietética y educación en el servicio
5. Desarrollar y participar en los programas de investigación pertinentes
6. Definir y proveer los recursos humanos y materiales necesarios para desarrollar los programas diarios, mensuales y anuales de trabajo
7. Desarrollar y aplicar un sistema de evaluación del desempeño del personal a su cargo en colaboración con el Servicio de Recursos humanos
8. Asegurar la supervisión técnica durante el periodo de funcionamiento del servicio
9. Aplicar los instrumentos necesarios para evaluar la relación producto / servicio.
10. Realizar monitoreo de calidad en muestras aleatorias de pacientes como mínimo dos veces al año. La muestra debe ser un 20% del total de ocupación.
11. Participar en la Elaboración de las Normas y Procedimientos como miembro del grupo de soporte nutricional
12. Participar en las visitas a pacientes en sala con el equipo interdisciplinario.

# Recibo, almacenamiento, preparación y distribución de los alimentos

1. Programar y realizar la previsión, requerimiento, recibo y almacenamiento de los productos alimenticios y los materiales necesarios para el Servicio
2. Mantener y controlar el depósito de productos alimenticios y materiales que permita sostener la continuidad del servicio
3. Solicitar los productos alimenticios necesarios para el cumplimiento de la programación diaria del menú de dietas normales y especiales
4. Ejecutar la preparación previa, la cocción y el cálculo de raciones de alimentos destinados a las dietas
5. Controlar y supervisar la distribución de comidas para el personal y familiares que acudan a la cafetería
6. Realizar el control e higiene del material, equipamiento y área de trabajo
7. Mantener registros de consumo de los productos alimenticios y los materiales, así como del número de comidas distribuidas

# Mediante la terapia dietética

1. Asegurar la atención de las prescripciones médicas, proporcionando dietas normales, y especiales a los pacientes internados
2. Realizar el pedido, distribución y verificación de la aceptación de comidas a pacientes internados
3. Ofrecer orientación y/o educación alimentaría a pacientes internados y/o ambulatorios
4. Mantener el sistema de registros propios del servicio y los que se soliciten a través del Sistema de Información o del Servicio de Registros Médicos y Estadísticas
5. Realizar el control de la higiene del material, equipamiento y áreas físicas de trabajo
6. Mantener un sistema de evaluación de la asistencia dietética prestada a los pacientes

# Administrativas generales

1. Recibir, registrar, distribuir y despachar la documentación en general del Servicio
2. Mantener actualizados y en orden, los archivos del Servicio
3. Abastecer de material de oficina e impresos necesarios para el desarrollo de los programas de trabajo
4. Controlar los materiales y el equipamiento del área
5. Preparar y rendir los informes que sean solicitado por las autoridades administrativas o médicas de la Institución.

# Área física

El servicio de Nutrición debe contar con una planta física adecuada, con diseños que incluyan las siguientes áreas y considerar lo normado en el Manual de Buenas Prácticas de Manufacturas y de los Procedimientos Operativos Estándar de Saneamiento en los Servicios de Alimentación de los hospitales:

Recepción

Almacenamiento de alimentos perecederos y no perecederos Despensa

Preparación previa separando: carnes, verduras, vegetales y frutas Preparación final

Distribución de alimentos Disposición de desechos sólidos

Sección de lavado de vajillas y utensilios en general Lavado de carros termos

Área de descanso para el personal

Vestidores para el personal con sus servicios sanitarios fuera del área de producción y distribución de la alimentación.

Cafetería

Oficina para el nutricionista jefe, secretaria, oficina para nutricionistas de cada área, área física para la Atención del paciente de la Consulta Externa, oficina para la supervisora y Asistente de Dietética

Depósito para útiles de limpieza, de desinfectantes Área para el lavado de útiles de limpieza Laboratorio de Fórmulas Enterales

Sala de reuniones

Área de recepción y pesaje de los alimentos.

# Planta física del área de Fórmulas Enterales

La ubicación del Laboratorio de Fórmulas Enterales forma parte de la estructura física del Servicio de Nutrición y Dietética. Debe estar lo más cercano posible a éste o dentro del mismo. Debe estar alejado de áreas contaminadas y en lugar estratégico que facilite la distribución a las diferentes salas.

Las dimensiones del laboratorio de fórmulas dependerán del número de fórmulas que se preparen.

Especificaciones del área física:

* Se requieren paredes lisas, fácilmente lavables
* El área total debe tener temperatura adecuada y el área de preparación debe de contar con su propio acondicionador de aire, que debe ser independiente del resto del hospital.
* La iluminación debe ser de luz fluorescente o natural suficiente.
* Debe contar con un abastecimiento de agua caliente y fría.
* Debe contarse con lavamanos con llave de cuello de ganso y dispensador de producto germicida especial para lavado de manos.
* Debe habilitarse un cuarto de vestir exclusivo para el personal de esta área.
* Se requiere de escritorio y el espacio físico para elaboración de informes.
* Dentro del equipo se requiere: estanterías de acero inoxidable, nevera, licuadora, balanzas
* Los utensilios deben ser de acero inoxidable o material transparente resistentes al calor y sin ranuras.

# Profesionales que actúan en la Unidad

Se requerirá del siguiente personal tanto profesional como técnico y operativo, que cumple cada uno con el perfil que se requiere para el cargo y funciones:

# Recurso Humano: Personal profesional

Nutricionista-Dietista Jefe

Nutricionista-Dietista por Área de Atención (Alimentación, Clínica, Docencia e Investigación)

# Personal Operativo:

Un supervisor

Dos Asistente de Dietética Cocineros

Ayudantes de cocina Trabajadores Manuales Aseadores Despenseros

Secretaria

# Perfil del cargo

**Nutricionista –Dietista Jefe de la unidad**

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de dirección ejecutiva que consiste en establecer normas y directivas técnicas y administrativas, planificar programas de trabajo, supervisar su ejecución y evaluar los resultados obtenidos.

# Tareas Típicas:

1. Programar y establecer las normas y directivas técnico-administrativas de acuerdo con la Dirección del Hospital.
2. Estudiar, coordinar y dirigir métodos uniformes de trabajo.
3. Planificar, coordinar y controlar la ejecución de los programas de trabajo del Servicio.
4. Proponer y administrar la planta del personal del Servicio.
5. Orientar y colaborar en los programas de enseñanza y educación el servicio.
6. Estudiar la provisión de productos alimenticios y materiales necesarios para el desarrollo de las actividades del servicio.
7. Controlar el material y equipamiento del Servicio.
8. Promover la uniformidad de dietas y menús elaborados.
9. Controlar la cantidad y calidad de las dietas preparadas.
10. Solicitar análisis bacteriológicos y bromatológicos de los alimentos.
11. Orientar, supervisar y evaluar los cuidados dietéticos que se dispensan al paciente.
12. Mantener una conexión funcional con las demás áreas del hospital.
13. Representar al Servicio, interna y externamente, cuando se lo requiera.
14. Convocar y presidir reuniones con sus subordinados.
15. Cooperar con las instituciones de enseñanza e investigación en lo que atañe a Nutrición y Dietética.
16. Presentar informes periódicos de las actividades del Servicio.
17. Evaluar los programas de trabajo y el desempeño del personal del Servicio.
18. Cumplir y hacer cumplir las órdenes del Servicio y reglamentos del hospital.
19. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Diploma de licenciatura en Nutrición y Dietética

Idoneidad Profesional, conferida por el Consejo Técnico de Salud.

Experiencia profesional, como mínimo, de cinco años en el ámbito hospitalario, para la jefatura Experiencia mínima de tres años como Nutricionista Dietista en el área hospitalaria para otros cargos.

# Forma de Contratación:

Por Concurso, según lo estipula la Ley 12 del 11 de agosto de 1983, que regula la profesión de Nutricionista Dietista.

# Nutricionista

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución profesional que consiste en planificar y formular dietas y el menú; supervisar y orientar la preparación , distribución y aceptación de las dietas, y evaluar los resultados obtenidos, colaborar en programas de Educación Alimentaria y en programas de investigación.

# Tareas Típicas:

1. Planificar el menú y formular dietas normales, especiales y de alimentación infantil.
2. Hacer la previsión del consumo periódico de productos alimenticios y materiales.
3. Supervisar el recibo y almacenamiento de productos alimenticios y materiales adquiridos.
4. Orientar y supervisar la preparación, cocción y distribución de las dietas.
5. Calcular la producción de alimentos, de acuerdo a las estadísticas de pacientes, y al tipo de dietas normales y especiales.
6. Cumplir y hacer cumplir las prescripciones médicas referentes a las dietas.
7. Entrevistar y orientar a pacientes y familiares en aspectos alimentario-nutricional, según patología
8. Constatar la tolerancia de las dietas, para mejorar ingesta.
9. Participar en las visitas médicas a los pacientes.
10. Proceder a la orientación dietética y a la educación alimentaria para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.
11. Evaluar los resultados dietético-terapéuticos.
12. Participar en equipos multiprofesionales en la atención de pacientes internados y ambulatorios.
13. Colaborar en la ejecución y actualización del manual de dietas del hospital.
14. Velar por el cumplimiento en el mantenimiento y reposición de material y equipamiento.
15. Velar por la limpieza, orden y control del material, equipamiento y áreas de trabajo.
16. Participar en reuniones técnico-administrativas.
17. Remitir un informe de las actividades.
18. Cumplir con órdenes del Servicio y reglamentos del hospital.
19. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Diploma de Licenciatura de Nutricionista Dietista

Idoneidad Profesional, conferida por el Consejo Técnico de Salud

# Forma de Contratación:

Por concurso según lo estipula la Ley 12 del 11 de agosto de 1983, que regula la profesión de Nutricionista Dietista

# Asistente de dietética

**Naturaleza del Trabajo**: Trabajo de ejecución de nivel medio que consiste en solicitar, cotejar y controlar el inventario de productos alimenticios y materiales. Colaborar con el nutricionista en la aceptación de la dieta del paciente. Preparar la identificación de dietas, controlar la higiene y manipulación de los alimentos y la preparación de bandejas con la dieta de los pacientes.

# Tareas Típicas:

1. Apoyar, recibir, cotejar y controlar los inventarios de productos alimenticios y materiales del Servicio.
2. Elaborar cuadros de consumo diario de productos alimenticios.
3. Mantener actualizado el fichero de control del inventario de productos alimenticios.
4. Orientar al cocinero de dietas, en la preparación de recetas para dietas especiales.
5. Apoyar en la aplicación de encuestas de aceptación y rechazo de la dieta hospitalaria.
6. Verificar la preparación y distribución de las dietas a nivel de cada sala de hospitalización con las comidas, y de los carritos de transporte de esas bandejas.
7. Colaborar con el nutricionista en la administración del área de trabajo.
8. Velar por el mantenimiento de la limpieza, orden y control del material, equipamiento, instalaciones y áreas de trabajo.
9. Participar en los programas de enseñanza y capacitación.
10. Cumplir órdenes del Servicio y reglamentos del hospital.
11. Supervisar el cumplimiento de las normas de higiene y manipulación de alimentos
12. Revisar la asistencia del personal, el uniforme, la vigencia de los carné de salud y desempañar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Bachillerato completo, preferiblemente en Educación para el Hogar. Experiencia de por lo menos un año en cocina institucional

**Forma de Contratación**: Prueba de selección.

# Cocinero

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución operativa que consiste en la preparación previa y cocción de los alimentos mediante técnicas correctas, con el objeto de que resulten apropiados para el consumo.

# Tareas Típicas:

1. Verificar el menú de dietas normales y/o especiales que se deben preparar.
2. Elaborar la solicitud de insumos de acuerdo al menú del día y de las dietas
3. Recibir productos alimenticios necesarios para la confección de los platos, responsabilizándose por ellos.
4. Ejecutar la preparación previa de los alimentos.
5. Proceder a la cocción de los alimentos destinados a las dietas normales y especiales.
6. Colaborar con el nutricionista en la elaboración de recetas culinarias.
7. Ejecutar la cocción de alimentos destinados a tests y programas de capacitación.
8. Enviar al área de distribución los alimentos necesarios para el servicio de cafetería y de las dietas corrientes y/o especiales
9. Notificar al nutricionista sobre la necesidad de arreglos, reparaciones y sustitución de material, equipamiento e instalaciones.
10. Proceder a la limpieza y mantener el orden y control del material, equipamiento y área de trabajo.
11. Participar en programas de enseñanza y capacitación.
12. Cumplir con las órdenes del Servicio y reglamentos del hospital.
13. Mantener su carné de Manipulador de Alimentos y de Salud vigentes
14. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Certificado de Estudios primarios completos. Experiencia mínima de dos años

Curso de cocinero o práctica en la función.

**Forma de Contratación:** Prueba de selección.

# Secretaria

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de ejecución operativa que consiste en preparar el expediente y mantener actualizados los archivos, fichero y estadísticas del Servicio.

# Tareas Típicas:

1. Preparar, anotar y encaminar el expediente del Servicio.
2. Ejecutar trabajos en computadora.
3. Mantener el archivo actualizado y completo.
4. Mantener actualizado el fichero de la vida funcional del personal del Servicio.
5. Elaborar el informe estadístico de las actividades del Servicio, de acuerdo a los datos remitidos por el Nutricionista.
6. Cotejar y encaminar facturas con sellado fiscal de los productos alimenticios, y mantener actualizada la lista de precios.
7. Informar y orientar a las personas que se dirigen a la secretaría para resolver problemas relativos al Servicio.
8. Cooperar en la capacitación de personal y en el aprendizaje en general.
9. Mantener conexión con los demás servicios del hospital.
10. Solicitar material de oficina e impresos utilizados por el Servicio.
11. Mantener el control del material de oficina e impresos.
12. Velar por la conservación y mantenimiento de equipamientos, e instalación del área de trabajo.
13. Cumplir con las órdenes del Servicio y reglamento del hospital.
14. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

Certificado de Estudios primarios completos. Bachiller en Comercio o afines.

**Forma de Contratación:** Prueba de selección.

# Trabajador manual

**Naturaleza del trabajo:** Trabajo de tipo operativo y de Ayudante en el área de recepción, preparación y distribución a pacientes y en la Cafetería.

# Tareas típicas

1. **En la Cocina y distribución**
   1. Revisar su plan de trabajo diario
   2. Apoyar en la preparación de las dietas de pacientes.
   3. Servir y distribuir las dietas a pacientes en cada sala.
   4. Prepara las fórmulas enterales, y llevar a sala.
   5. Limpiar su área de trabajo y equipo.
   6. Mantener su carne de salud vigente.
   7. Participar en cursos de capacitación.
   8. Realizar turnos rotativos de acuerdo a la distribución
   9. Otras actividades según necesidades del servicio.

# En la Cafetería:

* 1. Revisar su plan de trabajo
  2. Apoyar en el servicio de comidas y preparaciones especiales.
  3. Servir las comidas, preparar refrescos, pastelería, bebidas calientes, emparedados según la necesidad del cliente.
  4. Mantener surtida la cafetería tanto en alimentos como en material desechable y otros utensilios.
  5. Limpiar su área de trabajo y equipo.
  6. Mantener su carne de salud vigente.
  7. Participar en cursos de capacitación
  8. Otras actividades según necesidades del servicio.

# Aseo

* 1. Revisar su plan de trabajo
  2. Limpiar el área de trabajo (cocina, cafetería, cuartos fríos, oficinas y equipo).
  3. Llevar la basura a su lugar destinado
  4. Colaborar en el retiro de útiles e insumos del almacén general
  5. Mantener su carne de salud vigente.
  6. Participar en cursos de capacitación.
  7. Trabajar turnos rotativos.
  8. Otras actividades según necesidades del servicio.

**Condiciones que debe reunir** Educación primaria completa Edad entre 20 a 35 años Certificado de salud

**Forma de contratación:** Por prueba de selección

# Procedimientos

**Almacenamiento de productos Alimenticios Semiempacados Consideraciones Preliminares**

Uno de los requisitos importantes de la práctica de un buen almacenamiento es no guardar más de lo esencial para asegurar las necesidades por un período limitado. La organización y el arreglo metódico del almacenamiento son muy importantes para lograr una operación eficaz en términos de ahorro de tiempo, movimientos y, por consiguiente, también de costos.

# Objetivos

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Disponer los productos alimenticios de una manera correcta para evitar pérdidas.
* Tener fácil acceso a los productos alimenticios que se utilizarán y/o serán inventariados.



# Materiales y Equipos

* Carrito de transporte
* Productos alimenticios
* Alacenas
* Tarimas de plástico resistente
* Cuartos fríos
* Neveras
* Congeladores
* Pesas



# Orientación

1. Transporte los alimentos del área de recepción a la de almacenamiento (despensa) en carritos de transporte.
2. Disponga los alimentos en el área de almacenamiento de acuerdo al tipo de producto.
3. Coloque los productos en orden alfabético, de acuerdo al grupo -envasados o en cajas;
4. Coloque los productos según orden de llegada y fecha de expiración.
5. Ordene los productos en la despensa , con el rótulo hacia adelante;
6. Coloque las cajas en forma cruzadas para favorecer la ventilación;
7. Las latas y cajas se deberán colocar de manera que no exista posibilidad de que se caigan;
8. Coloque las bolsas en forma cruzada, sobre tarimas de madera móviles, a 4 ó 5 cm del suelo.
9. Es conveniente rotular las partidas para evitar el deterioro. Seguir el sistema: primero en entrar, primero en salir.

# Preparación de Bandejas para las Comidas del Paciente

**Consideraciones Preliminares**

* + Una dieta equilibrada y adecuada a cada estado patológico constituye uno de los más importantes factores para el restablecimiento del individuo enfermo.
  + Para la correcta preparación de las bandejas de las comidas se necesitan nociones elementales de alimentación normal, de dietoterapia y de la nomenclatura utilizada.
  + El estímulo visual influye directamente en el mecanismo regulador del apetito: por lo tanto, al preparar la bandeja, es necesario observar cómo se presentan y se sirven los alimentos.

# Objetivos

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Conocer la importancia de una dieta correcta y bien presentada, como coadyuvante del tratamiento del paciente;
* Conocer las dietas habituales;
* Relacionar el material necesario;
* Preparar la bandeja con arreglo a la comida.

# Materiales y Equipos

* Carritos para transportar y distribuir las comidas.
* Baños marías
* Utensilios y vajilla acondicionados en carritos de transporte.
* Alimentos acondicionados en recipientes, en los carritos de transporte.
* Tarjetas de identificación de las dietas.

# Orientación

1. **Desayuno**
   1. Prepare el carrito de trasporte y lávese las manos.
   2. Identifique cada plato (fiambreras con divisiones):
      1. Servilleta.
      2. Cubiertos necesarios.
   3. Según la dieta, coloque los alimentos que corresponden a cada dieta (panes, queso, huevos, frutas, etc.).
   4. Acomode las bandejas así preparadas en el carrito de trasporte.
   5. Acondicione los líquidos (té, café, leche, etc.) bien calientes en recipientes apropiados y colóquelos en el carrito de transporte.
   6. Los alimentos y utensilios apropiados varían según la dieta.

# Almuerzo y Cena

* 1. Prepare el carrito de transporte y lávese las manos.
  2. Coloque las fiambreras sobre la mesa.
  3. Coloque sobre, cada fiambrera su identificación con pluma azul, roja o negra:
  4. Según la dieta, coloque los alimentos que le corresponden en la fiambrera.
  5. Llevar los líquidos que se requieran dentro del carro transportador
  6. Llevar los cubiertos desechables, según tipo de dieta.
  7. Acondicione el jugo o los líquidos en recipientes apropiados y colóquelos en el carrito de transporte.
  8. Los alimentos y utensilios apropiados varían según la dieta.

# Distribución de Dietas por Sondas Consideraciones Preliminares

Las dietas por sonda requieren cuidados especiales en su composición, preparación y manipulación. Se las utiliza cuando el paciente es incapaz de alimentarse como consecuencia de cirugías, traumatismos, estados de inconciencia, etc.

La introducción de la dieta se hace a través de gastronomía, yeyunostomía o sonda nasogástrica.

# Objetivos

Después de practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Preparar cada formula según indicación escrita.
* Identificar los envases de cada paciente.
* Distribuir las dietas por sonda de manera correcta.



# Materiales

Utensilios y equipo apropiado. Etiquetas engomadas para identificación Bolígrafos

# La formula de las dietas administradas por gastrostomia, yeyunostomia o sonda nasogástrica varían de acuerdo a la necesidad especifica de cada paciente

**Orientación**

Prepare el Área - Lávese las Manos

Para la preparación de fórmulas enterales, cuyo producto es en polvo:

1. Mida el volumen de agua requerido según se le ha indicado.
2. Disuelva la fórmula por paciente, solamente la indicada para el horario solicitado.
3. Identifique cada envase con el nombre del paciente, fecha y sala de la fórmula preparada.
4. Lleve a la sala y entregue a la enfermera.
5. Si el paciente tiene fórmula enteral lista para usar identifique cada lata con nombre y cama del paciente. Entregue a la enfermera de la sala.

# Mantenga la fórmula refrigerada

**Utilice utensilios en perfectas condiciones de higiene**

**Distribución de dietas a pacientes en cada sala de hospitalización**

1. En el listado de pacientes de cada sala, aparece el nombre del paciente, si es asegurado o no y tipo de dieta prescrito por el médico.
2. El listado es retirado por un funcionario del servicio de nutrición diariamente, antes de las

6.00 AM

1. El listado es revisado y se contabilizan los diferentes tipos de dietas.
2. Se hacen las preparaciones según el menú estipulado para cada tiempo de comida.
3. Se sirven las dietas y se llevan en los carros transportadores.
4. Los pacientes que ingresen luego de confeccionado el listado, enfermería debe enviar la volante estipulada con todas las especificaciones que requiere según dieta prescrita.
5. El horario de comida para los pacientes es de:

**DESAYUNO**: 7:00 AM a 9:00 AM

**ALMUERZO:** 11:30 AM a 2:00 PM

**CENA:** 4:30 PM a 5:00 PM

# Uso de los servicios de Cafetería

Es un servicio sin ánimo de lucro, que tiene como objetivo brindar una alimentación adecuada a un costo mínimo al personal que labora en la institución y familiares de pacientes hospitalizados.

El horario de atención es de 6:30 AM a 2:30 PM Se brinda desayuno y almuerzo

El horario del almuerzo es a partir de las 11:30 AM

# Servicio de Farmacia

**Nombre de la Unidad: Servicio de Farmacia Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad:** La farmacia del Instituto Oncológico Nacional presta servicios en un horario de trabajo 7:00 AM a 3:00 PM (y de 9:00 AM a 5:00 PM por necesidad del servicio); al cumplimiento de los turnos sabatino y otros turnos, a la responsabilidad directa del farmacéutico sobre las labores de los asistentes de farmacia, y a la distribución de medicamentos de uso quimioterapéuticos y de especialidades conexas. Además de la asistencia social.

**Estructura o posición:** El Servicio de Farmacia se encuentra funcionalmente en los Servicios de Apoyo y por ende bajo la jerarquía de la Dirección de Atención. Mantiene estrecha coordinación con los Servicios Administrativos y con los demás servicios de Atención a los cuales apoya.

# Atribuciones

1. Atención de las recetas de pacientes hospitalizados y ambulatorios, así como a particulares con respecto a medicamentos de uso quimioterapéutico y de sus especialidades conexas
2. Preparación y distribución de los medicamentos requeridos en las diferentas unidades de atención, especialmente los utilizados durtante los tratamientos de quimioterapia.
3. Venta de medicamentos
4. Asistencia social
5. Reubicación de medicamentos donados (redistribución cuando sea necesario)
6. Préstamos con otras instituciones hospitalarias-estatales
7. Realizar los Inventarios necesario
8. Solicitar la compra de los medicamentos e insumos necesarios para la marcha adecuada del Servicio
9. Participar en la definición de las especificaciones para las Licitaciones de compras de medicamentos e insumos necesarios

# Área física: Caracterización/Elementos:

La Farmacia se encuentra situada en el 1° piso del Edificio Principal de la Institución, Cuenta también con Depósito para artículos farmacéuticos y materiales médico – quirúrgico en diferentes sitios del Edificio Principal y en el 242

# Profesionales que actúan en la Unidad:

* + Jefe del Servicio
  + Farmacéuticos
  + Técnicos o asistentes de farmacia
  + Secretaria
  + Trabajadores manuales

# Perfil del cargo

**Farmacéutico Jefe del Servicio**

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de administración superior consistente en organizar, coordinar, planificar y controlar todas las actividades desarrolladas en el Servicio de Farmacia.

# Tareas Típicas:

1. Planificar, organizar y supervisar las actividades en la Farmacia hospitalaria de acuerdo con las características del hospital, el ejercicio modelo de la profesión y la legislación vigente.
2. Colaborar con el Cuerpo Clínico informando sobre medicamentos, surgiendo similares sustitutos de la medicación que falte y opinando sobre sus ventajas y desventajas.
3. Colaborar con el Departamento de Enfermería en el adecuado desempeño de sus funciones, promoviendo reuniones periódicas, con la finalidad de establecer metas de trabajo para una mejor atención de los pacientes.
4. Definir la cantidad y calidad de los medicamentos que deben permanecer en el stock.
5. Mantener un stock de medicamentos imprescindible para la atención inmediata.
6. Verificar y firmar el registro del recetario médico, cuadros mensuales, trimestrales y anuales relacionados con psicotrópicos y productos que determinen adicción física y/o psíquica con arreglo a la legislación vigente.
7. Verificar y aprobar la planilla de servicio, turnos y vacaciones.
8. Informar sobre papeles y procedimientos.
9. Comunicar a la Dirección del hospital las faltas y fallas detectadas para que adopten las medidas pertinentes.
10. Ser miembro efectivo de la Comisión de Farmacología que elabora y mantiene actualizada la Lista de Medicamentos del Hospital.
11. Formar parte de la comisión de enfermedades nosocomiales y de bioseguridad

# Condiciones que de Reunir:

* Licenciatura en Farmacia o Farmacia y Bioquímica.
* Curso de Especialización en Administración Hospitalaria.
* Registro en el Consejo Regional de Farmacia.
* Experiencia mínima necesaria: 3 años en farmacia hospitalaria.

**Forma de Contratación**: Por concurso o prueba de selección.

# Farmacéutico

**Naturaleza del Trabajo:** trabajo operativo profesional que consiste en prestar ayuda al farmacéutico jefe en la orientación y supervisión del servicio de farmacia, así como ejercer el control técnico y administrativo en ausencia o impedimento de su superior.

# Tareas Típicas:

1. La revisión de expedientes se realizará dos veces al día, en la mañana y en la tarde.
2. Debe conocer las ordenes nuevas, informará al Médico tratante de los medicamentos agotados, de las ordenes no cumplidas por falta de receta para realizar la labor de fármaco- vigilancia, vigilar las reacciones del paciente, las dosis inadecuadas, las ordenes con más de ocho días de antibióticos y otros.
3. Debe conocer si ha habido admisiones de pacientes nuevos, si ha habido variaciones en las ordenes médicas, omisiones, ordenes STAT por parte del médico funcionario y poder cumplirlas.
4. Cada farmacéutico deberá llenar un perfil fármaco terapéutico de cada paciente, llevando un control de aquellos con hiperalimentación, quimioterapia, venoclisis y antibioticoterapia, con la finalidad de hacer un análisis retrospectivo y prospectivo de la medicación.
5. Aunque no despache narcóticos, deberá conocer e informar de pacientes con órdenes nuevas de analgésicos narcóticos y psicotrópicos, ausencia o no de receta, labor ésta que realizará como responsable de los pacientes de su sala respectiva. El informe deberá ser suministrado al farmacéutico regente por escrito. los pacientes con antibióticos o con antibioticoterapia se les llevará una revisión muy persistente, analizando exámenes de laboratorio, si los hay; la hoja de temperatura, la nota devolución del médico, con el objeto de controlar aquellos antibióticos específicos a un microorganismo en especial a quien lo necesite.
6. Los jueves de cada semana se realizará una labor de docencia para los farmacéuticos, la cual será de carácter obligatorio.
7. Deberá informar al personal médico de la sala en que esté a cargo, sobre medicamentos agotados, alternativas, medicamentos nuevos, cuando sea necesario.
8. Deberá informar al asistente de sala de los medicamentos que se requiera para cumplir las órdenes médicas y deberá revisar todos los medicamentos que salen de la farmacia.
9. En la ausencia de uno de los farmacéuticos de sala, otro quedará encargado inmediatamente de las responsabilidades de las salas.
10. Debido a la necesidad de mantener y mejorar nuestra labor dentro de la Institución, la cual está dirigida a:
    1. la dispensación del medicamento al paciente,
    2. el despacho de material quirúrgico a salas y servicios,
    3. la atención al paciente ambulatorio y la asesoría al personal de salud;
11. es deber del Farmacéutico, cuando no esté el asistente, encargarse del despacho de recetas y la revisión de las mismas.

# Condiciones que debe reunir:

* Diploma del Curso superior de Farmacia, o Farmacia y Bioquímica.
* Registro en el Consejo Regional de Farmacia.
* Curso de Administración Hospitalaria
* Experiencia mínima necesaria: 2 años en farmacia hospitalaria.

**Forma de Contratación:** Por concurso o prueba de selección.

# Técnico o Asistente de Farmacia

**Naturaleza del Trabajo:** trabajo de supervisión profesional que consiste en prestar ayuda al farmacéutico jefe en orientación y supervisión del servicio de farmacia, así como ejercer el control técnico y administrativo en ausencia o impedimento de su superior.

# Tareas Típicas:

1. Recibe y despacha recetas de medicamentos de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
2. Mantiene el recetario y banco de medicamentos, y de material médico quirúrgico.
3. Participa en la recepción, rotulado (envase y etiqueta), y entrega de medicamentos.
4. Despacha pedidos internos de medicamentos y materia médico quirúrgico, desde el depósito de la farmacia hacia las salas o recetario.
5. Se encarga de la limpieza del área y equipo de trabajo.
6. Informa sobre medicamentos y material médico - quirúrgico agotados y por agotarse.
7. Verifica fecha de vencimiento de los medicamentos y material médico - quirúrgico.
8. Recibe y verifica los pedidos mensuales y urgentes del depósito central de medicamentos, de otras farmacias y compras por la Institución.
9. Colabora con el farmacéutico en la confección de pedidos a las salas.
10. Pesa, mezcla y empaca bajo la supervisión del farmacéutico.
11. Asiste en las funciones de recibo, almacenaje y despacho de materia prima, medicamentos y material médico-quirúrgico.
12. Realiza tareas afines que le sean asignadas, según la naturaleza del cargo, (colabora en la confección de los informes).

# Condiciones que debe reunir:

* + Diploma del Curso superior de Farmacia, o Farmacia
  + y Bioquímica.
  + Registro en el Consejo Regional de Farmacia.
  + Curso de Especialización en Administración Hospitalaria
  + Experiencia mínima necesaria: 2 años en farmacia hospitalaria.

**Forma de Contratación:** Por concurso o prueba de selección.

# Rutinas

**Provisión de Productos Controlados a Pacientes Internados**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Enfermería | Registrar los recetarios de los medicamentos que serán solicitados |
| Secretario de sala | Entregar en el Servicio de Farmacia los pedidos y las notificaciones de recetas debidamente completados y firmados. |
| Auxiliar de Farmacia | 1. Coteja los pedidos conjuntamente con las notificaciones de la receta. 2. En el caso de medicamentos inyectables: exigir la ampolla vacía. 3. Coteja el registro y lo firma. 4. Registra el horario de entrada de los pedidos en todas las copias. 5. Remite a Contabilidad el original y duplicado de las solicitudes. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Remite el triplicado y cuadruplicado de las solicitudes, junto con las notificaciones de recetas a la Sección de Productos Controlados. 2. Hace un nuevo control de las solicitudes con la notificación de la receta. 3. Realiza la separación de los medicamentos solicitados. 4. Efectúa el registro de las notificaciones de receta en el Libro de Registro General. 5. Realiza el registro de las notificaciones de recetas en los libros de registro y fichas específicas.   **11.** Coteja el stock actual con los libros de Fichas de Control. |
| Farmacia | Registra todos lo medicamentos solicitados para la respectiva Unidad de Enfermería.  Procede a la entrega de los medicamentos solicitados a las Unidades de Enfermería. |
| Enfermería a Cargo de la Unidad | Recibe, coteja y firma el registro |

# Solicitud de Compra de Medicamentos

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Farmacia | Calcula el consumo de los últimos tres meses de cada medicamento |
| Encargado del Kardex | Basándose en el consumo mensual promedio, calcula el "punto de pedido", verificando de inmediato la necesidad de compra del medicamento.  Entrega el medicamento al farmacéutico. |
| Farmacéutico Responsable | Coteja los cálculos y aperturas. |
| Secretario del Sector de Expedición | Mecanografía el formulario específico para solicitud de provisión, en original y duplicado, y lo entrega al farmacéutico responsable. |
| Farmacéutico Responsable | Coteja y firma el formulario de pedido de provisión del medicamento y lo devuelve al secretario. |
| Secretario | Registra el pedido de provisión del medicamento. Remite el original del pedido a Compras.  Archiva el duplicado en la respectiva carpeta. |

**Recepción de Medicamentos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Asistente de Farmacia | 1. Recibe los medicamentos y productos afines con la respectiva factura y sellado fiscal. Coteja la mencionada factura con el pedido. 2. Verifica la razón social, la cantidad, precio y condiciones de pago. 3. Controla los medicamentos y productos afines entregados con la factura en el momento de   recibirlos.   1. Si hubiera diferencia: devuelve todos los productos al proveedor. 2. Comprueba las cantidades y plazos de vencimiento. 3. En el caso de productos que tengan plazo de vencimiento inferior a 6 meses, los devuelve al proveedor. 4. Firma el talón de la izquierda de la factura y lo devuelve al portador. 5. Sella el reverso de la factura con el sello fiscal la fecha y firma. 6. Entrega la Factura fiscal al encargado del Kardex. |

# Incorporación de los Medicamentos Recibidos en el Stock

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Encargado del Kardex | Transcribe la factura con sello fiscal en borrador, en el informe de entrada de mercancía.  Discrimina el número de orden de la provisión.  Nombre del proveedor, número de la factura con sello fiscal, nombre del medicamento, precio unitario y precio total. |
| Farmacéutico Jefe | Coteja todos los datos del borrador del informe con la respectiva factura fiscal. Remite el borrador del informe a la Secretaría. |
| Secretario del Sector / Mesa de Entradas | Mecanografía el formulario específico por cuadriculado.  Remite el informe mecanografiado al Farmacéutico Jefe. |
| Farmacéutico Jefe | Revisa y remite el informe cotejado y firmado al secretario de Mesa de Entradas. |
| Secretario del Sector / Mesa de Entradas | Registra el informe de entrada de mercancía.  Envía el original y dos copias junto con la factura del Sector Compras.  Archiva la tercera copia del informe en la carpeta correspondiente. |
| Farmacia / Encargado del Kardex | Realiza los asientos de entrada de los medicamentos en las fichas de control de stock. |
| Auxiliar de Farmacia | Efectúa el almacenaje de los medicamentos. |

**Procedimientos**

**Control de las existencias Consideraciones Preliminares:**

El control de las existencias es el acto administrativo que consiste en efectuar todas las entradas y salidas de medicamentos y productos almacenados en el Servicio de Farmacia.

# Objetivos:

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Mantener actualizado el consumo promedio de los medicamentos y productos afines.
* Suministrar informaciones correctas y seguras para la planificación de compras.
* Establecer corrector niveles de stock.

# Materiales

* Lápiz
* Lapicera
* Informe de Entrada de Mercancía
* Pedidos de medicamentos
* Kardex
* Fichas de control de stock
* Calculadora

# Orientación

* Efectuar los asientos de entrada en las fichas de control de stock mediante el informe de entrada de mercaderías.
* Sumar el saldo de la ficha de control de stock a la cantidad que se está asentando, para así determinar el saldo actual.
* Elaborar un resumen diario de las salidas de los medicamentos por pedidos.
* Registrar los asientos de las salidas en las fichas de control de las existencias.
* Restar el total de las salidas del saldo de la ficha de control de stock, determinando así el saldo actual.
* Hacer un recuento semanal y rotativo de los productos almacenados.
* Hacer el inventario de las existencias cada seis meses.

**Observaciones:** Este control se podrá realizar de otras formas (mecanización, procesamiento de datos) aunque esté descrito para ser efectuado en forma manual.

# Adquisición de Nuevos Medicamentos Consideraciones Preliminares

Frente a la diversidad de especialidades farmacéuticas existentes en el mercado brasileño, muchas de las cuales lejos están de ser esenciales para la realidad y necesidad del país, se exige un procedimiento mediante el cual se ordene la inclusión de nuevos rubros en el stock de la farmacia.

# Objetivos

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Establecer criterios para la adquisición de nuevos medicamentos, evaluando su real necesidad, con el objeto de reducir el número de productos farmacéuticos que se deben adquirir, almacenar, analizar y distribuir.
* Mejorar el empleo, la gestión, la información y la vigilancia de los medicamentos.

# Materiales

* Informaciones oficiales (WHO/OMS) sobre medicamentos.
* Bibliografía técnica de fuente imparcial.

# Orientación

La selección e inclusión de un nuevo medicamento deberá basarse en los resultados de las evaluaciones sobre beneficios y necesidades, realizadas mediante ensayos clínicos controlados, o estudios epidemiológicos, conforme a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

Cuando uno o más medicamentos son equivalentes, se debe preferir:

* 1. el que haya sido objeto de una investigación más completa;
  2. el que tenga propiedad farmacéutica más favorable;
  3. el producto cuyo fabricante disponga de instalaciones y personal técnico dignos de confianza.

La asociación de fármacos en una única forma farmacéutica de presentación sólo aceptable cuando satisfaga los siguientes criterios:

* La documentación clínica justifica el uso concomitante de un fármaco más;
* El efecto terapéutico de la combinación es mayor que la suma de los dos efectos de cada uno aisladamente;
* El costo de la combinación es menor que la suma de los costos de los diversos productos por separado;
* Facilita la posología al paciente.

Incumbe a la Comisión de Farmacología la selección e inclusión de nuevos medicamentos en el stock de la farmacia.

# Preparación de Nutrición Parenteral Consideraciones Preliminares.

Nutrición Parenteral es una solución constituida por aminoácidos, carbohidratos, electrolitos, vitaminas y otros elementos necesarios para el equilibrio metabólico del organismo.

El farmacéutico debe ser el responsable de la preparación de la nutrición parenteral.

Siendo una solución muy rica en nutrientes, debe evitarse la contaminación. La manipulación se debe hacer en campana de flujo laminar, que ofrece un ambiente libre de microorganismos y partículas contaminantes. Si no existiera campana de flujo laminar, se puede reservar un lugar que deberá ser mantenido asépticamente.

# Objetivos

La nutrición parenteral tiende a recuperar el estado del paciente desnutrido, que se halla imposibilitado de alimentarse por vía oral o enteral, restableciendo el equilibrio nitrogenado

normal, manteniendo el equilibrio calórico y proporcionando substrato para la renovación de los tejidos.

Para una administración segura, la solución preparada debe ser:

* Prescripta por el médico, con fórmula adecuada al paciente;
* Estéril
* Apirogénica
* Sin partículas

# Materiales y Equipos

* Campana de flujo laminar o campo estéril
* Solución de aminoácidos en frasco
* Solución de glucosa en frasco
* Solución de electrolitos en ampollas:
* Bicarbonato de sodio 10%
* Cloruro de sodio 20%
* Cloruro de potasio 19,1%
* Fosfato diácido de potasio 25%
* Sulfato de magnesio 10%
* Acetato de Zinc 0,5m Eq/ml
* Gluconato de calcio 10%
* Acetato de sodio 10%
* Vitaminas en ampollas:
* Acido fólico 0,01%
* Complejo vitamínico
* Complejo B
* Vitamina C
* Solución de oligoelementos en ampolla:
* Cromo
* Cobre
* Flúor
* Magnesio
* Molibdeno
* Selenio
* Albúmina humana 20%
* Insulina simple (para controlar la glucemia)
* Jeringa de insulina
* Aguja 38 X 12
* Equipo de transferencia con entrada de aire lateral
* Delantal esterilizado
* Gorro esterilizado
* Mascarilla esterilizadas
* Guantes esterilizados
* Solución esterilizada
* Solución antiséptica
* Alcohol yodado
* Compresa

# Orientación

* Conectar la campana de flujo laminar
* Para desinfectar toda la extensión interior de la campana, utilizar una compresa humedecida en solución antiséptica.
* Esperar 15 minutos para utilizar la campana.
* Todo material que se introduzca en la campana debe desinfectarse con alcohol yodado al 0,5%, retirando previamente la tapa externa de los frascos.
* Los frascos de solución de aminoácidos y de solución de glucosa se deben colocar uno al lado del otro en la campana.
* Las ampollas de electrolitos y vitaminas como también los frascos de albúminas e insulina, cuando fueran prescriptos, se colocarán a medida que se vayan agregando.
* Las jeringas, agujas y equipo de transferencia pueden ser retirados del embalaje estéril y colocados inmediatamente en la campana, evitando así su contaminación a través del contacto con las manos.
* El farmacéutico debe utilizar delantal, mascarilla, gorro y guantes estériles al manipular las soluciones.
* Empezar cerrando la pinza del equipo de transferencia.
* Pinchar levemente con la aguja la salida de la tapa de goma del frasco de aminoácido para facilitar la entrada de la punta menor del equipo de transferencia, cuidando de no perder el vació que existe en el frasco.
* Pinchar con la aguja la salida de la tapa de goma del frasco de glucosa, con lo que se perderá el vacío, y conectar el frasco con la punta mayor del equipo de transferencia.

(Cuando el frasco de glucosa o de cualquier otra solución fuera de plástico, cortar la parte superior y conectar el equipo.)

* Invertir el frasco de glucosa, abrir la pinza del equipo y permitir que el líquido pase en la cantidad deseada. Cerrar inmediatamente la pinza para que no se pierda el vacío del frasco.
* Desconectar la punta del equipo del frasco de glucosa y conectarla en el frasco de albúmina humana. Pasar esta solución del mismo modo que en el paso anterior.
* Transferir cualquier solución que tenga un volumen mayor de 50 ml al frasco final, utilizando el equipo de transferencia y aprovechando el vacío del frasco.
* Agregar los electrolitos y vitaminas con el auxilio de una jeringa de 20 ml, procediendo de la manera siguiente:

-Sostener firmemente la ampolla con una de las manos. Con la otra, sostener la extremidad superior de la ampolla, y quebrarla con un movimiento seco.

-Sostener firmemente la ampolla inclinada levemente hacia arriba, introducir la extremidad de la aguja en la ampolla con el bisel hacia abajo, para reducir la posibilidad de aspirar partículas de vidrio que ocasionalmente se hallarán en la solución.

-Aspirar el volumen deseado e inyectarlo directamente en el frasco.

* Utilizar la misma jeringa para los electrolitos, siempre que no exista incompatibilidad
* química con riesgo de precipitación o contaminación de la solución que pueda ser aprovechada de nuevo.
* Para evitar la precipitación de electrolitos, agregar en primer término las sales monovalentes (Na, K, CI, etc.), y posteriormente las sales bivalentes (Ca, Mg, Zn, etc.).
* Finalmente, agregar la insulina, utilizando su jeringa.
* Homogenizar la solución con movimientos circulares para evitar la formación de espuma.
* Verificar si la solución está límpida y exenta de partículas. Si las hubiera, filtrar la solución con un filtro Millipore 0,22 a un frasco al vacío.
* Limpiar la tapa de goma y la tapa exterior del frasco con alcohol yodado al 0,5% y taparlo.
* Retirar el frasco de la campana.
* Desechar todo el material utilizado, y volver a limpiar la campana con una solución antiséptica.
* Sellar la tapa del frasco con cinta adhesiva.
* Colocar el rótulo invertido, con todos los componentes descritos en su composición y volumen, nombre del paciente, cama, enfermería e intervalo de la toma.
* Utilizar la solución sólo cuando se tenga la seguridad de que es estéril y está libre de agentes pirógenos y de partículas, dentro de las 24 hs y conservándola en 4º a 8ºC.
* Controlar la calidad de las soluciones de nutrición parenteral, mediante un análisis microbiológico y test pirogénico, realizados en muestras sacadas periódicamente.
* Mantener una revisión periódica de la campana de flujo laminar, mediante asistencia autorizada.

# Orientación Farmacéutica al Paciente Consideraciones Preliminares

El farmacéutico orienta al paciente sobre la manera correcta de utilizar el medicamento, con el propósito de alcanzar el efecto terapéutico con un mínimo de efectos adversos.

# Objetivos

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

Aleccionar sobre el uso seguro y racional de los medicamentos, reduciendo sus efectos adversos. Aclarar la posología del medicamento al paciente.

# Materiales

* Medicamento
* Prescripción médica
* Libros de consulta farmacéutica

# Orientación

El farmacéutico, al tomar contacto con el paciente, debe verificar:

* La prescripción médica referente al medicamento, dosis y horario de administración.
* Si el paciente utiliza otros medicamentos, prescriptos o no.
* La medicación prescripta, en lo que se refiere a:
* Sensibilidad
* Interacción con otros medicamentos
* Interacción con otra patología presentada
* Interacción con alimentos
* En caso de que existiera alguna interacción, comunicarse con el médico. Sobre la base de datos obtenidos, debe orientar al paciente en lo que atañe a:
* Efectos adversos
* Precauciones
* Contraindicaciones
* Horario de administración del medicamento
* Volver al médico

# Niveles de Existencias Consideraciones Preliminares

Una administración eficiente de materiales entraña la determinación de adecuados niveles de existencias, a fin de atender a las necesidades de demanda del hospital con existencias cuantitativamente bien determinadas.

# Objetivos

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Establecer niveles adecuados de existencias de medicamentos y productos afines, tanto en el aspecto técnico como en el administrativo.
* Determinar la periodicidad de la adquisición de medicamentos.

# Materiales

* Lápiz y goma de borrar
* Kardex
* Fichas de control de existencias
* Calculadora

# Orientación

Para medir la demanda de cada producto en un determinado período, se utiliza el consumo mensual promedio.

*n*1*CM*

*CM* = *n*

*CM* = Consumo mensual promedio

CM = Consumo mensual n = No de mesa

Σ = TOTAL

Como la demanda de medicamento en el hospital es estacional y depende de influencias externas, el cálculo se debe repetir por lo menos cada tres meses.

La determinación del momento en que se necesite aumentar la existencia podrá adoptarse sobre la base de la siguiente ecuación:

Punto de requerimiento = CM x tiempo espera + existencia de seguridad Meses

Cuando las existencias alcanzan el nivel del "punto de requerimiento"; es necesario completarlas. El tiempo de espera, expresado en meses, traduce el lapso que media entre la fecha de emisión del Pedido de Provisión y la de llegada de la mercadería.

La reserva de existencias de seguridad tiene como finalidad atender a la demanda en caso de aumento del tiempo de espera y/o incremento de consumo.

La determinación de la cantidad que se deberá comprar, o "lote de reposición", puede expresarse por la ecuación:

Lote de reposición = existencia máximo - existencia de seguridad

La existencia máxima está determinada en función de la política de compras del hospital, que evalúa la situación económica del mercado y del hospital, determinando el "lote económico".

Todos los parámetros aquí descritos deben constar en la ficha de control de existencias.

# Preparación de Medicamentos Consideraciones Preliminares

Es un sistema de entrega de medicamentos, situado estratégicamente cerca de las unidades de enfermería, donde el medicamento se prepara en dosis unitarias siguiendo la prescripción médica de cada paciente, para ser enviado a las unidades en los horarios preestablecidos para su administración.

# Objetivos:

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Entregar el medicamento en dosis unitarias, o sea, dosis individualizadas y correspondientes a cada horario de la posología.
* Atender con eficacia y en forma ininterrumpida a las unidades de enfermería, y distribuir los medicamentos en los horarios indicados para su administración.
* Conservar la calidad del medicamento con el objeto de asegurar su acción terapéutica.
* Centralizar el proceso de preparación de medicamentos en el hospital, unificando técnicas, facilitando el control y, por consiguiente, mejorando la calidad.

# Materiales y Equipos

* Tarjeta para control de la medicación
* Envases unitarios:
  + Sobres
  + Jeringas descartables
  + Frascos al vacío
* Cuentagotas y dosificadores de líquidos
* Balanza
* Mesadas
* Refrigeradores
* Campana de flujo laminar
* Área de lavado

# Orientación

* + Recibir en el centro de preparación la copia de la prescripción médica, (duplicado) enviada por la unidad de enfermería
  + Preparar la tarjeta de control de medicación individualizada, con nombre y cama del paciente.
  + Utilizar tarjetas de control de medicación con colores distintos, según la vía de administración el medicamento para facilitar el trabajo. Ejemplo: vía parenteral - tarjeta rosada, vía oral - tarjeta blanca, etc.
  + Registrar en la tarjeta el medicamento, la dosis y los horarios de administración, bajo la supervisión del farmacéutico.
  + Acondicionar el medicamento en el envase unitario según la dosis prescripta, e i identificarlo con etiquetas autoadhesivas, según el color de la vía de administración.
  + Entregar las dosis unitarias, agrupadas por pacientes, en bandejas individuales, a las unidades de enfermería, siguiendo el horario establecido.
  + Anotar la salida de las dosis unitarias en la tarjeta de control de cada paciente.
  + El proceso de entrega de medicamento se deberá hacer bajo la supervisión del farmacéutico.
  + La preparación de los inyectables en jeringas descartables, el agregado de inyectables de gran volumen y la preparación de nutrición parenteral, deberán hacerse en un lugar aséptico, utilizando la campana de flujo laminar, con el objeto de asegurar la esterilidad y la ausencia de agentes pirógenos.

# Preparación de Medicamentos

**Ejemplo genérico de preparación de medicamentos**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Líquidos:    1. Elixires    2. Gotas    3. Jabones   **1.4.** Suspensiones | Envase en frascos dosificadores con el correspondiente a la dosis. |
| 1. Sólidos    1. Cápsulas    2. Comprimidos    3. Grageas   **2.4.** Polvos | Envase en jeringas del volumen contra la humedad |
| 1. Inyectables    1. pequeño volumen   **3.2.** gran volumen | Envasar en jeringas del volumen correspondiente a la dosis. Envasar en frascos al vacío con el respectivo agregado. |

# Almacenaje de Medicamentos Consideraciones Preliminares

Es un proceso de almacenaje para realizar una eficaz atención de los pedidos, mediante la conservación de la calidad y entrega racional de los medicamentos.

# Objetivos

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* + Organizar los medicamentos en el stock de manera lógica, para poder brindar una atención dinámica a las Unidades solicitantes.
* Ofrecer a los productos farmacéuticos condiciones correctas de almacenaje para que no estén expuestos a la acción de agentes externos que alteren su calidad.

# Materiales y Equipo

* Alacenas
* Armarios
* Refrigeradores

# Orientación

Los métodos de almacenaje siguen, en general, un orden alfabético que puede ser:

* Por medicamentos, indistintamente;
* Por forma farmacéutica de presentación;
* Por grupo farmacéutico
* Por laboratorio farmacéutico.

En las áreas de Distribución y Depósito se debe adoptar el método que mejor se adapte a cada sector, no siendo necesario que sea el mismo para ambos.

La correcta elección del sistema de almacenaje facilita el movimiento dentro de los sectores, reduciendo recorridos innecesarios durante el trabajo.

En el área de Distribución, la reposición de medicamentos debe hacerse periódicamente, manteniendo siempre el nivel de lote para una eficaz atención.

En el área de Depósito quedarán los lotes de mayor volumen, con fácil acceso a ellos.

Para conservar la calidad del medicamento y asegurar su acción terapéutica en el momento de su administración, hay que seguir las orientaciones específicas del fabricante, para cada producto.

# Considera:

* El plazo de vencimiento, que asegura la actividad del medicamento dentro del tiempo establecido; verificar en el envase o en la etiqueta la fecha del vencimiento y ordenar los medicamentos en la alacena de manera que queden adelante los que alcancen su plazo de vencimiento en menor tiempo.
* Exposición a la luz: los medicamentos sensibles a la luz deben conservarse en envases protectores, identificados en lo que respecta a su contenido.
* Temperatura: los medicamentos termolábiles deben conservarse a baja temperatura, generalmente indicada por el fabricante, dentro de una faja que varía de -4º C a 8º C.
* Debe evitarse el congelamiento. Utilizar refrigeradores para almacenaje. Ciertos medicamentos inyectables, después de diluidos, deben ser conservados a baja temperatura, durante determinado plazo, en el que no pierdan su actividad; en este caso es necesario avisar a las unidades de enfermería.
* Humedad: los productos farmacéuticos sólidos son más sensibles a la humedad, y absorben agua que los puede alterar químicamente. Para evitarlo, hay que conservarlos en lugar seco, no violar los envases y mantener cerrados los frascos de multidosis.
* No separar a los inyectables de sus respectivos diluyentes, y entregarlos en forma conjunta.
* Con la finalidad de evitar la contaminación biológica de los medicamentos hay que mantener los sectores en buenas condiciones de higiene. No se deben utilizar en el ambiente productos purificadores de aspersión ni plaguicidas para evitar la contaminación química de los medicamentos.

# Ejemplo genérico de conservación de medicamentos

|  |  |
| --- | --- |
| Cápsulas Comprimidos  Comprimidos efervescentes Grageas | Proteger contra la humedad |
| Cremas Pomadas Supositorios | Conservar en lugar fresco Proteger del calor |
| Inyectables: Antibióticos Emulsión lípida Insulina  Nutrición parenteral Nutrición enteral Inmunoterápicos Antibióticos Vitaminas  Proteger de la exposición a la luz. | Conservar entre 4º c y 8º C  Conservar en la heladera después de diluidos, durante el período indicado por el fabricante. |

**Compra, conservación, entrega e inspección de productos legalmente controlados Consideraciones Preliminares**

Se trata de un sistema de control especial y legal al que se someten las substancias y productos que pueden causar adicción física y/o psíquica, según las exigencias de la DIMED, a través de las disposiciones 02/84, 03/84, 04/84 y 05/84.

# Objetivos

Después de leer y practicar este procedimiento, usted deberá ser capaz de:

* Evitar el uso indebido de medicamentos que determinan adicción física y/o psíquica, mediante un riguroso control de las transacciones comerciales, stock y uso.
* Rendir cuentas a la autoridad sanitaria de los medicamentos controlados en el hospital mediante la preparación, en impresos especiales, de fichas de control de stock, libro de registro y balances trimestral y anual de documentos comprobantes del movimiento de las existencias.

# Materiales y Equipos

* Libros de registro
* Cuadros del balance
* Fichas de control de las existencias
* Notificación de la receta (método según Disposición No 05/84

# Orientación Compra:

* La adquisición o transferencia efectuada en el país de substancias y productos que determinan adicción física y/o psíquica, deben ir acompañadas por la factura comercial o factura con sellado fiscal, con el Vo. Bo. De la autoridad sanitaria local del domicilio. Del vendedor.
* Ese Vo. Bo. Es válido por 60 días, contados a partir de la fecha en que fue concedido.
* La cantidad de medicamento que e comprará no debe ser superior a la cantidad estimada para seis meses de consumo.
* En caso de devolución de los productos, se utiliza la boleta de compra o transferencia, que deberá tener la aprobación de la autoridad sanitaria local del domicilio del responsable por la devolución.

# Conservación:

* Conservar los medicamentos que causan adicción física y/o psíquica en armarios con llave o cajas de seguridad.
* Permitir únicamente el acceso del empleado encargado del sector de productos controlados.

# Entrega:

* Recibir de la unidad solicitante el pedido y la notificación de la receta correspondiente al medicamento, todo correctamente completado por el profesional habilitado.
* Separar y entregar el medicamento a la unidad solicitante.
* Se puede dispensar la emisión de la notificación de la receta a pacientes internados en hospitales registrados en el Ministerio de Salud cuando haya un farmacéutico a cargo de las existencias y la administración de la medicación haya sido hecha por personal habilitado.

# Control:

* Los medicamentos considerados por la DIMED de alto riesgo de provocar adicción física y/o psíquica, están descriptos en la Lista A de la Disposición 04/84, y deben recibir la notificación de la receta amarilla proveniente del talonario emitido por la misma DIMED.
* Los medicamentos considerados capaces de causar dependencia física y/o psíquica están descriptos en la lista B de la Disposición No 04/84, y deben recibir la notificación de la receta azul, emitida por el propio hospital.
* Estos documentos de comprobación de movimiento de las existencias se archivarán por orden cronológico.

# Conforme a la disposición 02/84:

* Las Fichas de control de Stock deben elaborarse respetando las siguientes características: archivo por orden alfabético, utilizando la Denominación Común Brasileña, nombre genérico o comercial y cantidades expresadas en números arábigos. Está permitida la utilización del sistema de procesamiento de datos.
* El Libro de Registros debe contener el stock en orden cronológico, entradas (por adquisición o producción) y salidas (por venta, procesamiento, uso o pérdidas).
* Hacer por duplicado los balances trimestrales sobre el movimiento de cada trimestre, vencidos en el último día de los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre. Entregarlos con las respectivas notificaciones de las recetas.
* Hacer por triplicado el balance anual sobre el movimiento del año.
* Entregar los balances hasta el decimoquinto día del mes subsiguiente, después del término del trimestre o del año.
* Tanto el libro de Registros como los balances deben estar firmados por el farmacéutico jefe y deben ser conservados durante 5 años.

# Laboratorio Clínico.

**Nombre de la Unidad: Laboratorio Clínico Estructura Orgánica:**

**Definición de la Unidad:** El Laboratorio Clínico es el servicio encargado de realizar los análisis clínicos en muestras biológicas, con fines diagnósticos o de seguimiento para control de tratamiento, en condiciones de rutina o de urgencia.

Mantiene relaciones internas directas con las Unidades Administrativas de los Servicios de Auxiliares de Diagnósticos y Tratamientos y con el resto de las Unidades Administrativas, a través de sus Direcciones respectivas.

Además, mantiene relaciones externas con unidades “Homólogas” o equivalentes de otras Instituciones del Sector Salud u otras entidades gubernamentales

Es nuestro objetivo principal, la excelencia en el Servicio y la confiabilidad de los resultados de los análisis realizados, por lo que realizamos un estricto control de calidad interno y pertenecemos a círculos de calidad interno nacionales para las secciones de Serología y

Microbiología y estamos afiliados a programas internacionales de control de calidad Externo en: Hematología.

La Misión es la de Garantizar que los resultados obtenidos sean confiables y oportunos en beneficio del paciente, para contribuir con su diagnóstico y tratamiento.

La Visión es la de ser el Laboratorio de referencia nacional acreditado para realizar los estudios e investigaciones del cáncer en el país.

**Estructura-Posición:** El Laboratorio Clínico es uno de los servicios que pertenece a los Servicios Auxiliares de Diagnósticos y Tratamientos que depende de la Dirección de Atención. Sus labores se desarrollan en el área del 2º piso de la Institución. Para el desarrollo de sus funciones, está organizado en las siguientes secciones con sus correspondientes áreas físicas:

**Sección**

Química Hepatología

Urinálisis y Parasitología Microbiología y TBC Inmunoquímica y Serología Banco de sangre

**Área**

Recepción e información Flebotomía (sala de extracción) Depósito

Esterilización, lavado y aseo Preparación de medios y reactivos

# Atribuciones

1. Efectuar análisis clínicos en muestras biológicas tanto de rutina como Especializados.
2. Colaborar con el equipo interdisciplinario al diagnóstico, pronóstico y control del paciente con cáncer mediante un sistema eficiente de atención, ejecución y entrega de resultados.
3. Desarrollar programas de garantía de calidad y docencia para asegurar la confiabilidad de los análisis y la actualización del personal.
4. Programar el abastecimiento mensual, trimestral y anual de reactivos e insumos de uso en el Laboratorio Clínico.
5. Efectuar estudios microbiológicos Nosocomiales de todas las áreas del hospital según lo asigne la comisión de Infecciones Nosocomiales.
6. Elaborar Manuales de Procedimientos que se ajusten a las necesidades de cada sección promoviendo la unificación de criterios y procedimientos técnicos.
7. Dar mantenimiento preventivo diario, semanal y anual a los equipos.
8. Establecer Normas de Bioseguridad tanto dentro del Laboratorio como dentro de la Institución.
9. Colaborar con programas de investigación y docencia.
10. Impartir docencia a estudiantes de Tecnología Médica y Asesoría Técnica a otros Laboratorios.
11. Colaborar con la Dirección Administrativa mediante asesoría técnica para la racionalización del costo de análisis.
12. Desarrollar el programa de evaluación continua del trabajo de la unidad y de los funcionarios.

# Área Física:

El Laboratorio Clínico está ubicado en el segundo piso cercano al Salón de Operaciones y a la Unidad de Cuidados Intensivos.

El área asignada para el funcionamiento del Laboratorio Clínico consta de:

Recepción, sala de espera, sala de extracción, áreas para lavado y esterilización, área para preparación de medios y reactivos, depósito de materiales y reactivos, baños para funcionarios y los de pacientes y las áreas técnicas.

# Profesionales que laboran en el Laboratorio Clínico:

Jefe del Laboratorio Clínico Jefes de Secciones Tecnólogos Médicos Asistentes

Auxiliar Secretarias

# Perfil del cargo

**Jefe del Laboratorio Clínico Naturaleza del trabajo**

Es un profesional universitario, calificado e idóneo, con capacidad gerencial e iniciativa propia, con capacidad para asumir responsabilidades, con sensibilidad humana, concienciado sobre la importancia de las metodologías en el proceso analítico y el adecuado uso del material, equipo e instrumento de trabajo para la obtención de resultados de calidad.

Es un profesional con capacidad de evaluar y tomar decisiones para trabajar en equipo, para valorar con responsabilidad y autocrítica su trabajo en función de bienestar del “HOMBRE” aunados a una gran capacidad de concentración, razonamiento corporación intelectual y respeto ante las opiniones ajenas.

Responsable por la buena marcha del laboratorio ante sus superiores y capaz de realizar trabajos de dificultad amplia, coordina, supervisa, asesora y dirige las labores técnicas y administrativas.

# Tareas típicas

1. Planeamiento y Desarrollo
   1. Apoyar al Director Médico y a la persona encargada de la administración para desarrollar objetivos a largo y a corto plazo. Asesorar y aprobar a los supervisores o jefes de secciones en el establecimiento de los programas de trabajo de acuerdo a estos objetivos Determinar las prioridades y asignar responsabilidades.
   2. Asumir una responsabilidad primaria en el desarrollo de planes e iniciación de procedimientos (concernientes a aspectos técnicos, educación, análisis de sistemas, y actividades del personal) para alcanzar los objetivos que afectan todas las secciones del laboratorio, relación externa y área de recepción.
   3. Dirigir a los supervisores o jefes de secciones para desarrollar planes e iniciar procedimientos que permitan alcanzar los objetivos en su área asegurándose de establecer fechas límites que sean razonable y de que las comunicaciones inter e intradepartamentales se establezcan de la mejor manera posible.
   4. Revisar el Status del programa de manejo por objetivos con cada Supervisor de acuerdo a las tablas de fechas establecidas para asegurarse del progreso de dichos programas, y entregarlos periódicamente al Jefe del departamento de servicios médicos.
2. Relacionadas con el Personal
   1. Desarrollar descripciones de funciones de trabajo para todas las posiciones que incluya: una descripción breve de sus deberes, nivel de autoridad y sistema de evaluación.
   2. Mantener un archivo completo de las descripciones de las funciones de trabajo en el departamento de personal y el laboratorio para la distribución, conocimiento y la orientación del personal nuevo.
   3. Supervisar y coordinar el entrenamiento del personal técnico y administrativo para asegurar que haya reemplazo bien entrenado que cubra las secciones en caso de vacaciones u otras situaciones imprevistas.
   4. Desarrollar un protocolo o programa para asegurar el reemplazo del personal de turno en caso de imprevistos.
   5. Mantener en un tablero los horarios para los turnos de la tarde, de la noche, fines de semana, días feriados y nombre de funcionarios responsables.
   6. Colocar el listado programado que cubra turnos de días feriados y fines de semana por 6 meses mínimos.
   7. Asegurarse que los resultados estén siendo reportados en el tiempo adecuado, y cuando surja alguna queja con respecto a esto tomar las medidas necesarias para corregirlas
   8. Confeccionar las solicitudes de cambio de Categoría de su personal y es responsable del trámite de todos los procedimientos administrativos del personal
   9. Sustentar ante la Junta Técnica la necesidad de personal, quien hará las recomendaciones ante el patronato.
   10. Participar en la selección del personal profesional y técnico que deberá hacerse mediante concurso según las normas legales vigentes.
   11. Recomendar la supervisión de las secciones según evaluaciones y créditos del personal de la Institución.
3. Control de Calidad:
   1. Establecer nexos entre entidades nacionales e internacionales para incorporar al Laboratorio en programas de control de calidad externo cumpliendo con las normas internacionales básicas de requerimientos de los laboratorios clínicos.
   2. Vigilar y supervisar estrictamente las normas de controles internos de todas las secciones del laboratorio para asegurar el fiel cumplimiento de los programas de garantía de calidad y del reglamento interno.
   3. Evaluar periódicamente las curvas de controles de todas las secciones para establecer cambios o correctivos en metodologías o en el personal.
   4. Evaluar los reportes de los resultados para el sistema de control de calidad externo.
   5. Retroalimentar al personal sobre la respuesta de los reportes de los controles externos enviados.
   6. Preparar y revisar anualmente los manuales de procedimiento de cada sección conjuntamente con el supervisor o jefe de sección.
   7. Colaborar con los supervisores de sección en casos donde los resultados de los análisis son clínicamente inaceptables para determinar las causas y las acciones a tomar.
4. Manejo Financiero y Control de Gastos:
   1. Apoyar al administrador en la preparación de los presupuestos para los Gastos de equipos y materiales de insumos del Laboratorio Clínico.
   2. Elaborar el anteproyecto de presupuesto anual.
   3. Determinar los gastos necesarios para las áreas de administración, Recurso humano y el Laboratorio en general.
   4. Preparar los presupuestos de gastos de operación y revisarlos con el Administrador.
   5. Asumir responsabilidad en el control de costos en los gastos de operación
   6. Determinar mensualmente las grandes variaciones del gasto presupuestado, buscando la causa.
   7. Investigar los precios periódicamente de los artículos para tratar de reducir los costos.
   8. Aprobar las horas extras que el personal registre.
   9. Vigilar la productividad del personal en los turnos de fines de semana y días feriados.
   10. Sugerir aumentos o disminuciones de los turnos según la productividad.
   11. Preparar informes mensuales de gastos por horas extras para pagos del personal.
5. Administración:
   1. Conocer los (reglamentos Internos de la Caja del Seguro Social, Ministerio de Salud y Patronato, para desarrollar políticas del personal mediante normas específicas del servicio.
   2. Preparar manuales de las políticas del Hospital aplicadas al Laboratorio en lo referente a aspectos éticos, técnicos y disciplinarios.
   3. Preparar manuales de descripción de funciones.
   4. Informar y entregar estas políticas o normas a cada funcionario del Laboratorio mediante la entrega de copias
   5. Efectuar revisiones periódicas para discutir con el personal cualquier cambio de política del hospital.
   6. Mantener informado al personal de las reuniones de Junta Técnica.
   7. Hacer reuniones de control de calidad, bioseguridad y docencia con el personal.
   8. Mantener archivo actualizado de todo el personal (fecha de ingreso, cambio de categorías, currículo, etc. )
   9. Autorizar permisos o ausencias según las políticas y reglamentos del Hospital con conocimiento del Jefe de Recursos Humanos.
   10. Mantener el stock de reactivos y materiales mediante pedidos anuales, trimestrales o mensuales.
   11. Vigilar por el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos del laboratorio, sugiriendo y participando con el jefe de mantenimiento y el Director Administrativo en la contratación de personal calificado para estos mantenimientos.
   12. Realizar reuniones periódicas con los Jefes de secciones.
   13. Evaluar la productividad de las secciones mediante la supervisión de la calidad y cantidad de exámenes realizados.
6. Relaciones Inter-Hospitalarias y Administrativas:
   1. Sugerir al Director Médico o al Director Administrativo el desarrollo de políticas generales para el Laboratorio que apoyen a otros Servicios del hospital.
   2. Participar activamente en las reuniones de Junta Técnica, Comité de Bioseguridad, Control de Calidad, Comité de Infecciones Nosocomiales, a fin de lograr mejor relación interdepartamental y aportar así el laboratorio, aspectos que el Instituto necesite.
   3. Comunicarse directamente con los médicos siempre que sea necesario Tanto para aspectos de nuevas políticas del Laboratorio como en aspectos netamente técnicos.
   4. Mantener informado al personal de enfermería de los turnos semanales y cualquier cambio que surja en el Laboratorio.
   5. Comunicar por escrito la introducción de un nuevo análisis e informar las ventajas y las cualidades de las nuevas pruebas.
   6. Sugerir al médico nuevos análisis cuando el caso lo amerite.
7. Educación Continuada:
   1. Desarrollar programas de orientación para el personal de nuevo ingreso en el Laboratorio.
   2. Dirigir a los supervisores o Jefes de secciones en el desarrollo de programas de docencia o entrenamiento para el personal nuevo, de acuerdo a su clasificación, a la sección asignada y al turno.
   3. Desarrollar y mantener un programa de educación continuada en el Laboratorio.
   4. Sostener reuniones periódicas con los funcionarios por secciones:
      1. Repasar la teoría de aplicación, Fisiología y casos de Interés.
      2. Introducción de nuevos procedimientos, instrumentación y Sistemas.
      3. Revisar la política y procedimiento.
      4. Nuevos avances en el campo
      5. Discusiones sobre problemas técnicos o administrativos en la Sección.
   5. Hacer reuniones mensuales con todo el personal del laboratorio con el propósito de familiarizar al personal del Laboratorio con otras secciones, discutir la correlación de los resultados por otros procedimientos de laboratorio efectuados, sobre las nuevas áreas de medicina diagnóstica y discusión de problemáticas.
   6. Motivar al personal para que participe en programas de educación continuada que se ofrecen fuera del laboratorio o de la Institución.
8. Productividad:
   1. Evaluar el trabajo de los tecnólogos anualmente o con la frecuencia necesaria.
   2. Establecer criterios y estándares para la realización del trabajo y ponerse de acuerdo con los subalternos directos acerca de la responsabilidad nivel de autoridad para su utilización en la evaluación.
   3. Utilizar esta evaluación para dar reconocimiento al personal en el área en que se destaca e indicar las áreas en que puede mejorar, especificar que se espera en el futuro y animarlos a desarrollar más las tareas de las áreas en que tienen especial interés o han mostrado potencialidad.
   4. Crear una atmósfera que conduzca a la creatividad individual, expresión de ideas, desarrollo personal y del laboratorio.
   5. Favorecer la comunicación abierta en todas las direcciones.
   6. Resolver los problemas en grupo.
   7. Animar a los subalternos que no están directamente involucrados en los trabajos de organización y desarrollo a asumir responsabilidades en estas áreas.
9. Autodesarrollo:
   1. Establecer metas para el propio desarrollo en las áreas en que se necesite mejorar y áreas técnicas de interés. Planear medios para alcanzar estas metas.
   2. Conocer los estándares de los laboratorios internacionales con relación al control de calidad y mantenimiento preventivo y usarlos como base para planear estos programas
   3. Revisar el control de calidad y mantenimiento preventivo con cada supervisor mensualmente.

# Condiciones que debe reunir

Licenciatura en Biología con Especialización en Tecnología Médica o título equivalente que reúna la categoría y créditos establecido por la Ley.

Certificado de Idoneidad expedido por Junta Técnica de Laboratoristas Clínicos. Licencia de Idoneidad para el libre ejercicio expedido por el Consejo Técnico de Salud. Categoría mínima IV del III nivel (9 Años de experiencia profesional)

**Forma de contratación**: Concurso de selección

# Tecnólogo Médico Supervisor o Jefe de Sección Naturaleza del trabajo

El supervisor de sección debe planear, coordinar y supervisar las actividades del personal bajo su cargo. Debe asegurar la validez y la precisión de los resultados.

Es un profesional que debe tener cualidades como: Buenas relaciones humanas

Dominio y seguridad en el manejo técnico y administrativo para delegar funciones y transmitir información a todo el personal.

Destreza y habilidad para detectar y resolver problemas.

Tener flexibilidad y adaptación para manejar diferentes situaciones.

# Tareas típicas

1. Organiza, distribuye y supervisa las actividades y funciones asignadas al personal bajo su cargo.
2. Ejecuta, previa aprobación del jefe, el programa de Control de Calidad para asegurar la confiabilidad de los resultados.
3. Entrena y evalúa la eficiencia del personal bajo su cargo.
4. Recomienda la selección, rotación o promoción del personal bajo su cargo.
5. Planea la rotación de nuevos empleados bajo su cargo mediante un programa de entrenamiento.
6. Asiste al Tecnólogo Médico en los problemas de mal funcionamiento de equipos o procedimientos en la sección.
7. Vigila que los procesos de colección, identificación, transporte y almacenaje de las muestras sean correctas antes de iniciarse la prueba para asegurar la calidad.
8. Solicita los materiales y reactivos necesarios para su sección en base a consumo mensual, trimestral o anual.
9. Participa en los programas de docencia activamente.
10. Elabora informes periódicos de las actividades realizadas en la sección y vigila que se cumplan las normas y procedimientos establecidos.
11. Participa y coordina la emisión de criterios técnicos de métodos, reactivos y equipos.
12. Mantiene el récord del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de todos los equipos de la sección.
13. Debe vigilar que se utilice el manual de procedimientos para cumplir con las normas de bioseguridad.
14. Preparar anualmente el listado con la debida justificación, de las necesidades de personal, equipos, reactivos e insumos.
15. Preparar los informes estadísticos y de gastos mensuales de su sección.
16. Enviar diariamente los resultados de los exámenes realizados en la sección a la recepción del laboratorio diariamente.
17. Debe estar preparado para contestar preguntas de médicos, enfermeras acerca de las pruebas de laboratorio, además debe saber aceptar errores y corregirlos si es necesario.
18. Otras funciones o actividades asignadas por el Director del Laboratorio.

# Condiciones que debe reunir

Licenciado en Biología con Especialización en Tecnología Médica o título equivalente. Certificado de Idoneidad expedido por la Junta Técnica de Laboratorios Clínicos.

Licencia de idoneidad para el libre ejercicio expedida por el Consejo Técnico de Salud. Experiencia: Mínima de 6 años. Categoría del III nivel.

**Forma de contratación:** Por concurso o prueba de selección

# Tecnólogo Médico Naturaleza del trabajo

Es un profesional independiente, con capacidad de asumir responsabilidades en el cumplimiento de sus deberes, con educación universitaria e idóneo, para efectuar una variedad de análisis de rutina o especializados.

Debe tener destreza manual, habilidad para organizar y planear el trabajo bajo stress, buena salud en general y buena comunicación.

Disponibilidad para trabajar horas extras si así se requiere.

# Tareas típicas

* 1. Efectúa una variedad de análisis de rutina o pruebas complejas en la sección del laboratorio que está asignado.
  2. Efectuar pruebas que requieran del uso de instrumentación sencilla y complejas (ópticas, fotométricas, fluorométricas, electrónicas, gasométricas y automatizados entre otros.
  3. Calibra, estandariza y da mantenimiento a los equipos siguiendo los procedimientos establecidos.
  4. Ejecuta el control de calidad para asegurar el funcionamiento de equipos, reactivos y procedimientos, así como también para tomar acciones correctivas en caso necesario.
  5. Prepara reactivos, estándares y controles según procedimientos establecidos
  6. Interpreta, reporta y firma los análisis que efectúa.
  7. Debe apoyar el entrenamiento del personal de nuevo ingreso, estudiantes y asistentes.
  8. Debe investigar e implementar nuevos procedimientos bajo la coordinación con el jefe de la sección.
  9. Debe efectuar otras actividades que se le asignen.

# Condiciones que debe reunir

Licenciado en Biología con Especialización en Tecnología Médica o su equivalente. Certificado de Idoneidad expedido por Junta Técnica de Laboratoristas Clínicos.

Licencia de Idoneidad para el libre ejercicio expedido por el Consejo Técnico de Salud

**Forma de contratación:** Concurso o prueba de selección

# Asistente de Laboratorio Naturaleza del trabajo

El Asistente realiza funciones de mayor responsabilidad que el auxiliar de laboratorio. Realiza las labores bajo supervisión directa del Tecnólogo Médico y el nivel de responsabilidades aumenta de acuerdo a su experiencia y categoría.

Debe tener como cualidades importantes: Responsabilidad, iniciativa, habilidad para organizar su trabajo, dedicación, esmero y deseos de superación.

# Tareas típicas:

1. Realizar las Flebotomía
2. Preparar medios de cultivos y algunos reactivos bajo supervisión.
3. Centrifugar las muestras y separar los sueros o plasmas.
4. Realizar tinciones de frotis.
5. Medir volúmenes de orina 24 horas.
6. Arreglar materiales de trabajo y mantener ordenada la sección donde esté asignado.
7. Puede realizar funciones de escasa dificultad bajo supervisión estricta del tecnólogo médico, como manejo de auto diluidores evaluaciones macroscópicas de muestras de orina, uso de colorímetros, estadísticas, entre otras.
8. Realizar otras actividades que le asigne el Tecnólogo Médico Supervisor o Jefe de la Sección.

# Condiciones que debe reunir

Bachiller en ciencias

Haber aprobado el curso de entrenamiento por 6 meses en Instituciones Oficiales de Salud. Certificado de Idoneidad, expedido por Consejo Técnico de Salud

**Forma de contratación** Prueba de selección

# Auxiliar del Laboratorio Naturaleza del trabajo

El auxiliar de Laboratorio realizará funciones no técnicas y trabajará bajo supervisión directa del Tecnólogo Médico.

# Tareas típicas

1. Recoger el material sucio y distribuir los materiales limpios en las secciones del Laboratorio diariamente.
2. Responsable de la destilación diaria de agua para consumo del Laboratorio Clínico y Patología.
3. Lavar los Baños Marías y cambiar el agua destilada, mínimo una vez por semana.
4. Descongelar y limpiar las refrigeradoras y congeladores periódicamente en acuerdo con el Jefe de sección para evitar el deterioro de reactivos.
5. Limpiar las autoclaves e incubadoras bajo supervisión del Jefe de la Sección de microbiología.
6. Apoyar en la distribución de los pedidos quincenales de materiales de aseo, reactivos e insumos a las secciones.
7. Lavado, descontaminación y esterilización de materiales, limpieza de equipos y mesas de trabajo.
8. Apoyar en la Recepción en el archivo de copias de resultados, entrega de resultados, y atención de pacientes.
9. Colaborar con el personal de aseo en el mantenimiento y orden general del Laboratorio.
10. Colaborar con los asistentes en la recepción y ubicación de materiales e insumos que lleguen al Laboratorio y buscar los pedidos locales de farmacia y almacén.
11. Otras actividades que se le asigne.

# Condiciones que debe reunir

Primer Ciclo

No requiere experiencia

Certificado de Idoneidad expedido por Consejo Técnico de Salud

Nota: Debe conocer los procedimientos específicos de limpieza, descontaminación y esterilización de acuerdo al tipo de material (vidrio, plástico, biológico).

Debe conocer el funcionamiento de los equipos como autoclaves, lavadores, Hornos y destiladores de agua.

# Personal de Oficina Recepcionista:

Persona con buena apariencia personal, buenos modales y preparación Académica mínima de estudios secundarios, porque debe atender a pacientes y familiares para su orientación, además debe manejar el programa de control de citas en computadora por lo que debe tener conocimientos básicos de informática.

# Secretaria de la Dirección del laboratorio:

Profesional con preparación Académica que le permita manejar toda la Información administrativa con eficiencia y discreción

Debe tener conocimientos básicos de informática para el control y registro de datos del personal, cuadros de estadística, cuadros de turnos extras, cuadros de inventario y existencias de materiales y reactivos en el Laboratorio Clínico, entre otras.

# Secretaria del Banco de Sangre:

Profesional con preparación Académica y buenos modales porque debe atender a donantes y familiares de pacientes para su orientación, capacidad para mantener actualizado toda la información de donantes y pacientes así como discreción ante la información personal que se maneja en el Banco de Sangre.

# Procedimientos

**Atención Directa al Cliente y recepción de muestras. Código: MOAF- 001- ACR** PROPÓSITO: Este instructivo trata de establecer una guía para la atención del paciente en la Recepción y se aplica para todo el personal asignado al Laboratorio Clínico del Instituto Oncológico Nacional.

Consideraciones Prelimares

La recepción del Laboratorio es el área donde se realiza el primer contacto con nuestros pacientes y por esto, es primordial que los hagamos sentirse muy importantes.

Aquí el paciente debe recibir a satisfacción la orientación e instrucciones porque de esto va a depender la rapidez y confiabilidad de los resultados.

El personal asignado a esta área recibe para su revisión los Documentos personales del paciente que lo identifican, las solicitudes de exámenes y las muestras biológicas según los requisitos dados.

# Objetivos:

Brindar excelencia en el Servicio de Atención al cliente mediante respuestas oportunas. Describir los pasos y requisitos que deben cumplirse para la aceptación de muestras, solicitudes, y su posterior distribución a las secciones analíticas del Laboratorio.

# Flujograma



**Recepción** Orientación al cliente Revisión de documentos Confirmación de cita



**Evaluación** Asegurado (C.S.S.) Caja (Pago) Exoneración



**Recibo de muestras (Extracción )**

Consulta Externa Hospitalizado Consulta de Agudos

**MOAF-001-ACR**



**Clasificación y distribución de las muestras**



**Secciones**



**Entrega de Resultados**

Orientación:

1. Recepción:
   1. El paciente es atendido en la entrada del Laboratorio Clínico. (Recepción)
   2. En la Recepción está asignado personal capacitado (Tecnólogos Médicos, Asistentes, Auxiliares y Secretarias) para utilizar el nuevo programa de informática, y además, recibe y orienta al cliente con cordialidad desde las 6:30 AM Se le indica que debe tomar un número para ser atendido.
   3. El funcionario asignado llama por número ascendente, confirma la cita, verifica si las solicitudes tienen los sellos de evaluación socio-económica o el recibo de caja y procede a registrar al paciente en el Sistema.

Se continúa con puntos 3 y 4.

* 1. Si el paciente no tiene los sellos, el funcionario le indica que debe ir a evaluación socioeconómica si es asegurado o a la caja para el pago de los análisis.

1. Evaluación Socio- Económica:
   1. Las oficinas están ubicadas en el área de Consulta Externa y están separadas para la atención de pacientes asegurados y no asegurados.
   2. Al paciente se le indica:
      1. Sí es asegurado que se acerque a la Trabajadora Social de la Caja de Seguro Social para que le selle sus solicitudes y que pase de inmediato al Laboratorio.
      2. Si no es asegurado debe pasar a la Caja del I.O.N. para que le coloquen los precios de los análisis solicitados y proceda al pago de los mismos. Con el recibo de pago debe regresar al Laboratorio.
      3. Si no puede pagar el costo de los análisis, se le indica que puede pasar a la evaluación con la Trabajadora Social del I.O.N, quien le indicará los trámites o pasos para su exoneración o un arreglo de pago.
   3. El paciente con su sello de C.S.S., Sello de evaluación socio-económica o recibo de caja regresa a la Recepción de Laboratorio para ser atendido.

Regresa a Recepción:

Al regresar el paciente a recepción se revisan los documentos (sellos o recibo de caja) y se procede a registrar los datos del paciente en el sistema para la inclusión del paciente.

1. Recibo de muestras:
   1. Pacientes de Consulta Externa.
      1. Se le indica al paciente que rotule sus muestras con nombre y cédula.
      2. Se revisa si las muestras y solicitudes cumplen con las condiciones generales establecidas porque de su información depende el registro e identificación correcta del paciente y de las muestras.
      3. Las solicitudes deben tener los datos del paciente (nombre, cédula, # de seguro social) impresos con el adesógrafo y el nombre del médico y del servicio que solicita.
      4. Se confirma que los datos de la solicitud corresponden con la identificación de la muestra o espécimen biológico (orina, heces, cultivo)
      5. Se le indica al paciente que coloque sus muestras en la bandeja correspondiente.
      6. Si el paciente tiene además, pruebas para extracción de sangre se le indica que tome asiento en la sala de espera hasta que se le llame según la secuencia numérica.
      7. Se informa a la sección cuando hay muestras urgentes.
   2. Pacientes hospitalizados y consulta de agudos:
      1. Las muestras de orina, heces, sangre y cultivos son enviados al Laboratorio de las diferentes salas y transportada por mensajeros.
      2. Se debe revisar si las solicitudes y muestras están identificadas correctamente.
      3. Las solicitudes deben tener además de los datos personales del paciente (nombre, cédula, # de seguro social), nombre del médico servicio médico, la sala y cama del paciente.
      4. Se le indica al mensajero, enfermero o auxiliar que coloque las muestras en la bandeja correspondiente (orina y heces) y en caso de tubos de sangre para pruebas hematológicas, químicas y serológicas que los coloque en la gradilla ubicada en la mesa de la recepción.
      5. Se procede a incluir en el registro diario todas las pruebas solicitadas para cada paciente. Se informa a la sección sí hay muestras Urgentes.
      6. Las muestras son retiradas de la recepción para ser llevadas a la sección que corresponde por el asistente, auxiliar, Tecnólogo Médico o secretaria.
2. Toma de muestra sanguínea (Extracción):
   1. El paciente ubicado en la Sala de espera, es llamado por orden numérico para realizarle la extracción.
   2. Los puestos de extracción (Flebotomía) son ocupados por Tecnólogos Médicos y Asistentes, bajo la coordinación del Jefe, Subjefe del Laboratorio o Tecnólogo Médico asignado.
   3. El funcionario responsable de cada puesto de extracción (programa mensual) recibe al paciente con cordialidad y verifica la identidad del paciente con las solicitudes antes de proceder a la extracción.
   4. Se realiza la extracción siguiendo las normas de bioseguridad y del procedimiento de flebotomía ( MPT – 003 –F )
   5. En cada puesto se mantienen separaradas las muestras y solicitudes de acuerdo al tipo de examen. Se envían de inmediato las urgentes.
   6. La toma de muestra para pacientes hospitalizados se realizan a las 6:30 AM, 1:00 PM, 5:30 PM y 9:00 PM por el Asistente o Tecnólogo Médico asignado.
3. Clasificación y distribución de los especimenes con sus respectivas solicitudes a las Secciones:
   1. Personal de las secciones (Tecnólogos Médicos o Asistentes) retiran de los puestos de extracción y recepción las muestras correspondientes con sus solicitudes.
   2. Se informa inmediatamente a la sección si se realiza una extracción para análisis urgente o el funcionario responsable de la extracción la lleva.
   3. Las muestras deben ser trasladadas a las secciones en gradillas o bandejas para evitar accidentes, deben cumplirse las condiciones preanalíticas según los análisis a realizar. (OAF-001-MTRM)
4. Entrega de Resultados:
   1. Una vez realizados los análisis y validados los resultados según las normas y control de calidad de cada sección, son enviados a Recepción para su clasificación y distribución.(Ver MOAF-001-AER)

# Manejo, Transporte y Rechazo de Muestras. CÓDIGO: MOAF-001-MTRM

**Manejo y Transporte de las Muestras Biológicas:**

Consideraciones Preliminares

Todas las muestras deben ser trabajadas como infecciosas y potencialmente peligrosas, deben seguirse y cumplirse las normas de bioseguridad al manipular las muestras biológicas.

# Objetivos:

Resaltar las condiciones básicas de recolección que debe reunir una muestra biológica para ser aceptada en el Laboratorio para su análisis.

Establecer claramente las condiciones que prevalecen para rechazar una muestra biológica. Valorar la importancia de las normas de Bioseguridad en el manejo y transporte de las muestras biológicas.

Orientación:

1. Muestras de Orina:
   1. Para urinálisis
      1. Deben ser colectadas en envases plásticos, cerrados con tapa de rosca.
      2. La muestra de orina debe enviarse pronto al Laboratorio, en un término de 4 horas, de lo contrario debe refrigerarse.
   2. Para Urocultivo.
      1. Debe ser recogida en envase plástico estéril.
      2. El paciente debe seguir los pasos indicados en la hoja de instrucciones que le entregaron en la Recepción al darle su cita.
      3. Una vez recogida la muestra debe ser enviada al Laboratorio.
   3. Orina 24 horas :
      1. Se colecta la orina en envases plásticos color ámbar.
      2. Se entrega al paciente hoja con instrucciones para la toma de muestra.
      3. Se envía al Laboratorio cuando se completa la recolección de 24 horas.
2. Muestras de heces:
   1. Heces General
      1. Se debe recoger en envases plásticos con tapa fácil de abrir
      2. Lleve al laboratorio la muestra temprano.
   2. Heces para coprocultivo:
      1. Recoger en envases plásticos estériles y no debe ser abundante cantidad.
      2. No debe estar contaminada con orina, agua o papel
      3. Enviar al Laboratorio con prontitud para su análisis.
      4. Heces para sangre oculta 2.2.4.1.Recogerse en envase plástico

2.2.4.2.Debe indicarse al paciente listado de alimentos que puede y los que no debe consumir por 2 días previos a la recolección de la muestra.

1. Muestras Sanguíneas:
   1. Los asistentes de laboratorio efectuarán la extracción de muestra en las salas de hospitalización de lunes a viernes, a las 6:30 AM, 1:00 PM, 5:30 PM y 9:00 PM; los sábados, domingos y días feriados a las 7:00 AM a 10:00 AM y 2:00 PM.
   2. Las muestras fuera de este horario, serán extraídas por personal de la Sala y enviadas al Laboratorio por mensajería.
   3. Los pacientes ambulatorios se atenderán de lunes a viernes desde las 6:30 AM según citas programadas.
   4. Los casos de urgencia tanto de pacientes ambulatorios como hospitalizados se atenderán de lunes a domingo en horario de 24 horas.
   5. Las muestras de Unidad de Atención de Agudos serán tomadas por personal del área y enviadas al Laboratorio.
   6. Las muestras sanguíneas se tomarán según el tipo de análisis y las Normas de Bioseguridad.
   7. Deben mantenerse en posición vertical para favorecer la formación de coágulo y reducir el movimiento que causa hemólisis.
   8. Debe estar los tubos tapados para evitar derrames y contaminaciones.
   9. Debe separarse el suero o plasma de las células lo antes posible. Límite máximo recomendado hasta 2 horas después de la extracción.
   10. La sangre debe estar coagulada para ser centrifugada.
   11. La formación de coágulo demora de 30 a 60 minutos a 22-25 °C, aproximadamente, 15 minutos con activador.
   12. Las muestras con anticoagulante se pueden centrifugar a los pocos minutos de extraída.
       1. Análisis químicos:
          1. Tubos de vidrio o plásticos de 16 x100mm con capacidad de 10ml, al vacío con tapón rojo sin anticoagulante. Puede tener Gel para facilitar la separación del suero. Deben conocerse las condiciones específicas de la muestra para los analitos que requieran un procedimiento preanalítico especial
          2. El paciente debe estar en ayuno para algunos análisis (glucosa).
          3. Muestras para gases arteriales requieren que se avise al Laboratorio previamente y además, debe ser tomada por el médico.
          4. Debe tomarse en jeringuillas con anticoagulante (heparina) y enviarse inmediatamente al Laboratorio Clínico en recipiente con hielo.
       2. Análisis Serológicos e Inmunoquímicos:
          1. Se recogerán en tubos de vidrio o plástico 13 x 100 mm con capacidad de 5 a7m.l., al vacío con tapón rojo, sin anticoagulante, químicamente limpios y pueden tener Gel para facilitar la separación.
          2. e deben conocer las condiciones preanalíticas indicadas para cada prueba a realizar.
          3. No es obligatorio estar en ayuno pero se debe evitar ingerir previamente mucha grasa.
          4. Se debe anotar en la hoja de solicitud la fecha de extracción de la muestra.
       3. Muestras para Hemogramas
          1. Se recoge en tubos con EDTA (tapón morado) de capacidad para Volúmenes de 3; 4 ó 5 ml y microtainer (500 ul).
          2. Se deben llenar los tubos a la capacidad que permite el vacío, se mezclan bien para evitar formación de coágulos y hemólisis.
       4. Muestras para Pruebas de Coagulación (TP, TTP, Fibrinógeno, TT):
          1. Se colecta en tubos con anticoagulante citrato de sodio según la capacidad del tubo y vacío (tapón celeste).
          2. Mezclar bien para evitar formación de coágulo.
          3. Se rechazará toda muestra que no guarde la relación correcta de Anticoagulante muestra, este hemolisada o coagulada.
       5. Muestra para Pruebas Especiales de coagulación (PDF, AT III, Dómeros D, Agregabilidad, etc.):
          1. Para pacientes ambulatorios se les programa la prueba por citas.
          2. Para pacientes hospitalizados se debe coordinar con la Sección de Hematología porque algunos requieren de tubos y condiciones específicas (PDF, AT III, Factorizaciones) o de procedimientos programados como el tiempo de sangría, agregabilidad plaquetaria, entre otros.
       6. Muestras para Pruebas Especiales (Electroforesis de Hemoglobina, Estudios de proteínas Plasmáticas, Histoquímicas de blastos):
          1. Estas pruebas se programan para realizarlas semanalmente según volumen o urgencias
          2. Para pacientes ambulatorios se les da cita en el Laboratorio antes de su cita con el médico porque los procedimientos son largos (electroforesis).
          3. Para pacientes hospitalizados se reciben diariamente según solicitud y se programa su análisis con prontitud.
          4. La muestra para electroforesis de hemoglobina se toma en tubo con EDTA (Hemograma) y se refrigera. El análisis debe realizarse en menos de 1 semana por formación de metahemoglobina.
          5. Para estudios de proteínas plasmáticas se toma la muestra en tubos Serológicos (13 x 100mm), se separa el suero y se refrigera hasta que se realice el examen. El suero no debe estar hemolisado ni contaminado al momento de realizarse las pruebas.
          6. Los estudios citoquímicos se realizan en frotis de sangre periférica sin anticoagulante o frotis de médula ósea.
       7. Muestras para hemocultivos:
          1. Es importante mantener la relación de volumen que se refiere a la cantidad de muestra con respecto al medio de 1:5 a 1:10.
          2. Mínimo debe recogerse 2 muestras con intervalos de 15 minutos y un máximo de 1 hora.
          3. Deben usarse guantes estériles durante la toma de muestra.
          4. No es necesario pedir siempre cultivo para anaerobios, esta decisión depende de la condición clínica.
          5. Ver guía de toma de muestra donde se explica con detalles el procedimiento de limpieza, punción e inoculación del frasco de hemocultivo.
2. Análisis microbiológicos:
   1. Las muestras para cultivo deben ser tomadas preferiblemente antes de la terapia antibiótica, de no ser esto posible; favor anotar el tipo de antibiótico, en la solicitud. Anote también, si el paciente está neutrópénico o si presenta otras inmunosupresiones.
   2. Todas las muestras deben transportarse de inmediato al Laboratorio.
   3. Cuando se soliciten cultivos en secreción de herida, es importante que se coloque en la orden médica el sitio anatómico específico de la lesión.
   4. Las muestras que no sean enviadas de manera apropiada serán rechazadas.
   5. Los líquidos pleurales, ascíticos, etc. deben colectarse además en tubos con EDTA, si se requiere la celularidad.
   6. Los líquidos nunca deben refrigerarse.
   7. Los aspirados de médula ósea para cultivo se inoculan en frascos de hemocultivos.
   8. Debe cumplirse la norma de enviar los formularios con toda la información que se solicita para algunos tipos de muestra o análisis. (Ej.: punta de catéter, hemocultivos).
   9. Debe revisarse la guía para toma de muestras de la sección de microbiología del Laboratorio Clínico del I.O.N., donde se explica en detalle el medio de transporte y el procedimiento de recolección para cada tipo de muestra.
   10. Para cualquier información adicional debe comunicarse con la Jefa de la Sección de Microbiología o Tecnólogo Médico asignado.
3. Rechazo de Muestras Biológicas:
   1. Es muy importante que el espécimen del paciente reúna las condiciones de calidad establecidas para cada análisis solicitado.
   2. Todos los procedimientos técnicos mencionan los requisitos básicos que debe reunir la muestra para poder ser analizada como son por ejemplo: Tipo de muestra (suero, plasma, sangre completa) anticoagulante, cantidad mínima, las condiciones de almacenamiento y si necesita preservativo.
   3. Las condiciones que deciden si una muestra es rechazada, se basan en que puede ser la causa de resultados errados y no confiables, como presencia de hemólisis, muestra coaguladas o lipémicas, etc.
   4. Razones ó criterios por los que se puede rechazar una muestra biológica:
      1. Muestra sin identificación o identificación incorrecta.
      2. Recolección de la muestra en envase no adecuado para el análisis.
      3. Derrame de la muestra
      4. Rotura del envase de recolección de la muestra
      5. Cantidad no suficiente de la muestra para realizar el o los análisis solicitados.
      6. Muestra hemolisada, lipémica o coagulada si es recogida con Anticoagulante:
      7. NOTA: Se debe notificar a la sala, si el paciente esta hospitalizado para la recolección inmediata de otra muestra y si el paciente es ambulatorio se le llama para extraerle nueva muestra antes de la cita médica.
      8. Conservación o manejo inadecuado de la muestra para el tipo de análisis.
      9. Incorrecta relación anticoagulante-muestra.

# Reporte de Resultados, Valores Críticos, acciones correctivas

Consideraciones generales:

Es importante que el Laboratorio Clínico, elabore los formularios para el reporte de los resultados de los análisis realizados a los pacientes, indicando los datos generales del paciente, pruebas por secciones y valores de referencia para facilitar la interpretación de los resultados.

En los formularios de reporte de resultados no puede faltar el espacio para la firma del responsable de las pruebas realizadas.

En el procedimiento post-analítico deben indicarse con claridad los requisitos y condiciones para el envío de los resultados, qué hacer en caso de valores críticos o fuera de rango y las acciones correctivas.

Definiciones:

**Rango de Referencia Normal**: Es el rango que se establece para cada prueba al analizar de 30 a 50 personas sanas y calcular la DS, determinando el rango de variación aceptable como + 2DS del valor de la media.

**Valores Anormales**: Son todos los resultados que caen fuera del rango establecido como normal.

**Valores Críticos**: Son todos los resultados que no sólo caen bastante lejos del rango normal, sino que indican una posible condición que atenta contra la vida por lo que requieren de inmediata atención.

Objetivo:

Definir los requisitos que deben cumplirse para que se validen los resultados obtenidos antes de ser reportados.

Establecer los rangos de referencia que definen a un resultado como fuera de rango o valor crítico, indicando lo que se debe hacer y cómo se reporta.

Describir las acciones correctivas que deben practicarse en caso de errores en el reporte de resultados, presencia de valores críticos o fuera de rango.

Orientación:

1. Validación de los resultados obtenidos:
   1. Los resultados de los controles deben estar dentro del rango aceptable establecido para reportar los resultados de los pacientes.
   2. Los valores de los controles (normal y anormal) se anotan en los formularios correspondientes.
   3. Si ambos controles están fuera de los límites establecidos, no se pueden reportar los resultados de los pacientes.
   4. Si se va a repetir un análisis del paciente para confirmar el resultado obtenido, se deben realizar las acciones correctivas previamente.
   5. Todo resultado de un paciente que esté fuera de 3 DS del promedio establecido como valores de referencia, se debe considerar anormal o valor crítico y debe informarse inmediatamente al médico solicitante.
2. Formularios
   1. La solicitud de análisis debe tener:
   2. Datos del Laboratorio (nombre de Institución, membrete, dirección, Teléfono, sección).
   3. Datos del paciente (adesógrafo) Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, # de cédula.
   4. Área que refiere (Hospitalizado, Consulta Externa, Atención de agudos, U.C.I., S.O.P., Fuera de Unidad.
   5. Nombre del médico solicitante y Servicio.
   6. Listado de pruebas por Sección para que sean marcados por el médico según necesidad para el diagnóstico clínico o monitoreo de tratamiento.
   7. Espacio para firma del Tecnológo Médico responsable de Análisis de las pruebas en la sección correspondiente.
   8. Espacio para la fecha del día que se realizó la prueba y se envía el reporte del resultado.
3. Informe de Resultados:
   1. Deben establecerse en cada sección las políticas para reportar los resultados de control, valores críticos o fuera de rango normal.
   2. El Jefe de Sección es responsable de que todo el personal asignado a su sección conozca los valores de referencia normales y valores críticos para cada prueba, por lo que se debe mantener a la vista el cuadro de los mismos. Deben actualizarse el cuadro cada vez que se realice una modificación por cambio de método, lote de reactivos o controles, así como la gráfica de Levy-Jennings, que da fe de la confiabilidad de los resultados por la precisión diaria, de los valores de los controles normales y anormales.
   3. En el informe de resultados del paciente, se deben indicar los valores de referencia con la unidad recomendada para cada prueba.
   4. Los resultados anormales deben resaltarse o señalarse con una alarma o \*, que indiquen que están altos o bajos en el informe de paciente.
   5. Se debe respetar la confidencialidad de paciente en caso de resultados alarmantes o de valores críticos.
4. Pacientes Ambulatorios:
   1. Resultados de controles o rutina, se envían al Servicio de Registros Médicos diariamente.
   2. De ser urgentes o de cita hoy se les entregan al paciente o familiar para que sean llevados de inmediato al médico solicitante.
   3. Si los resultados son de valores críticos, se llama al médico solicitante y se le entregan al medico o se envían a Registros Médicos por indicación del Médico.
   4. En caso de pruebas positivas para HIV, se le notifica al médico y se le entrega el resultado confirmado.
5. Pacientes Hospitalizados:
   1. Siguiendo las normas establecidas por los Servicios Médicos (Hematología, UTMO, UCI, AGUDO) se reportan telefónicamente los resultados pero posteriormente se envía el reporte escrito validado.
   2. Si es el caso de valores críticos se deben informar urgentemente al médico o enfermera de la sala correspondiente, quedando en espera de que sean retirados los reportes escritos.
   3. En caso de resultados positivos confirmados para pruebas de Hepatitis o HIV, se le reporta al médico y a la enfermera del Comité Nosocomial para cumplir con las Normas Epidemiológicas del MINSA.
6. Informe de resultados de Valores Críticos:
   1. Todo valor crítico debe ser reportado con urgencia, siempre y cuando ha sido validado, por lo que se debe revisar el control de calidad, funcionamiento del equipo y todo factor o condición que puede ser causa de invalidación del resultado.
   2. Si hay indicadores que dejan dudas acerca de la veracidad del valor, los resultados no deben ser reportados hasta tanto se repita el análisis para su confirmación.
   3. Una vez repetido y validado el resultado, se le notifica al médico o enfermera con prontitud para que el tratamiento no se retrase.
   4. Debe registrarse el nombre de la persona a quien se le notificó el resultado de valor crítico.
7. Acciones Correctivas.
   1. Es importante establecer los procedimientos para corregir los errores que se hagan por el Laboratorio en el reporte de resultados de los pacientes.
   2. Todo error detectado después de la validación del resultado, debe ser corregido y documentado tanto con la causa del error como por la razón que explica la situación.
   3. Debe mantenerse un registro de la hoja de trabajo diario de todos los valores obtenidos en las repeticiones antes de validar el resultado final.
   4. Debe notificarse al médico, si es necesario, sobre el error y su corrección.
   5. El Tecnólogo Médico debe indicar el protocolo que siguió para la corrección.

# Archivos y Entrega de Resultados. Código: MOAF- 001-AER

Propósito: Este instructivo establece cómo se deben clasificar, entregar y archivar las copias de los resultados validados en cada sección.

Consideraciones Preliminares:

Es parte importante del Programa de Garantía de Calidad del Laboratorio Clínico, normar la fase post- analítica donde es relevante no sólo la validación de los resultados obtenidos en la fase analítica, sino también garantizar que estos resultados lleguen con prontitud y oportunamente al médico para su toma de decisión en beneficio del paciente.

Objetivo:

Seleccionar los resultados validados según la identidad del paciente, área que refiere y condición de Urgente o rutina para enviarlos con prontitud.

Orientación:

1. Una vez que se validen los resultados en cada sección según las normas de control de calidad establecidas, se procede a enviar los resultados originales a la Recepción.
2. Se guarda en cada sección una copia de los resultados entregados a Recepción, ordenados por día y mes. Dependerá del equipo si se pueden guardar además en diskettes o en memoria.
3. En Recepción los resultados recibidos de cada Sección son clasificados según el área que refiere, salas y se compaginan por separado los de cada paciente.
4. Los resultados de UCI, Unidad de Atención de Agudos y urgentes, se comunican de inmediato al área que refiere, para que sean retirados con prontitud por el mensajero correspondiente.
5. Los resultados de pacientes ambulatorios se compaginan por paciente, se
6. confecciona un listado y se avisa para que sean retirados del Laboratorio por un funcionario de Registros Médicos.
7. Los resultados de pacientes hospitalizados se compaginan por paciente, se agrupan por salas y son retirados del Laboratorio por mensajeros.
8. Se conservan en Recepción los resultados de los pacientes fuera de unidad.
9. Sólo se entregan resultados a los pacientes que tienen cita hoy. (Quimioterapia, Hematología).
10. En cada sección se conserva un registro de entrada diaria de exámenes solicitados y copia de los resultados según el equipo. (hoja, diskette, memoria)

# Garantía de Calidad. Código: MOAF-001-GC

Condiciones Preliminares:

El Laboratorio Clínico tiene implementado en cada sección un programa de control de calidad interno para todos los análisis, de manera que se pueda identificar de inmediato cualquier anomalía o error en los resultados

En las secciones de Hematología, Química e Inmunoquímica se asegura la trazabilidad de los resultados obtenidos con los de otros Laboratorios mediante la participación en Programas de Supervisión Externa de la calidad.

En cada sección se mantiene un archivo de los resultados del Control de Calidad Interno y Externo.

Objetivo:

Definir los planes de control y mejora permanente de la calidad de los resultados analíticos obtenidos, para asegurar la confiabilidad reproducibilidad con los obtenidos en otros laboratorios

Verificar el adecuado desempeño del Laboratorio Clínico, mediante la comprobación de la precisión (controles) y de la exactitud (estándar o patrón) de los métodos usados, para detectar errores y poder corregirlos.

Orientación:

1. La Garantía de Calidad exige como base o requisitos lo siguiente:
   1. Actitud y aptitud para mejorar permanentemente la calidad.
   2. Política, normas y procedimientos escritos (manual).
   3. Compromiso y supervisión del cumplimiento de las normas y de los procedimientos de calidad, para asegurar la gestión de calidad.
2. Responsabilidad del Tecnólogo Médico Jefe o asignado en cada Sección para el Control de Calidad:
   1. Diariamente debe:
      1. Verificar y anotar en la hoja correspondiente el registro de temperatura de los equipos.
      2. Organizar los puestos de trabajo.
      3. (Limpieza, materiales necesarios para cada puesto de trabajo).
      4. Revisar reactivos en uso.
      5. Dar el mantenimiento inicial y calibrar los equipos de la Sección según se requiere.
      6. Comprobar que los controles están bajo rango aceptable
      7. (Validación)
      8. Validar, reportar y enviar los resultados obtenidos.
      9. Al finalizar la jornada de trabajo debe dar el mantenimiento final al equipo antes de dejarlo en receso si se cuenta con otro equipo.
   2. Mensualmente debe :
      1. Evaluar los formularios donde se registraron las temperaturas de los equipos para validar el uso correcto.
      2. Revisar gráficas de Levy- Jennings para determinar si hay desviaciones o tendencias de todos los procedimientos.
      3. Preparar un informe al Supervisor o Jefe de Laboratorio sobre reforzamiento del personal (docencia), rechazo de muestras inadecuadas, incidentes y las medidas correctivas para su aprobación.
   3. Cada trimestre se debe :
      1. Comprobar la exactitud de las balanzas en uso, utilizando pesas.
      2. Revisar los espectrofotómetros para evaluar la exactitud y reproducibilidad.
      3. Revisar la calibración de las pipetas para asegurar su precisión y exactitud.
   4. Anualmente se deben evaluar las temperaturas que marcan los termómetros en uso contra termómetros calibrados.
   5. Periódicamente o cuando sea necesario se debe :
      1. Analizar las muestras de control de calidad Externo y registrar los resultados.
      2. Enviar los resultados del control de calidad externo con prontitud.
      3. Realizar estudios paralelos para validar los nuevos lotes de controles y reactivos. Anotar los resultados validados.
      4. Calibrar y validar las pipetas y termómetros nuevos al recibirlos. Registrar los resultados.
      5. Actualizar todos los reportes y cambios del control de calidad en el libro de registros en cada sección.
      6. Evaluar la concordancia de los resultados de las muestras y controles analizados en equipos diferentes.
   6. El Manual de Calidad de cada sección debe incluir:
      1. Procedimientos Generales
      2. Procedimientos normalizados de trabajo
      3. Fichas y protocolos de equipos y pruebas
      4. Fichas y protocolos de los materiales de calibración y control
      5. Instrucciones Técnicas
      6. Hojas de registros e informes
3. El Aseguramiento de la calidad exige la existencia de una serie de procedimientos cuya base es el principio de Deming, “escribir lo que se ha hecho, hacer lo que se ha escrito” y el seguimiento del cumplimiento de estos procedimientos.
4. Control de Calidad Interno
   1. Es un proceso indispensable que permite la validación de los resultados analíticos.
   2. Las técnicas de aplicación varían según el tipo de análisis, pero en todos los casos deben identificar y corregir los errores analíticos aleatorios que afectan la precisión y los sistemáticos que afectan la exactitud.
5. Evaluación Externa de la calidad
   1. Proceso que permite el estudio retrospectivo de los resultados analíticos del Laboratorio, para llegar a conclusiones que llevarán a la toma de decisiones para realizar los correctivos necesarios
   2. Asegura la trazabilidad de los resultados del Laboratorio con los de otros Laboratorios mediante la participación en los programas de supervisión externa de la calidad.
6. Políticas Generales para Validación de Resultados
   1. La variación permisible de una prueba se determina con el uso diario de controles, patrones y métodos estadísticos.

# Análisis Clínicos (Pruebas)

Consideraciones Preliminares:

Todas las secciones del Laboratorio Clínico deben elaborar el Manual de Organización y Funcionamiento General de la Sección (MOFS-002) donde se establecen con claridad las normas y políticas para la ejecución del trabajo diario (puestos, responsabilidades de cada funcionario). Además, el Manual de Procedimientos Técnicos (MPT-003) donde se detallan cada una de las metodologías empleadas para el análisis de las muestras y de las diferentes pruebas que se realizan según la solicitud del médico.

Objetivo:

Señalar las normas de trabajo en cada sección para asegurar las excelencias en el Servicio de Atención.

Describir los procedimientos Técnicos de cada una de las pruebas realizadas en el Laboratorio Clínico para unificar los criterios de ejecución, interpretación, validación y reporte de resultados.

Orientación:

1. Todas las pruebas deben ser ejecutadas exactamente como se señala en el Manual de Procedimientos Técnicos.
2. El Manual de Procedimientos para cada prueba debe incluir método, principio, tipo de muestra, reactivos, calibración y estandarización, valores de referencia, precauciones, cálculos, validación y reporte de resultados.

# Normas Generales y Estándares del Laboratorio Clínico

I. Procedimientos Generales:

1. Todas las pruebas deberán ser ejecutados exactamente como están escritas en el Manual de procedimientos, si se hacen modificaciones deberán ser escritas y firmadas con las iniciales y fecha al lado.
2. Cuando se inician o se introducen nuevos métodos, éstos deben probarse debidamente con el visto bueno del Jefe de Laboratorio.
3. El Jefe del Laboratorio deberá revisar anualmente los manuales y aprobarlos o adicionar nuevos métodos y firmarlos (iniciales) y fecha.
4. Los manuales de procedimientos deberán incluir las metodologías detalladas de los métodos que se ejecutan por sección y cada método debe tener la siguiente información:
   1. Principio
   2. Recolección, preservación y estabilidad de la muestra.
   3. Preparación de los reactivos.
   4. Procedimiento.
   5. Esterilización.
   6. Cálculo de resultados.
   7. Controles y criterios para aceptar los resultados.
   8. Valores normales o rangos de referencia y valores críticos.
   9. Notas y precauciones.
   10. Referencia.
   11. Evidencia de revisión anual.

II. Control de Calidad:

1. Los record (Formularios de equipo y trabajo diario) deben ser revisados por el supervisor o Jefe del laboratorio.
2. Todas las pruebas cuantitativas deben usar sueros controles cuya desviación no debe ser mayor de 2DS y las pruebas cualitativas deben tener un control positivo y uno negativo.
3. Los resultados de los controles deben anotarse diariamente en registros diarios y gráficas.
4. Nunca debe reportarse un resultado cuando los controles salen de las 2 desviaciones estándares preestablecidas.
5. Cuando ocurra esta situación debe investigarse la causa con la ayuda del Jefe de Sección y deben registrarse los valores y las correcciones.
6. Si los controles están fuera de 2 desviaciones estándares se debe repetir la prueba. Si al repetir la prueba los controles entran en las 2 desviaciones permitidas, se podrá reportar después de la revisión del Jefe de la Sección.
7. Si el segundo resultado sigue fuera de control (2 D. ST) refiérase al cuadro #1 (Problema de manejo en control de calidad).
8. Si dos valores del control están fuera de 2 desviaciones estándares se deben seguir las siguientes líneas de correcciones:
   1. Informe al Jefe de sección o al Jefe del Laboratorio.
   2. Revise la fecha de expiración de control y reactivos.
   3. Recalibre el instrumento (cuando el método es semiautomatizado).
   4. Repetir la prueba usando el control.
   5. Si los resultados están todavía fuera de control, abra otro control y repita la prueba.
   6. Si persisten los valores, vuelva a repetir la prueba con un método alternativo.
9. Bioseguridad:
   1. Esta prohibido fumar en el área de trabajo.
      1. Razones:
         1. Presencia de solventes inflamables en el área, puede ir contra la seguridad del Laboratorio
         2. Puede ser elemento de contaminación.
   2. Está prohibido comer o bebe en el área del Laboratorio por razones de seguridad para el personal. La presencia de muestras de sangre, orina, esputos, heces y otras secreciones que contienen bacterias patógenas y que diariamente se manipulan en el área de trabajo, pueden contaminar el alimento que se ingiera en esta área.
   3. No se permite alimentos en el refrigerador del Laboratorio.
   4. No deben aplicarse cosméticos en el Laboratorio.
   5. Es obligatorio traer la bata del Laboratorio, recomendable con nombre e insignia.
   6. Los zapatos deben ser confortables y cerrados.
   7. Debe lavarse las manos frecuentemente (antes de salir del laboratorio, después de atender pacientes y antes de comer).
   8. Prohibido pipetear con la boca.
   9. Equipo de vidrio.
      1. No use equipo de vidrio roto.
      2. No deje pipetas en frascos de reactivos.
      3. Cuando descarta material de vidrio roto debe hacerlo en recipientes resistentes especiales.
      4. Use guantes aislantes cuando manipula frascos calientes.
      5. El material contaminado debe sumergirse en hipoclorito al 10% u otro desinfectante apropiado antes de ir a la autoclave.
   10. Centrífugas
       1. Nunca opere una centrífuga abierta.
       2. Siempre tape los tubos al centrifugarlos (sangre, orina, esputo o líquidos inflamables). La centrifugación crea vacíos y volatiliza los líquidos.
   11. Autoclaves
       1. Antes de poner a funcionar una autoclave debe asegurarse de que esté en buenas condiciones de trabajo. ( Revise manual de operaciones)
       2. No la abra hasta que la temperatura y presión estén normales.
       3. Use guantes aislantes cuando coloca o saca material de la autoclave.
       4. Use los controles adecuados para asegurar el buen funcionamiento del equipo y por consiguiente de la descontaminación y esterilización.
   12. Equipos Eléctricos:
       1. Todos los equipos deben tener conexión a tierra y deben revisarse periódicamente. Si en algún momento al tocar la máquina le pasa la electricidad, notifique al Jefe Inmediato y manténgase alejado de la máquina.
       2. Deben tener reguladores de voltaje.
   13. Procedimiento para manejo de Materiales Ácidos y Corrosivos.
       1. Todo material ácido y corrosivo deben ser etiquetados con el aviso del material tóxico que posee y almacenado según las normas de bioseguridad.
       2. Botellas de más de 500 ml de material ácido corrosivo deben manipularse con equipo especial, sólo deberá cargarse de uno en uno.

# Nunca pipetear su contenido con la boca.

* + 1. Al hacer uso de estos reactivos deben usarse guantes y efectuarse su preparación en un extractor.
    2. Al guardarse o almacenarse deben estar en cabinas sobre material absorbente (arena, etc.).
    3. Ácidos concentrados no deben almacenarse cerca de bases concentradas.
  1. Manejo de muestras con Hepatitis, HIV o potencialmente Infecciosas:
     1. Todas las muestras deben trabajarse como infecciosas y potencialmente peligrosas.
     2. Las salas deben advertir al personal del Laboratorio los casos de muestras con estos virus mediante un indicador sobresaliente en el tubo (etiquetas de Precaución).
     3. Seguir las Normas de Bioseguridad para manipular material biológico.
  2. Agujas:
     1. Las agujas desechables deben colocarse dentro de material hermético y llevarse a la autoclave antes de desecharse.
  3. Tanques con Gases a Presión:
     1. Estos tanques deben fijarse con posición vertical.
  4. Material Radioactivo:
     1. Deberá desecharse en bolsas especiales y seguir las normas del hospital para desecho de material radioactivo.
  5. Fuego:
     1. Todo tipo de tanque que contenga alcoholes inflamables deben almacenarse en cabinas de seguridad. Sólo cantidades menores de 1 pinta pueden almacenarse en anaqueles abiertos.
     2. El personal debe memorizar rutas de evacuación.
     3. Está prohibido fumar en áreas del laboratorio y hospitales.
     4. En caso de fuego use los extinguidotes colocados en cada piso.
  6. Manejo de Derramamiento (Spilling) de Material Contaminado.
     1. Agregue inmediatamente suficiente cantidad de fenol.
     2. Cubra el área con papel toalla y déjelo por 1 hora para proceder a limpiar.
  7. Manejo de Material Contaminado:
     1. Use guantes cuando maneja material contaminado.
     2. Autoclave a 15 libras por 1 hora todo material contaminado antes de lavarlo.
     3. Todo material contaminado desechable debe colocarse en bolsas, llevar a la autoclave y remitirlo al centro de incineración del hospital o depósito para descarte.
     4. Descontamine el piso con fenol al 5%.
  8. Todas las áreas de trabajo deben limpiarse con desinfectante apropiado antes y después de cada período de labor.
  9. Deben señalizarse las áreas de trabajo y sobre todo las áreas restringidas con los símbolos universales que indican riesgo para evitar el libre tránsito de personas ajenas al Laboratorio.
  10. Deben utilizarse pipetas mecánicas para manipulación de líquidos, no pipetear con la boca.
  11. Todo objeto o material punzo-cortante debe descartarse en recipientes herméticos y no perforables.
  12. Se debe cumplir con las normas de bioseguridad para el transporte seguro de sustancias infecciosas y especimenes diagnósticos.

1. Valores Normales y Valores Alarmantes:
   1. En todas las pruebas que se efectúan en el Laboratorio deberá anotarse los valores normales o rangos de referencia normal.
   2. En caso de detectar valores anormales ( altos o bajos ) se deberán seguir los siguientes pasos:
      1. Notifique al jefe de la Sección.
      2. Notifique al médico que solicitó la prueba o a la sala.
      3. Repita el análisis si se lo solicita el Jefe del Laboratorio o el médico que ordena la prueba.
      4. En caso de no encontrar al médico, el resultado se deberá enviar a la sala en forma inmediata, previa comunicación con la Enfermera encargada o, a Registros Médicos si es ambulatorio para localizar al paciente.

V. Colección y Rechazo de Muestras:

1. Las muestras se deberán tomar según las normas de procedimientos detallados en el Manual del Laboratorio que reposa en cada una de las salas.
2. Las siguientes muestras deben considerarse inaceptables y deberá tomarse nueva muestra:
   1. Muestras visiblemente hemolizadas.
   2. Muestras cuyo envase está roto.
   3. Muestras con anticoagulantes (Hematología) que contengan coágulo.
   4. Muestras en tubos incorrectos. Ejemplo: Pruebas para química en tubos para Hematología.
   5. Tubos no rotulados con el correcto nombre del paciente.
   6. Muestras sin solicitud de análisis.
   7. Muestras cuya orden no está totalmente llena (Nombre del paciente, cédulas, número de sala, cama y médico que solicita el examen.)
   8. Muestras para estudios microbiológicos en envases no estériles.
3. Uso de Agua:

Es obligatorio el uso de agua destilada para la preparación de reactivos, estándares y reconstitución de material liofilizado.

1. Uso de Material de Vidrio:
2. Todo material de vidrio en microbiología o contaminado con suero debe ser sometido a la autoclave a 15 libras por 60 minutos.
3. Cuando se lava material de vidrio con remanentes ácidos se debe usar guantes y lentes de seguridad.
4. Coloque el material de vidrio en posición hacia arriba para evitar que se quiebre.
5. Todo material de vidrio nuevo se debe sumergir en agua jabonosa (ALCONOX) por un mínimo de 30 minutos, luego enjuague con agua de la pluma (3 veces) y una vez con agua destilada, colóquelo en un horno de aire seco a 150°C.
6. Si después del enjuague con agua destilada se absorben manchas de agua, el material de vidrio se debe volver a lavar con agua de la pluma y agua destilada.
7. Conducta en el Laboratorio:
8. Tener muy presente el código de ética en lo que se refiere al trato con los pacientes, supervisores y demás compañeros de trabajo.
9. Recordar que la naturaleza de nuestro trabajo es confidencial y que los datos de los pacientes no deben ser comentados fuera del laboratorio y menos con personas no autorizadas para conocerlos.
10. Es responsabilidad de cada uno mantener limpia su área de trabajo.
11. Los teléfonos son para uso interno, para facilitar la comunicación entre el laboratorio y los médicos o enfermeras en las salas en casos necesarios y urgentes. Las llamadas personales estarán restringidas para casos estrictamente necesarios y un mínimo de tiempo.
12. De Médicos:
    1. Los médicos pueden llegar al tecnólogo a preguntar por algún examen.
    2. Es responsabilidad del tecnólogo atender al médico que solicite esta información.
    3. Si el médico solicita algún examen fuera de tiempo, está interesado en alguna prueba que no se realiza en el laboratorio, o desea saber si el resultado de alguna prueba está interferido por el tratamiento que se le está dando el paciente, este médico debe ser referido al Jefe de Sección y en su ausencia al Jefe del laboratorio.
13. De los Pacientes:
    1. Sólo serán permitidos en la sala de espera y en las áreas de extracción de sangre. Queda terminantemente prohibida la entrada de pacientes a otras áreas del Laboratorio.
14. Del Personal:
    1. Cualquier queja de algún médico o enfermera con respecto al Laboratorio debe ser dirigida al jefe de Laboratorio.
    2. Quejas de los tecnólogos dentro del laboratorio deben ser dirigidas al Jefe de Laboratorio.
    3. Quejas por parte del personal del Laboratorio deben ser dirigidas al Jefe del Laboratorio.
    4. Si se ha cometido algún error al reportar una prueba de laboratorio, hay que volver a revisar los libros de trabajo y si es necesario repetir la prueba.
    5. En caso de daño de algún equipo, reportarlo inmediatamente al Jefe de Laboratorio anotarlo en la tarjeta de control de mantenimiento del equipo y ponerse en contacto de inmediato con técnicos encargados de solucionar estos problemas.
15. Accidentes (Para más detalles ver el manual de Bioseguridad del Laboratorio Clínico del I.O.N):
16. Deben reportarse al Jefe de Laboratorio o al Jefe de Sección para asegurar una atención médica inmediata.
17. Habrá una unidad de lavado de ojos y regadera en un área señalada del laboratorio.
18. Seguir los pasos señalados en el flujograma.
19. Las Solicitudes y Reportes:
20. Las solicitudes urgentes deben ser atendidas de inmediato. La muestra será tomada en la sala por el personal encargado y enviada al laboratorio e identificada en forma apropiada. Se debe anotar la hora de llegada al laboratorio. El resultado de estas pruebas debe estar listos en menos de 45 minutos.
21. Las pruebas de rutina serán realizadas durante el turno de 7:00 a 3:00pm.
22. Algún informe demorado, se debe investigar la causa y tomar las medidas necesarias para solucionar el problema.
23. Si los valores estándares se salen de los límites aceptables no se debe informar ningún resultado correspondiente a esa prueba, hasta encontrar la causa y solucionar el problema.
24. Resultados anormales, si están en los niveles críticos deben ser reportados inmediatamente por vía telefónica al médico o enfermera encargada de la sala.
25. Errores aparentes en los resultados de las pruebas deben ser discutidos con el jefe de la sección. En caso de no poder solucionar los problemas pasarán al jefe del laboratorio.
26. Se prohíbe enviar un resultado con tachones o números superpuestos.
27. Relaciones Interpersonales (Comunicación)

Tratar siempre en un plan serio, profesional y cortés dentro del laboratorio a Médicos, enfermeras y administrativos de manera que no ocurran faltas de respeto por parte de ninguno. El trato a los pacientes debe ser agradable, amable, respetuoso y con una sonrisa siempre que sea posible. **“Recordar que no le vamos a sacar sangre a una enfermedad sino a un ser humano”**.

1. Ordenes de Equipos y Reactivos
2. Las requisiciones para órdenes de compra deben ser hechas por el Jefe del Laboratorio a solicitud de los jefes de sección y orientadas a través de la Caja del Seguro Social o por compras internas de la Institución.
3. El Jefe de Laboratorio debe controlar la llegada y el uso de reactivos y equipos.
4. Toda solicitud de requisición por la Caja del Seguro Social o por el Instituto Oncológico Nacional deberá ser firmadas por el jefe del laboratorio y llevarse un control de las mismas.
5. Toda Recepción de mercancías deberá ser revisada en primera instancia por El Jefe de Laboratorio o la persona que asigne y seguidamente remitida al almacenista y kardex para su actualización en el archivo maestro del sistema de inventario.
6. Todo equipo que presente problemas deberá ser informado al Jefe del Laboratorio en primera instancia, quien solicitará por los canales establecidos al servicio de mantenimiento,

su evaluación y autorización para reparación en talleres fuera de la Institución o por la Unidad de Biomédica.

1. La necesidad de todo equipo del laboratorio deberá ser sustentada por el jefe del laboratorio ante las autoridades administrativas correspondientes.
2. Condiciones del Empleo

Son aplicables las normas legales y reglamentarias vigentes tanto las técnicas que regulan la profesión como las administrativas para personal

# Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud

**Nombre de la Unidad: Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud Estructura Orgánica**

**Definición de la unidad:** El Servicio de Registros Médicos y Estadística de Salud es la unidad que se encarga de recibir al paciente e ingresarlo a los servicios de hospitalización y consulta externa. Recolección de datos. Elaboración y divulgación de las estadísticas, guardar y conservar, en forma ordenada y eficiente las historias clínicas u otros documentos para la atención oportuna del paciente.

Este servicio cuenta con normas técnicas administrativas y de procedimientos de la cuales podemos mencionar las relacionadas con el mantenimiento y conservación de las Historias Clínicas, el otorgamiento de citas y la apertura de expediente

Dispone de un área física equipo y mobiliarios con estándares mínimos para su adecuado funcionamiento

El recurso humano que labora en este departamento debe ser idóneo y con capacidad para realizar las distintas funciones y tareas.

Debe disponer también de controles de calidad para asegurar la reserva de la información contenidas en la historia clínica y definir flujos y canales de recorrido de la información.

También forma parte del sistema de información en tal sentido que le corresponde desarrollar procedimientos para asegurar la exactitud y consistencia de los datos generados por los registros de los Profesionales que brinda la atención directa a los pacientes. También presta colaboración al usuario en proporcionar los datos para investigaciones y análisis.

**Estructura / Posición:** La Unidad de REMES es un Servicio de la Dirección de Atención, y está constituida por cuatro servicios:

* + Admisión
  + Archivos Clínicos
  + Trámite de Cita
  + Estadística

# Atribuciones

1. Contribuir a la prestación de la mejor atención posible al paciente oncológico, dándole una atención pronta y amable; asegurando que su historia clínica este en el momento que se solicita.
2. Proporcionar información estadística necesaria para la óptima utilización de los recursos del hospital en el momento de la planificación y toma de decisiones.
3. Contribuir a la educación y capacitación del personal medico y otros profesionales a través de la historia clínica del paciente.

# Área física:

El Servicio de REMES (jefatura, sección de archivos clínicos y sección de estadísticas) está ubicado en el 1 ° piso del edificio principal del Hospital.

Las secciones de trámite de cita y Admisión están en el primer piso en el área de la Consulta Externa.

# Profesionales que actúan en la Unidad:

* Jefe de la Unidad
* Jefe de Servicio ó Sección
* Técnico en Estadísticas de Salud
* Auxiliares en Registros Médicos y estadísticas de Salud
* Secretaria

# Perfil del Cargo Jefe de la Unidad

**Naturaleza del trabajo:** El trabajo del jefe de la Unidad corresponden al nivel gerencial tanto funcional como administrativamente, y es el responsable del funcionamiento adecuado de la unidad

# Tareas típicas

1. Planificar, organizar, dirigir, coordinar o asesorar las actividades que se desarrollan en la Unidad
2. Participar en el establecimiento de normas, métodos y procedimientos de trabajo para el mejor desarrollo de los programas de Registros Médicos y Estadísticas de Salud en todo el país.
3. Participar en las actividades de adiestramiento del personal del nivel regional o nacional.
4. Analizar y evaluar la información técnica a fin de apoyar las decisiones que deben adoptar las funciones correspondientes.
5. Participar en la programación de las actividades locales, regionales y nacionales en los programas a desarrollarse.
6. Participar en la elaboración del presupuesto de gastos de la profesión de Registros Médicos y Estadísticas de Salud para su funcionamiento y su dotación de los recursos necesarios.
7. Revisar los procedimientos y tareas efectuadas diariamente en el Servicio y velar por que se lleven a cabo con eficiencia, efectividad calidad y oportunidad
8. Analizar periódicamente las estadísticas de la Institución y brindar la información necesaria a los Servicios que lo soliciten así como al área administrativa y Dirección General
9. Coordinar con el Servicio de Sistemas y del Sistema de Información del la Institución, todas las tareas y procedimientos técnicos necesarios para ofrecer una información de calidad
10. Supervisar la distribución del trabajo de cada funcionario del Servicio junto con le jefe de cada área y hacer cumplir las funciones y tareas asignadas a cada funcionario
11. Efectuar la evaluación del desempeño de todos os funcionarios del Servicio en forma periódica en coordinación con el Servicio de Recursos humanos
12. Implementar un expediente personal y confidencial del personal a su cargo
13. Coordinar las vacaciones y licencias del personal a su cargo de manera que no interfiera con la atención
14. Supervisar y aprobar la lista de turnos del personal de Admisión antes de enviarla para su aprobación por la Dirección General.
15. Coordinar y supervisar el inventario de las diferentes secciones de la Unidad
16. Informar a las autoridades correspondientes, las faltas que cometan los funcionarios del Servicio para que se apliquen las sanciones correspondientes sobre la base de los reglamentos vigentes
17. Controlar y aprobar las requisiciones de material e insumos del Servicio
18. Cumplir con otras funciones análogas que le sean asignadas.

# Condiciones que debe reunir:

1. Ser Técnico Superior en Registros Médicos y Estadísticas de Salud con formación universitaria a nivel de licenciatura o técnico
2. Tener experiencia en administración de Servicios de Estadísticas y Registros Médicos de por lo menos 5 años
3. Tener por lo menos 10 años de experiencia en trabajo en Registros Médicos y Estadísticas
4. Poseer entrenamiento y capacitación en Gerencia de Salud
5. Tener buena salud física y emocional
6. Haber sido entrevistado y aprobado por las autoridades pertinentes de la Institución
7. Tener capacidad de liderazgo y mantener buenas relaciones Inter.-personales
8. Cumplir con los requisitos que define la ley que reglamenta la actividad

**Forma de contratación**: Por concurso o selección

# Jefe de Sección

**Naturaleza del trabajo:** El jefe de sección desempeña tareas de coordinación y supervisión de su área tanto en el aspecto operacional como administrativo y técnico y responde al jefe del Servicio con el cual coordina todas las actividades de su área.

El supervisor de sección debe planear, coordinar y supervisar las actividades del personal bajo su cargo. Debe asegurar la validez y la precisión de los resultados.

Es un profesional que debe tener cualidades tales como:

1. Buenas relaciones humanas
2. Dominio y seguridad en el manejo técnico y administrativo para delegar funciones y transmitir información a todo el personal.
3. Destreza y habilidad para detectar y resolver problemas.
4. Tener flexibilidad y adaptación para manejar diferentes situaciones.

# Tareas típicas

1. Organiza, distribuye y supervisa las actividades y funciones asignadas al personal bajo su cargo, de acuerdo a los manuales de funcionamiento y de organización de la Unidad
2. Ejecuta, previa aprobación del jefe, el programa de Control de Calidad para asegurar la confiabilidad de los resultados y tareas de su sección.
3. Entrena y evalúa la eficiencia del personal bajo su cargo.
4. Recomienda la selección, rotación o promoción del personal bajo su cargo.
5. Planea la rotación de nuevos empleados bajo su cargo mediante un programa de entrenamiento.
6. Asiste al asistente en los problemas de mal funcionamiento de procedimientos en la sección.
7. Solicita los materiales necesarios para su sección en base a consumo mensual, trimestral o anual.
8. Participa en los programas de docencia activamente.
9. Elabora informes periódicos de las actividades realizadas en la sección y vigila que se cumplan las normas y procedimientos establecidos.
10. Participa y coordina la emisión de criterios técnicos de métodos, y procedimientos.
11. Debe vigilar que se utilice el manual de procedimientos para cumplir con las normas de seguridad y calidad
12. Preparar anualmente el listado con la debida justificación, de las necesidades de persona, equipos e insumos.
13. Preparar los informes estadísticos y de necesidades mensuales de su sección.
14. Otras funciones o actividades asignadas por el jefe de la Unidad.

# Condiciones que debe reunir

1. Certificado de Técnico superior en Registros Médicos y Estadísticas de Salud o equivalente según normas y leyes que reglamentan la actividad
2. Tener capacitación en gerencia de salud en el nivel básico
3. Experiencia: Mínima de 5 años en el ejercicio de su función

**Forma de contratación:** Por prueba de selección

# Atribuciones del Jefe de la Sección de Admisión

1. Impartir los lineamientos para la realización del trabajo a todo el personal de la Sección de Admisión.
2. Orientar permanentemente el cumplimiento de las tareas hacia el logro de la misión de la sección
3. Sensibilizar y motivar al personal en relación al cumplimiento de la Misión de la Sección de la sección de Admisión.
4. Elaborar, en conjunto con el personal, la programación de las actividades de la Sección de Admisión.
5. Preparar los turnos semanales del personal de la Sección de Admisión.
6. Distribuir las responsabilidades del personal, cuidando de asegurar el cumplimiento de los objetivos de la Sección de Admisión.
7. Garantizar una adecuada distribución del espacio físico asignado a la Sección de Admisión, asegurando funcionalidad, condiciones adecuadas y un ambiente agradable.
8. Velar por la permanente actualización del personal en las normas, técnicas y procedimientos de la Sección.
9. Monitorear que se cumplan las tareas, procesos, normas que se establezcan en beneficio del paciente y de la eficiencia del servicio.
10. Participar en las reuniones que se designe.
11. Vigilar que el personal de la Sección de Admisión, no deje ingresos pendientes.
12. Coordinar con la sección de archivos clínicos la solicitud de historia Clínica.
13. Asegurar el correcto llenado de los formularios de la historia clínica en el momento del ingreso del paciente.
14. Reportar diariamente a la Sección de Estadísticas el número de admisiones para hospitalización y apertura de expedientes nuevos que se dan.
15. Supervisar que el personal de la Sección de Admisión, mantenga la confidencialidad de los datos de ingreso.
16. Impartir oportunamente la inducción al personal de la Sección de Admisión, sobre cualquier nuevo formato o formulario que se implemente.
17. Vigilar que el desempeño del personal de la Sección de Admisión, esté apegado a la ética y a la probidad en el manejo de los datos de ingreso.
18. Vigilar que el personal de la Sección de Admisión, brinde un trato amable y respetuoso a pacientes, funcionarios y público en general.
19. Supervisar que el Área de Admisión, esté limpia, ordenada y debidamente señalizada.
20. Elaborar, en conjunto con el personal, el anteproyecto de las actividades Anuales de la Sección de Admisión.
21. Determinar las necesidades de recurso humano, en función del volumen de trabajo y de los horarios de atención de la Sección de Admisión.
22. Prever las necesidades de recursos materiales e insumos esenciales para que se puedan desarrollar las funciones de manera eficiente.
23. Evaluar periódicamente el personal de la Sección de Admisión.
24. Planificar las necesidades de capacitación del personal de la Sección de Admisión.
25. Propiciar el compañerismo, la colaboración y el espíritu de equipo entre el personal de la Sección de Admisión.
26. Distribuir en forma adecuada las cargas de trabajo entre el personal de la Sección de admisión, fundamentalmente, en los momentos de exceso de demanda o de ausencias de personal.
27. Autorizar los permisos temporales del personal de la Sección de Admisión
28. Evaluar objetivamente el desempeño del personal de la Sección de Admisión.
29. Supervisar el cumplimiento del horario de trabajo por parte del personal de la Sección de Admisión.
30. Aplicar al personal de la Sección de Admisión, las sanciones que correspondan en el marco de su ámbito de discrecionalidad.
31. Proponer al Jefe del Servicio los reconocimientos al personal, en correspondencia con su aporte al logro de los objetivos de la Sección de Admisión
32. Solicitar oportunamente los materiales de trabajo que requiera la Sección de Admisión y hacer las diligencias necesarias para asegurar su abastecimiento.
33. Supervisar el buen uso del material y útiles de oficina y el cuidado de los bienes muebles asignados a la Sección de Admisión.
34. Reportar oportunamente a la Jefatura del Servicio cualquier incidente o irregularidad que acontezca en la Sección de Admisión.
35. Informar mensualmente a la Jefatura del Servicio sobre las actividades cumplidas por la Sección de Admisión.
36. Evaluar periódicamente el desempeño y eficiencia de la admisión.
37. Manejar las estadísticas que se generen de la sección
38. Proponer procedimientos que mejoren el trabajo y garanticen la eficiencia de la sección de admisión.

# Atribuciones del Jefe de la Sección de Archivo Clínicos

* 1. Impartir los lineamientos para la realización del trabajo a todo el personal de la Sección de Archivo Clínico.
  2. Sensibilizar y motivar al personal en relación al cumplimiento de la Misión de la Sección de Archivo Clínico.
  3. Elaborar, en conjunto con el personal, la programación de las actividades de la Sección de Archivo Clínico.
  4. Preparar el cronograma mensual de actividades de la Sección de Archivo Clínico.
  5. Establecer los ajustes que correspondan en la programación de las actividades de la Sección de Archivo Clínico.
  6. Distribuir las responsabilidades del personal, cuidando de asegurar el cumplimiento de los objetivos de la Sección de Archivo Clínico.
  7. Garantizar una adecuada distribución del espacio físico asignado a la Sección de Archivo Clínico, asegurando funcionalidad, condiciones adecuadas y un ambiente agradable.
  8. Velar por la permanente actualización del personal en las normas, técnicas y procedimientos de la Sección de Archivo Clínico.
  9. Supervisar la implementación de las mejoras que se establezcan en los procesos de trabajo de la Sección de Archivo Clínico.
  10. Participar en las reuniones del Comité de Historias Clínicas.
  11. Vigilar que el personal de la Sección de Archivo Clínico archive diariamente las Historias Clínicas que regresan de la atención de pacientes, sin dejarlo pendiente para el día siguiente.
  12. Establecer mecanismos que eviten la duplicidad de Historias Clínicas por paciente.
  13. Supervisar que la temperatura del ambiente se mantenga a un grado adecuado (16°C a 18°C), para la conservación de las Historias Clínicas.
  14. Vigilar que diariamente se efectúe la depuración del archivo clínico activo al archivo pasivo.
  15. Asegurar la adecuada integración de todos los documentos que forman parte de la historia clínica.
  16. Reportar diariamente a la Sección de Tramitación de Cita el número de identificación de los pacientes a los cuales se les elabora Historias Clínicas por primera vez.
  17. Vigilar que no se efectúen cobros indebidos por préstamos de Historias Clínicas a pacientes.
  18. Asegurar que el personal de Archivo Clínico entregue las Historias Clínicas con suficiente antelación, tanto a la Sección de Tramitación de Cita así como a la Actividad de Clínica Conjunta.
  19. Asegurar la disponibilidad y pronta entrega de las Historias Clínicas a la Dirección Médica, personal médico con fines de investigación y funcionarios públicos autorizados por la Dirección Médica (funcionarios del Ministerio Público, de Riesgo Profesional de la Caja de Seguro Social, Policía Técnica Judicial).
  20. Vigilar que las Historias Clínicas que han sido prestadas a los Servicios Médicos y a otras instancias del Hospital, sean devueltas en el lapso de tiempo establecido según norma.
  21. Supervisar que el personal de la Sección de Archivo Clínico, mantenga la confidencialidad de los datos contenidos en las Historias Clínicas.
  22. Impartir oportunamente la inducción al personal de la Sección de Archivos, sobre cualquier nuevo formato o formulario que se implemente.
  23. Vigilar que el desempeño del personal de la Sección de Archivo Clínico, esté apegado a la ética y a la probidad en el manejo de las Historias Clínicas.
  24. Vigilar que el personal de la Sección de Archivo Clínico, brinde un trato amable y respetuoso a pacientes, funcionarios y público en general.
  25. Supervisar que el Área de Archivo Clínico, esté limpia y debidamente señalizada.
  26. Elaborar, en conjunto con el personal, el anteproyecto del Plan Operativo Anual de la Sección de Archivo Clínico.
  27. Determinar anualmente, los requerimientos de recursos humanos, en función del volumen de trabajo y de los horarios de atención de la Sección de Archivo Clínico.
  28. Determinar anualmente, los requerimientos de recursos materiales, con base en la naturaleza de las funciones asignadas a la Sección de Archivo Clínico.
  29. Determinar anualmente, los requerimientos presupuestarios, en base a la estructura de cargos y en las necesidades de materiales y equipos de la Sección de Archivo Clínico.
  30. Evaluar periódicamente el personal de la Sección de Archivo Clínico en el desempeño de las tareas que les han sido asignadas.
  31. Detectar en forma oportuna, las necesidades de capacitación del personal de la Sección de Archivo Clínico y reportarlas al Jefe del Servicio.
  32. Reiterar ante el Jefe del Servicio, las necesidades de capacitación del personal de la Sección de Archivo Clínico, en las oportunidades en que éstas no hayan sido cubiertas.
  33. Propiciar el compañerismo, la colaboración y el espíritu de equipo entre el personal de la Sección de Archivo Clínico.
  34. Velar permanentemente por una distribución adecuada de las cargas de trabajo entre el personal de la Sección de Archivo Clínico, fundamentalmente, en los momentos de exceso de demanda o de ausencias de personal.
  35. Autorizar los permisos temporales del personal de la Sección de Archivo Clínico, hasta por un máximo de 4 horas.
  36. Atender con prontitud las consultas del personal de la Sección de Archivo Clínico y buscar solución a los problemas que se planteen.
  37. Supervisar el cumplimiento del horario de trabajo por parte del personal de la Sección de Archivos Clínicos y velar por su presencia permanente en el puesto de trabajo.
  38. Aplicar al personal de la Sección de Archivo Clínico, las sanciones que correspondan en el marco de su ámbito de discrecionalidad.
  39. Proponer al Jefe del Servicio los reconocimientos al personal, en correspondencia con su aporte al logro de los objetivos de la Sección de Archivo Clínico.
  40. Solicitar oportunamente los materiales de trabajo que requiera la Sección de Archivo Clínico y hacer las diligencias necesarias para asegurar su abastecimiento.
  41. Supervisar el buen uso del material y útiles de oficina y el cuidado de los bienes muebles asignados a la Sección de Archivo Clínico.
  42. Reportar oportunamente a la Jefatura del Servicio cualquier incidente o irregularidad que acontezca en la Sección de Archivo Clínico.
  43. Reemplazar al Jefe del Servicio, en las oportunidades en que este lo designe para tal efecto.
  44. Rendir cuenta mensualmente a la Jefatura del Servicio sobre las actividades cumplidas por la Sección de Archivo Clínico.
  45. Evaluar periódicamente el desempeño y eficiencia del archivo clínico.
  46. Llevar el control de las historias clínicas nuevas que entran al archivo, cuantas historias existen en el archivo activo y pasivo
  47. Coordinar con los diferentes servicios ( Laboratorio, Imaginología, Admisión, tramitación de Citas, etc. ) para garantizar que los datos de la historia y los documentos que se integren a la misma sean llenados en forma correcta
  48. Participar en las Auditorias de Expedientes que se realicen
  49. Revisar periódicamente las tareas asignadas al personal de la sección y actualizarlas.

# Atribuciones del Jefe de la Sección de Trámites de Citas

1. Impartir los lineamientos para la realización del trabajo, a todo el personal de la Sección de Tramitación de Citas.
2. Sensibilizar y motivar al personal en relación al cumplimiento de la Misión de la Sección de Tramitación de Citas.
3. Elaborar, en conjunto con el personal, la programación de las actividades de la Sección de Tramitación de Citas.
4. Aprobar el cronograma mensual de actividades de la Sección de Tramitación de Citas.
5. Establecer los ajustes que correspondan en la programación de las actividades de la Sección de Tramitación de Citas.
6. Distribuir las responsabilidades del personal, cuidando de asegurar el cumplimiento de los objetivos de la Sección de Tramitación de Citas.
7. Organizar la distribución del espacio físico asignado a la Sección de Tramitación de Citas, asegurando funcionalidad, condiciones adecuadas y un ambiente agradable.
8. Velar por la permanente actualización del personal en las normas, técnicas y procedimientos de la Sección de Tramitación de Citas.
9. Supervisar la implementación de las mejoras que se establezcan en los procesos de trabajo de la Sección de Tramitación de Citas.
10. Vigilar que el personal de la Sección de Tramitación de Citas confeccione oportunamente las Agendas de Citas.
11. Supervisar que el personal de la Sección de Tramitación de Citas reasigne oportunamente las citas canceladas por los pacientes.
12. Supervisar el cumplimiento de una pronta atención a los pacientes de primera vez y consultas subsecuentes, en el trámite de otorgamiento de citas médicas.
13. Vigilar que no haya tratos preferenciales en el otorgamiento de citas a los pacientes.
14. Vigilar que no se efectúen cobros indebidos en el otorgamiento de citas médicas.
15. Asegurar que el llenado de los datos generales de los formularios de la Tramitación de Citas, se corresponda fielmente con los datos identifica torios de los pacientes a los cuales se les otorga citas médicas.
16. Asegurar, la oportuna confección de los listados de pacientes por Servicio y Funcionario de Salud, para sustentar la solicitud a la Sección de Archivo, de las Historias Clínicas de los pacientes a ser atendidos al día siguiente.
17. Velar por el oportuno suministro, a la Sección de Estadísticas, de los datos que genera la Sección de Tramitación de Citas.
18. Llevar un estricto control de las entradas y salidas de las Historias Clínicas desde y hacia la Sección de Archivo.
19. Coordinar con la Jefatura Médica de Tramitación de Citas:
    1. La atención de los pacientes en los casos de inasistencia del funcionario tratante.
    2. La reprogramación de citas.
    3. La asignación y reasignación de cupos.
    4. La oportuna comunicación de ausencias de los funcionarios por vacaciones, eventos de capacitación, incapacidades, retiros por jubilación y finalización del período de residencia médica.
20. Supervisar que el personal de la Sección de Tramitación de Citas, mantenga la confidencialidad de los datos contenidos en las Historias Clínicas.
21. Impartir oportunamente la inducción al personal de la Sección de Tramitación de Citas y a los funcionarios de salud, sobre cualquier nuevo formato o formulario que se implemente.
22. Vigilar que el desempeño del personal de la Sección de Tramitación de Citas, esté apegado a la ética y a la probidad en la atención a los pacientes.
23. Vigilar que el personal de la Sección de Tramitación de Citas brinde un trato amable y respetuoso a pacientes, funcionarios y público en general.
24. Supervisar que la Sección de Tramitación de Citas y el Área de Espera de los Pacientes, estén limpias y debidamente señalizadas.
25. Supervisar que en las ventanillas de atención, el personal de la Sección de Tramitación de Citas se abstenga de:
    1. Ingerir alimentos o bebidas.
    2. Distraerse en conversiones personales.
    3. Utilizar abusivamente el teléfono de la Institución.
    4. Peinarse o maquillarse.
    5. Utilizar ropa inapropiada.
26. Elaborar, en conjunto con el personal, el anteproyecto del Plan Operativo Anual de la Sección de Tramitación de Citas.
27. Determinar anualmente, los requerimientos de recursos humanos, en función del volumen de trabajo y de los horarios de atención de la Sección de Tramitación de Citas.
28. Determinar anualmente, los requerimientos de recursos materiales, con base en la naturaleza de las funciones asignadas a la Sección de Tramitación de Citas.
29. Determinar anualmente, los requerimientos presupuestarios, con base en la estructura de cargos y en las necesidades de materiales y equipos de la Sección de Tramitación de Citas.
30. Evaluar periódicamente las competencias laborales del personal de la Sección de Tramitación de Citas en el desempeño de las tareas que les han sido asignadas.
31. Detectar en forma oportuna, las necesidades de capacitación del personal de la Sección de Tramitación de Citas y reportarlas al Jefe del Servicio.
32. Reiterar ante el Jefe del Servicio, las necesidades de capacitación del personal de la Sección de Tramitación de Citas, en las oportunidades en que éstas no hayan sido cubiertas.
33. Propiciar el compañerismo, la colaboración y el espíritu de equipo entre el personal de la Sección de Tramitación de Citas.
34. Velar permanentemente por un reparto equitativo de las cargas de trabajo entre el personal de la Sección de Tramitación de Citas, fundamentalmente, en los momentos de exceso de demanda o de ausencias de personal.
35. Autorizar los permisos temporales del personal de la Sección de Tramitación de Citas, hasta por un máximo de 4 horas.
36. Atender con prontitud las consultas del personal de la Sección de Tramitación de Citas y buscar solución a los problemas que se planteen.
37. Evaluar objetivamente el desempeño del personal de la Sección de Tramitación de Citas.
38. Supervisar el cumplimiento del horario de trabajo por parte del personal de la Sección de Tramitación de Citas y velar por su presencia permanente en el puesto de trabajo.
39. Aplicar al personal de la Sección de Tramitación de Citas, las sanciones que correspondan en el marco de su ámbito de discrecionalidad.
40. Proponer al Jefe del Servicio los reconocimientos al personal, en correspondencia con su aporte al logro de los objetivos de la Sección de Tramitación de Citas.
41. Solicitar oportunamente los materiales de trabajo que requiera la Sección de Tramitación de Citas y hacer las diligencias necesarias para asegurar su abastecimiento.
42. Supervisar el buen uso del material y útiles de oficina y el cuidado de los bienes muebles asignados a la Sección de Tramitación de Citas.
43. Reportar oportunamente, a la Jefatura del Servicio cualquier incidente o irregularidad que acontezca en la Sección de Tramitación de Citas.
44. Reemplazar al Jefe del Servicio, en las oportunidades en que este lo designe para tal efecto.
45. Rendir cuenta mensualmente a la Jefatura del Servicio, sobre las actividades cumplidas por la Sección de Tramitación de Citas.

# Atribuciones del Jefe de la Sección de Estadísticas

1. Impartir los lineamientos para la realización del trabajo de la sección de estadística a todo el personal que labora en la misma.
2. Sensibilizar y motivar al personal en relación al cumplimiento de la misión de la sección de estadísticas
3. Elaborar en conjunto con el personal, la programación de las actividades de la Sección de Estadísticas
4. Aprobar el cronograma mensual de actividades de la sección Estadísticas
5. Establecer los ajustes que corresponden en la programación de actividades de la sección.
6. Distribuir las responsabilidades del personal, cuidando de asegurar el cumplimiento de los objetivos de la Sección de Estadística
7. Organizar la distribución del espacio físico asignado a la sección de Estadísticas, asegurando funcionalidad, condiciones adecuadas y un ambiente agradable.
8. Velar por la permanente actualización del personal en las normas, técnicas y procedimientos de la Sección de Estadística
9. Supervisar la implementación de las mejoras que se establezcan en los procesos de trabajo de la sección Estadística.
10. Participar en reuniones concerniente a Estadísticas de Salud en todas aquellas que le indique la jefatura del Servicio.
11. Supervisar la elaboración del Informe Semanal Básico de Gestión
12. Supervisar la elaboración del Informe Mensual de Indicadores Hospitalarios comparativo con el mismo periodo del año anterior
13. Supervisar la elaboración del Informe Mensual de Producción comparativo del mismo periodo del año anterior
14. Dar respuestas oportunamente a las solicitudes de estadísticas de los médicos del Hospital, de estudiantes, de funcionarios del MINSA de otras regiones y de funcionarios de otros hospitales previa autorización de la Dirección del Hospital
15. Asegurar el oportuno envío y/o entrega de los informes generados por la sección
16. Vigilar la actualización periódica de los indicadores hospitalarios
17. Recibir de la secretaria administrativa los formularios generados por los servicios para su debida distribución.
18. Registrar en el libro de control la llegada de los formularios de los diferentes servicios entregado por la secretaria administrativa.
19. Distribuye los formularios recibidos al puesto correspondiente para su debida tabulación.
20. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de actividades revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
21. Coordinar con el supervisor de registros médicos de la consulta externa la devolución de los registros diarios de actividades para completar los datos omitidos del paciente.
22. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del registro diario de actividades lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
23. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
24. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de actividades codifique diariamente los diagnósticos de Morbilidad.
25. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de atención de Médula Ósea revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
26. Coordinar con el jefe del servicio de Hematología la devolución de los registros diario de atención de Médula Ósea para completar los datos omitidos del paciente.
27. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de atención de Médula Ósea lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
28. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo del Médula Ósea sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
29. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de atención de Médula Ósea codifique diariamente los diagnósticos de Morbilidad y procedimientos.
30. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de Clínica Conjunta revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
31. Coordinar con servicios responsable que convoca la actividad la devolución de los registros diario de Clínica Conjunta para completar los datos omitidos del paciente.
32. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de Clínica Conjunta lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
33. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
34. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de los registros diario de Clínica Conjunta codifique diariamente los diagnósticos de Morbilidad.
35. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Patología para el Diagnóstico Histopatológico y Citopatológico revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
36. Coordinar con el jefe del servicio de Patología la devolución de los Registro Diario de Patología para el Diagnóstico Histopatológico y Citopatológico para completar los datos omitidos del paciente.
37. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Patología para el Diagnóstico Histopatológico y Citopatológico lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
38. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo de Patología sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
39. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Patología para el Diagnóstico Histopatológico y Citopatológico codifique diariamente los diagnósticos de Morbilidad.
40. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Imaginología y Medicina Nuclear revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
41. Coordinar con el jefe del servicio de Imaginología la devolución de los Registro Diario de Imaginología y Medicina Nuclear para completar los datos omitidos del paciente.
42. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Imaginología y Medicina Nuclear lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
43. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo de Imaginología y Medicina Nuclear sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
44. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Medicina Nuclear codifique diariamente los diagnósticos de Morbilidad y procedimientos.
45. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Quimioterapia revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
46. Coordinar con el jefe de la unidad de Quimioterapia la devolución de los Registro Diario de Quimioterapia para completar los datos omitidos del paciente.
47. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Quimioterapia lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
48. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo de Quimioterapia sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
49. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Radioterapia revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
50. Coordinar con el jefe del servicio de tratamiento de Radioterapia la devolución de los Registro Diario de Radioterapia para completar los datos omitidos del paciente.
51. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Radioterapia lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
52. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo de Radioterapia sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
53. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Fisioterapia revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
54. Coordinar con el jefe del servicio de tratamiento de Fisioterapia la devolución de los Registro Diario de Fisioterapia para completar los datos omitidos del paciente.
55. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Fisioterapia lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
56. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo de Fisioterapia sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
57. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro diario de Atención de Pacientes y Donantes revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
58. Coordinar con el jefe del servicio de Agudo la devolución de los Registro diario de Atención de Pacientes y Donantes para completar los datos omitidos del paciente.
59. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro diario de Atención de Pacientes y Donantes lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
60. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo de Fisioterapia sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
61. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Admisión y Egreso revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
62. Coordinar con Jefe de Hospitalización la devolución del Registro Diario de Admisión y Egreso para completar los datos omitidos.
63. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Admisión y Egreso tabule o capture los datos diariamente en la hoja de trabajo del Estadígrafo
64. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo del Admisión y Egreso sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
65. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del Registro Diario de Admisión y Egreso codifique los diagnósticos de egreso.
66. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del censo diario de pacientes revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
67. Coordinar con enfermería de los diferentes servicios la devolución del censo diario de pacientes para completar los datos omitidos.
68. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del censo diario de pacientes tabule o capture los datos diariamente en la hoja de trabajo del Estadígrafo
69. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo del censo diario de pacientes sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
70. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del registro diario Intervenciones Quirúrgicas, Procedimientos, Diagnósticos y Tratamientos revise diariamente si existe omisión de datos en el registro.
71. Coordinar con el jefe del salón de Operaciones la devolución de los registros diarios de Intervenciones Quirúrgicas, Procedimientos, Diagnósticos y Tratamientos para completar los datos omitidos del paciente.
72. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del registro diario Intervenciones Quirúrgicas, Procedimientos, Diagnósticos y Tratamientos lo tabule diariamente en la hoja diaria de trabajo del estadígrafo.
73. Supervisar que la Hoja diaria de trabajo del estadígrafo del Salón de Operaciones sea transcrita a la hoja mensual de trabajo del estadígrafo.
74. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del registro diario Intervenciones Quirúrgicas, Procedimientos, Diagnósticos y Tratamientos codifique los diagnósticos del Salón de Operaciones y los procedimientos quirúrgicos.
75. Recibir los informes de los servicios intermedios y anotarlo en el control correspondiente.
76. Distribuir los informes recibidos de los servicios al puesto correspondiente para su debida tabulación.
77. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable del lleno de los formularios de defunciones y nacimientos lo realice correctamente.
78. Supervisar que el personal de la sección de estadística responsable de Las defunciones y nacimientos tabule diariamente esta información.
79. Verifica que el personal que labora en la sección de estadística esté presente en sus puestos de trabajo y no se ausente temporalmente.
80. Reportar al Jefe del departamento en forma inmediata, cualquier incidente relacionado con su trabajo
81. Controlar que el personal de la sección brinde un trato amable y respetuoso al los diferentes usuarios.
82. Colaborar con la elaboración del boletín estadísticos
83. Determinar los requerimientos de recursos materiales, con base en la naturaleza de las funciones y a las tareas del personal de la Sección
84. Determinar los requerimientos presupuestario, con base en la estructura de cargos y en las necesidades de materiales y equipo de la sección
85. Detectar en forma oportuna, las necesidades de capacitación del personal de la sección
86. Actualizar periódicamente al personal de la sección en las ultimas técnicas y normas de estadísticas de salud
87. Proporcionar las buenas relaciones entre el personal y velar por el mantenimiento de un buen clima organizacional
88. Autorizar los permisos temporales del personal de la sección ,hasta por un máximo de cuatro horas
89. Evaluar objetivamente el desempeño del personal de la sección y validar las evaluaciones con el Jefe del Servicio Sección Estadísticas
90. Reportar las normas relativas a la ética en el manejo de los datos de los pacientes y en todas sus actualizaciones
91. Supervisar el buen uso del material y útiles de oficina y el cuidado de os bienes muebles asignados a la Sección de Estadísticas.
92. Reportar a la jefatura del departamento cualquier incidencia o irregularidad que amerite su conocimiento.
93. Rendir cuenta mensualmente a la jefatura del Servicio sobre las actividades cumplidas por la sección.
94. Supervisar que el Área de Estadística, este debidamente señalizada
95. Elaborar, en conjunto con el personal, el anteproyecto del Plan Operativo Anual de la Sección de Estadísticas.
96. Determinar anualmente, los requerimientos de recursos humanos, en función del volumen de trabajo y de los horarios de atención de la Sección de Estadísticas.
97. Determinar anualmente, los requerimientos de recursos materiales, con base en la naturaleza de las funciones asignadas a la Sección de Estadísticas.
98. Determinar los requerimientos presupuestarios, con base en la estructura de cargos y en las necesidades de materiales y equipos de la Sección de Estadísticas.
99. Evaluar periódicamente las competencias laborales del personal de la Sección de Estadísticas en el desempeño de las tareas que les han sido asignadas.
100. Detectar en forma oportuna, las necesidades de capacitación del personal de la Sección de Estadísticas y reportarlas al Jefe del Servicio.
101. Reiterar ante el Jefe del Servicio, las necesidades de capacitación del personal de la Sección de Estadísticas, en las oportunidades en que éstas no hayan sido cubiertas.
102. Propiciar el compañerismo, la colaboración y el espíritu de equipo entre el personal de la Sección de Estadísticas.
103. Velar permanentemente por un reparto equitativo de las cargas de trabajo entre el personal de la Sección de Estadísticas, fundamentalmente, en los momentos de exceso de demanda o de ausencias de personal.
104. Autorizar los permisos temporales del personal de la Sección de Estadísticas, hasta por un máximo de 4 horas.
105. Atender con prontitud las consultas del personal de la Sección de Estadísticas y buscar solución a los problemas que se planteen.
106. Evaluar objetivamente el desempeño del personal de la Sección de Estadísticas.
107. Supervisar el cumplimiento del horario de trabajo por parte del personal de la Sección de Estadísticas y velar por su presencia permanente en el puesto de trabajo.
108. Aplicar al personal de la Sección de Estadísticas, las sanciones que correspondan en el marco de su ámbito de discrecionalidad.
109. Proponer al Jefe del Servicio los reconocimientos al personal, en correspondencia con su aporte al logro de los objetivos de la Sección de Estadísticas.
110. Solicitar oportunamente los materiales de trabajo que requiera la Sección de Estadísticas y hacer las diligencias necesarias para asegurar su abastecimiento.
111. Supervisar el buen uso del material y útiles de oficina y el cuidado de los bienes muebles asignados a la Sección de Estadísticas.
112. Reportar oportunamente a la Jefatura del Servicio cualquier incidente o irregularidad que acontezca en la Sección de Estadísticas.
113. Reemplazar al Jefe del Servicio, en las oportunidades en que este lo designe para tal efecto.
114. Rendir cuenta mensualmente a la Jefatura del Servicio sobre las actividades cumplidas por la Sección de Estadísticas.

# Técnico o Auxiliar en Registros Médicos y Estadísticas de Salud

**Naturaleza del trabajo:** El trabajo del técnico o auxiliar que se desempeña en el nivel básico de la estructura l de la Unidad, es de carácter operativo y de acuerdo a las normas y reglamentos descritos para estas funciones

# Tareas típicas.

1. Preparar, controlar, velar, manejar, custodiar e integrar al Historial clínico de pacientes, todos los documentos relacionados a la atención médica del mismo.
2. Manejo del Índice General.
3. Control del programa de citas para pacientes de las Consultas Externas, e ínter consultas para pacientes hospitalizados, o para controles post hospitalización.
4. Codificación de diagnóstico, de morbilidad, operaciones y defunciones de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades.
5. Recolectar, controlar, revisar, confeccionar, preparar la información cuantitativa necesaria para cualquier tipo de información estadística.
6. Recepción de listas de pacientes citados y localización de las Historias Clínicas en el archivo, para consultas sucesivas y trabajos científicos.
7. Cumplir con las funciones y tareas descritas en los manuales operativos de cada sección
8. Cumplir con otras funciones análogas que les sean asignadas.

# Condiciones que debe reunir

1. Tener capacitación en auxiliar de REMES o técnico superior o equivalente de acuerdo a las normas y leyes que reglamentan la actividad
2. Mantener buena salud física y emocional
3. Tener capacidad de trabajo en equipo
4. Mantener buenas relaciones interpersonales

**Forma de contratación:** Por prueba de selección

# Principales Rutinas

**Técnico Superior en la Sección de Estadísticas**

1. Controla la entrada de los formularios de registro diario de la Consulta Externa, Censo Diario y Admisión y Egreso
2. Revisa si todos los formularios del censo diario llegan a la sección de estadística, si no llega hace un informe y lo envía al Departamento de Enfermería.
3. Revisa si el Registro Diario de Admisión y egreso fue incluido en el Censo Diario; de lo contrario le comunica a la jefa del departamento si le hace falta algún egreso.
4. Revisa la información enviada por los servicios intermedios y si tienen alguna omisión o inconsistencia se regresa al servicio para su corrección.
5. Revisa el Libro de defunciones con la copia del registro de defunciones llenado por la funcionaria responsable y prepara informe para Contabilidad y transcribe en el formato de la Contraloría las variables que se solicitan (Nombre, seguro social, cedula, día de la muerte) para enviar a estadísticas Vitales de la contraloría los registros originales de Defunción.
6. Prepara informe de las estadísticas de defunción para enviar a la Contraloría General de la Republica.
7. Revisa la requisiciones de los pedidos de papelería e insumos que hace la secretaria administrativa
8. Apoya en la preparación de informes de solicitudes de usuarios ( Médicos- estudiantes otros

) para investigación

1. Supervisa y coordina la hora de almuerzo y los permisos del personal bajo su cargo.
2. Coordina el envió de los Registros de Certificado de nacimientos ocurridos en la Institución hacia la región Metropolitana y lleva el Control de Nacimientos.
3. Revisa los archivos electrónicos de informes y cuadros estadísticos preparados por las funcionarias de estadística.

# Auxiliar para el registro diario de Admisión y Egreso y Censo Diario

1. Recibir los registros diarios de admisión y egreso y censo diario
2. Verificar si los registros diario de admisión y egreso y el censo diario están completo
3. Extraer una copia del formulario de egresos de las historias clínicas
4. Devolver la historia clínica a la sección de archivo donde la reciben por medio del libro record de control que es firmada por el encargado de la sección de archivos.
5. Compaginación de los registros diarios de admisión y egreso en carpetas por mes y por piso
6. Cotejar el Censo Diario con el Registro de admisión y egreso
7. Prepara mensualmente la lista de egresos faltantes con los censos diarios
8. Preparar las estadísticas del Movimiento Diario de pacientes generada por el censo
9. Apoya en la supervisión
10. Realiza turnos
11. Apoya en Consulta externa, archivos, cubre ventanilla en hora de almuerzo
12. Prepara el Informe Básico de Gestión hospitalaria cuando se le asigna
13. Prepara cuadros de la Memoria

# Auxiliar para preparar los informes del Registro Diario de Admisión y Egreso

1. Extraer del Archivo de Registros de Admisión y Egreso las carpetas que están ordenadas por mes y por piso para tabular las estadísticas de este formulario.
2. Revisa si todos los formularios de Registros de Admisión y egreso están dentro de la carpeta de acuerdo a la lista de pacientes egresados confeccionada de los datos del Censo Diario; de lo contrario se dirige al Archivo Clínico a localizar la historia y verificar que el egreso este dentro de la historia extrae la copia del egreso para uso estadístico.
3. Tabula los datos diariamente en hojas de contabilidad por servicio, tipo de paciente, sexo, procedencia y días de estancia del egreso.
4. Consolida mensualmente en forma manual los datos en cuadros borradores
5. Electrónicamente captura los datos de los cuadros borradores en Excel
6. Cubre la Consulta Externa de faltar algún personal
7. Realiza turno
8. Apoya la secretaria administrativa
9. Confecciona el Informe de gestión hospitalaria cuando se le asigna
10. Prepara los cuadros de la memoria

# Auxiliar para Registro diario de Consulta Externa

1. Recibe diariamente los registros diarios de consulta externa
2. Revisa si los registros están completos; de lo contrario, le notifica al supervisor para que se devuelvan
3. Controla todos los registros por medico y servicio que presto la atención
4. Tabula diariamente, en una hoja de contabilidad, pacientes atendidos, tipo de paciente, sexo, procedencia y servicio.
5. Apoya en consulta externa
6. Realiza turno
7. Apoya la sección de apertura de expedientes
8. Apoya con la confección y entrega de certificados de defunción
9. Prepara cuadros de la Memoria
10. Maneja los programas de Excel, y Word
11. Prepara informe de gestión hospitalaria y confecciona formato.

# Auxiliar para el Registro Diario de Defunciones

1. Recibe de la secretaria de sala los egresos de pacientes muertos
2. Llena el certificado de defunción con los datos generales y el diagnostico de defunción que registro el medico.
3. Entrega a la secretaria de sala los certificados de defunciones llenados para la firma del médico
4. Entrega a los familiares del paciente el copia del certificado de defunción firmado por el médico para sus respectivos tramites
5. Orienta al familiar del paciente muerto con relación al certificado de defunciones
6. Registra en el libro de control el certificado de defunción que ha sido entregado al familiar
7. Registra en el libro de control los certificados de defunciones que son entregado a la secretaria de sala para la firma del médico.
8. Registra en el libro de control el resumen de la defunción (sexo, edad, diagnósticos, procedencia seguro social, nombre del paciente, fecha de muerte para fines estadísticos
9. Apoya en el archivo buscando y llevando historias clínicas
10. Apoya en la sección de admisión con las hospitalizaciones

# Auxiliar para los Registros de Servicios Especializados Servicio de Hematología

1. Solicita o extrae de la sección del archivo las historias clínicas de pacientes de hematología
2. Extrae de la historia clínica los tratamientos, medicamentos, insumos etc. ( para determinar costo del paciente de trasplante hasta la fecha 8 pacientes )
3. Transcribe todos estos datos de consumo en una hoja de calculo de Excel confeccionada por ella
4. El 80% de las tareas que realiza son de insumos para levantar un costo final
5. Lleva el control estadístico de los pacientes de Hematologia ( admitidos, egresados, de consulta externa, de transplante ).
6. Realiza tareas de secretaria administrativa de la jefatura del servicio de hematologia.

# Servicio de Imaginología

1. Recibe diariamente el Formulario de Registro Diario de Actividades de Imaginología y Medicina Nuclear
2. Lleva el control de entrega de los Formularios de Registro Diario de Actividades de Imaginología por médicos y técnicos.
3. Ordena diariamente todos los formularios de Registro Diario de imaginología para su debida captura.
4. Procesa electrónicamente el “Formulario de Registro Diario de Actividades de Imaginología” de los pacientes atendidos
5. Revisa y codifica el registro diario de Medicina Nuclear
6. Procesa electrónicamente el registro de Medicina Nuclear
7. Revisa el reporte que genera la base de datos para verificar si no se ha omitido algún registro.
8. Archiva diariamente los formularios de “Registro Diario de Imagenologia” sin dejar su

archivo pendiente para el día siguiente.

1. Identifica los registros de los pacientes que no pudo ingresar y se dirige al archivo clínico para verificar.
2. Prepara la producción estadística del servicio de imagenologia
3. Envía la producción estadística del servicio a la jefatura del servicio y a la sección de estadísticas
4. Prepara informe mensual de las inconsistencias encontradas en el formulario de Registro Diario de actividades de Imagenologia a la jefatura del centro de producción por escrito con copia a la jefatura de Registros Médicos y Estadísticas.
5. Participa en conjunto con la jefa del servicio de imagenologia en el monitoreo y evaluación de las actividades del centro de producción.

# Servicio de Patología

1. Recibe diariamente los resultados de solicitudes de patología
2. Completa los datos que no se registran en el formulario de resultado ( numero de seguro social, residencia, edad )
3. Codifica los diagnósticos patológicos y morfológicos de acuerdo a la CIE 10
4. Captura electrónicamente los datos en una hoja diaria del Registro de Tumores
5. Prepara el Informe mensual del Registro Nacional de tumores
6. Envía mensualmente a estadística el Registro Nacional de Tumores
7. Prepara mensualmente la producción estadística del servicio de patología
8. Realiza funciones administrativas (Requisiciones, notas, contestar teléfono etc.)
9. Atiende solicitudes de morbilidad de patología registrada
10. Archiva los resultados de patología para efectos de control

# Auxiliar para el archivo activo de Historias Clínicas

1. Se extrae las historias clínicas de los pacientes citados para el día siguiente esta tarea la comparten de forma equitativa, los funcionarios asignados a los turnos de 3:00 PM a 11:OO PM y dE 11:00 PM a 7:00 AM (consulta externa y hospitalización)
2. Extrae las historias clínicas de los pacientes que acuden por demanda espontánea, para los diferentes servicios (solicitud de medicamento, PRE - quirúrgica, revisión de laminilla, Unidad de Atención de Agudos, radioterapia). Esta tarea la realizan los auxiliares asignados al turno de la mañana.
3. Distribuye las historias clínicas de pacientes citados y demanda espontánea para admisión y consulta externa.
4. Retira las historias clínicas después de la atención del paciente en la consulta externa
5. Controla la llegada de las historias clínicas de la consulta externa
6. Integra al archivo diariamente las historias clínicas una vez que han llegado de la consulta.
7. Extrae las historias clínicas para investigación (auditoria de la CSS, médicos, contraloría administración del hospital para la compensación de costo etc.)
8. Extrae las historias clínicas para la dirección médica de los pacientes, certificaciones y problemas legales.
9. Registrar los pacientes que llegan por demanda espontánea a la Consulta Externa en el Formulario de Registro Diario de actividades para el control de entrada y salida de la historia clínica.
10. Llenar el tarjetón de reemplazo cuando se presta una historia clínica
11. Cuando la historia clínica es prestada desde la consulta externa a otro servicio o médico el funcionario de REMES de la consulta externa tiene que llenar el tarjetón de reemplazo y enviarlo con el grupo de las historias clínicas que regresan a la sección de archivos clínicos diariamente para su control.
12. Registra en un libro record los prestamos de las historias clínicas (nombre del usuario, servicio en el cual labora, # de cédula y firma), se subraya con un marcador una vez que es devuelta la historia clínica).
13. En ocasiones transfiere del archivo activo al pasivo las historias de pacientes muertos y dados de alta de más de cinco años.
14. Un vez al mes busca los pedidos en el almacén
15. Hace turnos los fines de semanas.

# Auxiliar para la integración de resultados de estudios clínicos a la Historia Clínica

Estas rutina la realiza el funcionario especialmente asignado para esta función y que tiene turno 10:00 AM a 6:00 PM.

1. Recibe los diferentes exámenes (laboratorio, patología , Rx, ) realizados a los pacientes
2. Recibe de la Dirección Medica otros documentos clínicos- administrativos muy voluminosos para integrar a la historia (Evaluación socio económica, farmacia, tratamiento de cobaltoterapia, solicitudes de clínicas privadas etc.)
3. Ordena y clasifica los exámenes de laboratorio, Rx, Patología,
4. Anexa a las historias clínicas los exámenes ya clasificados y ordenados
5. Se integran las historias clínicas los resultados de exámenes de laboratorios, Imaginología, patología y certificaciones
6. Apoya la sección de archivo clínico en la localización y archivo de historias
7. Apoya en la sección de consulta externa
8. Apoya registrando los certificados de defunciones
9. Explora en la base de datos los pacientes citados para extraer el laboratorio de la carpeta donde esta archivado
10. Lleva las historia clínica a la consulta externa, Unidad de Atención de Agudos o donde la soliciten
11. Hace turno

# Rutina del auxiliar para la distribución y búsqueda de Historias Clínicas

1. Colaborar, en conjunto con el encargado, la programación de las actividades de la Sección de Archivo Clínico.
2. Participar en la elaboración del cronograma mensual de actividades de la Sección de Archivo Clínico.
3. Cumplir con las normas, técnicas y procedimientos de la Sección de Archivo Clínico.
4. Participar en conjunto con el encargado de la sección en las reuniones del Comité de Historias Clínicas
5. Cumplir eficazmente las tareas que le sean asignadas por el jefe de la sección de archivos
6. Colaborar con el mantenimiento del arreglo de la sección y con la distribución física de los puestos de trabajo en el manejo de la documentación.
7. Actualizarse permanentemente en las normas y procedimientos de la sección de archivos clínicos
8. Cumplir con los procesos de trabajo que se establezcan en la sección.
9. Mantener la confidencialidad de los datos contenidos en las Historias Clínicas que maneja.
10. Brindar un trato amable y respetuoso a pacientes, compañeros y publico en general
11. Solicitar oportunamente al jefe de la Sección de Archivo, su apoyo en la gestión de capacitación para el fortalecimiento de sus destrezas y habilidades
12. Colaborar con el jefe de la Sección en la elaboración del anteproyecto del plan de Operativo Anual de la Sección de Archivos
13. Asistir puntualmente a los eventos de capacitación para los cuales sea designado y cumplir con todos los requisitos exigidos
14. Ejecutar con prontitud todas las tareas que se deriven de la reasignación de cargas de trabajo que efectué el jefe de la sección en el momento de demanda o de ausencia de personal.
15. Solicitar con suficiente antelación los permisos laborales.
16. Consultar oportunamente al jefe de la sección de archivo con relación a cualquier duda, procedimiento a seguir o problema que pueda afectar en alguna medida su propio trabajo o el trabajo de la sección.
17. Cumplir estrictamente el horario de trabajo y la jornada laboral
18. Utilizar adecuadamente los materiales, útiles de oficina y los bienes muebles que use en su trabajo.
19. Reportar al Jefe de Sección en forma inmediata, cualquier incidente relacionado con su trabajo.
20. Distribuir las historias clínicas ya clasificadas por los funcionarios del Puesto 3 a la sección de Tramitación de Citas, hospitalización, dirección Médica y otros servicios que lo requieran.
21. Buscar constantemente las historias clínicas a la sección de Tramitación de Citas y entregarlas a la recepción y control de la sección de archivos
22. Buscar diariamente de las salas toda historia clínica prestada del paciente que ha sido egresado.
23. Buscar las historias clínicas que están en préstamo en otros servicios para entregar al usuario que la solicita en ese momento.
24. Llevar las historias clínicas solicitadas por algún servicio en el momento.
25. Entregar y buscar las historias clínicas solicitadas de los diferentes pisos o salas de hospitalización
26. Entregar las historias clínicas que van devuelta al archivo clínico a la persona responsable de controlar la entrada y salida de las historias clínicas en la sección.
27. Entregar el formato de control de préstamo de historias clínicas debidamente firmado de la persona que ha solicitado la historia.

# Auxiliar para la Recepción y Control de Historias Clínicas

1. Colaborar, en conjunto con el encargado, la programación de las actividades de la Sección de Archivo Clínico.
2. Participar en la elaboración del cronograma mensual de actividades de la Sección de Archivo Clínico.
3. Cumplir con las normas, técnicas y procedimientos de la Sección de Archivo Clínico.
4. Participar en conjunto con el encargado de la sección en las reuniones del Comité de Historias Clínicas
5. Cumplir eficazmente las tareas que le sean asignadas por el jefe de la sección de archivos
6. Colaborar con el mantenimiento del arreglo de la sección y con la distribución física de los puestos de trabajo en el manejo de la documentación.
7. Actualizarse permanentemente en las normas y procedimientos de la sección de archivos clínicos
8. Cumplir con los procesos de trabajo que se establezcan en la sección.
9. Mantener la confidencialidad de los datos contenidos en las Historias Clínicas que maneja.
10. Brindar un trato amable y respetuoso a pacientes, compañeros y publico en general
11. Solicitar oportunamente al jefe de la Sección de Archivo, su apoyo en la gestión de capacitación para el fortalecimiento de sus destrezas y habilidades
12. Colaborar con el jefe de la Sección en la elaboración del anteproyecto del plan de Operativo Anual de la Sección de Archivos
13. Asistir puntualmente a los eventos de capacitación para los cuales sea designado y cumplir con todos los requisitos exigidos
14. Ejecutar con prontitud todas las tareas que se deriven de la reasignación de cargas de trabajo que efectué el jefe de la sección en el momento de demanda o de ausencia de personal.
15. Solicitar con suficiente antelación los permisos laborales.
16. Consultar oportunamente al jefe de la sección de archivo con relación a cualquier duda, procedimiento a seguir o problema que pueda afectar en alguna medida su propio trabajo o el trabajo de la sección.
17. Cumplir estrictamente el horario de trabajo y la jornada laboral
18. Utilizar adecuadamente los materiales, útiles de oficina y los bienes muebles que use en su trabajo.
19. Reportar al Jefe de Sección en forma inmediata, cualquier incidente relacionado con su trabajo.
20. Recibir todas las solicitudes de historias clínicas de hospitalización, Dirección Medica, Listados de la sección de Tramitación de Citas, etc.
21. Entregar las solicitudes a los funcionarios encargados de localizar las historias clínicas en el archivo.
22. Retira de los clasificadores las historias clínicas solicitadas por los servicios para su control y entrega al distribuidor de la historia clínica.
23. Revisar con el formato de control de préstamo de la historia clínica y la Lista de pacientes citados la entrada y salida de las historias clínicas.

Garantizar que las historias clínicas prestadas regresen a la sección diariamente según normas establecidas.

1. Recibir las solicitudes telefónicas de algún servicio que requiera la historia clínica y proceder a llenar el formato de préstamo para su debida entrega al personal que localiza historias clínicas.

# Procedimientos Generales Procedimientos de la Sección de Admisión Apertura de Expediente

* 1. Recibir al paciente nuevo en la Institución y abrir historia clínica de acuerdo a las normas establecidas
  2. Confeccionar la historia clínica del paciente nuevo en la institución rotulando de manera adecuada la carpeta según el método establecido.
  3. Confeccionar la tarjeta de citas para los controles ambulatorios del paciente
  4. Confeccionar el carne de Identificación ( Azul) del paciente oncológico
  5. Recibir la documentación de acuerdo a las normas establecidas para paciente nuevo
  6. Digitar los datos generales del paciente en la pantalla de captura para esta actividad.
  7. Imprimir la hoja principal de datos generales del paciente que será la primera hoja de la historia.
  8. Envía la historia clínica a la sección de Tramitación de citas.

# Hospitalización

* + 1. Solicitar al paciente la orden de admisión expedida por el medico.
    2. Orientar al paciente en caso de ser asegurado enviarlo a la sección de Orientación de la Caja de Seguro social si es no asegurado se envía a la caja para su correspondiente pago.
    3. Solicitar al paciente el carné azul, cedula, orden de facturación, factura de caja sello de evaluación para proceder a realizar la admisión
    4. Verificar los datos generales del paciente y actualizar aquellos que son necesarios (Residencia, teléfono, tipo de paciente, religión) en caso de que el paciente no este en condiciones de hacerlo puede hacerlo un familiar.
    5. Llenar el formulario de admisión y egreso, hoja de consentimiento, marquilla y otros que formen parte de la historia clínica según norma.
    6. Solicitar la historia clínica del paciente que se hospitaliza a la sección de archivos clínicos.
    7. Verificar en la orden de hospitalización el número de sala y número de cama del paciente.
    8. Colocar la marquilla al paciente que se hospitaliza y enviarlo a la sala
    9. Llevar un control del número de admisiones y altas que se han dado durante la jornada o turno.

# Normas Generales de la Sección de Admisión Apertura de expedientes

1. Solo se confeccionara historia clínica a todo paciente con diagnostico de neoplasia maligna confirmado por estudio histológico o citológico o a pacientes en quienes exista una alta sospecha de neoplasia maligna.
2. No deberá abrirse expediente clínico cuando de antemano se conozca que el paciente no padece de cáncer alguno.
3. Pacientes con diagnostico de neoplasia maligna confirmada por estudio histológico o citológico el paciente debe traer:
   1. Referencia firmada por su medico tratante con su respectivo
   2. Diagnóstico
   3. Laminilla e informe de patología
   4. Estudios de Imaginología
   5. Estudios de laboratorio
4. Paciente sin diagnostico de cáncer pero con alta sospecha se requiere autorización de un medico del ION o del coordinador de la Consulta Externa.
5. Paciente que acude por su propia iniciativa, con una copia de Informe de patología el medico del ION le solicitara los estudios pertinentes que se haya realizado.
6. De existir duda por parte del responsable de abrir historias clínicas deberá consultar con medico funcionario o el coordinador de la consulta para que se de indicaciones al respecto.

# Llenado de los formularios de la historia:

1. Los datos de identificación del paciente que se requieren para abrir la historia clínica serán tomados de un documento de identidad del paciente y serán llenados en forma completa, exacta y legible.
2. Antes de abrir una historia clínica se consultara el Índice de pacientes sistemático para asegurar que el paciente no tiene una historia anterior.
3. Todo paciente Oncológico que se admite será recibido en forma cortes, respetando su dignidad al momento de entrevistar y obtener sus datos de identificación y datos generales.

# Sección de Archivos

Manejo y Archivo de la Historia Clínica

1. La historia clínica del ION será única e incorporara todos los datos relativos a la atención del paciente. No debe haber historias separadas.
2. Los datos de identificación del paciente se tomaran de un documento de identificación del paciente (cedula) y mediante entrevista cuidadosa del paciente.
3. La historia clínica se abrirá siguiendo las políticas definidas por el ION para apertura de pacientes nuevos.
4. Todos los formularios que forman parte de la historia clínica deben ser identificados con el nombre y numero de identificación del paciente
5. El ordenamiento de la historia clínica del ION debe definirse por escrito. En caso de crearse algún formato nuevo debe actualizarse este ordenamiento.
6. Las historias que pasan al archivo pasivo lo harán con el número que tienen. No se asignara un número nuevo a las historias que pasan al archivo pasivo. Nunca se utilizaran los números asignados de paciente fallecido.

# Procedimiento para archivar la Historia Cínica

* 1. El auxiliar de registros médicos debe recibir la historia clínica que ha sido prestada en cada una de las áreas del hospital.
  2. El auxiliar de registros médicos debe controlar la entrada de la historia
  3. El auxiliar de registros médicos y estadísticas debe clasificarlas según sus dígitos terminales para realizar el archivo en forma rápida.
  4. El auxiliar de registros médicos y estadísticas debe revisar la historia clínica antes de archivarla para asegurar la integridad de la misma.
  5. Estando en el archivo, debe localizar la guía, la sección, división y orden de la historia según los dígitos terminales para archivar la historia en su respectivo lugar.

# Métodos de archivo

Para la identificación de las historias clínicas del ION se utilizara el método numérico

**Norma:** Todas las Historias clínicas se archivaran y se identificaran utilizando el numero de cedula del paciente. Se utilizara un número provisional en caso de que el paciente no presente un documento que lo identifique. Tan pronto se conozca el numero de cedula debe cambiarse.

# Sistema de archivo

El ION debe definir el sistema de archivo que más le facilite la atención al paciente dentro de la Institución.

# Método Convencional o Simple:

Las Historias se clasifican en orden consecutivo según su numeración correlativa y el número se lee de izquierda a derecha.

# Método Digito-terminal o Compuesto:

Procedimientos para archivar:

* Primer paso: Fijarse en el numero primario que indica la sección.
* Segundo paso: Una vez localizada la sección se observa el número secundario que indica la división en que se archivara la historia clínica.
* Tercer paso: Una vez localizada la división, la historia se archiva según el orden consecutivo del número final

# Tipos de archivo

**Archivo centralizado**: El archivo centralizado es aquel donde toda la documentación de las historias clínicas se concentra en una misma carpeta y en una misma área física.

**Archivo descentralizado**: Las historias clínicas de un mismo paciente se archivan por separado en el servicio donde recibe la atención. (Fisioterapia, quimioterapia, Radioterapia, Hospitalización, Consulta Externa)

La sección de Archivos debe procurar mantener el tipo de archivo ***centralizado*** para evitar desintegración de la información

**Controles:** La sección de archivos clínicos del ION debe crear los sistemas de controles para el seguimiento y distribución de historias clínicas.

# Control y distribución de historia clínica para la Consulta Externa Procedimiento:

1. El auxiliar de registros médicos debe recibir diariamente las listas de pacientes citados
2. El auxiliar de registros médicos debe extraer las historias clínicas del archivo
3. El auxiliar de registros médicos debe proceder a registrar de acuerdo al listado de pacientes citados la historia localizada.
4. El auxiliar de registros médicos debe verificar que no le falten los resultados de estudios solicitados
5. El auxiliar de registros médicos debe proceder a clasificar de acuerdo al servicio que solicita para su distribución rápida y ordenada
6. El auxiliar de registros médicos debe distribuir las historias en cada una de las consultas externas de acuerdo a la lista de pacientes citados
7. Finalizada la atención en la consulta las historias clínicas deben regresar al archivo clínico con la lista de pacientes citados
8. El auxiliar de registros médicos debe verificar que las historias que regresan coincidan con el total de pacientes que se atendieron en la consulta externa

**Normativa:** Las historias que salen al consultorio externo deben ser entregadas al terminar la consulta.

# Control y distribución de historia clínica para hospitalización

Procedimiento:

1. El auxiliar de registros médicos debe recibir la solicitud de la historia verbal o escrita
2. El auxiliar debe proceder a localizar la historia en el archivo
3. El auxiliar debe llenar el formato del Tarjetón de reemplazo y ubicarlo en el espacio de la historia prestada
4. El auxiliar de registros médicos debe proceder a su distribución
5. El auxiliar debe revisar diariamente la lista de pacientes egresados y verificar que la historia en préstamo fue entregada al archivo al dar de alta al paciente; de lo contrario, localizar la historia para evitar la perdida.

# Control y entrega de historia clínica para Docencia, Clínicas Conjuntas, Dirección Médica y Administración,

Procedimientos:

* 1. El auxiliar de registros médicos recibe la solicitud de la historia verbal o por escrito
  2. El auxiliar de registros médicos localiza las historias en el archivo clínico
  3. El auxiliar de registros debe llenar el tarjetón de reemplazo y ubicarlo en el espacio de la historia
  4. El auxiliar procede a clasificarlas según usuario y área que la solicita
  5. El auxiliar de registros médicos procede a entregar las historias solicitadas
  6. Finalizada la utilización de la historia esta debe devolverse al archivo
  7. El auxiliar de registros médicos debe controlar la entrega de la historia
  8. El auxiliar ubica la historia dentro del archivo y extrae el tarjetón de reemplazo que estaba en su lugar.

# Solicitud de historias clínicas

Las solicitudes de historias clínicas del ION deben realizarse en forma escrita o verbal en cualquiera de los casos la solicitud debe registrarse en un formulario (ver propuesta)

# Préstamo de la historia clínica

La entrega de la historia se efectuara previa solicitud realizada y siguiendo los procedimientos respectivos para el préstamo de la historia en cada caso descrito.

**Norma:** Todas las historias que salen del archivo en calidad de préstamo deben devolverse al archivo el mismo día. Se exceptúan de esta norma las que el medico esta utilizando para investigaciones, seguimiento del paciente hospitalizado.

# Integración de documentos a la historia clínica

**Normativa:** Todo estudio, laboratorios no debe permanecer mas de 24 horas fuera de la historia clínica después de que el servicio haya entregado el resultado.

# Procedimiento:

1. El auxiliar de registros médicos debe recibir diariamente los resultados de los estudios y/o laboratorios ordenados al paciente.
2. El auxiliar de registros médicos y estadísticas debe controlar mediante cotejo del listado que envía el servicio (Laboratorio- patología) los diferentes estudios.
3. El auxiliar de registros médicos debe verificar nombre, numero de identificación de cada estudio con la lista enviada.
4. El auxiliar de registros médicos debe organizar en una carpeta aquellos estudios que no tienen correctamente el número y devolverlos.
5. El auxiliar de registros médicos debe localizar la historia clínica del paciente.
6. El auxiliar de registros médicos debe integrar la documentación previo a la cita del paciente en forma ordenada.

# Mantenimiento y depuración del archivo

El ION debe definir políticas institucionales en cuanto a la transferencia de historias clínicas inactivas y la depuración o eliminación de documentos de la historia con una base legal.

Se considera internacionalmente que la historia debe conservarse por lo menos cinco años después de la última atención al paciente.

# Procedimiento:

1. El auxiliar de registros médicos debe extraer diariamente del archivo aquellas historias clínicas que no han sido utilizadas para la atención del paciente en ninguna área del hospital de acuerdo al tiempo definido por el ION.
2. El auxiliar de registros médicos debe extraer diariamente del archivo aquellas historias voluminosas y proceder a eliminar los documentos que la Institución ha decidido eliminar.
3. El auxiliar de registros médicos y estadísticas debe garantizar los documentos médicos en las mejores condiciones posibles: reparación o reemplazo de la carpeta cuando estén deterioradas.

# Evaluación del desempeño del archivo Indicadores propuestos:

Total de historias clínicas solicitadas por área. Tiempo promedio en localizar historias extraviadas.

Volumen de historias que se pueden archivar por hora. Volumen de historias que se pueden localizar por hora.

Volumen de informes de laboratorio, citopatología y de imágenes que se pueden archivar por hora.

Porcentaje de exactitud del archivo clínico. Porcentaje de efectividad del archivo clínico.

# Comité de historias clínicas

El ION debe crear un comité de historias clínicas cuya responsabilidad es velar por la calidad de las historias clínicas.

# Funciones:

1. Recomendar la aprobación, uso y cambios en los formularios que forman parte de la historia clínica del paciente del ION.
2. Recomendar normas sobre contenido y llenado de las historias clínicas y velar porque estas normas se cumplan.
3. Servir de enlace entre el departamento de registros médicos y estadísticas y el cuerpo medico.
4. Revisar y evaluar las historias clínicas para asegurar que las normas establecidas se estén cumpliendo.
5. Rechazar historias clínicas que no reúnan las normas y velar por su cumplimiento.
6. Elevar recomendaciones a la dirección medica sobre las medidas que deben tomarse en los casos de médicos cuyas historias clínicas no cumplen las normas establecidas.
7. Definir por cuanto tiempo deben conservarse los documentos en la historia clínica.
8. Determinar de que manera se destruirán los documentos de la historia clínica.
9. Determinar el lugar que reúna las condiciones óptimas para almacenar las historias inactivas en su forma original.
10. Especificar los criterios y normas en relación al contenido de los resúmenes de historia clínica.

# Procedimientos de la Sección de Trámite de Cita

1. El funcionario debe solicitar al paciente la identificación personal y toda la documentación referida por el medico de la Instalación de Salud.
2. Solicitar en caso necesario al especialista que revise la referencia para que se le de el visto bueno para la elaboración de la Historia Clínica.
3. En caso de que el diagnóstico sea positivo se le solicita que llenen el formulario de confección de la tarjeta azul envía a la sección de admisión en el área de apertura para que se elabore tarjeta azul.
4. En caso del que paciente traiga su laminilla el auxiliar de Registros Médico se la debe entregar a la enfermera junto con la hoja de revisión y la historia clínica para que sea enviada al servicio de patología para su estudio y evaluación.
5. Facilitar al paciente la fijación del día de su primera cita, hora de su cita médica y el servicio con el cual se atenderá.
6. Verificar que al momento de la atención del paciente este los resultados de la laminilla realizado por el servicio de patología.
7. Recibir todos la Historias Clínicas enviada por la sección de archivos clínicos de los pacientes programados.
8. Colocar en la historia clínica una hoja en blanco, y sellar por servicios que le corresponde una vez que se haya revisado y asegurado que esta actualizada
9. Capturar en el programa de citas extra todos los pacientes atendidos que no estaban programados.
10. Fijar la fecha y la hora para la cita médica de los pacientes, previa verificación en la base de datos del código del médico, la fecha y el código del Servicio.
11. Acceder los datos de identificación personal y nombre del paciente en el archivo correspondiente en la fecha para la cual se le ha citado y verificar con el usuario que sus datos hayan sido captado correctamente
12. Llevar las historia clínicas de los pacientes que van a ser admitidos a la sección de admisión.
13. Llevar las historias clínicas por medico a su consultorio con la hoja de registros diario de atención.
14. Solicitar a la sección de archivo por vía telefónica las historias clínicas de pacientes no programado.
15. Imprimir diariamente el “Listado de Citas Médicas” otorgadas a los pacientes y remitirla a la Sección de Archivo Clínico, mínimo con dos días de antelación para la confección de las Historias Clínicas que correspondan y la preparación de las ya existentes.
16. Solicitar al paciente, el día que acude según la fecha que se le ha fijado, los siguientes documentos:
    1. La tarjeta de cita, en los casos de consulta subsiguiente.
    2. La identificación personal y la referencia médica de la Instalación de Salud que lo refiere, en los casos de pacientes de primera vez.
    3. La identificación personal y la referencia médica en los casos de pacientes egresados de las Salas de Hospitalización del Hospital.
17. Revisar en el “Listado de Citas Médicas” devuelto por la Sección de Archivo, si el paciente

tiene alguna Historia Clínica abierta previamente por consulta anterior.

1. Otorgar a los pacientes el cupo médico correspondiente, después de anotar todos los datos generales y verificar que estén correctos.
2. Registrar diariamente las citas médicas otorgadas por vía telefónica a los pacientes del interior.
3. Orientar debidamente al paciente sobre el procedimiento a seguir para el pago de su consulta médica.
4. Anotar en el Formulario “Hoja de Estadística Diaria”, después de asignarle el cupo médico al paciente, los siguientes datos: Nombre del médico, especialidad, número de la Historia Clínica o cédula, Número de Seguro Social, si es el caso, edad, procedencia y consulta de primera vez o subsiguiente.
5. Remitir a los médicos que atienden en las diferentes áreas de Consulta Externa, el Formulario

“Hoja de Estadística Diaria”.

1. Actualizar periódicamente los datos generales del paciente con la historia clínica.
2. Anexar el Formulario “Historia Clínica Interrogatorio Físico” a la referencia médica que trae el paciente y colocarlo en la Historia Clínica, una vez que esta ha sido confeccionada por la Sección de Archivo Clínico.
3. Verificar al final de cada día, que estén listas las Historias Clínicas para las consultas del día siguiente, colocar en cada una de ellas el sello de la especialidad que corresponda en la Hoja “Historia Clínica Interrogatorio Físico” y verificar que estén clasificadas por grupo de especialidad.
4. Solicitar a la Sección de Archivo Clínico el cambio del cartapacio de cualquier Historia Clínica en los casos que estos estén deteriorados.
5. Orientar al paciente sobre las indicaciones que debe seguir en forma previa a la realización de cualquier examen o procedimiento en el Hospital.
6. Reportar al Jefe de Sección, los diagnósticos de las enfermedades infectocontagiosa o de riesgo.
7. Ordenar las Historias Clínicas ante de ser devueltas a la Sección de Archivo.
8. Reportar al Jefe de la Sección de Tramite de Cita la cantidad de pacientes que fueron citados por especialidad y la cantidad de Historias Clínicas faltantes.
9. Comunicar a la Sección de Archivo Clínico las Historias Clínicas que van a ser enviadas directamente a las Salas y que corresponden a los pacientes cuya hospitalización ha sido ordenada por el médico tratante.
10. Efectuar diariamente el respaldo de la base de datos de las citas otorgadas.

# Procedimientos de la Sección de Estadística Registro diario de admisión y egreso Normativa:

1. Dado de alta el paciente, el egreso debe cerrarse inmediatamente por el médico del servicio y médico tratante.
2. Todos los diagnósticos y procedimientos de operaciones efectuados deberán ser registrados usando una terminología aceptable y legible.
3. El egreso debe ser enviado diariamente hacia estadística por la persona responsable en el área
4. El egreso debe estar completo en todas sus variables (no se debe enviar el egreso sin un diagnostico final de alta)
5. El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas debe definir por cuanto tiempo conservar el registro

# Procedimiento:

**De la secretaria administrativa:**

1. Reciba la historia clínica proveniente de los diferentes servicios de interacción
2. Proceda a registrar la entrada de la misma. (Formato de Control)
3. Remita a la sección de estadística la historia clínica

# Del auxiliar de registros médicos y estadísticas

1. Recibir de la secretaria administrativa las historias clínicas
2. Extraer la copia del Registro de Admisión y egreso de la historia clínica
3. Enviar a la sección de archivo clínico la historia clínica para su archivo
4. Verificar que el egreso este completo; de lo contrario, revuélvalo a su lugar de origen
5. Cotejar diariamente este registro con el Registro diario del Censo
6. Clasificar diariamente los egresos por servicio, día, mes en una carpeta para su adecuado control y manejo
7. Codificar diariamente los egresos
8. Digitar diariamente el egreso
9. Monitorear periódicamente la base para garantizar su oportunidad, veracidad y calidad de la información
10. Preparar los reportes de acuerdo a los Indicadores definidos

# Registro diario del censo hospitalario Normativa:

1. El Censo diario debe ser levantado por personal de enfermería a la media noche
2. El Censo diario debe estar completo antes de ser enviado a estadística
3. El censo diario debe ser enviado diariamente a Estadística
4. El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas debe definir por cuanto tiempo conservar el registro

# Procedimiento:

**De la secretaria administrativa:**

1. Reciba diariamente el Censo Diario a más tardar 9:00 AM.
2. Registre la llegada de los censos diarios de cada servicio responsable (Formato de control)
3. Envía a la sección de estadística los Registros de censo diario

# Del auxiliar de registros médicos y estadísticas:

1. Reciba de la secretaria administrativa las hojas de censo diario
2. Verifique que el mismo este completo
3. Coteje las hojas de censo con los Registros Diarios de Admisión y Egreso
4. Tabule diariamente en una hoja de trabajo del estadígrafo los datos del Movimiento Hospitalario
5. Digite la hoja de censo diario en la hoja electrónica para su proceso.
6. Prepare a través de las salidas manuales o electrónicas Informes de Altas, Ingresos por tipo de paciente y servicio, defunciones y traslados.

# Registro diario de actividades de la consulta externa Normativa:

1. Los registros deben ser completos al finalizar la atención ambulatoria del paciente
2. Los registros deben tener terminología aceptable, deben ser claros y legibles
3. Los registros deben entregarse diariamente al Servicio de Registros Médicos y estadísticas
4. El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas debe definir por cuanto tiempo conservar el registro

# Procedimiento:

**Del Auxiliar de registros médicos de cada una de las consultas:**

1. Reciba diariamente todos los registros diarios de actividades de consulta externa Técnica (Fisioterapia, Trabajo Social, Nutrición, Psicología) Consulta externa Medica, Unidad de Atención de Agudos (Medicina General Donantes y Clínica del Empleado)
2. Controle diariamente los registros
3. Verifique que estén completos; de lo contrario, ser revuélvalas a su lugar de origen (Medico que brindo la atención)
4. Envié diariamente a la sección de estadística los registros diarios de consulta

# De la supervisora de Estadísticas:

1. Reciba diariamente los registros diarios de consulta externa
2. Distribuya al auxiliar de registros médicos y estadísticas los registros diarios de la consulta externa

# Del Auxiliar de estadística:

1. Clasifique estos registros diariamente por día, servicio.
2. Codifique diariamente la morbilidad de los registros diarios de la consulta externa
3. Manual o electrónicamente debe tabularse y/o digitarse todas las variables registradas
4. Obtenga manual o electrónicamente reportes diarios de la producción de la consulta externa.

# Registro diario de intervenciones del quirófano Normativa:

1. El registro Diario del Salón de Operaciones debe ser llenado por el recurso humano que realiza la intervención quirúrgica y/o procedimiento en quirófano, consultorio, consulta externa, Unidad de Atención de Agudos.
2. El registro debe tener una terminología aceptable y legible
3. La secretaria del Salón debe enviar diariamente estos registros al Servicio de Registros Médicos y Estadísticas
4. El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas debe definir por cuanto tiempo conservar el registro

# Procedimientos:

**De la supervisora de estadística:**

1. Recibe diariamente los registros.
2. Registre su entrada (Formulario de control)
3. Verifique que se entregaron todos los registros de los diferentes servicios
4. Distribuya los registros a quien le corresponda trabajarlos

# Del Auxiliar de registros médicos y estadísticas:

1. Codifique los procedimientos y diagnósticos siguiendo la clasificación adoptada
2. Digite los registros diariamente en el modulo diseñado

# Registro diario de quimioterapia Normativa:

1. La enfermera debe registrar los datos solicitados en el Registro Diario de Quimioterapia en forma completa y legible.
2. Este registro debe ser enviado diariamente a la sección de estadística
3. El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas debe definir por cuanto tiempo conservar el registro

# Procedimiento:

1. Recibe diariamente el registro diario de quimioterapia
2. Controla diariamente la entrega del Registro Diario de Quimioterapia
3. Verifica que este registro este completo; de lo contrario debe devolverlo a su lugar de origen
4. Distribuye a la persona responsable de tabular y procesar el registro de quimioterapia
5. En una Hoja de trabajo deben tabularse las variables del Registro Diario
6. Mensualmente debe prepararse el Informe de la producción del servicio

# Registro diario de ínter-consultas Normativa:

1. Los registros diarios de ínter consultas deben ser llenados en forma correcta, legible y completa
2. Los registros deben ser enviados diariamente a la sección de estadística
3. El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas debe definir por cuanto tiempo conservar el registro

# Procedimientos:

1. Recibir diariamente los registros diarios de Ínter consultas
2. Verifica que estén completos
3. Controla la entrada de los registros
4. Distribuye a la persona responsable de su proceso
5. Compagina en su carpeta respectiva para su almacenamiento
6. Tabula diariamente la

# Registro diario de clínica conjunta Normativa:

1. El servicio responsable, que convoca la Clínica Conjunta, debe registrar en forma completa y legible el registro
2. El servicio responsable debe enviar el registro utilizado durante la actividad al Servicio de Registros Médicos y Estadísticas
3. El Servicio de Registros Médicos y Estadísticas debe definir por cuanto tiempo conservar el registro.

# Capítulo VII Departamento de Enfermería

**Nombre de la Unidad: Departamento de Enfermería Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad:** El Departamento de Enfermería es la Unidad encargada de las actividades relativas a la asistencia directa al paciente tanto en régimen ambulatorio como hospitalizado. Coordina, prevé y organiza el personal y meteriales propios de la actividad asistencial directa al paciente a fin de proporcionar todas las facilidades necesarias a la prestación de cuidados directos de enfermería a los pacientes de la Institución

**Estructura y Posición:** El Departamento de Enfermería está subordinado a la Dirección General, y coordina sus actividades con los demás Departamentos y Servicios, principalmente con los Servicios Medico-Quirúrgicos, Recursos humanos y Administración. Está estructurado de manera que brinde su Atención y desarrolle sus actividades en las Unidades de:

Hospitalización Consulta Externa Quirófanos Cuidados Intensivos Servicio de Agudos

Central de Esterilización Unidad de Quimioterapia Transplante de Médula Osea Radio-Oncología Imaginología

Cuidados Paliativos Salud Mental

Programa de Enfermedades Nosocomiales

# Atribuciones:

1. Participar en el proceso de planeación de la asistencia de enfermería, observando principios científicos, tecnológicos y asistenciales, basados en equidad, oportunidad, calidad eficiencia y calidez humana y de concordancia con las Normas de generales de la Institución, de las leyes de Servidores Públicos y de las Leyes que rigen la actividad de Enfermería .
2. Proponer criterios para la dotación de Recursos Humanos y materiales necesarios para la Atención de enfermería a los pacientes de la Institución.
3. Asesorar a las demás Unidades de la Institución, en el desarrollo e implantación de programas de asistencia al paciente y su familia abarcando aspectos educativos, preventivos y curativos.
4. Supervisar el equipo de enfermería en relación con la asistencia al paciente
5. Desarrollar e implantar un Programa de educación en servicio con el fin de garantizar la máxima utilización de las habilidades, capacidades y competencias del equipo de trabajo del Servicio.
6. Promover y aplicar las evaluaciones periódicas del desempeño del personal y de la asistencia brindada al paciente.
7. Proporcionar la información adecuada a las Unidades pertinentes, sobre la producción de actividades realizadas y promover un ambiente de cooperación y coordinación entre el personal del Servicio con respecto a la importancia de la información oportuna y de calidad.
8. Asegurar la continuidad permanente de los programas de asistencia a los pacientes de la Institución , sobre todo a los de alto riesgo.
9. Mantener al día todos los registros y anotaciones necesarias en los expedientes clínicos y administrativos que se determinen por la propia Unidad o por las autoridades de la Institución.
10. Proporcionar asistencia integral individualizada durante las 24 horas, todos los días del año, a los pacientes hospitalizados, los del Servicio de Agudos y los de cuidados críticos, en las fases de diagnóstico y tratamiento incluyendo el pre y post operatorio.
11. Asegurar un bajo nivel de infecciones Nosocomiales de acuerdo a los normas del programa respectivo y aplicando las normas, controles y procedimientos especiales necesarios.
12. Desempeñar actividades asistenciales a los pacientes externos a nivel de prevención y protección de la salud, diagnóstico y recuperación.
13. Procesar y esterilizar todo el material reusable necesario para la atención del paciente tanto hospitalizado como ambulatorio.
14. Llevar un control de existencia y distribución del material esterilizado.
15. Mantener u control de existencia y distribución de la ropa utilizada en la Institución tanto en salas, consulta y Salón de operaciones
16. Mantener y promover el uso adecuado del material esterilizado y de la ropa de la Institución, con el fin de producir el ahorro necesario de los escasos recursos de la Institución.
17. Cualquier otra atribución que determinen las autoridades de acuerdo a las Normas y Leyes respectivas.

**Área Física:** La parte administrativa del Departamento de Enfermería, se encuentra situada en el primer piso del edificio, además en cada piso de hospitalización y en cada una de las unidades en que presten sus servicios, habrá un área destinada a las labores del personal de enfermería.

# Profesionales que actúan en la Unidad:

Jefe del Departamento Supervisor Clínico Supervisor administrativo Jefe de Sala

Enfermera/o básica general Auxiliar de enfermería Secretaria

Trabajador manual

# Perfil del cargo

**Jefe del Departamento Naturaleza del Trabajo:**

Trabajo de dirección ejecutiva que consiste en liderar las actividades técnico-administrativas del equipo de enfermería, sobre la base de principios administrativos y métodos de trabajo eficiente, dirigidos principalmente a la asistencia al paciente; proporcionar a todos los elementos de su equipo la oportunidad de sentirse realizados con el máximo aprovechamiento de su potencial.

# Tareas Típicas:

1. Elaborar el programa específico del Departamento de Enfermería compatible con la Dirección del Hospital.
2. Desarrollar un plan de acción que deberá ser guiado a corto y largo plazo, incluyendo objetivos, estrategia y disposiciones consideradas necesarias para lograr los objetivos establecidos.
3. Prever la estructura del Depertamento de Enfermería considerando los planes de crecimiento y desarrollo del Hospital.
4. Formular la política que deberá ser observada por el equipo de enfermería, definiendo los límites de la acción.
5. Participar en el sistema de selección de candidatos para el Departamento de Enfermería.
6. Orientar y colaborar en los programas de educación en servicio para el personal del equipo de enfermería, teniendo en cuenta las necesidades de asistencia prestada, perfeccionamiento o introducción de nuevas técnicas de enfermería y la mejora de los patrones de asistencia.
7. Distribuir el personal de acuerdo con el área de actividades (turnos mensuales, vacaciones y distribución de tareas).
8. Evaluar los programas de trabajo y el desempeño del personal de servicio.
9. Establecer medios y métodos de comunicación que contribuyan de manera eficiente a la toma de decisiones (reuniones, informes, entrevistas).
10. Establecer métodos y pautas técnicas de asistencia de enfermería a los pacientes internos y externos.
11. Prever la compra de equipo y material permanente y de consumo necesarios para la asistencia al paciente para las distintas unidades de enfermería.
12. Establecer criterios para la evaluación de la asistencia prestada al paciente.
13. Cooperar con instituciones de enseñanza e investigación en lo que respecta a enfermería.
14. Representar al Departamento de Enfermería ante la administración y otros órganos.
15. Hacer que todas las áreas del Departamento de Enfermería obtengan orientación, consejos, colaboración y asesoría que contribuyan para alcanzar los objetivos propuestos.
16. Cumplir y hacer cumplir las órdenes de trabajo y reglamento del Hospital.
17. Desempeñar tareas afines.

# Condiciones que debe reunir:

-Diploma del Curso de Enfermería, registrado en el ANEP

-Curso de Administración Hospitalaria.

-Experiencia mínima necesaria: cinco años en Administración del Servicio de Enfermería

**Forma de Contratación**: Concurso.

# Supervisora Clínica

Título Oficial: Jefatura Intermedia Título Funcional: Supervisora Clínica **Naturaleza del trabajo**

Es responsable de que se brinden atención de enfermería, eficiente, segura y libre de riesgos. Dirigir el área clínica hacia un ambiente adecuado con equipo necesario y personal suficiente. Su intervención se basa en los principios de administración e investigación y en proceso de Enfermería.

# Tareas típicas:

1. Velar que se brinda y mantenga una atención al paciente-cliente, eficiente y libre de riesgo en las salas.
2. Promover y vigilar que se mantenga un ambiente seguro y libre de riesgo para los pacientes- clientes, personal y familiares.
3. Mantener un sistema de supervisión continuo al personal de enfermería para evaluar la calidad de atención que se le brinda al paciente.
4. Colaborar con las profesoras de la Universidad de Panamá, en la supervisión a las estudiantes de enfermería.
5. Colaborar con las enfermeras de salas en la atención de las pacientes, en situaciones especiales.
6. Mantener un sistema de comunicación directa con la Dirección de Enfermería y supervisión Administrativa, sobre la atención que se le brinda al paciente-cliente en todas las salas y Servicios de la Institución.
7. Mantener un sistema de supervisión continua al personal de enfermería de la Institución, para determinar la calidad de atención que se brinda al paciente-cliente.
8. Promover y vigilar que se mantenga un ambiente seguro y libre de riesgo para los pacientes- clientes, personal y familiares.
9. Supervisar el desempeño del trabajo que se ejecuta el personal de enfermería de la Institución.
10. Revisar el planteamiento de turnos semanales y mensuales de enfermería elaborado por las jefes de salas en conjunto con las supervisoras.
11. Participar con la Jefatura de enfermería en la confección del plan anual de supervisión.
12. Fomentar y mantener buenas relaciones interpersonales, ínter departamentales u otras.
13. Asistir y participar en las reuniones administrativas y otras programadas por la Jefatura de Enfermería.
14. Mantener un sistema de control de la asistencia registrada por el personal de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día
15. Identificar problemas de otros departamentos que surjan y afecten el buen funcionamiento del Departamento de Enfermería establecer comunicación con la autoridad administrativa señalada para tal fin.
16. Velar porque se cumpla con las disposiciones y reglamentos del Departamento de Enfermería y de la Institución.
17. Brindar asesoría al personal de enfermería en el ejercicio de sus funciones cuando lo amerite y/o lo solicite.
18. Promover trabajos de investigación, tendientes a mejorar la calidad de atención que se le brinda al paciente-cliente y la capacidad profesional del personal de la Institución.
19. Participar en los trabajos de investigación que se realizan en el Departamento de Enfermería.

# Condiciones que debe reunir

* + Estar registrada como enfermera profesional en la Dirección General de Salud Pública.
  + Tener por lo menos cinco (5) años de servicios eficientes en hospitales y de éstos, tres (3) como jefa de sala.
  + Debe tener un curso Administrativo o de Supervisión de los Servicios de Enfermería, no menor de seis (6) meses.
  + Preferible que posea la Licenciatura en Ciencia de Enfermería.
  + Ser miembro activo de la Asociación de Enfermeras de Panamá.

**Forma de contratación:** Por concurso

# Supervisora administrativa

Título Oficial: Jefatura Intermedia

Título funcional: Supervisora Administrativa

# Naturaleza del trabajo

La responsabilidad principal es la de velar que se proporciones atención de enfermería eficiente, segura y libre de riegos al paciente-cliente en todos los turnos en las salas y servicios de la institución y que cuenten con los recursos de personal, material y equipo necesario para su funcionamiento.

# Tareas típicas:

1. Mantenerse vigilante en cuanto al tipo de atención que se le brinda al paciente-cliente personal y familiares de la Institución.
2. Promover y supervisar que se mantenga un ambiente seguro y libre de riesgos, para los paciente-cliente y familiares de la Institución.
3. Promover el mejoramiento de la calidad de atención de enfermería que se le brinda al paciente-cliente.
4. Velar que se brinde cuidados de enfermería con calidad.
5. Colaborar con las enfermeras de la sala, la atención de pacientes en situaciones especiales en turnos de tarde y noche para lograr óptimos cuidados al paciente, seguro y libre de riesgo.
6. Participar con la enfermera del Comité de Infecciones Nosocomiales en la prevención y control de las infecciones nosocomiales del paciente-cliente.
7. Mantener un sistema de comunicación con la Dirección de Enfermería, Supervisora Clínica.
8. Mantener un sistema de comunicación con la Dirección de Enfermería, sobre la atención que se brinda al paciente.
9. Participar con la Dirección de Enfermería en la elaboración de normas y procedimientos.
10. Velar y hacer cumplir las disposiciones del reglamento interno del Departamento de Enfermería.
11. Participar en los diferentes Comités programados por el Departamento de Enfermería.
12. Guiar y participar con las enfermeras, jefes y encargadas, en el planteamiento, organización, dirección y evaluación del personal de enfermería.
13. Establecer y mantener un sistema de supervisión de las actividades que ejecuta el personal de enfermería.
14. Cuidar la existencia y mantenimiento de recursos materiales y de equipo necesario en sala.
15. Interpretar normas y procedimientos de enfermería al personal bajo su cargo.
16. Brindar orientación a las Enfermeras Jefes y encargadas, en la organización del trabajo y en las ejecución de sus funciones relacionadas con la administración de la sala.
17. Participar y colaborar en el desarrollo de programas educativos para pacientes, personal y familiares.
18. Fomentar y mantener las buenas relaciones interpersonales, Inter departamentales y con la comunidad.
19. Participar y colaborar con el Comité de Evaluación del Departamento de Enfermería.
20. Colaborar con la Sección de Educación en Servicio en la orientación al personal que se inicia en la Institución.
21. Promover y participar en el desarrollo de trabajos de investigación dirigidos a ampliar la capacidad profesional y atención de enfermería que se le brinda al paciente-cliente.

# Condiciones que debe reunir

Estar registrada como enfermera profesional.

Tener por lo menos cinco (5) años de servicio eficiente en hospitales y de éstos, tres (3) como jefes de sala, en cargos administrativos o de enseñanza.

Preferible que posea además la Licencia en Ciencias de Enfermería. de Panamá.

**Forma de contratación** Por concurso

# Enfermera Jefe de Sala

Título Oficial: Jefatura Inicial

Título Funcional: Enfermera Jefe de Sala

# Naturaleza del trabajo

La Enfermera Jefe de Sala es la responsable de planear, organizar, dirigir y controlar las funciones administrativas de la sala, de acuerdo a las normas y políticas de la institución y del Departamento de Enfermería. Tiene la responsabilidad de brindar cuidados directo a los pacientes, dirigir y coordinar las acciones de todo el personal que labora bajo su dirección, coordinar con otros Servicios que colaboran en la atención del paciente en forma indirecta.

Participar en programas de educación en servicio; colaborar con investigaciones dentro del área para mejorar la calidad de atención de enfermería, desarrollo personal y profesional del personal.

# Tareas típicas:

1. Planear, organizar, ejecutar, controlar y coordinar las funciones administrativas en la sala que se le asigne.
2. Velar que exista manuales de procedimientos y normas en la sala asignada.
3. Velar por el cumplimiento de los reglamentos, normas y disposiciones del Departamento de Enfermería.
4. Establecer un sistema de supervisión continua al personal de enfermería bajo su cargo, para asegurar la calidad de atención que se brinda al paciente.
5. Velar que se tenga el equipo y el material suficiente para la atención al paciente de acuerdo a las necesidades de la sala.
6. Mantener efectiva comunicación con la Dirección de Enfermería sobre la atención de enfermería que se brinda al paciente y cliente.
7. Mantener un sistema de control del material y equipo que se utiliza en la sala.
8. Cumplir con el sistema de evaluación establecido por el Departamento de Enfermería.
9. Programas las metas anuales del servicio conjuntamente con la supervisora correspondiente.
10. Programar, ejecutar y evaluar reuniones con el personal bajo su cargo, encaminadas a mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente, las buenas relaciones interpersonales y aumentar la capacidad profesional del personal.
11. Colaborar con la sección de Educación en la elaboración de normas, procedimientos generales y específicas de la sala bajo su cargo.
12. Promover y mantener buenas relaciones interpersonales e ínter departamentales.
13. Brindar atención directa a pacientes que por su condición crítica lo ameritan.
14. Programar el personal requerido para brindar la atención mínima de enfermería durante las 24 horas del día.
15. Mantenerse informada de la condición y atención de todos los pacientes de su sala.
16. Participar en la administración de medicamentos y tratamientos para la atención del paciente.
17. Dirigir, supervisar y evaluar los planes de cuidados del paciente.
18. Mantener ambiente agradable, seguro y libre de riesgo para los pacientes, personal y visitantes.
19. Mantener comunicación con la supervisora para informarla sobre el cuidado que se brinda al paciente en su unidad.
20. Colabora con el diagnóstico de las necesidades de Educación para el personal bajo su cargo.
21. Participar en el planeamiento y ejecución de los programas de educación en servicio para los pacientes, personal y familiares.
22. Colaborar con los programas de educación y el desarrollo de las prácticas clínicas de las estudiantes de enfermería y otras disciplinas.
23. Brindar orientación al personal sobre las disposiciones específicas de la sala, normas, reglamentos y procedimientos.
24. Participar en comités, seminarios, conferencias y otros que le asigne el Departamento de Enfermería.
25. Investigar sobre la problemática de casos de pacientes de sala.
26. Promover la investigación al personal de enfermería bajo su cargo para mejorar la atención de enfermería.
27. Participa en los caos de investigación que la institución le asigne.
28. Colaborar en las inversiones que realiza en la institución en el programa de Infecciones Nosocomiales.

# Condiciones que debe reunir

Estar registrada como enfermera profesional

Tener licenciatura en Ciencias de Enfermería o diploma de enfermera en una escuela reconocida por el Comité Nacional de Enfermería.

Gozar de buena salud física y mental.

**Forma de contratación:** Por concurso o prueba de selección

# Enfermera general

Título Oficial: Enfermera básica Título Funcional: Enfermera General **Naturaleza del trabajo**

La Enfermera General es responsable de las funciones propias de la atención del paciente y asumirá las funciones administrativas de los turnos de 3-11 y 11-7 y de 7-3 en ausencia de la Enfermera Jefe de la sala.

# Tareas típicas

1. Planear, organizar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería brindada al paciente en el área asignada.
2. Cumplir con todas las asignaciones establecidas por la jefe de sala.
3. Cumplir con el sistema de registro de la atención de enfermería que se le brinda al paciente.
4. Mantener un ambiente agradable, seguro y libro de riesgo para los pacientes, personal y visitantes.
5. Promover y mantener las buenas relaciones interpersonales dentro de la sala e ínter departamentales.
6. Participa y elabora por escrito información sobre la atención ofrecida a los pacientes en el expediente.
7. Participa en las reuniones del personal de enfermería de la sala y de las programadas por el Departamento de Enfermería.
8. Cumplir con el reglamento interno, normas de la sala y de la institución.
9. Brindar atención directa a pacientes graves, de cuidados, operados y otros.
10. Mantener registro de los cuidados brindados al paciente.
11. Mantener registro de los cuidados brindados al paciente.
12. Mantener informada de la condición y atención de los pacientes.
13. Administrar medicamento y tratamientos para la atención del paciente.
14. Asegurar que existe material y equipo para brindar la atención del paciente y conservar aquellos en buenas condiciones.
15. Participar en el planeamiento y ejecución de los programas de educación en servicio de los pacientes, familiares y personal.
16. Participar en la orientación del personal a su cargo sobre disposiciones específicas de las sala.
17. Colaborar en los trabajos de investigación dentro de la institución para mejorar el cuidado de enfermería.
18. Investiga y participa sobre casos de estudios de pacientes asignados en el servicio para brindar atención de enfermería segura y libre de riesgo.
19. Participa en la Investigación.

# Condiciones que debe reunir

Tener licenciatura en ciencias de Enfermería o diploma de enfermera en una escuela reconocida por el Comité Nacional de Enfermería.

Gozar de buena salud física y mental.

Cumplir con los requisitos que exige la ley de enfermería

**Forma de contratación:** Por prueba de selección

# Auxiliar de Enfermería

Título Oficial: Auxiliar o Técnico de Enfermería Título Funcional: Auxiliar de Enfermería **Naturaleza del trabajo**

La auxiliar de enfermería es la persona, hombre o mujer, debidamente capacitada para brindar cuidados menores de Enfermería al paciente bajo la supervisión de un profesional idóneo o de una enfermera graduada y que posea además, conocimientos generales necesarios para el cuidado de la salud.

# Tareas típicas

1. Participar en las actividades administrativas bajo la guía de la enfermera.
2. Ayuda a mantener un ambiente seguro y libre de riesgos.
3. Cuidar y conservar el equipo y material necesario para la ejecución de los procedimientos y tratamientos.
4. Mantener buenas relaciones personales e ínter departamentales.
5. Cumplir con los reglamentos, normas y disposiciones del Servicios y de la Sala de donde labora.
6. Asistir a las reuniones planeadas por la enfermera de Sala.
7. Asistir a las reuniones administrativas programadas mediante el Departamento de Enfermería.
8. Colaborar con la Enfermera, Médico y otro personal en tratamiento y procedimiento dirigidos hacia el paciente.
9. Informar a la Enfermera sobre cualquier interrupción en los planes de cuidados.
10. Brindar atención directa a los pacientes que la enfermera encargada de la unidad le asigne, siguiendo las instrucciones dadas.
11. Informar a la enfermera sobre el estado de los pacientes que se le han asignado.
12. Ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades físicas, emocionales y espirituales.
13. Mantener comunicación con la enfermera, paciente y sus familiares.
14. Brindar orientación a los pacientes admitidos en relación al área física, unidad del pacie Orientar y explicar al paciente en relación a los procedimientos de enfermería que se le realicen.
15. Participar en el Programa de Educación en Servicio que planea la Jefe de Sala y Docencia de Enfermería.

# Condiciones que debe reunir

Tener certificado que lo acredite como Auxiliar de enfermería, o Técnico en Enfermería con un curso no menor de un (1) año y reconocido por el Ministerio de Salud y/o la Universidad de Panamá.

clínica donde va a trabajar.

Demostrar capacidad para trabajar en equipo y mantener buenas relaciones interpersonales.

**Forma de contratación:** Por prueba de selección

# Secretaria

**Naturaleza del trabajo**

Personal administrativo de apoyo en las diferentes salas y oficinas de enfermería para realizar todas las actividades inherentes al cargo (mecanografía, archivología, etc.)

# Tareas típicas

1. Preparar, controlar, velar, manejar, custodiar e integrar al Historial clínico de pacientes, todos los documentos relacionados a la Atención Médica del mismo.
2. Actualizar diariamente en los formatos digitalizados del Sistema de Información, el listado de los pacientes hospitalizados , trasladados a otro servicio, fallecidos y egresados antes de las 8 am de cada día.
3. Ordenar en forma cronológica la Historia Clínica con su división de Hospitalización y Consulta Externa.
4. Solicita Certificados de Defunciones, agilizar el trámite administrativo y ofrece orientación adecuada a los deudos.
5. Llevar un control de las Historias Clínicas presentadas a la Consulta Externa y otra área, previa autorización de la Enfermera jefe de sala.
6. Confeccionar los pedidos solicitados por la Enfermera jefe de sala.
7. Confeccionar la correspondencia, interna o externa, referente al trabajo de sala.
8. Llenar encabezados completos del expediente clínico (admisiones) y del plan de Cuidado de Enfermería.
9. Mantener expedientes, confeccionados.
10. Confeccionar los rótulos de los nombres de los pacientes (admisiones).
11. Mantener rayado y en buen estado los libros que se manejan en salas:
    1. Censo
    2. Laboratorio
    3. Recibo de útiles
    4. Banco de sangre
    5. Transfusiones ambulatorias
    6. Docencia
    7. Otros
12. Equipar y mantener en orden la papelería de sala. Ejm. Laboratorios, Rx, Notas de Enfermería, otros.
13. Solicitar los resultados de patologías, Cat, US y otros.
14. Mantener en orden los exámenes de laboratorios y anexarlos al expediente tan pronto llegue a sala.
15. Llevar registro de notas enviadas (archivo).
16. Evitar el exceso de expedientes de pacientes egresados en la sala.
17. Localizar a médicos, enfermeras u otro personal que se necesite en el servicio.
18. Es la responsable de responder llamadas telefónicas, anotar y dar los mensajes pertinentes.
19. Recortar papeles de medicamentos, venoclisis, etc.
20. Mantener actualizado el mural informativo.
21. Mantener el área de trabajo limpia y en orden.
22. Establecer prioridades según las tareas asignadas.
23. Cualquier otra tarea afín con su posición.

# Condiciones que debe reunir

* Tener título de secretaria u otro afin.
* Tener domino de maquina de escribir y computadora.
* Presentar diploma y crédito.
* Hoja de vida (currículo, certificados de seminarios).
* Solicitud de empleo.
* Certificado médico de Buena Salud.

**Forma de contratación**: Prueba de selección.

# Trabajador manual Naturaleza del trabajo

Es la persona capacitada para realizar actividades manuales, de mensajería o otras que le asigne la enfermera.

# Tareas típicas

1. Transportar pacientes a los diferentes servicios en camilla o silla de ruedas.
2. Transportar cadáveres a la morgue.
3. Llevar a esterilizar material y Equipo Quirúrgico.
4. Transportar Oxígeno a los diferentes servicios, según solicitud.
5. Asear áreas específicas.
6. Cuidar el estado de los equipos y materiales asignados al puesto que ocupa.
7. Mantener informado al jefe inmediato de las situaciones relacionadas con la ejecución de sus tareas.
8. Realizar mensajería.
9. Establecer prioridades según las tareas asignadas.
10. Ejecutar las tareas previstas en el puesto y aquellas al mismo, según sea necesario.
11. Realizar su tarea con calidad aplicando normas y procedimientos establecidos.
12. Otras tareas que le asigne la enfermera.

# Condiciones que debe reunir

Educación Formal necesaria: Certificado de terminación de Escuela Primaria. Educación no formal necesaria: Ninguna.

Presentar Récord Policivo de buena conducta social.

**Forma de contratación:** Prueba de selección

# Procedimientos de Enfermería Comunicaciones internas

El Mural: es la utilización de un tablero ubicado en las áreas de trabajo con el objetivo de proporcionar información general y profesional en forma escrita a todo el personal de Enfermería.

La comunicación prestada en el mural debe ser vigente, en colores vivos y tener caracteres de desarrollo profesional.

Reuniones: es la agrupación de dos o más componentes del personal de enfermería con el objeto de proporcionar información de carácter administrativo, educativo, social, de investigación y/o recoger las inquietudes del personal. Las reuniones en el Departamento de Enfermería son centralizadas y descentralizadas.

Centralizadas: es la reunión que realiza la Jefe del Departamento de Enfermería con todo el personal de Enfermería, (Enfermeras Auxiliares). En el año se planearán como mínimo, tres (3) reuniones y cuando sean necesarias.

Descentralizada: es la que efectúa la Jefe de Sala o la Enfermera Supervisora con el personal a si cargo. La Jefe de Sala y la Supervisora planeará sus reuniones de acuerdo a las necesidades del servicio.

Memorando: Es la comunicación escrita con respecto a un asunto específico de un Servicio, para el resto del personal. La alta gerencia de Enfermería lo utilizará para su comunicación. El memorando se colocará en el mural de comunicación al personal. Con anticipación se dejará por un tiempo prudencial, dependiendo de lo que se comunique, para archivar posteriormente.

Entrevistas: es la comunicación verbal o conversacional cara a cara entre dos personas con un objetivo definido. La entrevista debe realizarse en privado, en un ambiente apropiado, con las personas involucradas y la menor interrupción posible.

Los Manuales: es la comunicación escrita en forma específica sobre procedimientos, normas, funciones y responsabilidades del personal de Enfermería dentro del Departamento de Enfermería. Los manuales deben estar accesibles al resto del personal. Cada servicio contará con dos manuales básicos: el Administrador y el de Procedimientos.

Seminarios – Conferencias: es el medio de comunicación verbal a grandes grupos con interés educativo, científico o técnico, con el objetivo de mejorar la atención de Enfermería para el paciente oncológico.

En el área de Oncología debe planearse un Seminario de Enfermería anual, conferencias tantas como sean necesarias para mantener al personal actualizado. La asistencia a las mismas debe promoverse a través de la propaganda, avisos con anticipación y arreglos de turnos.

# Comunicación con otros Servicios

El Departamento de Enfermería se comunicará y coordinará con los distintos Servicios de la Institución de acuerdo a formularios pre-establecidos y normas elaboradas.

Comunicación para el Cuidado de Enfermería al Paciente

# Recibo de Narcóticos y Útiles

Objetivos: Llevar un registro y control de los narcóticos u útiles existentes en el Departamento de Enfermería y en cada turno.

La Enfermera es la responsable de recibir los narcóticos y útiles del Servicio antes del informe de Sala.

Usará el formulario establecido para recibir los narcóticos y el libro correspondiente para recibir los útiles.

Las anotaciones deben corresponder a la fecha y al turno que recibe.

Las observaciones o los reclamos se harán antes que el personal de Enfermería del turno anterior se retire.

La Enfermera firmará en la casilla correspondiente después de recibir los narcóticos y útiles. Los narcóticos estarán en una gaveta con llave y la misma estará bajo la custodia de la enfermera.

Dejar constancia escrita del uso de algún narcótico, para su debida reposición.

# Entrega y Recibo del Turno

Objetivos: Proporcionar un informe preciso y concreto en forma general de cada paciente, tareas que no ha sido posible desarrollar y situaciones generales existentes en el Servicio.

La Enfermera debe vestir uniforme completo Llegar temprano al Servicio

Tener lista la información para el turno que recibe

La Enfermera que recibe el turno llevará la Guía de trabajo establecida, para hacer las anotaciones más importantes.

Utilizará los planes de cuidados (Kardex) para entregar el servicio. El informe de cada paciente de cama en cama

Al referirse al paciente, se le llamará por su nombre

El informe dado comprenderá todo acerca del diagnóstico, tratamientos, cuidados de enfermería efectuados y los pendientes y la condición general de cada paciente

Todo el personal de enfermería participará en la entrega y recibo del turno

El tono de voz será lo suficientemente alto como para que todo el personal escuche, pero que no se entere el paciente.

Además se informará sobre los aspectos generales del servicio como (medicamento pendiente, cambio de ropa de algún paciente, bombillo para cambiar, problemas varios).

# Distribución de Actividades

Objetivos: brindar a todos los pacientes un cuidado de enfermería en forma directa y que se realicen las actividades y tareas de Servicio, que influyen indirectamente en la calidad de la atención.

La Enfermera del Servicio es la responsable de la distribución de las actividades de su personal Las actividades del personal deben distribuirse antes de iniciar el trabajo.

Las actividades se escribirán en el formato establecido por la Institución

Todo el personal de enfermería debe tener sus actividades correspondientes a su turno La Enfermera orientará al personal de enfermería en relación a sus actividades

El formato de actividades se llenará con tinta y letra legible.

El encabezamiento del formato en su totalidad (fecha- turno- censo,-etc.) Las actividades se firmarán para verificar que está enterada la persona

La Enfermera supervisará durante el turno, el cumplimiento de las actividades asignadas La Enfermera hará las observaciones necesarias cuando la actividad no es realizada.

# Admisión

Objetivos: ingresar al paciente al Nosocomio para proporcionar el tratamiento específico según la patología diagnosticada.

El paciente debe ser identificado (verificar el nombre del paciente).

El paciente traerá su orden de hospitalización dada por el médico especialista en hoja especial de la Consulta Externa del Instituto Oncológico Nacional.

El paciente traerá la boleta de admisión (ver normas de admisión)

El paciente traerá la nota de la Sección de Evaluación Socio- Económica o la hoja de Facturación del Seguro Social.

La Enfermera notificará al médico del ingreso del paciente Se anotará al paciente en el Libro de Censo de la Sala .

El paciente será orientado en relación al área física del Servicio, su unidad, compañeros de cuarto, personal de Enfermería y horas de visita.

Se confeccionará el historial clínico para el paciente, siguiendo el orden de las hojas establecidas por la institución

Los encabezamientos de las hojas del historial deben llenarse por las secretarias de salas para luego redactar la historia del paciente por la enfermera

Se cumplirán las órdenes médicas de ingreso Se confeccionarán un plan de cuidado (Kardex)

# Censo de pacientes

Objetivos: Llevar un registro diario del movimiento de los pacientes en el Servicio.

Es responsabilidad del personal de Enfermería hacer las anotaciones en el Libro de Censo, correspondiente al movimiento de cada paciente en el Servicio.

El Libro de Censo tiene un rayado establecido por la Institución. Este libro debe estar en un lugar accesible del Servicio

Las anotaciones es este Libro se harán con tinta y letra legible.

Las defunciones se anotarán con tinta roja en cualquier turno que éstas ocurran.

En el Libro de Censo se anotarán: el número del caso, el nombre completo del paciente, número de cama y el movimiento que le corresponda (admitido –egreso transferido a transferido de o defunción).

Las anotaciones de cada paciente se harán el mismo día de su movimiento, es decir, deben coincidir la fecha y el turno que la realiza

La Enfermera del turno de 11:00 a 7:00, a las 12:00 m.n. es la que anota el total del paciente existente en la Sala el día anterior (hará el Censo).

La Enfermera colocará una raya vertical 81) en la columna correspondiente al movimiento (admitido –egreso transferido a- transferido de o defunciones) y su firma

La Enfermera Jefa revisará la hoja de Censo y la enviará a Registro Clínico.

# Notas de la Enfermera

Objetivos: Proporcionar la información concerniente al tratamiento de Enfermería y la condición de los pacientes.

La enfermera es la persona responsable de hacer las anotaciones de Enfermería en las notas de la enfermera.

Existe un formulario establecido por la Institución para este fin

Las anotaciones de Enfermería deben ser hechas con tinta y letra legible. La enfermera llenará los encabezamientos de las hojas

Las anotaciones que deben ser consignadas en la hoja de la enfermera son: Lo que el paciente manifiesta

Lo observado por la enfermera

La acción de Enfermería realizada La evaluación del cuidado brindado

Cuando usted se equivoque en las anotaciones, escriba la palabra ERROR con tinta roja sobre lo incorrecto e inicie su escritura en la línea siguiente.

Cambie la hoja de cada vez que le corresponde en su turno

Coloque la hoja de notas de la enfermera siguiendo el orden en el historial clínico

La enfermera firmará después de hechas sus anotaciones, usando la inicial del nombre y el apellido completo y su número de registro.

# Registro y control de signos vitales

Objetivos: Llevar un control de los signos vitales del pacientes en el Servicio durante las veinticuatro (24) horas.

La Auxiliar de enfermería es la responsable de tomar los signos vitales.

Cada Servicio debe tener un libro o cuaderno con un rayado ya establecido

La Auxiliar anotará los signos vitales en la casilla correspondientes a cada dato (temperatura, pulso- respiración) evacuaciones, vómitos.

En el libro o cuaderno de temperatura los signos vitales se escribirán con pluma.

Es importante informar a la Auxiliar sobre los horarios de la toma de signos vitales en forma general y a qué paciente se le tomará cada cuatro (4) horas.

La Auxiliar informará a la enfermera de cualquier cambio o anomalía en los signos vitales. Se bajará la temperatura por medios físicos bajo las indicaciones de la enfermera.

Se actualizará el cuaderno de temperatura anotando a los pacientes admitidos en el turno respectivo.

La Auxiliar del turno de 3:00 a 11:00 PM es responsable del rayado y listado de los pacientes en el libro de temperatura

El personal de Enfermería, que toma los signos vitales firmará el libro de temperatura

La Auxiliar de Enfermería será la responsable de transcribir los signos vitales del paciente a la hoja clínica.

# Planes de Cuidado de Enfermería

Objetivos: Informar a todo el personal de la Sala acerca de los cuidados especiales de Enfermería, tratamiento y medicamentos que recibirá cada paciente.

La enfermera es la responsable de elaborar los planes de cuidados de Enfermería. Apenas el paciente llega a la Sala se elaborará su plan de cuidados.

El plan de cuidados del paciente constará de tres (3) componentes: Datos generales

Cuidados y objetivos específicos de Enfermería Medicamentos, tratamiento y órdenes especiales.

Para recopilar la información necesaria la enfermera observará, conversará con los pacientes y familiares

La enfermera debe identificar y anotar los problemas y necesidades de los pacientes El encabezamiento de los planes de cuidado se llenarán en forma compleja.

Los planes de cuidados los datos generales se escribirán con pluma, los cuidados y objetivos específicos de Enfermería se escribirán con lápiz, los medicamentos, tratamientos se escribirán con pluma y órdenes especiales a lápiz.

Es responsabilidad de la enfermera actualizar los planes de cuidados en cada turno

La enfermera anotará el diagnostico de enfermería, objetivos y plan de acción de cada paciente de acuerdo a su evaluación.

# Cumplimiento de las Órdenes Médicas

Objetivos: Proporcionar la terapéutica indicada en forma precisa y segura al paciente. Las órdenes médicas son cumplidas por la enfermera encargada del turno

Las indicaciones médicas deben estar consignadas en el formulario establecido por la Institución.

El procedimiento completo de cumplimiento de las órdenes médicas debe ser consultado en el Manual de Procedimientos.

# Registro de Medicamentos y Tratamientos

Objetivos: Registrar en forma individual los medicamentos y tratamientos de los pacientes de la Sala.

La enfermera de la Sala es la responsable de elaborar el boleto de medicina por escrito. Lo elaborará de acuerdo con la médica dada

El boleto de medicina se escribirá con tinta y letra legible.

La Institución proporcionará los boletos de medicina para su elaboración

Recuerde el procedimiento para la confección de los boletos de medicina (Manual de Procedimiento).

Existen cuatro (4) colores para la elaboración de los boletos de medicina.

# Lista de Dietas

Objetivos: Registrar la dieta correspondiente a los pacientes de la Sala. La enfermera es responsable de la elaboración de la lista de dietas.

Existe formularios establecidos por la institución para la confección de la lista de dietas.

La enfermera del turno de 11:00 a 7:00, es quien debe confeccionar la lista de dietas de todos los pacientes del Servicio

Ella elaborará el original.

En la lista se marcará la dieta correspondiente a cada paciente, según la orden médica

Los pacientes admitidos se les pedirá su dieta haciendo llenando el formulario correspondiente La lista debe ser firmada por la enfermera que la confecciona

La lista de dietas se enviará al Servicio de Nutrición a las 6:00 AM

# Ronda con Objetivos

Objetivos: Verificar las actividades del Personal de Enfermería en base a metas específicas. La ronda con objetivos la realiza el personal de Enfermería

Durante la ronda se concentrará en un área específica del cuidado de Enfermería.

Cada ronda se realizará con un objetivo para evaluar (calidad del cuidado de Enfermería, medidas de seguridad, etc.)

En el turno debe hacerse una (1) ronda por lo menos

El personal de Enfermería debe participar activamente en la ronda

El objetivo de la ronda y sus actividades deben estar escritos con anticipación a la ronda.

# Informe de Condición y Movimiento de Pacientes

Objetivos: Proporcionar información general de la condición y movimiento de pacientes y del movimiento del personal de enfermería en los diferentes turnos de cada Servicio.

La enfermera es responsable de hacer las anotaciones correspondientes al informe de condición y movimiento de pacientes.

Existe un formulario para el informe de la condición y movimientos de pacientes, establecidos por la institución.

El formulario debe ser llenado con tinta y con una letra legible. El informe debe firmarlo la enfermera que lo confecciona

El informe debe llegar a la oficina de Enfermería antes de las 3:00 PM en el turno de 7:00 a 3:00.

Los informes deberán archivarse.

En turno de 3-11 PM y 11-7 PM, la supervisora administrativa será la responsable de hacer las anotaciones en la hoja de condición y movimiento.

# Normas de los Comités de Enfermería

Enfermería en todas sus instituciones constituyen diversos comités para integrar multidisciplinariamente a un equipo de trabajo. Los cuales en forma objetiva elaboran parámetros generales dependiendo del comité que funcione para ofrecer calidad de atención al paciente y coadyuven al mejoramiento en algunos a los trabajadores. Entre los existentes en el Departamento de Enfermería se presentarán señalando su integración, funciones y normas.

# Comité de Procedimientos

Objetivos General: investigar, analizar, discutir y unificar conceptos relacionados con los procedimientos de Enfermería, establecidos en el Instituto Oncológico Nacional.

Objetivos Específicos:

Revisar, investigar, analizar los procedimientos de Enfermería que actualmente son ejecutados en el Instituto Oncológico Nacional con el fin de:

Actualizar y simplificar algunos procedimientos

Ajustar las técnicas de Enfermería a las necesidades y recursos actuales de la Institución. Modificar las técnicas que así lo requieran

Introducir principios científicos en la realización de los procedimientos

Dar a conocer los nuevos criterios a todo el personal que labora en el Instituto Oncológico Nacional.

Exigir que se cumplan las disposiciones establecidas al ejecutar los procedimientos. Miembros que integran el Comité de Procedimientos

Por el Departamento de Enfermería: Docente

Supervisora Clínica Jefa de Sala

Enfermera registrada

# El docente hará una revisión total de cada uno de los procedimientos en coordinación con la jefe del departamento de enfermería

Con el objetivo de llevar a cabo una buena disciplina se ha llegado a establecer las siguientes normas:

El docente del Departamento de Enfermería presidirá las reuniones del Comité de Procedimientos, bajo el asesoramiento de la Jefe del Departamento de Enfermería.

La Secretaria del Comité, se escogerá entre uno de los miembros que integran el mismo, cuya función será: llevar el Acta de la reuniones, correspondencia general y notificaciones varias. Se exigirá puntualidad a los miembros; y el representante que presente cuatro (4) ausencias sin previa justificación será declarado y a través de escrita. Procediendo a nombrar otro integrante con la función del saliente.

Las reuniones serán efectuadas con una periodicidad que será notificada a cada miembro y en el cual hace llegado a un consenso de tiempo, hora y espacio.

El comité para acelerar y facilitar su trabajo se dividirá en subgrupos de trabajo, éstos a su vez nombrarán una Directiva, quien en la fecha asignada informará al grupo acerca de sus investigaciones.

A la Directora del Departamento de Enfermería del Instituto Oncológico Nacional se le rendirá un informe escrito acerca de cada una de las reuniones.

Ningún procedimiento podrá ponerse en práctica sin la aprobación de la Directora del Servicio. En caso de que el grupo no pueda llegar a un acuerdo, al analizarse alguno de los procedimientos, se dejará el punto pendiente y se someterá a la consideración de la Jefe del Departamento de Enfermería.

En caso de procedimientos nuevos pertinentes a oncología; de haber dudas o confusión se procederá a buscar ayuda idónea con conocimientos específicos, para plasmar el procedimiento de forma correcta.

Una vez que los procedimientos sean aprobados deberán ser comunicados a las partes interesadas siguiendo las líneas de autoridades indicadas.

Orientado el personal, el Departamento de Enfermería se reservará el beneficiario de exigirles que cumplan con las disposiciones establecidas al llevar a cabo los procedimientos.

El tiempo de prueba de los procedimientos será de uno a tres (3) meses, dependiendo del riesgo del mismo para el paciente y la implicación de enfermería.

# Comité de Auditoría

El Comité de Auditoria en Enfermería es una gran importancia para el Departamento de Enfermería del Instituto Oncológico Nacional, para calificar a través de métodos científicos y modernos la calidad de atención en enfermería que se le proporciona a los pacientes en el Hospital.

Objetivo General:

Vigilar el cumplimento de las normas y estándares de la calidad de atención que le proporciona al paciente oncólogo.

Objetivos Específicos:

Inspeccionar detalladamente los documentos clínicos escritos por enfermera.

Brindar información estadística real que se utiliza en el área de docencia para garantizar el reforzamiento cognoscitivo y práctico del personal de Enfermería en la calidad de atención.

Optimizar la atención de Enfermería para que esta sea con mínimos riesgos.

Normas:

Los miembros del Comité serán designados por la jefa del Servicio de Enfermería. Los representantes del Comité servirán por el término de un (1) año.

Las decisiones y acuerdos finales serán tomados e informados por la jefe a todo el personal del Departamento de Enfermería.

El Comité de Auditoria se organiza con: Un Presidente elegido por un (1) año

Una Secretaria elegida por el mismo período

El presidente será el responsable de dirigir las reuniones.

El Secretario será la persona responsable de mantener en orden toda la documentación del Comité de Auditoria; y esta a su vez reunirá información a Docencia de Enfermería.

Las reuniones serán dos veces al mes por un lapso de dos (2) horas en un área o salón seleccionado del Hospital previamente. En caso de que el día de la reunión coincida en un día feriado, se pospondrá el día de tal forma que se haga efectiva. La fecha de la reunión se escogerá según el consenso de grupo y cronograma establecida de 1:00 pm. a 3:00 pm.

El lugar de la reunión será seleccionado previamente por un miembro del Comité que será responsable de conseguir el local (esta actividad será rotativa).

Para iniciar la reunión se tomará en cuenta la asistencia que será de la mitad de los integrantes más uno, o sea, un total de cuatro (4) miembros.

En cada reunión se llevará un Acta, se someterá a votación en la reunión siguiente. Una copia se enviará la Jefe del Servicios de Enfermería y la otra quedará en los archivos del Comité.

Se presentará informe escrito de la auditoria a la Directora del Departamento de Enfermería y a la Enfermera Docente.

Se enviará a la Supervisora de cada Servicio evaluado un informe de la situación encontrada en su servicio.

# Comité de Evaluación del Personal de Enfermería

Es el responsable del estudio y análisis del personal de enfermería, con el fin de valorar la productividad del trabajo que ejecuta y dar las recomendaciones tendientes a mejorar las actividades que desempeña.

Objetivos Generales:

Vigilar que el Sistema de Evaluación de Personal se mantenga actualizado.

Objetivos Específicos:

Mantener un sistema de evaluación del personal de enfermería como base para hacer reformas, modificaciones en los programas de orientación, adiestramiento y educación continua.

Medir la efectividad de los servicios que brinda el Departamento de Enfermería a través del trabajo ejecutado por su personal, con el fin de aplicar medidas que tienden a mejorar la calidad de la atención de enfermería.

Normas:

El Subdirector del Departamento de Enfermería es el presidente del Comité y la Supervisora actuará como Secretaria.

La secretaria del Comité enviará trimestralmente el informe a cada miembro del Comité.

El Comité se reunirá trimestralmente y extraordinariamente en caso de ser necesario por una situación especial.

Los miembros del Comité elaboran su cronograma de reuniones y su plataforma de trabajo. Se hará evaluación anual del Comité en cuanto a efectividad, productividad y funcionalidad.

# Comité Social

Está formado por un grupo de persona seleccionada con el objetivo de satisfacer necesidades sociales participativas, sus actividades específicas se ejecutan en coordinación con el supervisor del departamento.

Objetivos Generales:

Promover un sistema de cohesión dentro del Servicio de Enfermería que coopere en actividades diversas con miras a solventar sino en su totalidad, en parte las diferentes celebraciones festivas, educativas e inclusive de duelo.

Específicas:

Realizar actividades diferentes para recoger fondos. Promover la cooperación del grupo.

Recopilar los fondos.

Dar a conocer al departamento el Estado Financiero Conservar actualizado el balance de los fondos.

Coordinar la adquisición de los insumos de las diferentes actividades.

Organizar y dirigir las actividades para recoger fondos y para conmemorar fiestas notorias.

Miembros que Integran el Comité Social Jefe del Departamento de Enfermería

Enfermera asignada por Departamento de Enfermería

Una enfermera de los diferentes servicios (ginecología, cirugía y medicina).

Normas:

Los miembros del Comité Social serán designados por el jefe del Departamento de Enfermería. Los representantes del Comité servirán por el término de un año.

El Comité Social debe constar de: Un Presidente elegido por un (1) año

Una Secretaria elegida por el mismo período

El Presidente será el responsable de dirigir las reuniones

La Secretaria será la persona responsable de confecciona y leer el Acta en cada reunión y mantener en orden los documentos del Comité.

Las reuniones se realizarán según cronogramas elaborado; en horarios de 1:00 PM a 3:00 PM; en un área del Hospital habilitado para tal fin, que se notificará en su momento

El inicio de la reunión se dará tomando en cuenta la asistencia (3 ó más miembros).

La presidenta del comité mantendrá al tanto del Estado Financiero al Departamento de Enfermería.

Las actividades a realizas de cualquier tipo deben ser avaladas por el Jefe del Servicio

# Comité de Investigación

Grupo de profesionales de la Enfermería asignada por la Jefatura del Servicio con el propósito de efectuar investigaciones o estudios científicos dentro del campo de la Oncología con el fin de ampliar los horizontes cognoscitivos del personal y favorecer su desenvolvimiento profesional.

Su finalidad como grupo es identificar aquellas necesidades de conocimientos nuevos y/o avances científicos, y divulgar los resultados del estudio para la superación profesional y por ende ofrecer atención asertiva y eficaz.

Objetivo General:

Realizar investigaciones de las innovaciones y avances científicos y tecnológicos en el campo de la oncología.

Objetivo Específico:

Identificar las necesidades cognoscitivas del personal en el campo. Efectuar investigaciones en base a las necesidades.

Coordinar con docencia de Enfermería, para divulgar los resultados.

Integrantes del Comité de Investigación La Jefatura de Enfermería

Las enfermeras que asigne la Jefatura Docente del Servicio.

Normas:

La coordinación presidirá las reuniones del Comité bajo el asesoramiento de la Jefatura de Enfermería.

La Secretaria del Comité se escogerá entre una de las enfermeras asignadas por la jefatura, la cual se encarga de confeccionar las Actas de cada reunión

Las investigaciones se efectuarán en base a las necesidades encontradas y en estrecha colaboración la docente.

Ninguna investigación se divulgará sin el Visto Bueno (VB) de la Jefatura de Enfermería y el Docente.

Los miembros encargados de la investigación per se contarán con el tiempo facilitado por la gestión.

Las reuniones del comité se efectuarán según el cronograma estipulado por sus miembros

La Periodicidad de las reuniones se ajustarán de acuerdo a las necesidades cognoscitivas que se den y la celeridad con que se logre realizar las investigaciones

La permanencia de los Miembros del Comité dependerá de la productividad del grupo y los cambios que haga la Jefatura.

# Procedimiento: Dotación de medicamentos e insumos

Es la comunicación establecida entre el Departamento de Enfermería y otros departamentos encargados de proveer los elementos necesarios para la atención del paciente.

Farmacia:

La dotación de medicamentos en los pisos y áreas de atención será efectuada por el personal de farmacia.

Para las solicitudes de urgencia en horarios de 7:00 AM a 3:00 PM de lunes a viernes se avisará de inmediato a ese departamento.

Por convenio con farmacia existirá un banco limitado de ciertos medicamentos y narcóticos en supervisión, con sus reglamento de uso.

Almacén:

El almacén dotará a las salas de los insumos necesarios.

La enfermera Jefe de Sala hará su pedido por requisición en original y copia de los días asignados por este departamento.

Ropería:

La entrega de ropa a las salas de responsabilidad de la persona encargada del cuarto de ropa.

Conservación y Aseo:

El departamento de conservación y aseo es el encargado de mantener la limpieza de la Institución. Efectuará la limpieza de cuarto y unidades de pacientes de acuerdo a las normas establecidas para ello por el Comité de Control de Infecciones Nosocomiales.

Servicio Social:

Para este servicio los pacientes y familiares serán referidos por la enfermera.

Mantenimiento:

Para solicitar el servicio de mantenimiento se hará por medio escrito en original y copia dirigida al Jefe del Servicio.

# Normas: Programa de Educación

El Departamento de Enfermería cuenta con un Manual de Docencia desarrollado en coordinación y bajo la supervisión de la Dirección de Docencia del Hospital y del Servicio de Recursos Humanos. Debido a que el desarrollo de las empresas que se relacionan con los servicios de salud siguen incrementándose cada días más con los avances tecnológicos de igual forma los consumidores exigen más cada día, conscientes de sus beneficiarios. Por lo tanto un programa de Educación en Servicio es una herramienta valiosa para mejorar los conocimientos, capacidades del personal, el cual redundará en beneficio propio ofreciendo calidad de atención con eficiencia a los pacientes. Este programa ha sido organizado y elaborado a partir de las necesidades actuales y futuras del empleado en relación a sus responsabilidades de hoy y o su perfectiva de desarrollo en el área de trabajo.

El mismo cuenta con una serie de indicaciones iniciadas con el nuevo ingreso, como enfermera, auxiliar de enfermería, trabajador manual, y otros; a su vez ha desarrollado el aspecto de

liderazgo (jefes de salas) y supervisores) y de igual forma la inducción de jefaturas de áreas de atención programa, incluye también el aspecto organizacional de la institución, normas, y los aspectos del área física entre otros.

# Pacientes con Transplante de Médula Ósea Procedimientos Generales

1. **Admisión del Paciente**

El Paciente que va a ser sometido a un trasplante de médula ósea es admitido en un medio de protección ya que las defensas contra infecciones son afectadas por el régimen de acondicionamiento. Días antes de la admisión el paciente, donante y familiares son orientados acerca del procedimiento, sus complicaciones y cuidados dentro del área de aislamiento. A su ingreso el paciente debe tener su donante de médula ósea tipificado al igual que donantes de plaquetas y sangre evaluados.

Objetivo: Admitir al paciente en la sala de trasplante de células hematopoiéticas. Propósito: Mantener al paciente en un medio de protección que asegure el éxito del procedimiento.

Procedimiento:

Una vez el paciente es seleccionado por el médico tratante; para recibir trasplante de células hematopoiéticas se le entrega la orden de admisión.

Se le indica la fecha de admisión.

El médico envía al paciente, familiares y donante a la unidad de trasplante para su orientación (Qué es el trasplante, régimen de acondicionamiento, aislamiento, riesgos del tratamiento, cuidados artículos personales necesarios).

El día de la admisión el paciente pasa a la ventanilla de admisión donde se le confecciona la boleta de admisión, la hoja de consentimiento y se envía al paciente al Servicio de Orientación para la confección de la hoja de costo del Seguro Social. si el paciente no es asegurado se le envía a la Caja.

El personal de admisión envía el expediente completo a la enfermera de Unidad de Atención de Agudos para su revisión y envío a la sala; previo aviso a la enfermera de la unidad de trasplante. Al llegar el paciente a la sala se le orienta sobre las normas de aislamiento, área física y como puede contribuir él y sus familiares para lograr el éxito de su tratamiento.

Se le asigna su unidad (cama). Toma de signos vitales, peso y talla. Se realiza historia clínica.

Cumplimiento de órdenes médicas. Se realizan exámenes de rutina BH, Qm, cultivos

Radiografía de tórax EKG.

Revisión de pruebas CAT

Función pulmonar Función cardiaca Función hepática y renal

Se inicia el cuidado oral Evaluación odontológica

Enjuagues orales con Bicarbonato de Sodio (nahco3) y dentomín Iniciar acondicionamiento según orden médica.

# Aseo Oral

Las altas dosis de quimioterapia a la que es sometido el paciente tienen efectos tóxicos sobre la mucosa oral. Los microorganismos de la flora normal causan infecciones oportunidades, por lo tanto se hace necesario la limpieza oral rigurosa desde el ingreso del paciente.

Objetivo: Disminuir el riesgo de infecciones orales. Propósito: Mantener la integridad de la mucosa oral.

Equipo:

Cepillo dental de cerdas suaves Dentífrico (de su preferencia) Agua bicarbonatada Clorhexidina

Riñonera SSN o Agua

Procedimiento: Orientar al paciente Lávese las manos

Coloque el dentífrico en el cepillo

Cepillar suavemente sin lastimar las encías Enjuague con SSN o agua.

Realice enjuagues con agua bicarbonatada y Clorhexidina Lave el cepillo, séquelo y guárdelo

Lávese las manos Observaciones:

El lavado debe efectuarse de 2 a 4 veces al día

Los enjuagues deben iniciarse al momento de la admisión

Evitar el uso de dentadura postiza cuando el paciente presenta mucositis

En paciente con glóbulos blancos debajo de 1,000, no utilizar cepillo, en su lugar, utilice isopos con algodón

# Baño Diario

El baño diario en el paciente trasplantado es muy importante por lo que debe realizarse con técnicas especiales diferentes al baño común. Estos pacientes reciben tratamiento tóxicos que se eliminan a través de la piel produciendo irritación y malos olores y por ende infecciones oportunistas en pacientes inmunosuprimidos.

Objetivo: Mantener la piel del paciente limpia e intacta.

Propósito: Evitar malos olores, irritaciones e infecciones de la piel del paciente.

Equipo:

Jabón antibacterial

Toallitas limpias Ropa para el paciente Pampers

Ropa de cama

Procedimiento:

Orientar al paciente sobre el procedimiento Lávese las manos

Extienda un pampers en el piso cerca del lavamanos. Asistir PRN al paciente en:

Quitarse las pantuflas Despojarse de la ropa

Lávese el cabello y enjuagando en el lavamanos y séquelo Haga, mentalmente la división de su cuerpo en tres:

Área superior: (cabeza y cuello).

Área media: hombros, brazos y manos, pechos, espalda, área del perineo. Área inferior: muslo, piernas y pies.

Lave la parte superior primero, utilizando una toallita de baño con jabón y lávese. Descarte esta toallita y utilice una toalla para enjuagarse. Séquese con otra toalla y entonces descártela.

Luego lave el área media siguiendo el orden de arriba hacia abajo dejando de último el perineo. Por último se lava el área inferior y limpiando de último los pies. Para cada área se utiliza un juego de 3 toallitas. Una para enjabonar, otra para enjuagar y la última para secar.

Arregle la cama con ropa limpia Lávese las manos

# Eliminación de Excretas

Debido al riesgo del aumento de microorganismos patógenos por la humedad y lo difícil que se hace la desinfección de los inodoros dentro de la unidad, no se cuenta con servicios. En vez de esto, cada habitación tiene un servicio portátil con un recipiente plástico, un urinal y una jarra graduada para medir. Una vez son utilizados se retiran de la habitación para ser debidamente tratados.

Objetivo: Manejar adecuadamente las excretas del paciente.

Propósito: Mantener el ambiente lo más limpio posible, para evitar infecciones oportunistas.

Equipo:

Guantes desechables Desinfectante (savlón, clorox) Escobilla

Procedimiento: Coloque los guantes

Retirar el recipiente receptor de heces u orina Medir de ser necesario

Colocar recipiente en el transfer (dentro) Retirar el recipiente del transfer (afuera) Eliminar los desechos en el paletero

Lavar y desinfectar

Colocar nuevamente en el transfer Lavado de manos

# Aislamiento

Las defensas del paciente son afectadas por el régimen de acondicionamiento. Desde el inicio de la preparación los pacientes son aislados para minimizar el riesgo de infección y este permanecerá hasta que injerte la médula y se recupere cierto grado de inmunidad.

Objetivo: Reducir el contacto con agentes patógenos. Propósito: Disminuir el riesgo de infecciones oportunistas.

Equipo: Bata Mascarilla. Guantes.

Gorro. Botas.

Procedimiento:

Lavado de manos antes de entrar a la unidad del paciente. Colóquese la bata, gorro y botas.

Colocarse mascarilla si la cuenta de glóbulos blancos está por debajo de 500. Mantener el termómetros de la unidad del paciente.

Limpieza de la unidad cada día con clorox. Incluye pisos, paredes, mobiliarios, vidrios. Prohibir visitas.

Observación: El familiar que acompaña al paciente durante el periodo de aislamiento debe estar bien orientado sobre las medidas de aislamiento.

# Administración de Hemoderivados

El régimen de acondicionamiento produce mielo supresión severa, motivo por el cual el paciente trasplantado requiere a menudo transfusión de plaquetas y glóbulos rojos para mantener las cuentas en el valor mínimo aceptable reduciendo así el riesgo de sangrado y anemia severa.

Plaquetas

Objetivo: Proporcionar plaquetas al paciente trombocitopénico. Propósito: Recuperar la cuenta de plaquetas del mínimo aceptable.

Equipo: Guantes estériles. Mascarilla

Conexión de 3 vías, conexión de venoclisis con filtro Jeringuillas de 50 cc

Jeringuillas de 10 cc Solución salina normal Plaquetas (radiadas)

Procedimiento:

Orientar al paciente Lavado de manos

Premedicar por orden médica Tomar signos vitales

Verificar los hemoderivados (plaquetas)

Tipaje (no necesariamente debe ser del mismo tipaje) Donante

Pruebas serológicas Receptor

Verificar sello de RADIADA Coloque campo estéril Colóquese los guantes

Administrar plaquetas en 10-15 min Irrigue con salina

Tome signos vitales

Realice anotaciones en notas de enfermería

# 6.1 Glóbulos Rojos Empacados

Procedimiento: Orientar al paciente. Lavado de manos.

Premedicar por orden médica. Tomar signos vitales.

Verificar los hemo derivados (GRE). Tipaje del pte y donante.

Pruebas serológicas. Receptor.

Sello de radiado.

Purgar el sistema (filtro desleucotizador). Regule el goteo para 2-4 hrs.

Al terminar lave el catéter con SSN 20 cc. Realice anotaciones.

# Procedimientos Específicos

1. **Extracción de sangre para hemocultivo**

Las defensas del paciente contra infecciones son afectadas por el régimen de acondicionamientos, es por ello que al primer signo de infección se debe tomar hemocultivo, uno de cada lumen del CVC y uno periférico, para así identificar el agente causal e iniciar antibiótico terapia adecuada.

Objetivo: Obtener muestra de sangre para detectar infecciones. Propósito: Determinar agente causal de las infecciones.

Equipo:

Frascos de hemocultivo. Jeringuillas de 10 cc.

Gasas 2x2.

Solución yodada. Guantes estériles. Agujas estériles.

Procedimiento: Orientar al paciente. Lávese las manos.

Coloque un campo estéril.

Coloque solución yodada sobre las gasas. Colóquese los guantes.

Retire el sello venoso del CVC y extraiga sangre de este con la .jeringuilla de 10 cc. Coloque la jeringuilla con SSN e irrigue el catéter luego del procedimiento.

Limpie con solución yodada la tapa del frasco de hemocultivo y deposite 5 cc de sangre en cada frasco (aeróbios-anaeróbios).

Para realizar el hemocultivo de sangre periférica limpie el antebrazo con solución yodada, con la jeringuilla de 10 cc extraiga la muestra de sangre.

Cambiar la aguja de la jeringuilla por una estéril.

Limpie la superficie de los frascos, luego deposite la sangre es estos. Tape los frascos y envíelos al laboratorio de inmediato.

Lávese las manos con agua y jabón.

# Extracción de sangre del sistema venoso central

La extracción diaria de sangre en el paciente trasplantado no permite el monitoreo de las cuentas sanguíneas, función, hepática y renal para evaluar la necesidad de transfundir hemoderivados, de detectar y tratar tempranamente toxicidad renal y hepática.

Objetivo: Obtener muestra de sangre para exámenes de laboratorios ordenados. Propósito: Monitorizar las cuentas sanguíneas y función trepática y renal del paciente trasplantado.

Equipo:

Tubos de laboratorios necesarios. Jeringuillas.

SSN.

Heparina. Gasas 2 x 2.

Guantes estériles. Motas con alcohol.

Procedimiento: Orientar al paciente. Lavarse las manos.

Preparar el material a utilizar. Colocarse los guantes estériles. Retirar el sello venoso.

Insertarla jeringuilla limpia y extraer la cantidad de sangre que necesita irrigar con solución heparinizada el CVC.

Colocar sello venoso. Lavarse las manos.

Observación: La solución heparinizada se prepara con 0.1 cc de heparina y 10 cc de SSN.

# Cuidado del Catéter venoso central (Subclavia – Yugular – Femoral)

El Catéter venoso central es una vía para mantener un acceso venoso necesario e imprescindibles para garantizar la vida del paciente.

Este debe mantenerse permeable el 100% y su limpieza debe ser diaria con técnicas asépticas estrictas para evitar infecciones que resultan fatales para el paciente trasplantado.

Objetivo: Reducir el riesgo de infección.

Propósito: Mantener el acceso venosos disponible durante todo el proceso.

Equipo: Guantes. Gasas 2x2.

Tegaderm o similar. Jeringuillas de 10 cc (6).

Sellos venosos (3). Agua oxigenada. SSN 0.9%.

Solución yodada. Heparina.

Palillos.

Procedimiento: Oriente al paciente. Lávese las manos. Colóquese los guantes. Remueva el apósito.

Observe por signos de infección. Observe por desplazamiento del catéter.

Tome cultivo del área de inserción de ser necesario. Cámbiese los guantes.

Coloque su campo estéril.

Limpie con agua oxigenada en forma circular de adentro hacia afuera, partiendo del punto de inserción del cateter hasta 10 cms.

Limpie con solución yodada de igual forma, partiendo del punto de inserción hacia afuera. Coloque pad de ojo ó gasa.

Cubra con tegaderm ó similar.

Pruebe retorno de cada uno de los lúmenes aspirando con una jeringuilla de 10 cc. Permeabilice cada lumen con 1 cc de solución heparinizada una vez por semana. El resto de los días irrigar con SSN.

Cambie los sellos 1 vez por semana.

Cambie las conexiones y micro gotero cada 72 hrs. Lávese las manos.

Catéter subcutáneo

Procedimiento: Lavado de manos. Colóquese los guantes.

Localice el tambor del catéter subcutáneo. Permeabilice el gripper con SSN.

Limpie el área donde va a funcionar con solución yodada. Remueva el exceso de solución yodada con alcohol 70%. Con una mano sostenga fijo el tambor.

Funcione el centro del tambor.

Pruebe el retorno de sangre aspirando con una jeringuilla de 10 cc. Irrigue con SSN.

Cubra con Tegaderm. Lávese las manos.

# Manejo del Paciente Febril

Dado que el acondicionamiento suprime la médula ósea, el sistema inmune y destruye las barreras naturales por ejemplo piel y recubrimiento de la mucosa en la boca, nariz e intestino. La mayoría de los pacientes desarrollan infecciones en donde el primer signo que presentan es fiebre.

Cuando se produce fiebre se hacen múltiples cultivos de la sangre y los tejidos sospechosos para tratar de identificar el agente causal.

Objetivo: Identificar el agente causal de la elevación de la temperatura corporal. Propósito: Proporcionar tratamiento eficaz y oportuno al paciente febril.

Procedimiento: Lávese las manos.

Tomar temperatura cada (4) horas.

Si presenta temperatura 38° tomar hemocultivos de CVC y periférico. Informar al médico de inmediato.

Iniciar antibióticos según O.M. Aplicar medios físicos.

Administrar antipiréticos por O.M.

# Manejo de la Cistitis hemorrágica en el paciente trasplantado:

La cistitis hemorrágica consiste en la presencia macroscópica de sangre en la orina. Esta complicación es más frecuente en pacientes sometidos a trasplantes de Médula Ósea, debido a los medicamentos inmunosupresores que reciben, principalmente la ciclofosfamida o por infecciones producidas por virus.

La ciclofosfamida cuando llega al hígado se transforma en un metabolito que es nocivo al urotelio, produce edema y hemorragia. El sitio más afectado es la vejiga.

La cistitis hemorrágica ocurre en el 70% de los pacientes. La mayoría de las veces es de 1° y 2° grado.

Objetivo: Disminuir el sangrado durante la cistitis hemorrágica. Propósito: Controlar la cistitis hemorrágica en el paciente trasplantado.

Medidas preventivas: Hidratación intensa. Diuresis forzada.

Uso del mesna.

Manejo de la cistitis hemorrágica: Continuar con las 3 medidas preventivas. Cistoclisis intensa con SSN fría.

Corregía la trombocitopenia con transfusiones de plaquetas según O.M. Consulta a urología.

Colocar sonda Foley según O.M. Instilación con Nitrato de Plata.

# Stem cell feresis

La aféresis es un proceso de separación de la sangre en sus diferentes componentes. En este procedimiento la sangre se obtiene por un catéter intravenosos o una vena gruesa del brazo, y se pasa por una máquina que separa las células tronco. En resto de la sangre se le regresa al paciente. El procedimiento dura de dos a cuatro horas. Sea realizan una o varias recolecciones de este tipo a lo largo de varios días.

Antes de la recolección se administra factores de crecimiento o factores estimuladores de colonias (leucomax ó neupogen) para aumentar el número de células tronco en la sangre. Después de cada sesión las células son criopreservadas o congeladas en el laboratorio hasta el día del trasplante.

Objetivo: Obtener células tronco de sangre periférica sin complicaciones para el docente. Propósito: Recolectar suficiente cantidad de células tronco de sangre periférica para repoblar el organismo del receptor.

Equipo:

SSN 1000 y 500.

1 lactato de Ringer.

1. conexión de venoclisis.
2. ampollas de gluconato de calcio. 2 guantes estériles.

1 paquete de gasa 4x4. 1 set de puntos.

Sutura de seda 00. 1 lapa pequeña.

Xilocaina

10 jeringuillas de 10 cc. 3 tubos de química.

3 tubos de hemograma. Solución yodada.

Alcohol al 70%.

Procedimiento:

Este procedimiento es realizado por un Licenciado en Laboratorio entrenado en este aspecto. La enfermera es encargada de:

Orientar al paciente sobre el procedimiento. Permeabilizar el catéter.

Vigilar signos vitales antes, durante y después del procedimiento.

Vigilar por signos y síntomas de hipocalcemia y administrar gluconato de calcio y SSN 1000 si es necesario.

Tomar muestra de sangre antes durante y después del procedimiento. Asistir P.R.N.

# Administrar células hemalopiéticas:

Frecuentemente la dosis de quimioterapia que se requiere para destruir un tumor es mayor que la que la médula ósea puede tolerar. Con el T.M.O., se puede administrar potencialmente una dosis lo suficientemente fuerte para eliminar una enfermedad maligna.

Después de la dosis alta de quimioterapia y/o radioterapia, el paciente es rescatado mediante la infección de médula ósea sana. Esta médula encuentra el camino dentro de los huesos, injerta, y produce una nueva población de células de la sangre. Las dosis empleadas en este tratamiento deben ser suficientemente altas para erradicar por completo la médula ósea enferma del paciente. Objetivo: Administrar células hematopoyéticas sin complicaciones.

Propósito: Rescatar al paciente después de altas dosis de quimioterapias mediante la infusión de médula ósea sana.

Equipo:

Conexión de venoclisis.

Conexión para transfundir plaquetas. Campo estéril grande.

2 jeringuillas de 50 cc. 1 Mesa de mayo.

Monitor cardiaco. SSN 500 cc.

Gorro. Mascarilla. Bata.

Botas.

2 viales hidrocortisona y Benadryl.

Procedimiento: Orientar al paciente

Premedicar al paciente según orden médica. Colocar monitor cardiaco.

Organizar el equipo en una mesa de Mayo. Colocarse los guantes estériles.

Colocar campo estéril sobre el paciente (si las células hematopoyéticas se encuentran en varias bolsitas) y administrarlos con un sistema de tres vías como se transfunden las plaquetas.

Si es una sola bolsa de células hematopoyéticas colocar una conexión de venoclisis corriente y pasarla en 4 horas o según orden médica.

Vigilar signos vitales durante la transfusión. Vigilar por reacciones adversas.

Al finalizar la bolsa introducir SSN 50 cc para lavar las células adheridas. Continuar monitoreo de signos vitales hasta una hora post transfusión.

# Retiro del Catéter Central:

El paciente que va a ser trasplantado se le coloca un catéter central intravenoso para proveer un acceso rápido a la circulación sanguínea, y para evitar molestias y múltiples funciones venosas y canalizaciones.

El catéter central se debe retirar por orden médica, cuando al paciente se le da de alta después del trasplante o cuando desarrolla una infección cuyo foco infeccioso es el catéter y ésta no responde a los antibióticos.

Objetivo: Reducir el riesgo de complicaciones durante el retiro del catéter central. Propósito: Retirar el catéter central sin complicaciones.

Equipo: Guantes estéril.

Envase de urocultivo o tubo de química. Gasas.

Bisturí.

Set de puntos. Micropor.

Procedimiento: Orientar al paciente Lavado de manos.

Verificar cuenta de plaquetas que debe estar en 50,000 ó más. Si tiene menos de 50,000 hay que transfundir plaquetas antes del procedimiento.

Colocarlo en posición supina. Colocar los guantes estériles. Retirar los puntos de piel.

Pedirle al paciente que respire profundo. Remover lentamente el catéter.

Observar al paciente por palidez, disnea.

Colocar gasa estéril, cubrir el área de inserción con apósito compresivo. Vigilar por sangrado.

Colocar punta de catéter en envase estéril y enviar a cultivo. Lavado de manos.

# Exámenes Especiales

**1. Aspirado y Biopsia de Médula Ósea**

La médula ósea es el material esponjoso que llena las cavidades de los huesos largos. La médula roja es el sitio de producción y crecimiento de las células de la sangre. En un adulto sano, la médula roja está confirmada a las cabezas de los huesos largos, la pelvis y huesos de los hombros, el esternon y los extremos de las costillas que se unen al esternón, y los huesos planos del cráneo.

El aspirado y biopsia de médula ósea se realiza pre y post-trasplante para el control y evaluación de la producción de las células nuevas o detectar la presencia de enfermedad residual.

Objetivo: Obtener muestra del hueso y médula ósea sin complicaciones.

Propósito: Evaluar la condición de la médula ósea para detectar enfermedad residual o producción de nuevas células sanas.

Equipo:

Guantes estériles. Bandeja de médula ósea. Formalina.

Gasas 4x4 Solución yodada.

Observación: Este procedimiento es realizado por el médico funcionario, la enfermera asiste durante el procedimiento.

Procedimiento: Lavado de manos. Orientar al paciente.

Colocar al paciente en posición supina. Abrir la bandeja de médula ósea.

Asistir al médico en la recolección de las muestras. Dar apoyo emocional al paciente.

Rotular muestras.

Enviar las muestras al laboratorio de hematología y patología. Vigilar al paciente por sangrado o dolor en el área.

# Procedimientos de Enfermería e la Consulta Externa. Pasos a seguir para recibir atención en la Consulta Externa

Todo paciente que acude a recibir atención en Consulta Externa debe traer consigo: Tarjeta de control de citas

Tarjetas azul de identificación

Si es asegurado su carnet de Seguro Social (Ficha y talonario actualizado)

Al llegar a la ventanilla de Consulta Externa, debe tomar un número con el Médico que le corresponde - Cirugía Reconstructiva no toma número -.

Si es asegurado debe dirigirse al departamento de orientación y retirar la hoja de atención. Si no es asegurado debe dirigirse a la ventanilla de la caja para pagar la consulta.

Colocará en la ventanilla de la Consulta Externa, la tarjeta de cita, con el número, la hoja de atención si es asegurado o el tiquete de caja si no es asegurado.

Todo paciente entregará sus documentos, al técnico en enfermería o asistente clínica y esperara ser llamado, por su nombre completo para ser visto por el médico.

Al ingresar el paciente al consultorio, presentará su carné azul a la técnica en enfermería y la hoja de atención firmada o recibo de caja.

Todo paciente nuevo, según su condición; será atendido en primera instancia según criterio médico.

Antes que el paciente salga del consultorio, se orientará sobre su próxima cita y los trámites de los diferentes exámenes solicitados.

Todos los exámenes solicitados deben ser rotulados con el carné azul del paciente.

Al terminar la atención de los pacientes todos los expedientes, las hojas de atención estadística (registro diario) deben estar firmadas y selladas por el Médico y la hoja de facturación (firmada, sellada por el médico) y ésta debe ser entregada por la técnica en enfermería a la auxiliar de registros médicos.

# Trámites de citas según servicio

Para los trámites de cita de los servicios de cirugía ginecología, radiología, cardiología, medicina interna, dermatología, el médico asignará la cita al paciente y la técnica en enfermería anotará en el formulario de cita la misma y el paciente se dirigirá a la ventanilla de consulta correspondiente para registrar su cita con la auxiliar de registros médicos.

# Revisión de Laminillas de todo Paciente Nuevo en Patología

Al recibir las laminillas o bloques de parafina de los pacientes nuevos (de primera vez), se enviarán a patología para su revisión.

Se verifica que tanto la laminilla o el bloque de parafina coincidan con el número de examen anotado en la copia del resultado del histopatológico.

La técnica en enfermería rotula con el carné azul del paciente la solicitud de la revisión de la laminilla, llenada por el funcionario oncólogo y la registrara en el libro para tal fin y enviará la misma a patología.

Diariamente en los turnos semanales se asigna la persona responsable de llevar la canasta con todas las laminillas, bloques de parafina y biopsias del día a patología.

La asistente de patología recibe las muestras y firma el libro, como constancia.

El resultado de esta revisión demora un aproximado de ocho días para la confirmación del diagnóstico.

La cita del paciente será dada al mismo, dentro de 8 a 10 días laborables consecutivos a la revisión de las laminillas.

# Envío de Muestras a Patología (biopsias, papanicolau y cultivos)

Las biopsias deben ser debidamente rotuladas con número de caso, cédula, nombre completo del paciente e indicación de la biopsia.

Los paps deben ser rotulados con las iniciales del nombre completo y número de cédula del paciente.

Todas las biopsias y paps deben ir con su formulario indicado, debidamente llenado por el médico, con su firma, sello del mismo y rotulado con el carné azul.

Todas estas muestras deben ser enviadas a patología previamente en el libro de envío.

Todas estas muestras son llevadas por la técnica en enfermería asignada en turnos diariamente.

# Trámites de Cirugías Electivas

Todo paciente al ser programado para cirugía se le entrega por la técnica en enfermería o asistente clínica los formularios de admisión y cirugía con la fecha, firma y sello del médico y cirugía a realizar.

La técnica en enfermería o asistente clínica rotulará dichos formularios con el carné de identificación del paciente.

Se orientará al paciente que se dirija al 2do piso (salón de operaciones), con la secretaria del área para registrar la cirugía.

Tan pronto al paciente se le programa su cirugía y tenga todos sus laboratorios realizados el médico enviará al paciente a la clínica de preanestesia, para su evaluación.

Si la cirugía del paciente es ambulatoria, sólo se le confeccionará el formulario de admisión y cirugía.

Si el paciente va a ser hospitalizado solo se confeccionará la (hoja de hospitalización) junto con el formulario de admisión y cirugía.

Todo paciente al ser admitido se orientará sobre los formularios de admisión, cirugía y el de hospitalización.

# Procedimientos Especiales en los Servicios de Consulta Externa. Manejo de la Hospitalización

Cuando el paciente va a ser hospitalizado

Se rotula la hoja de admisión con el carné azul

El médico llena la hoja indicada, colocando las órdenes médicas, firmada y sellada por él Luego se orienta al paciente de llevar esta hoja

Si es asegurado pasará a admisión, luego a orientación de CSS y nuevamente a admisión; para la confección de la hoja de servicio

Si no es asegurado, debe ir con la hoja de admisión a la caja y pagar su hospitalización y después a admisión

El expediente se lleva a admisión

En admisión, la secretaria le confecciona la misma

La enfermera de la consulta externa revisará la admisión que esté completa, así: Boleta de admisión.

Hoja de consentimiento firmada por el paciente y familiares responsables. Hoja de admisión sellada por orientación de CSS o caja o exonerado o crédito. Tiquete de caja o hoja de servicio.

Carné azul. Expediente clínico.

La enfermera de consulta externa coordinará previamente con la enfermera jefe de sala la adquisición de camas y el envío del paciente a sala.

La enfermera de consulta externa enviará al paciente con el mensajero previa notificación a la enfermera de la sala.

Las admisiones se envían en el turno de 7-3pm, hasta las 2:30pm. debido al cambio de turno. Cuando no hay cama en piso, se informa al médico que está hospitalizando el paciente para que decida y comunique al paciente, que regrese al día siguiente dependiendo de su estado y según orden médica o sino el paciente se quedará en Unidad de Atención de Agudos hasta que se desocupe alguna cama.

El paciente oncológico, se hospitalizará en cualquier sala, de acuerdo a la disponibilidad existente.

# Trámite para Clínica Conjunta

Cuando el médico ordena que el paciente va para Clínica Conjunta, se engrapa el formulario por fuera del expediente y el médico coloca la fecha asignada.

Se le da como próxima cita al paciente, la cita de clínica conjunta. Se orienta al paciente sobre la clínica conjunta.

El médico lo anota en el cuaderno de clínica conjunta.

**Servicio de Cirugía Corte de Punto:** Materiales a utilizar: Gasa 3x3

Set de puntos Solución antiséptica Esparadrapo.

Se orienta al paciente sobre el procedimiento, lavado de herida con agua y jabón.

**Drenaje de Seroma:** Materiales a utilizar: Guante estéril

Gasa 4x4

Jeringuilla de 50cc ó 60cc Aguja #18 de 11/2 puntos Esparadrapo

Solución antiséptica Riñonera.

Se orienta al paciente sobre el procedimiento a realizar, de presentar cualquier molestia, venir a Unidad de Atención de Agudos.

**Biopsia con Aguja Trucut:** Materiales a utilizar: Guante estéril

Aguja Trucut Jeringuilla 5cc

Aguja #25 de 11/2 puntos Gasa 3x3

Esparadrapo o curita Solución antiséptica Frasco para biopsia Xilocaina al 2%.

Se orienta a paciente, sobre el procedimiento, que se le va a realizar. Se coloca al paciente en posición supina.

Se le ofrecen los materiales al médico para la realización del procedimiento. Se rotula el frasco de biopsia, con nombre completo del paciente y su cédula. El médico le llena el formulario de patología.

Este formulario debe ser rotulado con el carné azul y luego anotarlo en el libro de envío a patología.

Curación: Materiales a utilizar: Gasa 4x4

Solución antiséptica Agua oxigenada Esparadrapo

Fucidin en crema o malla Solución salina

Guante estéril.

Se orienta al paciente sobre el procedimiento.

# Servicio de Hematología

**Aspirado y Biopsia de Médula Ósea**

Se orienta al paciente, sobre el procedimiento que se le va a realizar.

Se coloca al paciente en posición según orden médica y se le coloca una sabanita en el área de los glúteos, se deja el área de la cintura al descubierto.

Se le colocan todos los materiales a utilizar:

Bandeja de médula ósea desechable (si existe en la Institución). En esta bandeja contamos con todo lo que se necesita

Si no contamos con bandeja desechable, proporcionaremos lo siguiente: Yosop solución

Gasa 3x3 ó 4x4

Placas de porta objeto (10) Aguja Janshidi

Jeringuilla de 5cc y 10cc Xilocaina 2%

Cinta larga Guante estéril Lupa

Envase para biopsia con formalina Aguja #21 y #25.

En caso necesario de que el paciente presente algún cambio en su condición informar a la enfermera jefe de consulta externa.

Luego del procedimiento se le coloca apósito compresivo y se deja al paciente en reposo por un momento.

Se orienta al paciente de sentarse primero, sino está mareado se puede parar.

La técnica en enfermería rotula los porta objetos y frascos con el nombre completo y número de cédula.

Lo lleva a patología anotándolos previamente en el cuaderno.

Si al paciente le toman muestras para cariotipo se rotulan, y se les entregan al paciente para que los lleve a C.S.S.

# Trámite del Aspirado de Médula con Cariotipo

Cuando el médico hematólogo ordena al paciente aspirado de médula con cariotipo el médico confecciona una orden, en su respectivo formulario y se orienta al paciente en lo siguiente:

Si es asegurado:

Debe dirigirse a la C.S.S. en la Sección de Genética con el Licenciado Vernaza, lunes, miércoles y jueves.

Si no es asegurado:

El médico coordinará con la Licenciada del Laboratorio de no-preservación para realizar la solicitud de la cortesía a través de la Dirección Médica de nuestra institución.

El día del aspirado, que debe ser lunes, miércoles y jueves el paciente debe ir a la C.S.S. al laboratorio de genética y retirar los tubos para la toma de la muestra y luego dirigirse a nuestra institución (hematología consulta externa) para la realización del procedimiento.

Luego de la toma de la muestra, el paciente debe llevar la misma a la C.S.S. (laboratorios de genética).

# Biopsia de la Mucosa Bucal

Cuando el médico ordene la biopsia de la mucosa, él coordina con el médico del Centro Médico Paitilla. Le confecciona la orden en un recetario.

Se orienta al paciente de, dónde debe dirigirse con la orden.

Se le hace entrega al paciente, del frasco con formalina para colocar la muestra y un paquetito de hilo con aguja crómico 3-0.

Se orienta al paciente, de traer esa muestra donde la auxiliar de enfermería para que se envíe a patología, previa anotación en el libro.

# Aplicación de Tratamiento de Quimioterapia Intratecal

Se utiliza los siguientes materiales: Bandeja de punción lumbar Guantes estériles

Gasas 3x3 Lidocaina Jeringilla con aguja Yosop solución Esparadrapo

Medicamento (metrotexate).

El médico solicita a la unidad de Quimioterapia el medicamento a utilizar.

Se coloca al paciente en posición decúbito lateral explicándole previamente dicho procedimiento a realizar.

Se asiste al médico, pasándole los materiales a utilizar. El médico es el qe realiza este procedimiento, al igual que administrar el medicamento.

Se deja al paciente un rato acostado.

Si se toman muestras, rotularlas y enviarlas enseguida al laboratorio.

# Servicio de Quimioterapia

Citas a Pacientes Nuevos en el Servicio de Quimioterapia

Cuando a un paciente se le va a asignar cita en quimioterapia se le hace entrega del expediente, la tarjeta de cita del paciente, a la técnica en enfermería encargada de dar las citas de quimioterapia.

La técnica en enfermería encargada de dar las citas, asignará la misma, anotándolo en el respectivo cuaderno, el diagnóstico médico, fecha de la cita y asignará el médico según el orden respectivo.

La técnica en enfermería, orientará al paciente sobre registrar su cita con la auxiliar de registros médicos y la atención en dicha área.

Cambio de Citas

Cuando el médico especialista en quimioterapia solicita cambiar su día de atención, por congreso, seminarios, viajes, etc.:

La técnica en enfermería le comunica a la enfermera jefe de consulta externa del cambio de cita, para así coordinar quien atenderá al médico el día de la misma.

La técnica en enfermería realiza el cambio de las citas en el cuaderno, luego le pasa el cuaderno a la auxiliar de registros médicos para que lo registre en la computadora.

La auxiliar de registros médicos realiza el llamado telefónico a los pacientes para darle su nueva cita.

La enfermera jefe de consulta externa estará pendiente que se realice el cambio de las citas y que los pacientes estén enterados.

Trámites a seguir cuando el Paciente va a recibir Tratamiento de Quimioterapia Ambulatoria Cuando el médico ordena el tratamiento de quimioterapia según resultados de laboratorios. Se orienta al paciente asegurado de dirigirse a la ventanilla de orientación a retirar la hoja de servicio (facturación) si es asegurado.

Si no es asegurado el paciente debe dirigirse a la caja a pagar el tratamiento a recibir. Todo paciente que recibirá tratamiento de quimioterapia debe entregar a la enfermera de la unidad, si es asegurado, la hoja de servicio, si no es asegurado, el tiquete de caja.

Luego esperar ser llamado.

La técnica en enfermería entrega el expediente de tratamiento en la unidad de quimioterapia a la enfermera.

**Servicio de Urología Cambio de Sonda Foley** Materiales a utilizar: Guante estéril (1 par)

Sonda foley y bolsa colectora Agua bidestilada

Jeringuilla de 10cc (2) Esparadrapo Hibiscrub

gasa 3x3 (1 par) KY.

Se orienta al paciente, sobre procedimiento a realizar. Se asiste al médico en pasarle los materiales, para realizar el cambio de ronda.

Rotular dicha sonda y bolsa colectora.

**Examen de Próstata** Materiales a utilizar: KY

Guante desechable (1).

Se orienta al paciente sobre el procedimiento luego de realizar dicho examen por el médico se le ofrece papel higiénico para que el paciente se realice su limpieza anal.

# Tratamiento Vesical con la Vacuna (BCG)

Es un tratamiento que se le aplica a los pacientes con Ca de vejiga.

Cuando el médico ordena este tratamiento, le confecciona receta y protocolo de orden de despacho de medicamentos en la C.S.S.

Se orienta al paciente de ir con receta y hoja de protocolo a la dirección médica para ser firmada por el director y luego ir a la C.S.S. para tramitar el despacho del mismo.

Este medicamento debe alcanzarle para su tratamiento completo de 6 meses (1 vial semanal). Se le envían los exámenes de laboratorio previos al tratamiento (hemograma, química, urinalisis y urocultivo).

El día del tratamiento, el paciente asegurado debe solicitar la hoja de servicio de quimioterapia y de urología. Previa evaluación médica de los resultados de laboratorio la enfermera de la unidad de quimioterapia prepara el medicamento y es aplicado por el médico urólogo.

El paciente no asegurado: Al iniciar el procedimiento de la aplicación del medicamento debe obedecer las órdenes médicas.

Materiales a utilizar: Sonda Nelaton

KY

Solución antiséptica Gasa 3x3

Medicamentos preparado (BCG)

El paciente se coloca en posición supina.

Previa limpieza del meato colocación de KY a la sonda el médico coloca la sonda Nelaton.

El médico aplica el medicamento y orienta al paciente de colocarse media hora en posición supina, media hora en posición prona, media hora en decúbito lateral izquierdo y media hora en decúbito lateral beneficiario.

Se le orienta al paciente, que debe ingerir abundante agua, si siente molestias al orinar o fiebre debe acudir a Unidad de Atención de Agudos para su atención.

En su próxima cita el paciente debe realizarse exámenes de laboratorio (hemograma, químico, urinalisis y urocultivo).

# Servicio de Ginecología Atención de Pacientes Nuevos

Todo paciente nuevo, en su primera cita debe llevar para su atención: Tarjeta de cita

Carné azul de identificación

Carné de seguro social, ficha o talonario si es asegurado

Si es asegurado solicitar su hoja de servicio en orientación. Si no es asegurado pagar la consulta en la caja.

El paciente debe presentar en la ventanilla de consulta #2 (ginecología): La tarjeta de servicio si es asegurado

Tarjeta de caja si no es asegurado Cupo o número.

El paciente espera ser llamado, por su nombre completo.

Todo paciente al entrar al consultorio debe entregar el carné azul de identificación a la Técnica en Enfermería.

El paciente y el médico deben firmar la hoja de servicio. La Técnica en Enfermería pesa y talla al paciente.

El médico entrevista al paciente y confecciona historia clínica.

La Técnica en Enfermería orienta y prepara al paciente para el examen físico y ginecológico que le realizará el médico.

La Técnica en Enfermería asiste al Médico, en lo que el médico le realiza al paciente (biopsias, paps, etc.).

La Técnica en Enfermería marcará con el adesógrafo todos los exámenes solicitados por el Médico.

Orientar sobre su cita y tratamientos subsiguientes; el paciente debe registrar su cita en la ventanilla de la consulta respectiva.

El paciente nuevo posteriormente será evaluado en los Servicios de Odontología y Psicología. Cita de Clínica Conjunta

Cuando el médico ordena que el paciente debe ir a clínica conjunta:

La Técnica en Enfermería le proporciona el cuaderno de clínica conjunta y dicho formulario. El médico anota, en cuaderno y en formulario la fecha asignada.

La Técnica en Enfermería engrapará el formulario en el expediente, y le proporcionará al paciente, su próxima cita de clínica conjunta.

Esta cita la deberá registrar con la auxiliar de registros médicos en consulta #2 (ginecología). En esta cita debe decir si es con el paciente, o si es sin el paciente.

Este expediente junto con el formulario de clínica conjunta debe entregarse a la auxiliar de registros médicos de consulta #2.

La clínica conjunta se realiza los viernes desde las 8 AM Donde presentan los casos de los pacientes y se encuentran reunidos todos los médicos ginecológicos.

Luego evalúan y le informan a los pacientes citados, la decisión o tratamiento a realizarles.

# Programación de Cirugías

Cuando se programa una cirugía, la técnica en enfermería proporciona el libro y el formulario (con copia) respectivo al médico.

El médico asignará fecha y llenará los mismos.

La Técnica en Enfermería rotulará con el adesógrafo el formulario de (admisión y cirugía), entregará el formulario a la auxiliar de registros médicos; ésta lo firmará de recibido y la copia se archivará en el expediente clínico por la técnica en enfermería.

La Técnica en Enfermería orientará al paciente, de traer donantes de sangre para la cirugía, y de registrar su cita en la ventanilla de consulta #2.

Cuando se programa cirugía, se le confecciona y entrega hoja de admisión al paciente y se envía previa autorización del médico, al servicio de preanestesia.

Se orienta al paciente que el día de la hospitalización debe traer la hoja del mismo y presentarse a la consulta #2 para su evaluación.

# Atención para la Toma de Pap

Cuando el médico decide Toma de Pap:

La Técnica en Enfermería coloca a la paciente en posición ginecológica. Le proporciona el guante y especulo al médico.

Luego de colocado el especulo, se le proporciona la espátula cervical, y el médico toma la muestra.

La Técnica en Enfermería le proporciona al médico, el porta objeto previamente rotulado con iniciales y número de cédula del paciente para que coloque la muestra.

Luego se fijará el pap.

Se asistirá al paciente a bajarse de la camilla y a vestirse.

Se rotulará con el adesografo el formulario de citología para anotarlo y enviarlo a patología.

# Citas Telefónicas de Pacientes Nuevos en el Servicio de Ginecología

Cuando otros hospitales llaman para presentar pacientes nuevos:

El médico ginecólogo recibe la llamada y este asignará la cita telefónicamente.

Se anotará en un papel y se le comunica a los auxiliares de registros médicos al respecto para registrarlo en la computadora.

El día que el paciente venga a su cita, se dirigirá a la ventanilla de consulta #2, donde la auxiliar de registros médicos le recibirá sus documentos:

Hoja de referencia Histopatológico

Exámenes generales o especiales

Estos documentos, la auxiliar de registros médicos se los pasará al médico para la autorización de apertura de expediente.

Luego se dirigirá al paciente o familiar a la ventanilla de apertura, para la confección de: Expediente

Tarjeta de citas

Carné azul de identificación.

Luego de confección del expediente, el paciente será evaluado por el médico.

# Colposcopía y Biopsia en el Servicio de Ginecología

Se orienta al paciente sobre el procedimiento a realizar y se colocará la bata abierta hacia atrás. Se coloca la paciente en posición ginecológica

Se coloca todo el material que se va a utilizar: Guantes desechables

Ácido acético Motas de algodón

Pinza de biopsia PRN Especulo vaginal Frasco de biopsia Colposcopio.

El médico coloca especulo vaginal y da toques de ácido acético. Luego si es necesario, realiza biopsia de la lesión.

La auxiliar asiste al médico en todo momento, luego de extraerse la muestra, rotulará dicho espécimen con nombre completo y cédula del paciente.

Anotará en libro de envío a patología.

# Trámite en los Pacientes que van a recibir Radioterapia Asegurado:

Cuando el paciente le ordenan tratamiento de Radioterapia, se le pide sacar copia (2) de cédula, carnet del seguro social y ficha o talonario.

Si el paciente es beneficiario debe sacar sus copias y las del familiar que lo tiene asegurado.

Se le pide número telefónico, para poder llamarlo, cuando se le asigne su cupo para radioterapia. Se le orienta al paciente que se le estará llamando, ya que hay muchos pacientes en espera. El seguro social pagará su tratamiento en clínicas privadas (San Fernando o Paitilla).

# No asegurado:

A estos pacientes, sólo se le pide el número telefónico para darle fecha de su tratamiento.

NOTA: Hasta la fecha se está haciendo así en algún momento va a cambiar, por las nuevas máquinas de tratamiento en la institución. Todos estos datos se envían a la Jefe de Técnicos de Radioterapia.

# Para Tratamiento de Cesium:

Cuando el médico ordena este tratamiento, se anota en el respectivo cuaderno, esta cita la anota el médico.

Se orienta al paciente, el día que ha sido citado para cesium, no se viene a hospitalizar sólo viene a recibir la hoja de admisión y la charla del procedimiento, por la Enfermera de Salud Mental.

Ese día debe presentarse a las 7 AM, con sus familiares. Todos deben participar en la charla.

Traer sus documentos que siempre trae, al venir a su cita.

El domingo es el día de su hospitalización, debe presentarse a las 7 AM

# Central de Equipos y Esterilización

**Nombre de la Unidad: Central de Equipos y Esterilización Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad**: La Central de Equipo y Esterilización es responsable de recibir, centralizar, procesar, esterilizar, controlar y distribuir la cantidad necesaria de insumos médico– quirúrgicos, equipo e instrumental necesario a todas las áreas del hospital para que los pacientes reciban una atención libre de riesgo de contaminación, (proliferación de infecciones).

**Estructura/ Posición:** La Central de Equipos es un Servicio de Apoyo que depende jerárquicamente de la Dirección General y técnicamente al Departamento de Enfermería.

# Atribuciones

1. Proporcionar al personal los conocimientos básicos indispensables para el buen funcionamiento de la Central de Equipo y Esterilización.
2. Garantizar que todos los insumos que se procesan en la Central de Equipo y Esterilización permanezcan estériles hasta la utilización.
3. Conservar en buenas condiciones de operación los equipos e instrumental proporcionándoles el mantenimiento y uso adecuado para evitar su deterioro.
4. Mantener el abastecimiento de insumos para cubrir las necesidades y demandas de los servicios y de la propia Central de Esterilización.

# Área física

La Central de Equipo y Esterilización se encuentra ubicada en el segundo piso de la institución, entrando por la puerta principal de Salón de Operaciones hacia la mano derecha pasando por el cuarto de labor o por la sala de espera de los pacientes que van a ser llevados a los quirófanos. Existe otra puerta de acceso a este servicio por el área de recibo del área sucia. Esta entrada se encuentra en el pasillo que va hacia el laboratorio, en dirección contraria, justamente frente a los elevadores.

# Descripción del Área Física.

Este servicio comprende tres secciones, cada una con funciones respectivas basadas en el grado de asepsia que debe registrarse en cada una de ellas.

# Área Sucia:

Entrando por la puerta de recibo de material sucio existe otra puerta hacia la mano derecha, que nos conduce al cuarto de lavado y desinfección, el cual es compartido con el Salón de Operaciones pero con fregadores independientes propios de cada servicio.

Es en esta área, en donde se reciben los aparatos, equipos y materiales procedentes de las diversas áreas de atención. Se realiza el lavado manual, desinfección, secado y clasificación del equipo; además se realiza la limpieza de los aparatos de drenaje tales como Emerson, succiones gástricas, succiones nasofaringeas y bombas de infusión de vueltas de las diferentes áreas de atención. Esta área está equipada con un fregador doble con anaqueles en la parte inferior donde se colocan las soluciones desinfectantes en uso y se cuenta además con un anaquel superior con tres compartimentos en donde se guardan los implementos utilizados para el lavado de los equipos e instrumentales.

# Área Limpia:

Esta se encuentra separada del área sucia por una pared que tiene una puerta y una ventana que comunica ambas áreas. Esta sección consta de dos partes que son el área de autoclaves y el área donde se manufactura y guarda el material a esterilizar y el material procedente de farmacia y almacén. Esta área tiene dos vías de acceso: una por el área de recibo y la otra por la sala de espera de pacientes que van para Endoscopía y Sala de Operaciones. Pueden ingresar a esta sección, personal autorizado, (mensajeros y personal de enfermería de las áreas de atención), sin vestimenta quirúrgica entrando por el área de recibo de material sucio. El personal de Endoscopía, SOP y Recuperación de Anestesia puede accesar por la antesala del SOP y Endoscopía. El área de autoclaves cuenta con una esterilizadora pequeña a base de Plasma de Peróxido de Hidrógeno y dos autoclaves a vapor: una grande (N°1), y una pequeña (N°2), donde se realiza la esterilización del instrumental y equipo de las diferentes áreas de atención, Consulta Externa, Salón de Operaciones, Sala de Recuperación de Anestesia, Unidad de Cuidados Intensivos, Transplante de Médula Ósea, Radiología Médica y los propios de la Central de Equipo y Esterilización. También se esteriliza el material médico – quirúrgico manufacturado en este servicio para suplir las necesidades de las áreas antes mencionadas y de los pacientes ambulatorios. Aquí encontramos además un anaquel con bandejas e instrumental estéril para suplir las necesidades de las diversas áreas de atención durante los turnos de 3:00 PM a 11:00 PM, 11:00 PM a 7:00 AM, fines de semana y días feriados. También se cuenta con una mesa de trabajo donde se prepara el material a esterilizar en la esterilizadora a base del Peróxido de Hidrógeno ya que en esta mesa se coloca la selladora de las bolsas compatibles con esta autoclave. Al fondo se encuentran los sistemas de drenaje (Emerson y Succiones Gástricas).

Además se cuenta con una nevera pequeña y un lavamanos grande para uso del personal de este servicio.

El área donde se manufactura y guarda el material médico quirúrgico se separa del área de autoclave por una pared y puerta de vidrio. En esta área sólo se le permite el paso al personal del servicio y personal de enfermería del SOP con vestimenta quirúrgica que acude a solicitar algún insumo. Esta sección cuenta con 10 anaqueles abiertos y 12 gavetas donde se almacena el material procedente de Farmacia y Almacén; un anaquel arma – rápido donde se guarda el material manufacturado (gasas) en la parte superior y en la inferior se guardan las soluciones desinfectantes etc. Además es aquí donde se encuentra el mesón de aluminio donde se ordenan y empacan las bandejas y equipos propios de la Central de Equipo y se empaca el material médico quirúrgico, (gasas, motas de algodón, etc.).

# Área Estéril:

Se encuentra detrás del área de manufactura y separada por otra pared y puerta de vidrio que debe permanecer cerrada. El acceso es exclusivo para el personal de este servicio.

Aquí se almacena el material médico – quirúrgico estéril en un anaquel de aluminio; en otro anaquel de aluminio se colocan las bandejas de equipos e instrumentos propios del servicio que se prestan a las áreas de atención. También se colocan en los anaqueles el material estéril propio de las áreas hasta tanto vengan a retirarlos. Además se cuenta con 3 anaqueles donde se almacena el material estéril procedente de farmacia.

Al fondo en esta área está ubicada la ventana de despacho, que es por donde se hace entrega del material estéril, al lado hacia la derecha se encuentra la oficina de este servicio equipada con un escritorio, 3 sillas, un gavetero y un tablero pequeño.

# Profesionales que actúan en la Unidad

Jefe de la Unidad Auxiliar de Enfermería Un Asistente Clínica

Dos Trabajadores Manuales.

# Perfil del cargo Jefe de la Unidad

**Naturaleza del trabajo**

El o la jefe del Servicio es el responsable de planear, organizar, dirigir y controlar las funciones administrativas de la sala, de acuerdo a las normas y políticas de la institución, de los Servicios de Apoyo y de las guías técnicas del Departamento de Enfermería.

Debe dirigir y coordinar las acciones de todo el personal que labora bajo su dirección, coordinar con otros Servicios que colaboran en la atención del paciente en forma indirecta.

Participar en programas de educación en servicio; colaborar con investigaciones dentro del área para mejorar la calidad.

# Tareas típicas

1. Planear, organizar, ejecutar, controlar y coordinar las funciones administrativas y Técnicas del la Unidad.
2. Velar que exista manuales de procedimientos y Normas.
3. Velar por el cumplimiento de los reglamentos, normas y disposiciones.
4. Establecer un sistema de supervisión continua al personal bajo su cargo, para asegurar la calidad de atención que se brinda al paciente.
5. Mantener un sistema de control del material y equipo que se utiliza en la Unidad.
6. Cumplir con el sistema de evaluación establecido.
7. Programar las metas anuales del servicio.
8. Programar, ejecutar y evaluar reuniones con el personal bajo su cargo, encaminadas a mejorar la calidad de atención que se brinda al cliente, las buenas relaciones interpersonales y aumentar la capacidad profesional del personal.
9. Promover y mantener buenas relaciones interpersonales e interdepartamentales.
10. Mantener ambiente agradable, seguro y libre de riesgo para el personal y visitantes.
11. Mantener comunicación con las supervisoras de Enfermería para informarla sobre los procesos técnicos de la unidad.
12. Colaborar con el diagnóstico de las necesidades de Educación para el personal bajo su cargo.
13. Participar en el planeamiento y ejecución de los programas de educación en servicio.
14. Brindar orientación al personal sobre las disposiciones específicas de la sala, normas, reglamentos y procedimientos.
15. Participar en comités, seminarios, conferencias y otros que le asignen.
16. Participa en los casos de investigación que la institución le asigne.
17. Colaborar en las investigaciones y los programas que realizan en la institución, el programa de Infecciones Nosocomiales y la Comisión de Bioseguridad.

**Forma de contratación:** Por selección y aprobación de la Dirección de Atención.

# Trabajador manual Naturaleza del trabajo

Es la persona capacitada para realizar actividades manuales, de mensajería o otras que le asigne la jefe del Servicio.

# Tareas típicas

1. Separar los materiales recibidos para procesar.
2. Entregar el material solicitado.
3. Esterilizar material y Equipo Quirúrgico.
4. Comprueba y recoge el material usado y el material con fecha de expiración vencida.
5. Asear áreas específicas de la Unidad.
6. Cuidar el estado de los equipos y materiales asignados al puesto que ocupa.
7. Mantener informado al jefe inmediato de las situaciones relacionadas con la ejecución de sus tareas.
8. Realizar mensajería.
9. Establecer prioridades según las tareas asignadas.
10. Ejecutar las tareas previstas en el puesto y aquellas al mismo, según sea necesario.
11. Realizar su tarea con calidad aplicando normas y procedimientos establecidos.
12. Otras tareas que le asigne la jefe de la Unidad.

# Condiciones que debe reunir

Educación Formal necesaria: Certificado de terminación de Escuela Primaria. Educación no formal necesaria: Ninguna.

Demostrar de buena conducta social.

**Forma de contratación:** Prueba de Selección

# Procedimientos y Rutinas Básicas de la Central de Equipo y Esterilización Lavado Manual y Desinfección de Equipo e Instrumental

En la Central de Equipo y Esterilización el lavado se realiza para eliminar los restos de materia orgánica que están adheridos a los objetos para disminuir la carga microbiana y facilitar los proceso de desinfección y esterilización.

Este lavado se debe realizar de la siguiente manera:

1. Prelavado: Debe ser realizado con agua tibia o fría (no caliente), inmediatamente después de haber utilizado el instrumental, por el personal del servicio en el cual se utilice el mismo.
2. Lavado: Recibir el equipo o instrumental (propio de la Central de Equipo) de los diferentes servicios y verificar por medio de la guía que estén completos, limpios y en buen estado.
3. Clasificar, abrir y colocar las pinzas en el platón con la dilución correcta del detergente o solución enzimática en uso.
4. Lavar el material con un cepillo de cerdas de nylon y enjuagar al chorro de agua fría o tibia.
5. Si el material necesita desinfección, preparar la solución desinfectante según la dilución correspondiente y sumergir por el tiempo indicado luego de haber secado el instrumental.
6. Si no necesita desinfección secarlo, verificar la limpieza y funcionamiento del mismo y trasladar al área de empaquetamiento.

# Lavado y Desinfección de frascos y accesorios de Aparatos de Emerson y SNGI

1. Recibir los aparatos de las áreas de atención en el área sucia.
2. Verificar que hayan sido desconectado los tubos y se les haya realizado el prelavado. Los frascos deben haber sido lavados y venir llenos con solución desinfectante según la dilución correspondiente, con los tubos y adaptador dentro de la solución.
3. Pasos a seguir:
4. Enjuagar los frascos, tubos, adaptadores y tapas con agua corriente.
5. Sumergir todos los accesorios excepto los frascos en detergente enzimático por zomin.
6. Lavar los frascos con detergente y cepillo especial para tal fin y enjuagar con agua caliente.
7. Desinfectar los frascos con clorox 1:10, cubrir la boca del frasco con papel por 20 minutos.
8. Luego de este tiempo enjuagar con agua corriente y echarle alcohol al 95% para facilitar el secado.
9. Lavar tubos con cepillo, gasas e irrigar con jeringuilla de 50cc y enjuagar con agua corriente.
10. Dejar escurrir y colocar en Cidix por 20 min. Para desinfectarlos.
11. Luego de los 20 minutos, enjuagar todo en agua corriente y echarle alcohol al 95% para secar los tubos rápidamente.
12. Luego que los tubos, tapas y frascos estén llenos pasarlos al área limpia para su debido empaquetamiento.

# Limpieza de Aparatos Emerson y SNGI.

1. Los aparatos deben ser desinfectados con clorox 1:10 empezando por el cordón, la parte superior, el cuerpo hasta llegar a la base del aparato.
2. Retirar el clorox con empresas humedecidas con agua corriente.
3. Pasarle alcohol al 95% para secarlos.
4. Colocarlos en el área correspondiente.

# Empaquetamiento de Equipo y Material Médico – Quirúrgico

El objeto de este procedimiento es proteger el material después de esterilizado, y formar una barrera que impida la entrada de gérmenes pero que permita la entrada del agente esterilizante. Este procedimiento se debe realizar de la siguiente manera:

1. Colocar papel crepado en el fondo de la bandeja.
2. Ordenar los instrumentos de acuerdo a la guía previa lubricación de las pinzas con aceite hidrosoluble PR (las pinzas deben colocarse abiertas).
3. Colocar la guía debajo del papel crepado.
4. Proceder a empacar la bandeja en bolsas Chex – All.
5. Rotular el equipo con el nombre del área, nombre del equipo, fecha de inicio, vencimiento y forma de la persona que realizó el procedimiento.
6. El material médico – quirúrgico, gasas de diferentes tamaños, motas de algodón se empacan en papel crepado, el resto del material, vendas, palillos con algodón, algodón comprimido y el material que se prepara para el sop se empacan en bolsas Chex-A de diferentes tamaños.
7. Los paquetes de material médico – quirúrgico deben rotularlos con el sello correspondiente al contenido del paquete y la fecha de vencimiento.
8. Para el material al área de esterilización o almacenar en el anaquel correspondiente.

# Proceso de Esterilización a vapor

Este es un método físico de esterilización. Por ser el método más seguro, rápido y económico, es el más utilizado. En el mismo el valor húmedo en forma de vapor saturado aniquila todas las formas microbianas incluso las esporas por coagulación de su protoplasma celular siempre que se cumplan los términos de grados de temperaturas, presión y tiempo de exposición adecuados.

1. Colocar el interruptor de encendido en ON
2. Verificar que el manómetro del Jacket del autoclave indique 30 a 32 PSI que son las libras de presión necesarias para que se dé el proceso de esterilización.
3. Realizar un ciclo de 5 minutos con la cámara vacía para hacer el prevacío o purgamiento de las tuberías y evitar las cargas mojadas.
4. Colocar los artículos en el carro del autoclave tratando de esterilizar los bultos de ropa separados de las bandejas y no permitir que ningún artículo haga contacto con las paredes, piso, ni techo de la cámara del esterilizador.
5. Introducir el carro dentro de la cámara del autoclave y cierre de la puerta. Observe en el panel frontal que se encenderá en Door Close.
6. Elija el programa correspondiente a la carga introducida en la cámara de la autoclave.
7. Una vez terminado el proceso, retirar el carro de carga del esterilizador utilizando guantes de asbestos.
8. Al preparar los galones de agua para esterilizar, estos deben ser llenados hasta el hombro de la botella para evitar que se derramen cuando aumente la temperatura y la presión durante la esterilización.
9. Verificar visualmente la seguridad de la envoltura de los paquetes. Si algún material sale mojado o abierto debe ser reemplazado y reesterilizado.
10. Dejar el material en el carro hasta que se refresque.
11. Colocar en anaqueles correspondientes en el área estéril o en el cuarto estéril de Sop. si es material pertenece a este servicio.

# Proceso de Esterilización a base de Plasma de Peróxido de Hidrógeno

Este método de esterilización está siendo utilizado como una alternativa al óxido de etileno. La esterilización ocurre mediante la generación de un vacío en la cámara, inyección y vaporización de una solución acuosa de peróxido de hidrógeno que rodea los artículos a esterilizar. Se reduce la presión dentro de la cámara y mediante la aplicación de energía de

radiofrecuencia se origina un campo magnético que a su vez genere el plasma y las moléculas del compuesto se separan en especies activas que reaccionan entre sí y matan a los microorganismos. El producto final de esta reacción es oxígeno, agua y otros subproductos no tóxicos.

El procedimiento a seguir en la esterilización con plasma de peróxido de hidrógeno es el siguiente:

1. El material debe ser lavado, desinfectado y seco al igual que con los oros métodos de esterilización.
2. El empaquetado se realizará en bolsa de polipropileno expandido que deberán ser cerradas con una máquina selladora de bolsas.
3. El indicador químico en tiras (testigo) y en tape utilizados deben ser los compatibles con este equipo.
4. Colocar el material en la cámara directamente o en bandejas.
5. Cerrar la puerta; pulsar el botón que indica el inicio del ciclo.
6. Luego de 45 min. termina el ciclo y la pantalla indica proceso completo.
7. Retirar el material y colocarlo en área estéril correspondiente.
8. Nota: Verificar que todos los materiales a esterilizar estén bien secos.
9. No incluir en la carga material poroso, tela, papel ni líquidos. Estos causan la cancelación del ciclo.

# Limpieza Diaria del Área

La higiene en general (del personal que labora en Centro de Equipo, como la limpieza del área física), es de suma importancia ya que del grado de limpieza que se mantenga en este servicio dependerá el grado de limpieza y esterilidad del material y equipo que allí se procesa y distribuye a las áreas de atención.

La limpieza es quizás la condición más importante que debe mantenerse en esta área y debe realizarse diariamente de manera constante y periódica.

La limpieza de las mesas de trabajo deben realizarse diariamente al inicio y al final de turno y PRN con alcohol al 95%, además estas mesas se limpiarán cada viernes con una solución de clorox al 10%, agua y posteriormente alcohol al 95%. (Se debe evitar que las superficies queden mojadas ya que la humedad favorece la contaminación). El piso se trapea con clorox. De igual forma el fregador del área sucia se debe limpiar con clorox al final de cada turno. El equipo de limpieza del área estéril debe ser para uso exclusivo en esta área. (No se debe usar escoba sino lampazo para evitar levantar polvo y causar contaminación del material).

# Limpieza Semanal del Área Estéril.

Además de la limpieza diaria de la Central de Equipo y Esterilización, semanalmente se realiza una limpieza general del área estéril con el objetivo de mantener al máximo la limpieza del área y preservar la esterilidad del material que allí se almacena y distribuye a las áreas de atención. Esta limpieza se realiza con alcohol al 95% y consiste en limpiar toda el área, paredes, puerta y ventana del despacho y todos los anaqueles.

# Limpieza Mensual del Área Limpia.

Esta limpieza se realiza el último viernes de cada mes. Para realizar este procedimiento, se baja todo el material de los anaqueles, se sacuden y se limpian todos los anaqueles, vitrinas y gavetas con alcohol al 95%. También se limpian las puertas y paredes de vidrio con solución especial para limpiar vidrios.

# Controles de Calidad

Los controles de calidad de los procesos de esterilización representan una herramienta muy valiosa en el manejo de la Central de Equipo y Esterilización. Estos nos permiten tener la seguridad de que los artículos están siendo esterilizados. Estas pruebas deben realizarse diariamente y preferiblemente cada turno.

Estas pruebas de control de calidad deben incluir controles físicos, químicos y biológicos. Ante la sospecha de alguna falla en los autoclaves, o después de una reparación se debe realizar simultáneamente una prueba biológica y una química en la primera carga del día.

# Prueba de Control Físico.

Son las que se realizan por un graficador de temperatura, que es un instrumento que registra permanentemente el tiempo y la temperatura en las autoclaves. Las autoclaves computarizadas hacen este registro impreso de cada carga. Es importante estar pendiente de cambiar el rollo de papel de la impresora cuando se termine y revisar las impresiones después de cada ciclo para verificar que se estén registrando los parámetros adecuados para que se lleve a cabo correctamente el proceso de esterilización.

# Pruebas de Control Químico.

El objetivo de esta prueba es monitorizar la penetración del agente esterilizante al interior de los bultos y verificar que la distribución del agente sea homogénea en las distintas zonas de la carga. Además proporciona información inmediata de los resultados al concluir el ciclo.

Estos indicadores constan de sustancias químicas que cambian de color al darse en el interior de las cámaras las condiciones adecuadas de temperatura, concentración de agente esterilizante y tiempo de exposición necesarios para la esterilización.

Los controles químicos se presentan en forma de tiras, cintas adhesivas, bolsas de papel y pruebas de Bowie-Dick. Los indicadores químicos identifican los objetivos procesados y las diferencias de los no procesados y pueden:

Detectar la penetración deficiente del agente esterilizante (empaque demasiado grande). Indicar si la exposición al agente esterilizante se realizó durante un periodo de tiempo insuficiente.

Puede indicar si la temperatura de la exposición fue insuficiente.

Los controles químicos por sí solos no constituyen pruebas de esterilidad. Estas nos indican si se dio la penetración del agente esterilizante en el interior de la cámara fueron idóneos para que la esterilización sea dada, pero no permiten asegurar que la esterilización sea dada, pero no permiten asegurar que los microorganismos se han eliminado. Para ello se requieren los controles biológicos.

La prueba de Bowie-Dick nos permite detectar fallas en el funcionamiento de las autoclaves. La misma debe realizarse diariamente en el primer ciclo del día con parámetro habituales y con la esterilizadora vacía. Los resultados deben registrarse en el formulario diseñado para tal fin.

# Controles Biológicos.

Son dispositivos en forma de ampolletas plásticas inoculadas con esporas de microorganismos especialmente resistentes a los distintos agentes de esterilización. Para la esterilización a vapor y a base de Peróxido de Hidrógeno se utiliza el bacilo Stearotermófillus.

Al pasar por el proceso de esterilización, estos gérmenes deben quedar muertos. Para verificarlo, después de sacar la ampolleta del esterilizador se incuba en condiciones favorables y en un medio de cultivo que viene en otro compartimiento dentro de la misma ampolleta.

Los microorganismos que han logrado sobrevivir volverán a la forma vegetativa y se reproducirán, y esto será evidente por el cambio de coloración del medio de cultivo. (Cambia de púrpura a amarillo).

Los controles biológicos deben aplicarse idealmente en cada ciclo de esterilización de todas las autoclaves de vapor las 24 horas al día y como mínimo aceptable en un ciclo por turno.

Instructivo para realizar la prueba biológica:

Introducir la ampolleta de control biológico dentro del paquete, bulto o equipo que pretenda muestrear, siempre en el centro del mismo.

Coloque el paquete, bulto o equipo prueba en la cual la parte baja (Sistema de vapor). Realizar el ciclo en el tiempo de exposición al que regularmente se someten los artículos.

Al término del ciclo, retirar el paquete, bulto o equipo prueba, la ampolleta identificada con el número de autoclave, N° de carga y fecha.

Hermetizar y activar la ampolleta, apretando la tapa para romper el contenedor interior y ponen en contacto el caldo de cultivo con el disco involucrado de esporas.

Colocar la ampolleta en la incubadora a 55°C si fue sometida a esterilización a vapor o plasma de Peróxido de Hidrógeno.

Observar el cambio de coloración del caldo de cultivo por lo menos después de 24 horas y registrar los resultados.

# Rutinas

**Suministro de Material Esterilizado a las salas**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Enfermero de las Unidades y/o Jefes de Áreas | Elabora la provisión diaria de material esterilizado necesario en las Unidades para las 24 horas, y la remite a la Central de Material esterilizado. |
| Jefe de la Central de Material Esterilizado | Establece horarios de entrega y retiro del material, conciliando las necesidades de las respectivas áreas. Orienta la distribución y retiro de material. |
| Auxiliar del Centro de | Separa los materiales solicitados de acuerdo con el listado. |

|  |  |
| --- | --- |
| Material Esterilizado | Carga los carritos para transportar el material e identificar el área de destino.  Procede a la entrega del material esterilizado. |
| Jefe De la Central de Material Esterilizado | Controla, supervisa y evalúa el sistema de distribución y retiro del material.  Elabora un informe mensual del suministro de material esterilizado por área promedio. |

**Suministro de Material para los Quirófanos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Enfermera Del Centro Quirúrgico | Orienta la uniformidad de material para cada tipo de cirugía y anestesia.  Establece métodos y modelos de control de calidad. Prepara la ficha de control. |
| Jefe de la Central de Material Esterilizado | Recibe copia de la programación de cirugía.  Se encarga de procurar el material para el día, según los tipos de cirugía.  Orienta y controla la entrega y retiro de los materiales. |
| Auxiliar de Enfermería | Prepara los carritos de transporte del material de acuerdo a las salas y tipo de cirugía, identificándolos.  Recibe y controla la devolución del material utilizable de acuerdo con la ficha de control. |

**Control Bacteriológico del Material Esterilizado**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Jefe de la central de material Esterilizado (CME) | Junto con el Enfermero define criterios en lo que se refiere al tipo de control bacteriológico que se adoptará.  Redacta un memorando dirigido a la Unidad de Bacteriología solicitando la disponibilidad, frecuencia, cantidad y tipo de test que deberá realizar. |
| Secretario de la CME | Mecanografía el memorando en original y duplicado, lo protocoliza y remite el original al responsable de Unidad de Patología Clínica. |
| Encargado de Bcteriología | Recibe el memorando, lo analiza, y remite su dictamen, anotándolo en el mismo memorando.  Devuelve el memorando a la Unidad de origen. |
| Enfermero De la CME | Recoge muestras para el test bacteriológico |

|  |  |
| --- | --- |
|  | de todos los equipamientos de esterilización, de acuerdo con el procedimiento establecido por el responsable de la Unidad de patología Clínica.  Llena la solicitud de análisis de laboratorio especificando el test bacteriológico que se deberá realizar en el material. |
| Auxiliar de Enfermería De la CME | Encauza el formulario y el material a la Unidad de Patología Clínica. |
| Técnico del Laboratorio | Recibe y coteja el material. Realiza el cultivo del material.  Procede a la lectura de los resultados enviándolos a la Central de Material Esterilizado. |
| Enfermero De la CME | Recibe el resultado del test. si hubiera dudas respecto de las condiciones de esterilización, solicita la respectiva repetición del test.  Archiva los resultados de los análisis para fines de consulta e informe mensual. |

**Pabellón Quirúrgico**

**Nombre de la Unidad: Pabellón Quirúrgico Estructura Orgánica**

**Definición de la Unidad:**

La Unidad de Quirófanos se define como el conjunto de elementos destinados a realización de las actividades quirúrgicas, tanto programadas como de urgencia, ambulatorias o de internamiento así como a la recuperación anestésica

Los aspectos técnicos del cuidado del paciente en el quirófano cubren un área amplia de práctica e imponen exigencias exactas y precisas con procedimientos definidos para prevención y control de infecciones. La dedicación completa del personal quien practica los principios de la técnica aséptica y emplea normas aceptables, correctas y uniformes, reduce el riesgo de infecciones para el paciente quirúrgico.

# Estructura/posición

La unidad de Quirófanos es un Servicio que depende directamente de la Dirección de Atención y por ende de la Dirección General. Se encuentra bajo la coordinación de un jefe que forma parte del cuerpo clínico y que puede ser Anestesiólogo o Cirujano y que es responsable del equipo multiprofesional que laboran en la unidad y que está formado por médicos, enfermeras, técnicos, administrativos y trabajadores manuales.

La unidad de Recuperación Post-anestésica comprende un área con camas equipadas para la atención y control del paciente en la etapa post-anestésica así como para situaciones de emergencia

# Atribuciones

El objetivo general del Quirófano es el de Proporcionar atención medica y de enfermería libre de riesgos a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

Los objetivos y funciones específicos son:

* + 1. Orientar y guiar al personal en relación al uso del equipo básico del Salón de Operaciones.
    2. Prevenir infecciones mediante la aplicación de los principios básicos de la técnica aséptica quirúrgica.
    3. Brindar seguridad al equipo de salud, previniendo los peligros, complicaciones y tomando todas las precauciones debidas en el ejercicio de sus funciones.
    4. Conservar y aplicar los principios básicos de las técnicas asépticas en la realización de sus actividades.
    5. Brindar cuidado al paciente que va a ser intervenido según las funciones de cada miembro del Salón de Operaciones.
    6. Aplicar y hacer cumplir las normas medicas, de enfermería y administrativas en todo lo concerniente a la funcionalidad del Salón de Operaciones.
    7. Proporcionar local, equipo, instrumental y material para la adecuada ejecución de los procedimientos quirúrgicos.
    8. Definir y procurar que se nombre el personal capacitado para el eficaz funcionamiento del Salón de Operaciones.
    9. Hacer cumplir que el proceso de cirugías electivas se cumpla en el horario establecido.
    10. Llevar control del equipo en lo que se refiere a su funcionamiento y conservación adecuada.
    11. Mantener en forma optima el suministro de materiales e insumos.
    12. Vigilar y exigir que se efectúen las técnicas y procedimientos asépticos por todo el personal sin excepción que use las instalaciones del Salón de Operaciones y orientarlos sobre las medidas a tomar en casos sépticos.
    13. Atender las urgencias médico quirúrgicas de acuerdo a la severidad y estado clínico de dichos pacientes.

# Área física

La Unidad de Quirófanos se encuentra localizado en el 2do piso con seis(6) quirófanos mas tres(3) quirófanos en el séptimo(7) piso.

En el segundo piso se encuentra también los siguientes elementos:

Área de Recuperación de Anestesia (Recobro) con ocho(8) camas, 8 monitores y un ventilador Área de depósito de materiales de recobro

Área de depósito de cilindros de gases Área de preparación de pacientes,

Área de depósito de material e insumos. Un área para guardar material estéril,

Tres locales de oficinas (Secretaria, Jefe de Enfermería, Jefe del Salón de Operaciones y Anestesia),

Dos vestidores para pacientes (damas y caballeros), Vestidores para enfermeras, técnicas y médicos (damas),

Vestidores para técnicos, auxiliares y trabajadores manuales (varones) Vestidores para médicos (varones).

Además se cuenta con un área amplia de esterilización y ropería.

Existe para llegar al Salón de Operaciones dos (2) entradas y una (1) salida de emergencia, También se cuenta con un pequeño salón de estudio en el área de recuperación

Área de descanso para el personal Área de insumos de anestesia Áreas para la limpieza y aseo Área para Radiología

Funcionalmente el Quirófano está dividido en tres áreas:

**Área Negra**: Se puede circular con ropa común. Incluye las áreas físicas correspondientes a oficinas, vestidores, descontaminación, descanso y pasillos.

**Área Gris**: Sólo se puede circular con ropa quirúrgica.

**Área Blanca**: Quirófanos propiamente dichos. El personal siempre utilizará mascarilla.

Desde el punto de vista de la Atención del Paciente, el Quirófano está divido en dos áreas: **Área Quirúrgica**: donde están los quirófanos, y que corresponden funcionalmente al área blanca

**Área de Preparación de Paciente y de Recuperación de Anestesia:** Esta área esta en dos sitios diferentes, es decir uno para la preparación de pacientes que llegan de la sala o de la calle (cirugía ambulatoria) y otro sector del Salón de Operaciones donde esta recobro a donde llegan los pacientes directamente de los diferentes quirófanos. Funcionalmente corresponden al área negra y gris

# Profesionales que actúan en la Unidad:

Jefe de la Unidad Asistente administrativo Enfermera jefe Enfermeras básicas Instrumentistas Auxiliares de enfermería Secretaria

Trabajadores Manuales

# Perfil del cargo Jefe de la Unidad

**Naturaleza del trabajo:**

El jefe de la Unidad realiza un trabajo gerencial y de coordinación con los diferentes profesionales que concurren en labores dentro de la Unidad y debe ser un Médico con experiencia en Administración del Salón de Operaciones y con especialidad quirúrgica o de anestesia. Es la máxima autoridad dentro de la Unidad

# Tareas típicas

1. Trazar las directrices de las actividades de la Unidad, con el objetivo de lograr la racionalización y eficacia de los trabajos.
2. Distribuir las tareas de la Unidad de manera armónica entre los colaboradores, orientando las operaciones.
3. Supervisar el desempeño de los profesionales médicos y técnicos en su labor técnica y asistencial.
4. Programar y asignar los turnos de todo el personal médico, técnico y administrativo, que laboran en la Unidad.
5. Supervisar el desempeño de las tareas velando por la evolución normal de las rutinas de trabajo y formulando propuestas de actualización al jefe del Servicio y a la Dirección del Hospital.
6. Despachar y encaminar la documentación de la Unidad.
7. Convocar y presidir reuniones con su personal.
8. Promover la educación en servicio.
9. Autorizar y/o elaborar las listas de reemplazo y vacaciones del personal de servicio.
10. Reorganizar el personal de servicio cuando sea necesario.
11. Evaluar regularmente a sus subordinados inmediatos.
12. Velar porque se observe la disciplina y el Reglamento interno proponiendo sanciones siempre que hubiese una infracción.
13. Preparar los informes periódicos sobre las actividades de la Unidad.
14. Escoger, dentro de las disposiciones del mercado, materiales y nuevos equipos adecuados para el desempeño de las de las atribuciones de la Unidad y velar por el mantenimiento de los equipos y por el uso de los materiales en general.
15. Coordinar la labor de la Unidad con los Servicios y Secciones que interactúan en el Salón de Operaciones.
16. Asistir con carácter obligatorio a las reuniones convocadas por la Dirección de Atención y Dirección General y participar en las reuniones convocadas por los demás Servicios o Secciones con los que haya interacción
17. Rendir los informes básicos de producción y gestión solicitados por las autoridades Administrativas y asistenciales en coordinación con el Sistema de información de la Institución, Servicio de Sistematización y Estadística.
18. Cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos y procedimientos del Quirófano y de la Institución

# Condiciones que debe reunir:

* Diploma del curso de Medicina reconocido por el Consejo Técnico de Salud
* Tener la especialidad de Anestesiólogo en funciones en el Instituto Oncológico Nacional
* Experiencia en labores técnicas y administrativas
* Curso básico de Administración Hospitalaria o Gerencia de la Salud.
* Tener por los menos 5 años de antigüedad en el ION
* Estar en la primera categoría del escalafón médico
* Tener capacidad de organización y liderazgo

**Forma de Contratación**: Indicación del Cuerpo Clínico. Selección o Concurso.

# Asistente Administrativo Naturaleza del trabajo:

Trabajo de carácter gerencial y de apoyo al jefe de la Unidad y que consiste en planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar los aspectos administrativos de la unidad.

# Tareas típicas

1. Supervisar la labor de las secretarias
2. Mantener actualizado el inventario de insumos y equipos de la Unidad
3. Preparar el presupuesto anual de la Unidad
4. Tramitar las requisiciones de Almacén y Farmacia
5. Supervisar el archivo de la documentación de la Unidad
6. Definir los controles de los depósitos de insumos de la Unidad para evitar las pérdidas
7. Es responsable de la información de producción y gestión ante el Sistema de Información de la Unidad y la sección de estadística del Servicio de Registros Médicos
8. Es responsable de la evaluación del desempeño del personal administrativo de la Unidad
9. Coordinar, y prever las necesidades de recursos del personal técnico que acude y trabaja en la Unidad.
10. Rendir informes de carácter financiero y de gestión avalados por el jefe de la Unidad
11. Definir indicadores y estándares de costo beneficio y costo efectividad de la Unidad

# Enfermera Jefe Naturaleza del trabajo

La enfermera jefe del Quirófano realiza un trabajo de coordinación técnica sobre los procesos y de coordinación administrativo del personal asignado por el Departamento de Enfermería, que están bajo su cargo.

# Tareas típicas

* 1. Planear, organizar, ejecutar, controlar y coordinar las funciones administrativas
  2. Velar que exista manuales de procedimientos y normas.
  3. Velar por el cumplimiento de los reglamentos, normas y disposiciones del Quirófano
  4. Coordinar con el Jefe de la Unidad y el Asistente Administrativo, todo lo relacionado al suplido oportuno y de calidad de los insumos requeridos para el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos.
  5. Establecer un sistema de supervisión continua al personal de enfermería bajo su cargo, para asegurar la calidad de atención que se brinda al paciente.
  6. Velar que se tenga el equipo y el material suficiente para la atención al paciente de acuerdo a las necesidades del Quirófano.
  7. Mantener efectiva comunicación con el Departamento de Enfermería sobre la atención de enfermería que se brinda al paciente.
  8. Mantener un sistema de control del material y equipo que se utiliza.
  9. Cumplir con el sistema de evaluación establecido por el Departamento de Enfermería.
  10. Programas las metas anuales del servicio conjuntamente con la jefe de la Unidad.
  11. Programar, ejecutar y evaluar reuniones con el personal bajo su cargo, encaminadas a mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente, las buenas relaciones interpersonales y aumentar la capacidad profesional del personal.
  12. Promover y mantener buenas relaciones interpersonales e ínter departamentales.
  13. Brindar atención directa a pacientes que por su condición crítica lo ameritan.
  14. Programar los turnos del personal para brindar la atención durante las 24 horas del día. todos los días del año.
  15. Mantenerse informada de la condición y atención de todos los pacientes de su sala.
  16. Participar en la administración de medicamentos y tratamientos para la atención del paciente.
  17. Dirigir, supervisar y evaluar los planes de cuidados del paciente.
  18. Mantener ambiente agradable, seguro y libre de riesgo para los pacientes, personal y visitantes.
  19. Brindar orientación al personal y visitantes sobre las disposiciones específicas de la sala, normas, reglamentos y procedimientos.
  20. Participar en comités, seminarios, conferencias y otros que le asigne.
  21. Promover la investigación al personal de enfermería bajo su cargo para mejorar la atención de enfermería.
  22. Participa en los caos de investigación que la institución le asigne.
  23. Colaborar en las investigaciones y procedimientos que se realizan en el programa de Infecciones Nosocomiales.
  24. Cumplir y hacer cumplir las Normas de bio-seguridad respectivas al Quirófano.

# Condiciones que debe reunir

* Estar registrada como enfermera profesional.
* Tener licenciatura en Ciencias de Enfermería o diploma de enfermera en una escuela reconocida por el Comité Nacional de Enfermería.
* Gozar de buena salud física y mental.
* Tener capacitación y experiencia en gerencia de salud
* Tener una jefatura inicial ganada por concurso de acuerdo a las disposiciones de las leyes y normas de Enfermería en el territorio nacional

**Forma de contratación:** Por concurso o prueba de selección

# Enfermera general o básica del Quirófano Naturaleza del trabajo

La enfermera general del Quirófano desempeña funciones de asistencia directa al paciente, supervisa los procedimientos del Salón al que está asignada y en caso de necesidad, debe desempeñar las tareas de instrumentista y suplir las funciones de la enfermera jefe en ausencia de ésta

# Tareas típicas

1. Cumplir con todas las asignaciones establecidas por la jefe del quirófano.
2. Cumplir con el sistema de registro de la atención de enfermería y del Sistema de Información.
3. Mantener un ambiente agradable, seguro y libro de riesgo para los pacientes, personal y visitantes.
4. Promover y mantener las buenas relaciones interpersonales dentro de la sala e ínter departamentales.
5. Participa en las reuniones del personal del Salón.
6. Cumplir con el reglamento interno, normas de la sala y de la institución.
7. Brindar atención directa a pacientes graves, de cuidados, operados y otros.
8. Administrar medicamento y tratamientos para la atención del paciente.
9. Asegurar que existe material y equipo para brindar la atención del paciente y conservar aquellos en buenas condiciones.
10. Participar en el planeamiento y ejecución de los programas de educación en servicio de los pacientes, familiares y personal.
11. Participar en la orientación del personal a su cargo sobre disposiciones específicas del Quirófano.
12. Colaborar en los trabajos de investigación dentro de la institución para mejorar el cuidado de enfermería quirúrgica.
13. Investiga y participa sobre casos de estudios de pacientes asignados en el servicio para brindar atención de enfermería segura y libre de riesgo.
14. Realiza las tareas de circulación, instrumentación y supervisión en el salón al que ha sido asignada
15. Informa a la enfermera jefe y/o al jefe de la Unidad de los incidentes ocurridos dentro de su área de trabajo.

# Condiciones que debe reunir

* Tener licenciatura en ciencias de Enfermería o diploma de enfermera en una escuela reconocida por el Comité Nacional de Enfermería.
* Gozar de buena salud física y mental.
* Cumplir con los requisitos que exige la ley
* Tener capacitación y experiencia en enfermería quirúrgica

**Forma de contratación:** Por prueba de selección.

# Instrumentista Naturaleza del trabajo:

El trabajo del instrumentista es el de asistir a los cirujanos en los procedimientos quirúrgicos, preparando el campo quirúrgico y proporcionando las instrumentos necesarios para el procedimiento. Debe conocer el procedimiento para anticiparse a las necesidades del cirujano. Además es el responsable de limpiar los instrumentos y preparar las bandejas quirúrgicas para su esterilización

# Tareas típicas

1. Instrumentar en los procedimientos quirúrgicos a los que se le ha asignado
2. Ayudar al cirujano en los casos que sea posible sin descuidar la instrumentación
3. Preparar la mesa quirúrgica, instrumental y ropa estéril necesaria para cada procedimiento
4. Lavar y preparar las bandejas quirúrgicas de acuerdo a las normas usuales
5. Lavar, desinfectar y vestir la mesa de cirugía después de cada procedimiento
6. Identificar y preparar el paciente para cada procedimiento programado
7. Colocar al paciente en la posición solicitada por el cirujano y ayudar en la desinfección del área operatoria
8. Mantener la integridad emocional y física del paciente
9. Procurar un ambiente agradable y de cooperación con el equipo quirúrgico
10. Colaborar en la limpieza y orden del cuarto estéril
11. Aplicar las normas en casos contaminados
12. Realizar el conteo de gasas, vendas e instrumentos antes de terminar el procedimiento quirúrgico y notificar al cirujano del resultado del conteo
13. Observar y conocer las normas y técnicas quirúrgicas de acuerdo a los protocolos o guias de manejo
14. Debe esperar el relevo durante un acto quirúrgico, antes de abandonar el campo
15. Conocer la ubicación de los equipos, instrumental e insumos dentro del Quirófano
16. Cubrir el campo quirúrgico cuando sea necesario para evitar la contaminación.

# Condiciones que debe reunir:

* Debe tener capacitación y experiencia en técnicas quirúrgicas
* Haber tomado el curso de Técnico Quirúrgico, reconocido y aprobado por la Dirección de Atención del Instituto
* Puede ser auxiliar ó técnico en enfermería ó Técnico Quirúrgico
* Buen estado de salud física y emocional
* Debe ser evaluado por la enfermera jefe del Quirófano
* Ser aprobado por el Jefe de la Unidad, el Director de Atención y Director General

**Forma de contratación:** Por prueba de selección.

# Secretaria

**Naturaleza del trabajo**

Personal administrativo de apoyo, para realizar todas las actividades inherentes al cargo (mecanografía, archivología, etc.)

# Tareas típicas

1. Actualizar diariamente en los formatos digitalizados del Sistema de Información.
2. Confeccionar los pedidos solicitados por la Enfermera jefe del Quirófano.
3. Confeccionar la correspondencia, interna o externa, referente al trabajo del salón.
4. Mantener expedientes, confeccionados.
5. Mantener rayado y en buen estado los registros que se manejan en el Salón:
   1. Laboratorio
   2. Recibo de útiles
   3. Banco de sangre
   4. Transfusiones
   5. Patología
   6. Otros
6. Equipar y mantener en orden la papelería.
7. Solicitar los resultados de Patología, Tomografía, Ultrasonido y otros.
8. Llevar registro de notas enviadas (archivo).
9. Localizar a médicos, enfermeras u otro personal que se necesite en el servicio.
10. Es la responsable de responder llamadas telefónicas, anotar y dar los mensajes pertinentes.
11. Mantener el área de trabajo limpia y en orden.
12. Confeccionar las requisiciones necesarias por disposición del Jefe de la Unidad o la Enfermera Jefe
13. Establecer prioridades según las tareas asignadas.
14. Realizar sus actividades con calidad y esmero aplicando normas y procedimientos establecidos.
15. Cualquier otra tarea afín con su posición.

# Condiciones que debe reunir

Tener título de secretaria u otro a fin.

Tener domino de maquina de escribir y computadora. Presentar diploma y créditos.

Hoja de vida (currículo, certificados de seminarios). Solicitud de empleo.

Certificado médico de Buena Salud.

Pasar prueba de evaluación del Jefe de la Unidad y de Recursos Humanos.

**Forma de contratación:** Prueba de selección.

# Trabajador manual Naturaleza del trabajo

Es la persona capacitada para realizar actividades manuales, de mensajería o otras que le asigne la enfermera jefe.

# Tareas típicas

1. Transportar pacientes a los diferentes servicios en camilla o silla de ruedas.
2. Realizar la mensajería de la unidad.
3. Transportar cadáveres a la morgue.
4. Llevar a esterilizar material y Equipo Quirúrgico.
5. Asear áreas específicas del quirófano.
6. Cuidar el estado de los equipos y materiales asignados al puesto que ocupa.
7. Mantener informado al jefe inmediato de las situaciones relacionadas con la ejecución de sus tareas.
8. Establecer prioridades según las tareas asignadas.
9. Ejecutar las tareas previstas en el puesto y aquellas al mismo, según sea necesario.
10. Realizar su tarea con calidad aplicando normas y procedimientos establecidos.
11. Otras tareas que le asigne la enfermera.

# Condiciones que debe reunir

Educación Formal necesaria: Certificado de terminación de Escuela Primaria. Educación no formal necesaria: Ninguna.

Presentar certificados de buena conducta social.

Debe pasar prueba de evaluación por la enfermera jefe de la Unidad y del Servicio de Recursos Humanos.

**Forma de contratación:** Prueba de selección.

# Rutinas Principales del Quirófano Programación Diaria de Cirugía

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico de la Unidad de internación o UCI | Indica la Cirugía.  Completa y firma el aviso de operación en original y duplicado, hasta el horario establecido y lo encauza a la secretaria (con excepción de cirugías de emergencias). |
| Enfermero de la Unidad de Internación o UCI | Recibe y coteja el aviso de operación.  Verifica la preparación y planifica los cuidados preoperatorios. Firma el aviso de operación y remite el original al Centro.  Quirúrgico.  Se encarga de recoger muestra de sangre y la envía, junto con el duplicado del aviso de operación al Banco de Sangre. |
| Jefe del Centro Quirúrgico | Recibe los avisos de operación y programa la distribución de quirófanos y horarios, e incluye en el programa cirugías o urgencia cuando sea necesario.  Reúne los equipamientos especiales solicitados. Verifica la necesidad de exámenes radiológicos o anatomopatológicos. |
| Secretario del Centro Quirúrgico | Mecanografía en original y 4 copias la programación diaria de cirugías con la distribución de quirófanos y horarios.  Archiva el original. |
| Mensajero | Remite las copias a las siguientes unidades: Servicio de Archivo Médico y Estadística  Servicio de Hemoterapia Unidad de Internación  Servicio de Nutrición y Dietética, y Central de Esterilización de Material. |
| Secretario del Centro Quirúrgico | Fija una copia de la programación en la cartelera de avisos del Centro Quirúrgico. |
| Médico de Hemoterapia | Recibe la muestra de sangre y el duplicado del aviso de cirugía. Anota en el duplicado del aviso:  Grupo sanguíneo  Cantidad de sangre de la que se dispone y Casos que se pueden atender. |
| Mensajero | Devuelve el duplicado con las anotaciones de Hemoterapia al Quirófano |
| Enfermero del Centro Quirúrgico | Toma las medidas relativas al cumplimiento del programa quirúrgico. |

**Atención en el Quirófano**

**Agente**

**Operación**

|  |  |
| --- | --- |
| Asistente Instrumentista | Procede a acondicionar el quirófano. |
| Enfermero | Recibe al paciente en el área de transferencia. Coteja la historia clínica.  Identifica al paciente.  Verifica la medicación preanestésica.  Se encarga de los cuidados preoperatorios. |
| Camillero | Transporta al paciente al quirófano. |
| Instrumentista | Recibe al paciente en el quirófano y coteja su identificación. Coloca al paciente en la mesa quirúrgica y ayuda al médico en la preparación del paciente. |
| Enfermero | Recaba y verifica la sangre para transfusión, si fuera necesario. |
| Anestesista | Administra la anestesia.  Solicita análisis de laboratorio, en caso necesario. Hace las anotaciones pertinentes en la historia clínica. |
| Cirujano | Opera al paciente.  Solicita análisis anatomopatológicos, de laboratorios o exámenes rdiológicos, si fuera necesario.  Procede a la descripción de la cirugía como información. |
| Instrumentista | Atiende los requerimientos del equipo del quirófano. Hace las anotaciones de las actividades del quirófano. Completa las anotaciones en las hojas de registro.  Comunica al enfermero cuando termina la cirugía. |
| Anestesista | Presta asistencia respiratoria al paciente después de la cirugía. Conduce al paciente a la sala de recuperación post-anestésica. |
| Camillero | Traslada al paciente a la sala de recuperación post-anestésica. |
| Aseador | Procede a la limpieza del quirófano |
| Instrumentista | Envía el material a la Central de Material Esterilizado. |
| Enfermería de Recuperación | Recibe al paciente. Verifica la historia clínica.  Presta atención post-anestésica al paciente. Hace las anotaciones pertinentes. |
| Médico de Recuperación | Atiende el período post-anestésico y da el alta Hace anotaciones sobre la Evaluación Clínica. |
| Asistente de Enfermería o camillero | Traslada al paciente a la Unidad de Internación o a la Unidad de Terapia Intensiva – UTI – con la historia clínica. |
| Instrumentista | Hace la limpieza y equipa la Unidad después de la salida del paciente. |

Pedido de Examen Anatomopatológico

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Médico Cirujano | Extiende y firma el pedido de examen anatomopatológico. Procede a la resección de la pieza que requiere examen anatomopatológico. |
| Auxiliar de Quirófano | Recoge la pieza o fragmentos, coloca el material en un frasco de boca ancha, de tamaño apropiado.  El uso o no de solución de formol al 10% dependerá del tipo de muestra a estudiar.  Identifica el recipiente. |
| Médico Cirujano | Especifica los detalles de la pieza enviada para examen anatomopatológico. |
| Secretario del Centro Quirúrgico | Coteja si la solicitud ha sido extendida correctamente protocoliza y se encarga de enviar el formulario y el material. |
| Mensajero | Recibe el material junto con el pedido y la solicitud y entregando todo a Anatomía Patológica. |
| Secretario de Anatomía Patológica | Recibe el material, coteja el formulario y firma el protocolo de recepción. |
| Patólogo | Procede al examen especificado, interpreta el resultado y elabora el Informe. |
| Secretario de Anatomía Patológica | Mecanografía el informe del examen. Solicita la firma del médico.  Protocoliza y envía el resultado y el informe a la Unidad solicitante. |

# Defunción en Sala de Operaciones

|  |  |
| --- | --- |
| **Agente** | **Operación** |
| Cirujano | Constata la muerte y completa el Aviso de Defunción.  Anota la circunstancia de la defunción e la historia clínica. |
| Enfermera del Centro Quirúrgico | Procede a la identificación del cadáver. Comunica la defunción a la Enfermera de la Unidad de Internación.  Procede a hacer las anotaciones referentes a la defunción en la historia clínica.  Prepara el cuerpo.  Coloca la etiqueta de identificación en el cadáver. |
| Enfermera del Centro Quirúrgico | Se encarga de enviar a Estadística el Certificado de Defunción debidamente completado, junto con la historia clínica. Adopta las medidas para la remoción del cuerpo. |

**Normas y Procedimientos Generales**

El Salón de Operaciones del Instituto Oncológico Nacional Juan Demostenes Arosemena proveerá un servicio especializado pre, trans y postoperatorio inmediato desde el punto de vista médico, de enfermería, trabajadores manuales y secretarias, con eficacia y eficiencia a todos los pacientes.

# Propósitos:

Brindar cuidados a todos los pacientes quirúrgicos de calidad dispensado por un personal capacitado, orientado y evaluado de acuerdo a los procedimientos establecidos en la institución.

Proveer al empleado de los instrumentos necesarios para el mejoramiento de sus procedimientos y destrezas, así como para su crecimiento profesional como lo son:

Capacitación.

Actividades de educación continua.

Identificación de actividades educativas y biosicosociales para promover al empleador, ayudándolo a solucionar los problemas identificados.

Se mantendrá a los empleados informado sobre el programa docente que incluye: Licencias (con o sin sueldo)

Cursos cortos

Viajes de estudios, congresos y/o seminarios

Estos medios de capacitación se consideran de acuerdo a las condiciones de la institución. El empleado solicitara licencias para actividades educativas con un periodo previo de anticipación y siguiendo los líneas jerárquicas.

# Control de Asistencia:

Mantener un registro diario de la asistencia de todos los empleados del Salón de Operaciones, para poder efectuar los ajustes de turnos necesarios.

Todo empleado firmara personalmente su entrada y salida en la oficina de Enfermería y Salón de Operaciones.

Se aplicaran y deberán seguirse todas las normas administrativas y de enfermería que tengan que ver con ausencias o tardanzas del personal de enfermería, trabajadores manuales y secretarias.

Se realizaran reuniones administrativas según cronograma con todo el personal del Salón de Operaciones, o por grupos dependiendo de la necesidad o problemas identificados.

El horario del personal del Salón de Operaciones es de 7:00 AM a 3:00 PM

# Accidentes Laborales o Enfermedades Ocupacionales

Todo empleado que sufra accidente en el trabajo o enfermedad ocupacional, será referido a Programa de Infecciones, Clínicas del Empleado y/o Riesgos Profesionales.

Propósito

Brindar al empleado accidentado atención inmediata para la lesión presentada.

Proveer rehabilitación de su lesión al empleado, para que se reincorpore a su trabajo y a la comunidad.

Procedimiento

El paciente que sufra un accidente o presente síntomas de enfermedad ocupacional notificará la situación a la enfermera encargada.

El empleado llenará las hojas de accidente, accidente con objetos punzo – cortantes y/o de secreciones corporales de nosocomiales ( de acuerdo al caso), entregándola(s) en la oficina de enfermería y nosocomiales, respectivamente.

La enfermera encargada es responsable de enviar al empleado a la clínica del empleado y/u oficina de nosocomiales de lunes a viernes, en turnos de 7:00 AM a 3:00 PM

Los fines de semana, días feriados y turnos tarde y noche, la supervisora encargada lo enviará al Cuarto de Urgencia de la CSS, con su respectiva nota.

El empleado es responsable de notificar su accidente de inmediato y acudir al servicio de riesgos profesionales en las 24 horas siguientes al suceso.

El inicio de las cirugías electivas serán de 7:30 AM y se entiende con esto que a esa hora el cirujano debe de estar incidiendo la piel.

La culminación de la programación electiva será hasta la 1:00 PM No se iniciara procedimientos electivos después de la 1:00 PM

Todo medico debe de saber que se le esperará por media(1/2) hora si no ha empezado a las 7:30 AM y si no llegase en ese tiempo se informará al Jefe del Servicio para que asigne un sustituto y de no ser posible, se omitirá su cirugía y se continuara con el programa.

Las cirugías electivas que tomen más tiempo quirúrgico serán las que se programen de primeras, es decir a las 7:30 AM y no se permitirá comenzar éste tipo de cirugías después de las 10:00 AM. Los casos de urgencias serán atendidos las 24 horas del día y a partir de las 2.00 PM sólo se efectuaran cirugías de urgencias.

El personal de enfermería que queda trabajando después de las 3:00 PM se le aplicaran todas las normas referente a los pagos de horas extras y de turnos.

Se podrán cambiar o adelantar cirugías de un cuarto quirúrgico a otro pero siempre respetando y teniendo la cortesía el cirujano, de comunicárselo al anestesiólogo y que la jefa de enfermería autorice los cambios dependiendo de si tiene la cantidad suficiente de personal en ese momento y el jefe del Salón de Operaciones debe estar enterado.

Desde el punto de vista médico, los únicos encargados de suspender, retrasar cirugías serán los cirujanos y anestesiólogos previa información y consulta entre ellos y el Jefe del Salón de Operaciones.

Desde el punto de vista administrativo el único autorizado para retasar y suspender cirugías es el Jefe del Salón de Operaciones por razones de última hora como por ejemplo, falta de aire acondicionado, falta de agua, déficit de ropa estéril, etc.

# Uso del Uniforme Quirúrgico

Toda persona que labora en el Salón de Operaciones deberán cambiar sus ropas habituales por uniforme quirúrgico, que se usará exclusivamente en esta área. El uniforme se cambiará diariamente y cada vez que sea necesario e incluye: camisa, pantalón, gorro, mascarilla y botas.

**Camisa y pantalones**: Modelos sencillos y cómodos de algodón. La camisa se introduce dentro del pantalón y se ajusta a la cintura , las tiras sobresalientes del pantalón se introducen dentro del mismo.

**Gorro**: Debe cubrir el cabello en su totalidad.

**Mascarilla**: Debe cubrir la nariz y boca en su totalidad sujetándose en forma segura y descartándose después de ser usadas en cada caso.

**Botas**: Deberá usarse en el área gris y blanca. Serán cambiadas diariamente y cada vez que sea necesario.

Se permitirá solamente el uso de reloj de pulso y aretes pequeños que no sobresalgan del lóbulo de la oreja.

Se prohíbe circular con la ropa quirúrgica fuera del área del Salón de Operaciones. Se exceptúan los casos de urgencias justificadas (banco de sangre, transporte de paciente).

# Visitantes en el Salón de Operaciones

No se permitirá la entrada al Salón de Operaciones a personas que no estén relacionadas con la operación del mismo.

Toda persona que no está relacionada con el trabajo del Salón de Operaciones (Médicos de otra institución, estudiantes de medicina o de enfermería, técnicos u otras personal que vayan a realizar arreglos dentro del salón) solo serán autorizados por el Jefe del Salón de Operaciones y corresponderá a los diferentes servicios médicos, de enfermería al igual las otras áreas administrativas solicitar dicho permiso.

Los que quieran realizar trabajos de reportajes, fotos, videos etc., deberán solicitar permiso a la Dirección de Atención.

El propósito de ésta medida es mantener la seguridad de los pacientes, personal, equipo e insumos del Salón de Operaciones, al igual de reducir los riesgos potenciales de contaminación por la circulación de personas dentro del área quirúrgica.

# Distribución de la Ropa en el Salón de Operaciones

Toda la ropa que utilizan los médicos, enfermeras y otro personal del Salón de Operaciones será manejada y controlada por personal asignado a ésta actividad.

Se mantendrá un control de la ropa que se utiliza y reducir así la perdida de las mismas que es entregada al Salón de Operaciones.

Se prohíbe estrictamente el uso de la ropa quirúrgica por personal fuera del Salón de Operaciones y de comprobarse el uso de esta vestimenta fuera del área quirúrgica procederá a aplicarle las medidas administrativas correspondientes.

Procedimiento

La ropa será recibida de la lavandería de lunes a sábado entre 7:00 AM y 5:00 PM La cantidad de ropa recibida será anotada en el formato establecido.

El trabajador manual contará la ropa sucia o usada.

De existir errores en la cantidad recibida, se notificará al jefe inmediato.

La bolsa de ropa contaminada serán identificadas con la palabra “contaminada” escrito en rojo.

# Normas de Bioseguridad

Propósito

Reducir riegos de transmisión de infecciones a otros pacientes.

Brindar seguridad al personal que atiende a los pacientes.

Disminuir y/o evitar la diseminación de las enfermedades transmisibles en el equipo de salud.

Procedimiento

Además de cumplir con las normas generales existentes en el capítulo correspondiente a Bioseguridad Institucional, todas las personas que se encuentren laborando dentro de los pabellones quirúrgicos, deberán seguir las siguientes instrucciones:

**Lavado de Manos**: Antes y después de todo procedimiento.

**Guantes:** Se utilizará cuando se éste en contacto con sangre, fluidos corporales, mucosas y superficies húmedas de los pacientes. Serán descartados luego de terminar la atención del paciente.

**Batas:** Se colocara siempre que exista riego de salpicaduras.

**Mascarilla y Protectores Oculares**: Deben ser colocados al realizar cualquier procedimiento quirúrgico, al descontaminar los instrumentos o en cualquier caso donde exista riesgo de salpicadura o aerolización.

**Recipientes para el Desecho de Objetos Punzo – Cortantes**: Alas agujas no se les colocará las tapas, y luego se les depositará en un recipiente plástico resistente a la punción. Igual tratamiento se dará a todos los objetos punzo – cortantes.

**Resucitador**: Será utilizado en caso necesario, para nunca dar respiración de boca a boca.

**Bolsas Plásticas:** Para toda la ropa quirúrgica y el equipo a utilizar.

# Técnicas Asépticas Básicas

Normas Generales: Todo el personal aplicará los principios y técnicas asépticas establecidas para prevenir la contaminación de una herida abierta, mediante el aislamiento del sitio operatorio del ambiente no estéril.

Normas Especificas: Todo el personal que participe en una cirugía deberá efectuar previamente el lavado quirúrgico, siguiendo el procedimiento establecido.

Propósito: El lavado quirúrgico se realiza para remover la suciedad y los microorganismos transitorios de las manos.

Procedimientos:

Obtener el jabón desinfectante ( cloroxidina 2% ) del dispensador que está localizado en el área donde se realiza el lavado quirúrgico.

Obtener un cepillo estéril del dispensador y dispensar jabón desinfectante sobre le mismo. Cepillar en forma circular con ambas manos.

Las manos y los dedos se dividen en 4 planos: anterior, posterior, lateral y medial: frotar 20 veces cada plano de ambas manos, muñecas antebrazo y 5 cm arriba del codo, con movimientos circulares ascendentes.

Cepillar los cuatro lados de cada dedo a fin de asegurar el cepillado de los espacios interdigitales: frotar 20 veces cada uno.

Descartar el cepillo en el recipiente destinado al efecto.

Enjuagar manos y brazos de manera uniforme debajo del grifo de la pluma, manteniendo las manos arriba para permitir que el agua escurra hacia los codos y sobre el lavamanos.

Mantener las manos más altas que el codo y alejadas del cuerpo. Este procedimiento tendrá una duración total de 10 minutos.

Para el lavado de cada mano se deberá utilizar cepillos diferentes.

# Circulación del Personal dentro del Salón de Operaciones

Se mantendrá dentro de la Sala de Operaciones el equipo de trabajo y la cantidad de personal estipulado de acuerdo a la norma establecida.

Propósito:

Reducir riegos de infección por entrada y salida de personal, durante el procedimiento quirúrgico.

Evitar el hacinamiento dentro de los quirófanos.

Mantener un ambiente terapéutico al paciente durante el procedimiento quirúrgico. Facilitar el movimiento del personal no estéril dentro del Salón de Operaciones.

Procedimiento:

La enfermera jefe del Salón de Operaciones es responsable de asignar el personal a las diferentes áreas.

El personal visitante será autorizado por el Director Médico y el Jefe del Salón de Operaciones.

Equipo de trabajo.

Personal estéril: médico cirujano, médico asistente e instrumentista. Los estudiantes( de ser el caso) no excederán la cantidad de dos personas.

Personal no estéril: médico anestesiólogo y enfermeras circulantes. Los estudiantes visitantes no excederán en su número la cantidad establecida por la norma.

La enfermera será responsable de controlar la entrada y salida de personas dentro de la sala durante en procedimiento quirúrgico.

# Preparación Quirúrgica de la Piel del Paciente

Tiene como finalidad la remoción de la mayor cantidad posible de bacteria del área quirúrgica. Consiste en el rasurado, lavado y desinfección química del área a operar.

Propósito:

Disminuir los riesgos de infecciones a través de la remoción de los microorganismos transitorios y la suciedad de la piel. Inhibir el crecimiento de microorganismos.

Procedimiento:

Soluciones y equipo necesarios (bethadine / hibiscrub, gasas simple 4x4, agua, riñonera y toalla estéril).

El cirujano asignará la preparación del área quirúrgica a una de sus asistentes. La enfermera circulante y el cirujano revisarán si el paciente se encuentra en la posición adecuada para la preparación del área quirúrgica.

El rasurado pre-operatorio será revisado por la enfermera encargada del quirófano, para verificar si se ha realizado en forma adecuada en la sala.

Al rasurar al paciente dentro del quirófano, se utilizará jabón antiséptico (Hibiscrub) y un cepillo para remover los vellos y las células de la piel, evitando que sean diseminadas en el quirófano.

Nunca se deberá rasurar en seco.

Antes de dar inicio, el responsable de esta actividad deberá realizarse un lavado de manos previo por espacio de 5 minutos.

El lavado del área operatoria deberá iniciarse en la línea donde se realizará la incisión, prosiguiendo con movimientos circulares hacia periferia. Repetir el procedimiento con otras gasas. El principio básico es el mismo para cualquier tipo de preparación de piel.

Los torniquetes, planchas de electrocauterios y los campos se deberán colocar bordeando el área de preparación. Esta preparación debe ser revisada por la enfermera circulante.

Deberá permitirse que la solución antiséptica se seque con el medio ambiente antes de colocar los campos estériles.

# Recuento De Gasas, Toallas Abdominales, Agujas, Bisturíes, Cotonoides y otros Instrumentos

Toda enfermera circulante hará un recuento total de los materiales a utilizar al iniciar la cirugía, al cerrar peritoneo, fascia y cada vez que sea necesario.

Propósito:

Garantizar al paciente que no quedarán objetos extraños dentro de su cuerpo al concluir la intervención quirúrgica.

Proteger a la institución contra procedimientos legales, ofreciendo una práctica quirúrgica segura y confiable.

Procedimiento:

Las gasas, toallas abdominales, cotonoides y otros materiales a utilizar tendrán un elemento radio

– opaco detectable por Rayos X, en casos de conteo incorrecto. No se usará ningún material que no sea detectable por este procedimiento.

Enfermera Circulante:

Mantiene medidas de seguridad durante el manejo y conteo de gasas, etc.

Abre paquetes de gasas, toallas y bisturís, suministrándolas al instrumentista ( el estándar establece que cada paquete de gasa contenga 10 gasas radio – opacas, y 5 cada paquete de toallas abdominales).

Hace conteo de gasa, toallas abdominales, agujas, bisturís, instrumentos y otros materiales en todos los procedimientos quirúrgicos, junto con la instrumentista. Debe hacerse en forma visible y en voz alta.

Descarta todo paquete de toallas o gasas que se identifique incompleto durante el conteo inicial. Descarta todo paquete de gasa o toalla cuyo control de esterilidad sea dudoso.

Deposita agujas y bisturís dentro del recipiente disponible al efecto (ver sección de Precauciones Universales).

Hace cuatro conteos en todos los casos en que se penetra peritoneo y pleura. Hace tres conteos en todos los casos que se requiera una incisión profunda.

Hace dos conteos en biopsia de mamas, dilatación y curetaje, al inicio y al final de la operación. Hace conteo siempre que se produce relevo de personal.

Hace conteos adicionales cada vez que se necesitan gasas, toallas, agujas, bisturís, instrumentos, etc.

Documenta en la hoja de cuenta de gasas y otros las cantidades de gasas y toallas abdominales antes de iniciar el procedimiento. Se sumará a esa cantidad toda gasa o toalla abdominal adicional que se añada al campo estéril.

Ante conteos incompletos:

Hace recuento del objeto perdido. Si no aparece, notifica al cirujano.

Hace conteos en coordinación con el equipo de trabajo: el cirujano busca en la cavidad, la enfermera instrumentista busca en todo el campo y la enfermera circulante busca las áreas no estériles.

# Manejo de Muestras Histopatológicas

Propósito:

Proveer un método por el cual los tejidos removidos en el Salón de Operaciones leguen al servicio de Patología.

Garantizar y mantener evidencia de que todo tejido y órgano obtenido en el Salón de Operaciones sea enviado al servicio de Patología.

Procedimiento:

La enfermera circulante es responsable de disponer de todo tejido u órgano removido en un recipiente apropiado, con solución de formalina acuosa al 10%.

Llenar con los datos correspondientes a la sala, cama, fecha, nombre del paciente, número de cédula o expediente, tipo de espécimen, instrumentista, enfermera circulante y cirujano.

La enfermera circulante será responsable de que el cirujano anote toda la información médica requerida en el formato indicado, el cual deberá firmar.

La enfermera circulante anotará en el libro de registro de tejido enviados a patología toda muestra obtenida con la información sobre fecha, número de cédula, nombre del paciente, sexo, sala, cama, edad, tipo de tejido, nombre del cirujano y de la(el) enfermera(o) que envíe el tejido. El mensajero asignado es responsable de retirar los tejidos y llevarlos al servicio de Patología (8:00 AM – 1:00 PM).

Si el tejido removido requiere un diagnostico patológico inmediato (congelación), se enviará al servicio de Patología con el mensajero. Deberá anotarse en el libro de registro de tejidos, el cual será firmado por la persona que recibe la muestra.

En caso de miembros amputados, la enfermera circulante es responsable de disponer del miembro en una bolsa amarrada, e identificarlo con el marbete para el tipo de espécimen.

La (el) enfermera (o) circulante es responsable de enviar el miembro amputado con el mensajero asignado en el Salón de Operaciones, el cual llevará el libro de registro histopatológico para ser firmado por la persona que recibe el tejido.

**Transporte del paciente de la Sala de Operaciones a la Unidad de Cuidados Post–Anestesia** Todo paciente intervenido quirúrgicamente bajo los efectos de anestesia general o regional, será transferido a la Unidad de Cuidados Post – Anestésicos en camilla, acompañado por anestesiólogo, enfermera circulante y trabajador manual.

Propósito:

Proveer seguridad durante el transporte del quirófano al área de cuidados Post – Anestésicos. Vigilar al paciente por cambios en su condición Post – operatoria, al salir del quirófano.

Procedimiento:

La enfermera circulante, el médico cirujano, la instrumentista y el médico anestesiólogo son responsables de preparar al paciente después de terminada la cirugía, para pasarlo a la camilla de recuperación.

La enfermera es responsable de mantener al paciente en la camilla con los barandales elevados, limpios y cómodos.

Limpiar y secar la piel.

Buscar la camilla para transportar al paciente.

Si el paciente recibe anestesia general y está en condiciones de moverse de la mesa de operaciones a la camilla de transporte, se le orienta para que se movilice de una cama a otra. La enfermera circulante se ubica detrás y en medio de la camilla de transporte.

La instrumentista u otro miembro del equipo se ubicará a los pies de la camilla. El anestesiólogo se ubicará en la cabecera del paciente.

El cirujano se colocará frente a la enfermera circulante y asistirá al paciente para pasarse a la camilla.

Al paciente que recibe anestesia regional se le colocará un rodillo para ayudarlo a moverse de una cama a otra.

El anestesiólogo es responsable de informar la condición del paciente, procedimiento realizado u otro detalle importante relacionado con la cirugía, a la enfermera encargada de sal sala de cuidados Post -–anestésicos.

Los pacientes que son intervenidos bajo los efectos de anestesia local no serán transferidos al área de cuidados Post – anestésico.

# Estimación de Perdidas de Sangre en el Quirofano

Durante las cirugías mayores se cuantificará toda perdida de sangre o fluidos corporales, mediante la observación del recipiente destinado a tal fin.

Propósito:

Establecer y diseñar un sistema para cuantificar la perdida de sangre en el quirófano. Determinar y justificar el volumen de sangre a reemplazar.

Evaluar la cantidad de sangre perdida por el paciente durante el procedimiento quirúrgico.

Procedimiento:

Utilizar el método de estimado visual para cuantificar la pérdida de sangre durante el procedimiento quirúrgico.

La tabulación de la pérdida de sangre se hará colocando en un sitio visible las vendas y gasas impregnadas en sangre, para ser visualizadas por el anestesiólogo, y se confirmará la pérdida con el método de pesado con balaza calibrada.

Para el registro de pérdida de sangre se proporcionará al anestesiólogo información sobre las cantidades de solución salina vertida, fluidos contenidos en el frasco de solución y solución salina sobrante.

# Manejo de Cadáver

Todo paciente que fallezca en el Salón de Operaciones será preparado, identificado y enviado a la morgue por el trabajador manual del servicio de urgencias.

Propósito:

Brindar cuidados de enfermería Post – mortem al paciente que muera en el Salón de operaciones.

Procedimiento:

Tan pronto el médico certifica la muerte, la enfermera desconecta tubos, sondas. Férulas u otros aditamentos.

Desvestir y limpiar el cuerpo, si fuese necesario. Taponar los orificios naturales del cadáver con algodón.

Acomodar el cuerpo del paciente en posición dorsal. Cerrarle ojos y boca. Si la mandíbula está caída, sujetarla con una venda colocada alrededor de la cara.

Colocar una etiqueta en el dedo gordo del pie beneficiario del cadáver. Otra sobre el pecho, una vez envuelto y; la tercera , entregarla a la persona que los transporta.

Ordenar el expediente. Registrar con tinta roja la hora del deceso y el nombre del médico que certificó la muerte.

Sacar la hoja de admisión y anotar fecha y hora de la muerte del paciente. (con tinta roja). Cuando el cadáver esté preparado, la enfermera circulante notificara para su transporte a la morgue.

# Desinfección y Esterilización Método de Descontaminación:

Todo material y equipo que no pueda someterse a los métodos de esterilización en el área quirúrgica se desinfectará antes de utilizarse, cumpliendo con los principios y técnicas establecidas.

Propósito:

Aplicar procedimientos de desinfección y esterilización estandarizados.

Prevenir o detener la proliferación de bacteria en la superficie del cuerpo humano y las superficies inanimadas.

Procedimiento:

Desinfección del área operatoria:

La enfermera circulante debe vigilar el cumplimiento de los procedimientos y técnicas establecidas para la desinfección de la piel(ver procedimientos correspondientes).

Desinfección del instrumental limpio:

El instrumental y las superficies que no puedan esterilizarse deberán desinfectarse, para eliminar la mayor cantidad posible de microorganismos.

Los productos que se utilizarán para la desinfección del instrumental quirúrgico deben ser de las categorías SIDAS.

Leer la etiqueta y cumplir con las indicaciones del fabricante (los requisitos de los agentes químicos varían).

Limpiar y secar todo instrumento antes de sumergirlo en el agente desinfectante.

Rotular el envase después de activar la solución: nombre de la solución desinfectante, fecha y hora de activación, nombre de la persona que realizó la preparación.

Mantener el recipiente cerrado con tapa (la bandeja debe estar estéril).

Utilizar los agentes químicos autorizados para la desinfección de instrumentos: Compuestos colorados (1.10 – 30 minutos) / Glutaraldehido activo (10 minutos).

# Descontaminación del instrumento sucio:

A todo instrumental y el equipo utilizado durante una cirugía, se le aplicarán los pasos estipulados para su Descontaminación.

Propósito:

Disminuir la proliferación de microorganismos en el ambiente. Prevenir posibles riesgos de contaminación al ambiente y el personal. Asegurar que todo el instrumental quede limpio después de ser descontaminado.

Procedimiento:

Sumergir el instrumental en solución enzimática por 10 minutos. Enjuagar el instrumental con agua.

Sumergirlo en solución desinfectante por 30 minutos. Cepillar el instrumental con jabonadura de Alconox. Enjuagar con agua.

Secar individualmente el instrumental.

# Esterilización a Vapor

Todo material y equipo utilizado durante una intervención quirúrgica, estará debidamente estéril según norma establecida.

Propósito:

Destruir todo microorganismo patógeno, incluyendo las esporas. Garantizar seguridad al paciente al ser intervenido.

Procedimiento:

Enfermera quirúrgica y auxiliar instrumentista: Realizar al secado del instrumental a esterilizar.

Arreglar el instrumental en la bandeja asignadas, en orden definido. Colocar los instrumentos pesados en la parte inferior de la bandeja.

Abrir los instrumentos para permitir que el vapor entre en contacto con todas las superficies. Los instrumentos filosos y delicados se colocan en la parte superior.

Las bandejas no deben exceder el número de 100 instrumentos. Para garantizar el secado.

Colocar indicador químico en la parte interna de la bandeja o bulto.

Identificar el paquete con: nombre de la bandeja, nombre de la persona que utiliza la bandeja, nombre de la persona que prepara la bandeja y fecha de vencimiento.

Cumplir con la norma establecida para empacar y señalar la fecha de vencimiento del material y equipo.

Utilizar para empacar solamente: tela de algodón, papel crepé, papel Chex – all.

# Higiene Ambiental

En todos los quirófanos se realizarán los procedimientos de limpieza de acuerdo a normas establecidas, por parte de trabajadores manuales capacitados, antes, durante y después de cada intervención quirúrgica; al finalizar la jornada semanal o mensual.

Propósito:

Disminuir los riesgos de infecciones nosocomiales para el paciente quirúrgico y el personal. Proporcionar un ambiente seguro al paciente y al personal.

Establecer un sistema disciplinario para la limpieza de las áreas quirúrgicas.

Procedimiento: Limpieza Preliminar:

Limpiar los pisos según procedimientos establecidos.

Colocar bolsas plásticas en los cubos rodantes del anestesiólogo e instrumentista. Colocar el mobiliario en su lugar.

Limpieza Durante la Cirugía:

Si ocurren derrames o salpicaduras de material orgánico (sangre, esputo, etc.) durante la cirugía, desinfectar el área con solución de alto nivel de acción.

La enfermera circulante mantendrá el quirófano ordenado.

Limpieza Después de la Intervención Quirúrgica:

Después de salir el paciente del quirófano, se procederá a recoger la basura de los cubos rodantes y cestos de papeles, reemplazarlos por otros limpios.

Mantener cerrada la bolsa de ropa sucia. Trapear con solución clorada (1:10).

Reemplazar las bolsas de succión por otras limpias.

Desinfectar con solución de alto nivel de acción todo el mobiliario y las paredes.

Limpieza al Finalizar la Jornada: Repetir los pasos del punto anterior.

Antes de trapear con solución clorada (1:10), remover el mobiliario y aspirar todo el quirófano, para recoger los desechos sólidos.

Lavar diariamente los lavamanos quirúrgicos, aerófobos y regaderas con farola.

Limpiar las paredes alrededor de los lavamanos quirúrgicos y quitando la película producida por la solución jabonosa.

Trapear el piso de los pasillos y áreas adyacentes con solución clorada. Limpieza Semanal o Mensual:

La supervisora y la jefe son responsables de vigilar que se realice la limpieza en forma regular cada semana o mes. Al efecto llevará en registro de limpieza.

# Normas de Seguridad

Salón De Operaciones: Responsabilidad de la Jefe de Enfermería del Salón de Operaciones.

Propósito:

Implementar medidas de seguridad para evitar accidentes que pongan en riesgo tanto al paciente como al personal.

Brindar seguridad y protección al paciente y al personal en su labor en el Salón de Operaciones. Supervisar las actividades de seguridad y salud, efectuar inspecciones periódicas y enviar el informe correspondiente a las autoridades competentes.

Vigilar la utilización y aplicación de métodos de prevención de accidentes, con base en los principios de manejo de seguridad.

Solicitar supervisión de apoyo ara diagnosticar problemas.

Asegurar el adiestramiento del personal en materia de seguridad (manejo de extinguidos de incendios, etc.)

# Evitar Fuego y Explosiones

Toda persona que labora en el Salón de Operaciones tomará las medidas de seguridad indicadas al utilizar los materiales y equipos durante los diferentes procedimientos, para evitar incendios y explosiones en el área.

Propósito:

Disminuir o evitar posibles incendios y explosiones en el Salón de Operaciones.

Proporcionar seguridad tanto al personal que labora en el Salón de Operaciones como al paciente sometido a una cirugía.

Procedimiento:

Conocer que los anestésicos mezclados con oxígeno son explosivos y peligrosos.

Mantener alejada las posibles fuentes de fricción cuando se usan anestésicos y desinfectantes combustibles.

No se permitirán mantas de lana en los quirófanos.

Todo equipo debe revisarse mensualmente para comprobar que está en buenas condiciones y que no ofrece peligro por falta de reparación o mantenimiento.

# Uso de la Unidad de Electrocirugía

A todo paciente que amerite el uso de la unidad de electro – cirugía se le brindara protección y seguridad para disminuir y/o evitar riegos de quemaduras. Lo mismo se hará con el personal que realiza el procedimiento.

Propósito:

Ofrecer al paciente un método moderno y eficaz para realizar corte y hemostasia durante el procedimiento quirúrgico.

Reducir riesgo de quemaduras al paciente y al personal durante el manejo de la unidad de electro

– cirugía.

Evitar riesgos de complicaciones en pacientes con marcapasos.

Procedimiento:

Verificar y revisar todo el equipo a usarse antes de comenzar el procedimiento. Notificar cualquier deficiencia o defecto identificado (responsabilidad de la circulante).

Determinar si el paciente está usando marcapaso.

Aplicar el lubricante adecuado a la plancha de metal (responsabilidad de la circulante). Las planchas desechables no necesitan lubricación.

# Uso del Equipo de Rayo X

Todo el personal del Salón de operaciones aplicará las medidas de seguridad durante la exposición del paciente a Rayos X.

Proposito:

Disminuir el riego de sobre – explosión durante el procedimiento quirúrgico.

Garantizar una exposición reducida de radiación tanto al paciente como al personal del Salón de Operaciones.

Procedimiento:

Todo personal deberá portar docímetro cuando se le asigne a un quirófano donde se tomarán radiografías.

El personal utilizará delantales protectores durante los procedimientos que contemplen el uso de Rx.

Al personal femenino en estado de gestación no se le asignarán casos donde se contemple el uso de radiaciones. Si al estar de turno es necesario hacerlo, deberán salir del quirófano. Al utilizar el brazo en C. Se relevará a la embarazada.

# Uso de Equipo Eléctrico

Todo personal eléctrico que sea llevado al Salón de Operaciones debe ser inspeccionado antes de su uso por el Servicio de Biomédica.

Propósito:

Disminuir y/o evitar riesgos de accidentes en el paciente y el personal, durante la utilización de equipo eléctrico en el Salón de Operaciones.

Procedimiento:

El personal asignado por Biomédica al Salón de Operaciones, efectuará inspecciones programadas de todo el equipo eléctrico.

# Normas de Utilización de las Instalaciones del Salon de Operaciones

**Anestesiologia**

Sus médicos son los únicos autorizados por ley apara administrar y monitorizar los diferentes métodos y técnicas anestésicas en nuestro hospital. Cubren los diferentes quirófanos que se utilizan las 24 horas del día.

El servicio de anestesiología utiliza las diferentes técnicas y métodos de la anestesiologia moderna brindado así confiabilidad y seguridad en los diversos planos anestésicos del paciente que será sometido a todo tipo de cirugía.

**Tipos de Anestesia:** General Orotraqueal. General Nasotraqueal. General Bajo Máscara. General Endovenosa. Regional:

5.1- Anestesia Epidural.

5.2- Anestesia Raquídea. 5.3- Bloqueo de Nervios.

Local mas sedación.

# Especialidades Medico Quirúrgica en la cual el Servicio de Anestesiología brinda sus Servicios

Cirugía Oncológica, Radioterapia, Cirugía Reconstructiva, Ginecología Oncológica, y Urología.

Además de apoyar a estos Servicios, el Servicio de Anestesiología tiene que atender: Recobro, Premedicación Anestésica de los pacientes programados para cirugía, Clínica Prequirúrgica que es la atención de pacientes de cirugías ambulatorias y de Hospitalización, Consulta Externa, Interconsultas, Clínica del Dolor, Endoscopía y Radiología.

# Horario de Inicio y Terminación de las Cirugías Electivas:

7:30 A.M. 2.00 P:M

# Horario de Urgencias:

Las 24 horas del Día.

# Servicios Quirúrgicos

Únicamente están autorizados a efectuar procedimientos quirúrgicos dentro del ION, los médicos funcionarios nombrados en la institución. Si se necesita utilizar los servicios de médicos de otras instituciones, ya sea por tratarse de técnicas quirúrgicas novedosas dentro del programa de capacitación en servicio, o de una especialidad médico quirúrgica con la que no contamos, los respectivos jefes del Servicio Quirúrgico y del Salón de Operaciones deberán elevar la solicitud a la Dirección de Docencia e Investigación en el primer supuesto y a la Dirección General en ambos casos.

# Servicio de Cirugía Oncológica

Son los únicos autorizados para realizar cirugías Oncológicas en nuestras instalaciones, desde Diagnósticos hasta de Tratamientos y si necesitan utilizar los servicios de alguna especialidad médico quirúrgica que no tenemos en nuestro hospital, procederán a solicitar permiso a las autoridades correspondientes por conducto de los Jefes de los Servicios de Cirugía y del Salón de

Operaciones y éstos cirujanos invitados entrarán a operar bajo la supervisión de un Médico Cirujano Oncólogo de nuestra institución.

Se realizan todo tipo de cirugías oncológicas radicales o no de cabeza y cuello, aparato digestivo, tejidos blandos y óseos, mamas, reconstrucciones mamarías, Injertos, Colgajos de Rotación, Reparaciones Quirúrgicas, etc.

# Días de Cirugías

Tres días el Servicio de Cirugía Oncológica y dos(2) días a la semana Cirugía Reconstructiva.

# Hora de Inicio y Terminación de las Cirugías Electivas

7:30 A.M. - .2.00 P.M.

# Horario de Urgencias

Las 24 horas del día.

# Servicio de Ginecología Oncológica

Al igual que los demás servicios médicos que usan las instalaciones del Salón de Operaciones del Instituto Oncológico Nacional son las únicas autorizadas para realizar procedimientos ginecológicos en nuestra institución y al igual que los otros servicios de requerir apoyo de médicos de especialidades que no tenemos aún solicitaran permiso a las autoridades correspondientes por conducto del Jefe de Ginecología y el Jefe del Salón de Operaciones.

Efectúan procedimientos ginecológicos radicales o no de órganos y estructuras que conforman el aparato genital femenino y de la lactancia.

# Cono con Rayo LASER

Habrá un quirófano especialmente habilitado para realizar Conos con Rayo LASER y Asa Diatérmica, que necesitarán sedación o anestesia general.

# Quirófanos para Cirugías asignados a Ginecología Oncológica

Son los martes y jueves con dos(2) quirófanos y los miércoles con un(1) quirófano realizar sus cirugías ginecológicas.

# Horarios de Cirugías Electivas

7:30 A.M. - 2.00 P.M.

# Horario de Cirugías de Urgencias

Las 24 horas del día.

# Servicio de Urología Oncológica

Los médicos de este servicio son los únicos autorizados para realizar procedimientos urólogos oncológicos en nuestro hospital.

Realizar todo tipo de cirugías urológicas radicales, desde Citoscopia, Biopsia de Próstata, Uretrotomia, Biopsia de Pene, Prostatectomia, Radical, Linfadenectomia, R.T.U., Colocación de Catéter doble J, Orquiectomia, Biopsia de Testículo, Penectomia.

Al igual que las otras especialidades, de necesitar el apoyo de otro cirujano que no labora en nuestro hospital deben solicitar el permiso a las autoridades respectivas ( Jefe del Servicio de Urología, Jefe del Salón de Operaciones).

# Dias Asignados en el Salon de Operaciones

Son los martes y jueves

# Horario de Cirugías Electivas

7:30 A.M. - 2.00 P.M.

# Horario de Cirugías de Urgencias

Las 24 horas del día.

# Normas Generales de la Sala de Recuperacion de Anestesia Definición y Fines

La Sala de Recuperación se encuentra ubicada en el área de pabellones quirúrgicos. Esta sala depende administrativamente del Servicio de Anestesia.

El Jefe médico directo es el Jefe del Servicio de Anestesia o la persona que el designe. Tendrá una capacidad de ocho(8) camas y laborará veinticuatro (24) horas continuas todos los días.

En esta sala se vigilará el período postanestésico inmediato y se atenderán pacientes quirúrgicos que ameriten cuidados intensivos cuando la Unidad de Cuidados Intensivos no los pueda atender por sobredemanda.

# Disposiciones Generales

* 1. La Sala de Recuperación de Anestesia está directamente bajo la jefatura del Servicio de Anestesiología.
  2. El personal de Enfermería de la sala, dependerá del Departamento de Enfermería, en perfecta coordinación con la jefatura de Anestesiología.
  3. El personal médico será responsable de la atención médica y contará con la ayuda y colaboración del personal de Enfermería.
  4. El personal de Enfermería, tendrá la obligación de solicitar ayuda y colaboración a los médicos para la correcta aplicación de los tratamientos y procedimientos en los que tengan dudas.
  5. Todo paciente que se traslade a su cuarto será llevado por el Trabajador Manual y acompañado por el personal de Enfermería.
  6. El personal acatará lo dispuesto en este Reglamento, por el Reglamento del Hospital y por los Reglamentos y Normas de Enfermería vigentes.
  7. El personal que labora en la Sala de Recuperación de Anestesia y Cuidados Intensivos, deberá usar una bata encima de su uniforme, la cual se quitará al salir de la sala.
  8. El personal no entrará al área blanca del quirófano.
  9. En el área de la sala se guardará completo silencio, no se podrá fumar, ni tomar alimentos.
  10. El personal que labora en esta sala sólo podrá entrar en casos especiales y tendrá que cubrirse con una bata.
  11. No se permitirán visitas en esta área.
  12. Cualquier norma no establecida en este Reglamento quedará a juicio de los Jefes Médicos y de Enfermería, a los cuales se consultará en casos de duda.

# Tipo de Atención

Los pacientes que serán atendidos en esta sala serán:

Postoperatorios inmediatos de anestesia general y bloqueos regionales (espinal o epidural). Estos pacientes permanecerán en esta sala un mínimo de dos(2) horas o más.

Postoperatorio de veinticuatro(24) horas: Las cirugías radicales, en cualquier tipo de paciente, cirugías de más de tres(3) horas y de pacientes con riesgo anestésico III o más, pacientes con problemas médico generales tales como: Cardiopatías, problemas respiratorios, metabólicos, endocrinos, hemodinámicos, DHE y ácido base, etc. siempre y cuando la UCI no tenga capacidad

Pacientes quirúrgicos de las salas que presenten problemas o complicaciones cardiológicas o respiratorias, etc.; siempre y cuando la UCI no atenga capacidad en estos casos, el anestesiólogo de turno o el Jefe del Servicio, darán la autorización y tomarán las medidas necesarias para trasladar al paciente a la sala.

Los pacientes de las salas que ingrese para recuperación anestésica, deberán ser anotados en el libro de registro de pacientes, se les llenará la hoja de recuperación anestésica, las constantes vitales y monitorizado por el personal de Enfermería.

# Criterios para el Traslado de Pacientes

Los pacientes de recuperación de anestesia serán enviados a su sala o a la casa por la enfermera, solo si su índice de recuperación es de diez(10); en caso contrario, consultarán al anestesiólogo responsable del caso o al de turno después de las 3:00 PM

Los pacientes post – operados que ingresen para vigilancia de veinticuatro(24) horas o más, serán enviados a su sala a primeras horas de la mañana previa autorización del anestesiólogo y del cirujano o residente del caso.

En cualquier caso, el médico responsable del caso, podrá ordenar el traslado del paciente a su cuarto a cualquier hora, siempre que estén de acuerdo con el anestesiólogo encargado.

El responsable directo del paciente es el médico cirujano que realizo el procedimiento quirúrgico. El anestesiólogo es responsable de la recuperación y de los cuidados básicos vitales La jefatura de anestesia o sus funcionarios médicos se encargarán de la parte administrativa que incluye: Solicitud de Equipo, Materiales y Medicamentos, Vigilancia del buen uso del Equipo Médico y su Mantenimiento y Reparación. También, colaborará con los funcionarios responsables del caso, en la aplicación de procedimientos especiales de resucitación, cuidados respiratorios y manejo intensivo del paciente.

# Disponibilidad Medica

El orden de llamadas que haga el personal de enfermería será el siguiente:

Para pacientes de recuperación de anestesia el horario de 7:00 AM a 3:00 PM, se llamará al anestesiólogo que atendió el caso. En horario de 3:00 PM a 7:00 AM, sábado, domingo y días feriados, se llamará al anestesiólogo de turno.

Si el paciente presentara problemas quirúrgicos tales como sangrado, dehiscencia, hematomas, dolor, etc., se notificará al cirujano del caso. En todo caso, se notificará primero al anestesiólogo de turno.

Para pacientes que permanecerán veinticuatro (24) horas o más, se notificará al Jefe del Servicio de Anestesiología.

Si fuera problema de anestesia durante este período tales como depresión respiratoria, arritmias, etc., se le notificará al anestesiólogo que atendió el caso, si es en el horario de 7:00 AM a 3:00 PM; después de las 3:00 PM, se notificará al anestesiólogo de turno.

# Normas y Responsabilidades del Personal de Enfermería del Quirófano Enfermera Básica

Titulo Oficial del Puesto: Enfermera Básica.

Título Funcional de Puesto: Enfermera Instrumentista.

Resumen de Responsabilidades

La enfermera instrumentista es la persona capacitada para instrumentar, circular en los procedimientos que se realizan en el Salón de Operaciones bajo la supervisión de la enfermera administrativa, docente y de investigación que se le asignen.

Funciones Especificas Administrativas

1. Cumplir con las asignaciones que la enfermera jefe del Salón de Operaciones le señale.
2. Utilizar y conservar adecuadamente el equipo y material del Salón de Operaciones.
3. Mantener buenas relaciones personales e ínter departamentales.
4. Cumplir con los reglamentos, normas y disposiciones del Departamento de Enfermería y del Salón de Operaciones.
5. Asistir a reuniones planeadas por la enfermera jefe del Salón de Operaciones y a las que le asigne el Departamento de Enfermería.
6. Reemplazar a la enfermera jefe del Salón de Operaciones en casos de enfermedad, ausencia, incapacidad y vacaciones de la misma.

Cuidado Directo

1. Colaborar en los procedimientos que se realizan al paciente en el Salón de Operaciones.
2. Mantener informada a la jefe del Salón de Operaciones sobre cualquier interrupción en los planes de atención quirúrgica.
3. Brindar atención a los pacientes según los procedimientos que se le asignen.
4. Ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales si la situación así lo requiere.

Docente

1. Orientar al paciente en relación a la posición recomendada para llevar a cabo la investigación quirúrgica si la situación lo requiere.
2. Colaborar en la orientación del personal.
3. Participar en la educación en servicio.

Investigación

Colaborar con el jefe de sala en las investigaciones que se realicen dentro del área.

# Instrumentista

1. Ayudar a la circuladora, en el abastecimiento de lo necesario para realizar su trabajo.
2. Es la responsable, junto con la circuladora, de que el mobiliario, aparatos y equipos en general del Salón de Operaciones, a la cual haya sido asignada, estén en condiciones de dar el mejor servicio.
3. Después de completar el cepillado adecuado, y de colocarse la bata y guantes, preparar el instrumental, material de suturas, soluciones, vendas, gasas y en general, todo lo necesario para la cirugía.
4. Es necesario que reciba y cuente, de acuerdo con la circuladora, las vendas, gasas, agujas de sutura, para evitar el olvido de ese material dentro del paciente, en el momento de la cirugía.
5. Es la responsable de revisar los instrumentos y materiales, para asegurarse de que todo está completo.
6. Ayudará al equipo médico a vestirse con ropa estéril.
7. Ayudar a efectuar la antisepsia del campo operatorio.
8. Ayudar a la colocación del campo operatorio.
9. Es la responsable de conocer los tiempos quirúrgicos, con el objeto de anticiparse a las necesidades del cirujano.
10. Es la responsable durante la cirugía de proporcionar al cirujano, en todo momento el instrumento limpio.
11. Debe mantener el instrumento ordenado en el curso del acto quirúrgico.
12. Seguir estrictamente las técnicas asépticas operatorias.
13. Es la responsable de entregar a la circuladora los especimenes para estudios histopatológicos.
14. Vigilar que se cumpla con las normas respectivas en los casos sépticos.
15. Al terminar la cirugía deberá permanecer estéril conjuntamente con los instrumentos, hasta que el paciente abandone el Salón de Operaciones.
16. Una vez haberse quitado la bata, es la responsable de entregar el instrumental utilizado en la cirugía, a la acción de preparación de instrumentos.

# Circuladora

1. Junto con la instrumentista, será responsable de que el mobiliario y equipo en general, del Salón de Operaciones al que esté asignada estén en condiciones de ser utilizados.
2. Proporcionar a la instrumentista, todo el material y equipo necesario para la cirugía.
3. Ayudar al equipo médico a vestirse con la ropa estéril.
4. Es la responsable del recuento de gasas y vendas, antes de cerrar cavidad, avisando a la instrumentista del resultado obtenido de dicha cuenta.
5. Es la responsable de mandar a traer el paciente que va a ser intervenido.
6. Recibir al paciente e identificarlo, de acuerdo a la documentación respectiva.
7. Mantener en orden el mobiliario, la iluminación correcta de acuerdo con las necesidades del cirujano.
8. Procurar que los instrumentos que se contaminen durante la cirugía, sean retirados del campo operatorio.
9. En casos sépticos, procurará que se realice lo que especifica las normas señaladas.
10. Debe permanecer siempre en el Salón de Operaciones, a menos que sea muy necesario que abandone el salón.
11. Ayudar el cuerpo médico, a la colocación de apósitos.
12. Oportunamente dará aviso al trabajador manual, en el momento en que esté por terminar la operación, para que traiga la camilla de traslado del paciente.
13. Colaborar con el resto del personal, en la colocación del paciente en la camilla.
14. Recibir los especimenes para el estudio histopatológico, los envasará y etiquetará debidamente.
15. Es responsable conjuntamente con la instrumentista, de dejar limpio y en orden el Salón de Operaciones al terminar la cirugía.

# Auxiliar Instrumentista

Titulo oficial del puesto: Auxiliar de Enfermería. Titulo funcional del puesto: Auxiliar de Enfermería.

Resumen de Responsabilidades

La auxiliar instrumentista es la persona debidamente capacitada para instrumentar, circular en los procedimientos que se realizan en el Salón de Operaciones bajo la supervisión de la enfermera jefe del Salón de Operaciones, participar además en actividades administrativas, docente y de investigación que se le asignen.

Funciones Especificas Administrativas

Cumplir con las asignaciones que la enfermera jefe de la sala de operaciones le señale. Utilizar y conservar adecuadamente el equipo y material del salón de operaciones.

Mantener buenas relaciones personales e interdepartamental.

Cumplir con los reglamentos, normas y disposiciones del departamento de enfermería y del salón de operaciones.

Asistir a reuniones planeadas por la enfermera jefe del salón de operaciones y a la que le asigne el Departamento de Enfermería.

Cuidado Directo

Colaborar en los procedimientos que se le realizan al paciente en el salón de operaciones. Mantener informada a la jefe del salón de operaciones sobre cualquier interrupción en los planes de atención quirúrgica.

Brindar atención a los pacientes según los procedimientos que se le asigne.

Ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales si la situación así lo requiere.

Docente

Orientar al paciente en relación a la posición recomendada para llevar a cabo la intervención quirúrgica si la situación lo requiere.

Investigación

Colaborar con el jefe de las salas investigaciones que realicen dentro del área.

Actividades del Instrumentista

1. Ayudar a la circuladora, en el abastecimiento de lo necesario para realizar su trabajo.
2. Es la responsable, junto con la circuladora, de que el mobiliario, aparatos y equipo en general del Salón de Operaciones a la cual haya sido asignada, estén en condiciones de dar el mejor servicio.
3. Después de complementar el cepillado adecuado, y de colocarse la bata y guantes, preparará el instrumental, material de suturas, soluciones, vendas, gasas y en general, todo lo necesario para la cirugía.
4. Es necesario que reciba y cuente, de acuerdo con la circuladora, las vendas, gasas, agujas de sutura, para evitar el olvido de este material dentro del paciente, en el momento de la cirugía.
5. Es la responsable de revisar los instrumentos y materiales para asegurarse de que todo está completo.
6. Ayudará al equipo médico a vestirse con ropa estéril.
7. Ayudar a efectuar la antisepsia del campo operatorio.
8. Es la responsable de conocer los tiempos quirúrgicos, con el objeto de anticipar a las necesidades del cirujano.
9. Debe mantener el instrumental ordenado, en el curso del ato quirúrgico.
10. Seguir estrictamente las técnicas asépticas operatorias.
11. Es la responsable de entregar a la circuladora los especímenes para estudios histopatológicos.
12. Vigilar que se cumpla con las normas respectivas en los campos sépticos.
13. Al terminar la cirugía deberá permanecer estéril conjuntamente con los instrumentos, hasta que el paciente abandone la sala de operaciones.
14. Una vez haberse quitado la bata, es la responsable de entregar el instrumental utilizado en la cirugía, a la sección de preparación de instrumentos.

Actividades del Circulador

1. Junto con la instrumentista, será responsable de que el mobiliario y equipo en general, del salón de operaciones al que esté asignada, estén en condiciones de ser utilizados.
2. Proporcionar al instrumentista, todo el material y equipo necesario para la cirugía.
3. Ayudar al equipo médico a vestirse con la ropa estéril.
4. Es la responsable del recuento de gasas y vendas, antes de cerrar cavidad, avisando a la instrumentista del resultado obtenido de dicha cuenta.
5. Es la responsable de mandar a traer el paciente que va a ser intervenido.
6. Recibir al paciente e identificarlo de acuerdo a la documentación respectiva.
7. Mantener en orden el mobiliario, la iluminación correcta de acuerdo con las necesidades del cirujano.
8. Procurar que los instrumentos que se contaminen durante la cirugía, sean retirados del campo operatorio.
9. En casos sépticos, procurará que se realice lo que especifica las normas señaladas.
10. Debe permanecer siempre en el salón de operaciones, a menos que sea muy necesario que abandone el salón.
11. Ayudar al cuerpo médico, a la colocación de apósitos.
12. Oportunamente dará aviso al trabajador manual, en el momento en que esté por terminar la operación, para que traiga la camilla de traslado del paciente.
13. Colaborar con el resto del personal en la colocación del paciente en la camilla.
14. Recibir los especímenes para el estudio histopatológico, los envasará y etiquetará debidamente.
15. Es responsable conjuntamente con la instrumentista, de dejar limpio y en orden la sala de operaciones al terminar la cirugía.

# Técnico Instrumentista

Actividades

El Técnico Instrumentista tiene actividades de Instrumentista y Circulador.

Actividades Del Instrumentista

1. Ayudar a la circuladora, en el abastecimiento de lo necesario para realizar su trabajo.
2. Es la responsable junto con la circuladora, de que el mobiliario, aparatos y equipos en general del salón de operaciones, a la cual haya sido asignada estén en condiciones de dar el mejor servicio.
3. Después de complementar el cepillado adecuado, y de colocarse la bata y guantes, preparará el instrumental, material de sutura, soluciones, vendas, gasas y en general, todo lo necesario para la cirugía.
4. Es necesario que reciba y cuente de acuerdo con la circuladora, las vendas, gasas, agujas de sutura, para evitar el olvido de este material dentro del paciente en el momento de la cirugía.
5. Es la responsable de revisar los instrumentos y materiales para asegurarse de que todo está completo.
6. Ayudará al equipo médico a vestirse con ropa estéril.
7. Ayudar a efectuar la antisepsia del campo operatorio.
8. Ayudar a la colocación del campo operatorio.
9. Es la responsable de conocer los tiempos quirúrgicos, con el objeto de anticiparse a las necesidades del cirujano.
10. Es la responsable, durante la cirugía de proporcionar al cirujano en todo momento el instrumental limpio.
11. Debe mantener el instrumental ordenado, en el curso del acto quirúrgico.
12. Seguir estrictamente las técnicas asépticas operatorias.
13. Es la responsable de entregar a la circuladora los especímenes para estudios histopatológicos.
14. Vigilar que se cumpla con las normas respectivas en los casos sépticos.
15. Al terminar la cirugía deberá permanecer estéril conjuntamente con los instrumentos, hasta que el paciente abandone la sala de operaciones.
16. Una vez haberse quitado la bata, es la responsable de entregar el instrumental utilizado en la cirugía a la sección de preparación de instrumentos.

Actividades del Circulador

1. Junto con la instrumentista, será responsable de que el mobiliario y equipo en general, del salón de Operaciones estén en condiciones de ser utilizados.
2. Proporcionar a la instrumentista, todo el material y equipo necesario.
3. Ayudar al equipo médico a vestirse con ropa estéril.
4. Es la responsable del recuento de gasas y vendas, antes de cerrar cavidad, avisando a la instrumentista del resultado obtenido de dicha cuenta.
5. Es la responsable de mandar a traer en paciente que va a ser intervenido.
6. Recibir al paciente e identificarlo, de acuerdo a la documentación respectiva.
7. Mantener en orden el mobiliario, la iluminación correcta de acuerdo con las necesidades del cirujano.
8. Procurar que los instrumentos que se contaminen durante la cirugía, sean retirados del campo operatorio.
9. En casos sépticos, se procurará que se realice lo que especifica las normas señaladas.
10. Debe permanecer siempre en el salón de operaciones, a menos que sea muy necesario que abandone el salón.
11. Ayudar al cuerpo médico, a la colocación de apósitos.
12. Oportunamente dará aviso al trabajador manual, en el momento en que esté por terminada la operación, para que traiga la camilla de traslado de paciente.
13. Colaborar con el resto del personal, en la colocación del paciente en la camilla.
14. Recibir los especímenes para el estudio histopatológico, los envasará y etiquetará debidamente.
15. Es responsable conjuntamente con la instrumentista, de dejar limpio y en orden la sala de operaciones al terminar la cirugía.

# Enfermera General

Titulo Oficial del Puesto: Enfermera Básica.

Titulo Funcional del Puesto: Enfermera de Recuperación de Anestesia.

Resumen de Responsabilidades

La enfermera de la sala de recuperación de anestesia, es la responsable de planear, organizar, dirigir, controlar y evaluar las funciones administrativas y los planes de atención post- quirúrgicos que se brinda al paciente en la sala de recuperación de anestesia; dirigir y coordinar las acciones del personal que labora bajo su cargo.

Participar en programa de educación en servicio; contribuir al desarrollo personal y profesional del personal bajo su cargo, colaborar con investigaciones dentro del área de Recuperación de Anestesia para mejorar para mejorar la cantidad de atención post-quirúrgica que se le brinde al paciente.

Funciones Administrativas

1. Planear, organizar y evaluar las funciones administrativas de la sala de recuperación de anestesia.
2. Velar por el cumplimiento de normas y disposiciones de la sala de recuperación de anestesia.
3. Velar por que se mantenga el equipo y material suficiente y en buenas condiciones.
4. Mantener comunicación con la enfermera jefe del Salón de Operaciones sobre las necesidades y atención de enfermería en la sala de recuperación de anestesia.
5. Participar en las reuniones programadas por el Departamento de Enfermería, o a la enfermera jefe del salón de operaciones.
6. Colaborar con la sección de educación en servicio, en la elaboración de normas y procedimientos relacionados con la sala de recuperación de anestesia.
7. Mantener un registro de la atención post-quirurgica que se le brinde al paciente en la sala de recuperación de anestesia.
8. Promover y mantener las relaciones interpersonales, e interdepartamentales.
9. Cumplir con el sistema de evaluación al personal a su cargo, establecido por el Departamento de Enfermería conjuntamente con la Jefe del Salón de Operaciones.
10. Establecer, sistema de supervisión continúa al personal bajo su cargo.

Cuidado Directo

1. Brindar atención directa al paciente port-quirurgico durante el período de recuperación de anestesia.
2. Dirigir, supervisar los planes de atención post-quirurgica que se le brinda al paciente en la sala de recuperación de anestesia.
3. Mantener un ambiente agradable, seguro y libre de riesgos para los pacientes y personal.
4. Mantenerse informada de la condición y atención de los pacientes.

Docente

1. Participar en los planeamientos y ejecución de los programas de Educación en Servicios para el personal.
2. Brinda orientación al personal nuevo, sobre las disposiciones, reglamento, normas y procedimientos de la sala de recuperación de anestesia y del salón de operaciones.

Investigación

1. Es la responsable de la recepción y de la entrega de turnos en lo que se refiere a personal, pacientes, equipo y material.
2. Realizar pedido de material a la farmacia, central de equipo y almacén, usando las formas correspondientes.
3. Mantener el control de narcóticos, según las normas establecidas.
4. Elaborar hoja de movimiento y condición de pacientes en cada turno.
5. Llevar un registro de los pacientes, que son enviados a la sala de recuperación de anestesia.
6. Mantener informado al cirujano de la condición del paciente en la sala de recuperación de anestesia.
7. Contribuir con el anestesiólogo o cirujano en la determinación del envío del paciente a su respectiva sala.
8. Supervisar el medio ambiente.
9. Cumplir otras actividades que emanen de sus funciones.

# Auxiliar de Enfermería

Título del puesto: Auxiliar de Enfermería.

Título funcional del puesto: Auxiliar de Enfermería en la sala de Recuperación de Anestesia.

Resumen de Responsabilidades

La auxiliar de Enfermería del área de Recuperación de Anestesia es la persona entrenada debidamente para realizar procedimientos del área de recuperación de anestesia bajo la

supervisión de la enfermera de la sala correspondiente, participa además en actividades administrativas, de atención directa, docente y de investigación que se le asigne.

Funciones Especificas Administrativas

1. Cumplir con las asignaciones que la enfermera del área de recuperación de anestesia le asigne.
2. Utiliza y conserva adecuadamente el equipo y material de la sala de recuperación de anestesia.
3. Mantener buenas relaciones interpersonales e interdepartamentales.
4. Asistir a reuniones planeadas por la enfermera jefe del salón de operaciones y las que le asigne la dirección de enfermería.
5. Cumplir con los reglamentos, normas y disposiciones del departamento de enfermería y de la sala de recuperación de anestesia.

Cuidado Directo

1. Colaborar en la atención, que se brinda al paciente en la sala de recuperación de anestesia.
2. Informar a la enfermera de la sala de recuperación de anestesia sobre cualquier interrupción en los planes de atención post-quirúrgica.
3. Ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales, si la situación así lo requiere.

Docente

Colaborar en la orientación del personal nuevo.

Investigación

Colaborar con las investigaciones que se realicen dentro del área.

Actividades

1. Recibir pacientes que llegan de la sala de operaciones.
2. Tomar signos vitales según normas de la sala de recuperación de anestesia.
3. Efectuar procedimientos especiales asignados en la atención del paciente post-quirúrgico.
4. Recibir útiles de la sala de recuperación de anestesia.
5. Colaborar en que el mobiliario, material y equipo de la sala de recuperación de anestesia, estén en condiciones de dar un mejor servicio.
6. Realizar la limpieza del material y equipo que se utilicen en la atención del paciente.
7. Ayudar en la preparación de material y equipo necesario.
8. Contribuir en el envío del material para ser esterilizado.
9. Abastecerse de lo necesario para realizar sus actividades.
10. Contribuir en el orden y limpieza de la sala de recuperación de anestesia.
11. Asistir al médico en algunos procedimientos que se realicen dentro del área para la atención del paciente.
12. Contribuir en la revisión del material y equipo de la sala de recuperación de anestesia e informar sobre cualquier anomalía.
13. Acompañar a los pacientes que son enviados a sus respectivas salas.
14. Desinfecta y arreglar las unidades que fueron utilizadas en la atención del paciente pos- quirúrgico.

# Trabajador Manual

Actividades

Las actividades del trabajador manual, están clasificadas como: las de mensajería, camillero y aseo dentro de la sala de operaciones.

Actividades del Camillero

1. Buscar los pacientes que van a ser intervenidos.
2. Colocar a los pacientes en la camilla de cirugía, y ponerlos en posición según el tipo de cirugía que se vaya a realizar.
3. Ayudar en la colocación de bolsas de orina a los pacientes.
4. Colocar cauterios, succión, lámparas, aros, pierneras, atriles que se utilicen en las cirugías y limpieza de las mismas.
5. Colocar el esparadrapo sobre los apósitos, del paciente intervenido.
6. Limpiar el equipo que se encuentra dentro de los quirófanos.
7. Limpiar y vestir las camillas de transporte de pacientes.
8. Transportar los pacientes de la sala de recuperación de anestesia a la sala correspondiente de ser necesario.
9. Colaborar en la mensajería del salón de operaciones si es necesario
10. Ayudar si es necesario en la esterilización de central de equipo.

Actividades de Mensajería

1. Sacar el material estéril del autoclave.
2. Llevar y traer la ropa de la lavandería que se utiliza en la sala de operaciones y recuperación de anestesia.
3. Realizar mensajería de la sala de recuperación de anestesia.
4. Esterilizar el material del salón de operaciones.
5. Cumplir las funciones de camillero, cuando se le ordene.
6. Llevar los especímenes que se extraen al paciente, a patología devolver sangre al Banco de Sangre y llevar guantes usados a Central de Equipo.
7. Ayudar en algunas actividades dentro de los quirófanos.

Actividades de Aseo.

1. Buscar la sangre, necesaria para los pacientes que van a ser intervenidos.
2. Ayudar en algunas mensajerías de la sala de operaciones y de recuperación de anestesia.
3. Limpiar las áreas de la sala de operaciones, recuperación de anestesia y endoscopía.
4. Limpiar algunos mobiliarios que la enfermera jefe de la sala de operaciones así lo asigne.
5. Buscar el almuerzo para el personal de la sala de operaciones.
6. Llevar toda la basura de la sala de operaciones al lugar del deshecho.

# El trabajador manual en el cuarto de equipo y preparación de material.

Resumen de Responsabilidades

La(el) trabajador manual en el cuarto de equipo y preparación de material, es la persona que realiza los procedimientos que se requieren en el cuarto de labores.

Funciones Específicas Administrativas:

1. Cumplir con las asignaciones que la enfermera jefe de la sala de operaciones le señale.
2. Mantener buenas relaciones personales e interdepartamentales.
3. Cumplir con los reglamentos, normas y disposiciones del departamento de enfermería y de la sala de operaciones.
4. Asistir a reuniones planeadas por la enfermera jefe de la sala de operaciones y a las que le asigne el Departamento de Enfermería.

Actividades

1. Es la persona responsable de que el mobiliario del cuarto de labores, los instrumentos y materiales estén en condiciones de dar un mejor servicio.
2. Preparar las bandejas con desinfectantes para recibir el equipo utilizado.
3. Realizar la desinfección y limpieza del material y equipo que se utilicen en las cirugías.
4. Hacer solicitud diaria de la ropa quirúrgica necesaria.
5. Doblar y preparar la ropa que es utilizada para la cirugía y el personal que labora en el salón de operaciones.
6. Selección de ropa quirúrgica para enviar a reparar.
7. Ayudar en la preparación de bandejas y material quirúrgico.
8. Recibir y entregar materiales de las diferentes salas para su esterilización con Oxido de Estileno.
9. Abastecer y preparar el material necesario para realizar sus actividades.
10. Mantener en limpio y orden el cuarto de preparación del material.
11. Lavar toallas y restringidores de sondas si es necesario.
12. Colocar las agujas estériles necesarias en el calentador.

# Capítulo VIII Programas

Los programas son estrategias y actividades encaminadas a resolver situaciones específicas mediante la integración multidisciplinaria de profesionales y técnicos de diferentes especialidades, dirigidos por un Jefe de Programa.

1. Unidad funcional de Patología Mamaria
2. Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor Oncológico
3. Unidad de Salud Mental
4. Comisión de Bioseguridad e Infecciones Nosocomiales
5. Comisión de Mitigación de Desastres.

# Unidad Funcional de Patología Mamaria

**Nombre de la Unidad: Unidad Funcional de Patología Mamaria**

**Definición de la Unidad.** Unidad multidisciplinaria responsable de la atención integral de los(as) pacientes con patología mamaria. Para ello, se encarga de la planificación de la estrategia diagnóstica, terapéutica, reconstructiva y rehabilitadora más adecuada para cada caso.

También se encarga de la revisión y actualización periódica del protocolo terapéutico, se exponen revisiones bibliográficas y se discuten, elaboran y deciden proyectos de investigación de iniciativa propia o propuestos por otros organismos.

# Propósito.

Modelo asistencial que facilita el contacto entre especialistas de diferentes Servicios en un espacio común, con la intención de conseguir una praxis médica óptima.

# Objetivos.

Mejorar la supervivencia y calidad de vida de los(as) pacientes mediante un diagnóstico rápido, un tratamiento más eficaz y una mínima morbilidad.

**Estructura y posición.** El Programa depende funcionalmente, de la Dirección General y los funcionarios integrantes dependen administrativamente, de sus respectivas unidades, las que los asignarán al programa de forma equitativa y en rotación peródica. Mantiene relaciones con todos los Programas de atención directa del paciente y con los Programas de apoyo que facilitan su atención.

Está integrado de la siguiente forma:

1. Coordinador del Programa
2. Servicios Médicos integrantes del Programa
   1. Cirugía Oncológica
   2. Ginecología Oncológica
   3. Cirugía Plástica y Recontructiva
   4. Oncólogía Médica
   5. Radio-Oncología
   6. Imaginología
   7. Patólogía
   8. Anestesiología
3. Servicios de Apoyo
   1. Salud Mental
   2. Medicina Paliativa
   3. Enfermería
   4. Farmacia
   5. Trabajo Social
   6. Fisioterapia y Rehabilitación
   7. Estadísticas y Registros Médicos

# Atribuciones

1. Planificar y programar el presupuesto anual para la adquisición de materiales y equipo.
2. Administrar en forma óptima los recursos asignados al programa.
3. Planificar las labores del Programa.
4. Coordinar con los departamentos los programas de docencia.
5. Mantener actualizado el archivo del Programa.
6. Velar por el cuidado y buen uso del equipo y material del Programa.
7. Proporcionar cuidados y tratamientos adecuados.
8. Mantener el registro diario de atención.
9. Realizar diariamente la estadística.
10. Contribuir en el fortalecimiento, actualización y mejoramiento profesional del personal.

**Área Física.** Por su especial función, desarrolla su actividad en las áreas del Instituto.

# Profesionales que actúan en la Unidad

* Médicos
* Enfermeras
* Psicólogos
* Técnicos
* Trabajadores Sociales

# Perfil del Cargo: Jefe – Coordinador del Programa

**Naturaleza del Trabajo:** Trabajo de dirección que consiste en planear, coordinar y supervisar las tareas propias del Programa.

# Tareas Típicas:

1. Planear, coordinar y supervisar las actividades del Programa.
2. Evaluar los resultados de las actividades prestadas por la Unidad.
3. Trazar las directivas de las actividades de la Unidad priorizando la racionalización y eficacia de los servicios prestados a los pacientes.
4. Distribuir tareas de la Unidad de manera uniforme y de acuerdo con la especialización del personal.
5. Proponer normas de trabajo de acuerdo con los patrones institucionales, nacionales e internacionales y conducir la Reunión Conjunta.
6. Dirigir y participar en reuniones técnicas, administrativas y científicas con el equipo multidisciplinario con miras a optimizar la competencia en el desarrollo del trabajo.
7. Mantenerse actualizado sobre la materia de su área a través de cursos de actualización.
8. Dirigir, supervisar, aprobar y hacer cumplir las guías o protocolos de Atención tanto médicos como técnicos que se aprueben para uso del Programa.
9. Cumplir y hacer cumplir las órdenes que emanen de las autoridades de la institución.

# Rutina de Atención en Consulta Externa

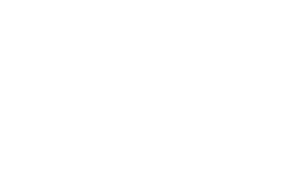
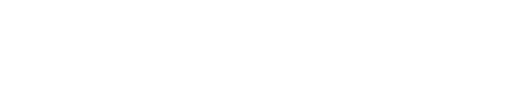
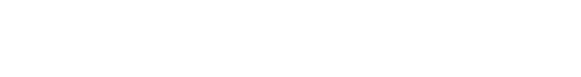
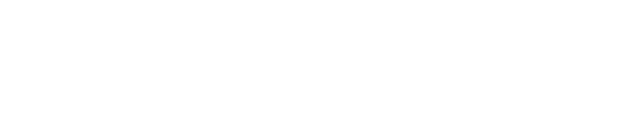
1. Todo paciente que va a ser atendido debe venir con una referencia médica en la que conste el diagnóstico histopatológico, las placas radiográficas o l aexistencia de una lesion palpable sugestivas de malignidad. Estas referencias serán revisadas por el Jefe del Programa quien autorizará la apertura del expediente y asignará la fecha de su primera atención.
2. La apertura de expedientes hará de 7 am a 3 pm de lunes a viernes. La atención de los pacientes será de 7am a 1pm y deben estar citados y aparecer en el listado diario de pacientes.
3. Los pacientes que no tengan cita se podrán atender de manera extraordinaria, a juicio del Jefe del Programa, siempre y cuando esto no interrumpa la atención de los pacientes citados y su condición médica o social así lo justifique.
4. La atención de pacientes se hará por orden de llegada, procurando asignar en diferente horario, de tal forma que no se acumulen todos a la misma hora y se pueda cumplir con el horario de atención.
5. A todo(a) paciente se le confeccionará un expediente en el conste la historia clínica, la exploración y los comentarios del médico funcionario examinador. La clasificación clínica en esa primera consulta deberá ser resultado del consenso con un segundo examinador. En caso de discrepancia se consultará con un tercero.
6. Si la propuesta es quirúrgica, el médico examinador deberá solicitar en esa primera consulta, el cupo respectivo con la suficiente anticipación para completar los estudios pendientes.
7. Completados los exámenes y estudios, se presenta a la Clínica Conjunta de la Unidad, en la que se revisará todo lo actuado y se propondrá una respuesta terapéutica. Esta decisión será informada al (la) paciente y/o sus familiares según su manifestación de voluntad. De todo lo hablado se dejará constancia en el expediente.
8. La atención de los(as) pacientes será en forma colegiada y los tratamientos serán asignados por el Jefe del Programa, a los médicos funcionarios de acuerdo al orden de rotación, a la técnica a efectuar y de acuerdo a las normas de funcionamiento generalmente aceptadas por la Institución.

# Rutina de Atención de pacientes en las Salas de hospitalización

La admisión hospitalaria se efectuará de acuerdo a las normas generales de admisión.

La atención de los(as) pacientes hospitalizados(as) será responsabilidad del médico tratante y del médico que la Institución o los Servicios hayan asignado para laborar en las salas de hospitalización y durante los turnos.

# Algoritmo de Atención



Referencia Teléfono, FAX, E-mail

Recepción y distribución de la solicitud

Primera Consulta: Cirujano - Oncólogo Completar estudios Salud Mental Odontología

Reunión conjunta Decisión terapéutica Primaria

Enfermera:

Valoración para Segundo tratamiento Cirujano + Oncólogo + Enfermera

**Comisión de Bioseguridad y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales**

**Misión**

Nuestra misión es prevenir, controlar y/o disminuir la tasa de Infecciones Nosocomiales, así como minimizar el costo-beneficio intrahospitalario mediante el cumplimiento de normas establecidas en el Programa de Infecciones Nosocomiales.

# Visión

Garantes del Control y disminución de las Infecciones Nosocomiales en el Instituto Oncológico Nacional.

# Objetivo General

Disminuir la Morbimortalidad ocasionada por las Infecciones Nosocomiales (IN).

# Objetivos Específicos

* 1. Establecer las tasas básales de endemia de la Infecciones Nosocomiales y su variabilidad a través del tiempo.
  2. Detectar y controlar oportunamente las fuentes, factores de riesgos y brotes de las IN. 3- Identificar defunciones asociadas a infecciones nosocomiales.

1. Proporcionar información para establecer medidas eficaces de prevención y control de las IN.
2. Identificar agentes causales de las IN, conocer y detectar cambios en el patrón de sensibilidad o resistencias de los microorganismos antes los antibióticos.
3. Evaluar el impacto de las acciones realizadas por el sistema.
4. Divulgar las normas y criterios establecidos en la prevención y control de las IN. 8- Llevar registro estadístico de epidemiología de la Institución.

# Definición y propósito

El Comité de Infecciones Nosocomiales es un organismo multidisciplinario integrado por representantes de diferentes departamentos del hospital y que tiene entre sus propósitos:

* La vigilancia permanente de la población expuesta al riesgo al riesgo de adquirir infección Nosocomial.
* Sugerir, formular y poner en práctica política y medida para la prevención y control de situaciones previsibles o imprevistas relacionadas con la presencia de la infección Nosocomial.

# Funciones de la Comisión

1. **Funciones de Normalización:**
   1. Una de las principales funciones de la comisión de Infecciones es el establecimiento de normas y métodos de investigación y de control de las fuentes y vías de transmisión de las infecciones nosocomiales.
   2. La admisión y aislamiento de pacientes
   3. Las técnicas para el descubrimiento de Infecciones Nosocomiales entre pacientes egresados.
   4. La administración científica de antibióticos.
   5. Las técnicas asépticas para la ejecución de procedimientos médicos quirúrgicos (punciones, catéteres,cateterizaciones)

# Funciones de Asesoría:

* 1. Al Comité de Infecciones Nosocomiales le corresponde la labor de asesorar tanto al Director del Hospital como a los jefes de departamento en lo relacionado con la implementación de políticas y medidas tendientes a prevenir y/ o controlar la Infección Nosocomial.

# Funciones de Investigación y Docencia:

* 1. Se encargara de la ejecución y análisis de las investigaciones de incidencia y prevalencia
  2. Divulgará las políticas, técnicas y regulaciones vigentes relacionadas con la prevención y control nosocomial tanto al personal del hospital como a los pacientes y al público en general.
  3. Participará en el planeamiento y ejecución de programas de adiestramiento en servicio relacionado con la prevención y control de la infección nosocomial.
  4. Igualmente participara en los programas de adiestramiento de médicos, enfermeras y otro personal en los aspectos relacionados con la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

# Funciones de Supervisión:

* 1. El Comité se encargará de la supervisión de las acciones y políticas que se ejecutan para el control de las infecciones nosocomiales.

# Funciones de Coordinación:

* 1. Coordinará con todo los departamentos del Hospital en los aspectos relacionados con el Control de las Infecciones Nosocomiales.
  2. Coordinará acciones con el Comité Nacional de Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.

# Funciones de Evaluación:

* 1. Periódicamente evaluará:
  2. El cumplimiento de las políticas y medidas implantadas para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.
  3. El resultado de la aplicación de las políticas y medidas para la prevención y control de la infección nosocomial.

# Organización y Funcionamiento:

1. **Los integrantes de la Comisión.**

El núcleo básico de la Comisión de Infecciones Nosocomiales debe estar formado por:

* 1. Un médico especialista en Enfermedades Infecciosas.
  2. Un médico Internista.
  3. Una Enfermera especialista en Enfermedades Infecciosas.
  4. Un médico Ginecólogo.
  5. Un médico Cirujano.
  6. Un médico Oncólogo.
  7. Un Epidemiólogo consultor.
  8. Representante del Administrativo.
  9. Representante de Laboratorio.

Dependiendo de la complejidad del hospital y de los problemas existentes se podrán incorporar al comité:

* 1. Los Directores de departamento: (o sus representantes)
  2. Conservación y limpieza
  3. Mantenimiento
  4. Representantes del cuerpo médicos residentes
  5. Otros funcionarios del hospital pueden ser llamados a consulta, inspector de saneamiento ambiental.

# Nombramiento de los miembros de la Comisión:

El núcleo básico debe ser nombrado por el Director médico, los demás son nombrados basándose en las recomendaciones de la Comisión.

# Reuniones:

* 1. El comité se reunirá una vez al mes en el día y la hora indicada. Fuera de este calendario se reunirá en forma extraordinaria cuando las circunstancias y problemas así lo determinen.
  2. En cada reunión se presentará una agenda de los temas a tratar. En el caso de las reuniones ordinarias la agenda contendrá:
  3. La lectura y discusión del acta de la sesión anterior (punto obligatorio).
  4. Presentación de asuntos nuevos
  5. La discusión y el análisis de los estudios de prevalencia e incidencia realizados,
  6. Revisión de las características más importante del informé mensual.
  7. Revisión mensual de uno de los procedimientos principales o políticas más importantes a la luz de la información más recientes y la práctica actual del hospital.

# Requisitos y Funciones de algunos de los integrantes de la Comisión.

* 1. **Coordinador:**
     1. De preferencia debe ser un médico con conocimiento e interés en Epidemiología y/o Enfermedades Infecciosas y estar familiarizado con los métodos y técnicas de la bioestadística.
     2. Se recomienda que el período de cada Coordinador de la Comisión no sea menor a los tres años.
     3. Funciones:
        1. Coordinar y representar informe de Infecciones nosocomiales a nivel Central, trimestralmente y cuando se solicite.
        2. Es responsable de la dirección de la Comisión incluyendo la asesoría del personal de enfermería y del resto del personal.
        3. Actuar como consultor en Infecciones Nosocomiales de la Dirección Médica, recomendando medidas de prevención y control de las mismas.
        4. Formular y organizar programas de educación e investigación relacionadas con la vigilancia, prevención y control.
        5. Asesorar y asistir en la aplicación de medidas tendientes a la prevención y control de las infecciones nosocomiales; sobre todo en el caso que existan problemas específicos

# Epidemiólogo

Funciones:

* + 1. Servirá de enlace a los comités de infecciones Nosocomiales de los hospitales.
    2. Responsable de brindar asesoría y consultaría a todos los comités de Infecciones nosocomiales de los hospitales que integren su área.
    3. Supervisar que los diferentes Programas de Control de Infecciones Nosocomiales se cumpla.
    4. Participa en las actividades de investigación epidemiológica que realice los diferentes comités que tenga a su cargo.
    5. Mantener comunicación permanente con los diferentes comités de Infecciones Nosocomiales.
    6. Participa en la confección de informe, estadísticos de Infecciones Nosocomiales de los Hospitales que integran su área.

# De los Médicos asignados al Comité:

* + 1. Revisar e interpretar los casos que representan una infección
    2. Indicar o señalar que el caso es una infección intrahospitalaria.
    3. Asistir a las reuniones de la Comisión.
    4. Participar en la divulgación de normas y estadísticas de infecciones, dictada e investigada por el comité.
    5. Colabora en la elaboración de medidas para el control de infecciones.
    6. Colabora en la implementación y evaluación de las normas.
    7. Proporciona asesoría permanente al personal médico y de enfermería sobre políticas de aislamientos y admisión de pacientes con infección extrahospitalaria.
    8. Notificación al Coordinador de la Comisión y/o, a la Enfermera del Programa de Infecciones Nosocomiales, los casos de infección nosocomial que identifique en al Institución.

# De la Enfermera del Programa:

**Requisitos deseables**: Enfermera con Jefatura Intermedia, especialista en Infecciones Nosocomiales.

* + 1. Debe trabajar en estrecha colaboración con el coordinador del Programa.
    2. Debe trabajar a tiempo completo en el programa de lunes a viernes turno de 7:00 AM a 3:00 PM.
    3. Conocimiento básico en epidemiología con experiencia en control de infecciones nosocomiales, tener un mínimo de 10 años de experiencia profesional.
    4. La Enfermera del Programa elaborará conjuntamente con el coordinador el informe escrito, mensual y trimestral el cual será enviado a la Dirección Médica, Dirección de Enfermería, dirección Administrativa Jefes de Servicios.
    5. Asistir a las reuniones de la Comisión.
    6. Divulgar y promover el cumplimiento de las normas de aislamiento establecidos con el propósito de evitar la diseminación de infecciones al paciente, el personal que trabaja con el hospital y al público visitantes.
    7. Identificar las infecciones nosocomiales en las diferentes áreas del hospital.
    8. Mantener informada a la Dirección médica, Enfermería de todas las acciones que se realizan en el programa.
    9. Supervisar y orientar al personal de Enfermería que elabore a su cargo que elabore en el comité de infecciones nosocomiales.
    10. Colaborar en la planificación de las actividades docentes y participar en la ejecución de las mismas cuando se relacionan con el control de infecciones nosocomiales y en especial:
    11. Adiestramiento al personal de los departamentos de Conservación y Limpieza, mantenimiento, dietética, Lavandería.
    12. Orientar a las Enfermeras para que reconozcan y colecten datos sobre infecciones nosocomiales en sus áreas de trabajo.
    13. Orientar a las enfermeras para que realicen estudios de prevalencia en sus áreas de trabajo.
    14. Orientar al personal nuevo de enfermería sobre el programa de control de infecciones nosocomiales y su participación en el mismo.
    15. Supervisar y recomendar medidas de vigilancia y control de enfermedades transmisibles tendientes a mejorar la salud del personal que labora en la institución, en especial:
    16. Estimular al personal para que acuda al examen médico periódico.
    17. Participar en la revisión y actualización del manual de Normas de Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.
    18. Establecimiento de un Programa de inmunización a los trabajadores/ pacientes que así lo ameritan.
    19. Coordinar con el depósito biológico (PAI), del ministerio de salud para mantener actualizada las reservas de vacunas que se aplicarán a nivel Institucional.
    20. Registro, reporte (centro de salud de paraíso), revisión, tabulación y análisis de las vacunas aplicada a nivel hospitalario.
    21. Vigilancia de la cadena de frío de los biológicos que se mantienen en el hospital.
    22. Notificación semanal al Ministerio de Salud sobre las enfermedades de Notificación inmediata y obligatoria.
    23. Notificación semanal (viernes) al departamento de Epidemiológica las serologías positivas de pacientes y donantes, captadas en el laboratorio clínico.
    24. Elaboración, seguimiento y evaluación del programa de desecho sólido hospitalario.
    25. Coordinar con el programa de bioseguridad en la elaboración y ejecución de las normas establecidas en la Institución.

# Normas para la Prevención de Infecciones Intrahospitalarias

1. **Infecciones Intrahospitalarias Definición**

Se denominan infecciones nosocomiales aquellas que se adquieren en el hospital.

Esto significa, que todas las infecciones relacionadas a procedimientos invasivos (cirugía, estudios hemodinámicos, endoscopías) son nosocomiales, aunque se manifiesten luego del alta. Para el resto de las infecciones, se establece un término de 48 horas de hospitalización para dividirlas en extra e intra hospitalarias, siempre y cuando en el momento de la admisión el paciente se encuentre libre de síntomas.

Las infecciones hospitalarias son tan viejas como los hospitales. Aunque indeseables, son uno de los mayores riesgos que enfrentan los pacientes hospitalizados.

Las normas de prevención tienen como objetivo implementar medidas que han demostrado efectividad en el control , es decir, en la reducción de las infecciones. Su erradicación es imposible, por lo tanto los esfuerzos deben destinarse a que se presenten lo mínimo posible y contar con mecanismos que permitan detectarlas precozmente, tratarlas apropiadamente y evitar su diseminación.

Existen cifras internacionales que expresan incidencias “aceptables” para cada tipo de infección

y cada huésped.

Es fundamental contar con una definición de caso para cada entidad, ya que en muchas ocasiones, no es fácil establecer una línea divisoria clara entre infección y colonización. La definición de caso permite que todos clasifiquemos las infecciones del mismo modo.

Transcribiremos las más frecuentes, de acuerdo a lo aceptado por el CDC.

# Infección Sintomática del Tracto Urinario

1. Por lo menos alguno de los siguientes : Fiebre > 38ºC, urgencia miccional, disuria , polaquiuria o dolor suprapúbico

# más

Cultivo positivo monomicrobiano en recuento > 105

1. Al menos 2 de los siguientes: fiebre > 38ºC, urgencia miccional,polaquiuria, disuria, dolor suprapúbico

**más** uno de los siguientes:

Leucocituria o nitritos positivos en el examen del sedimento (tira)

Piuria > 10 leucocitos/mm3 o > 3 leucocitos/campo de alto poder en orina sin centrifugar Microorganismos vistos con la tinción de Gram en orina sin centrifugar

Al menos 2 cultivos de orina con el mismo microorganismo en recuento > o igual 102 Recuento < 105 en paciente con antibióticos.

1. Paciente < 1año con al menos 1 de los siguientes : fiebre > 38ºC, hipotermia, apnea, bradicardia, letargo, vómitos.

# más

Cultivo positivo monomicrobiano en recuento > 105

1. Paciente < 1 año con al menos 1 de los siguientes : fiebre > 38ºC, hipotermia, apnea, bradicardia, letargo, vómitos

MAS uno de los siguientes:

Leucocituria o nitritos positivos en el examen del sedimento (tira)

Piuria > 10 leucocitos/mm3 o > 3 leucocitos/campo de alto poder en orina sin centrifugar Microorganismos vistos con la tinción de gram en orina sin centrifugar

Al menos 2 cultivos de orina con el mismo microorganismo en recuento > o igual 102 Recuento < 105 en paciente con antibióticos.

# Bacteriuria Asintomática

1. Al menos 1 de los siguientes:Paciente con sonda vesical en los 7 días anteriores al cultivo

# más

Cultivo positivo monomicrobiano en recuento > 105

# más

Paciente asintomático.

1. Paciente sin catéter en los 7 días previos al cultivo

# más

Dos cultivos positivos con el mismo microorganismo en recuento > 105

# más

Paciente asintomático.

# Infección de Sitio Quirúrgico.

1. Infección incisional superficial: Involucra piel y tejido celular subcutáneo (hasta 30 días después de la cirugía). Al menos 1 de los siguientes:

Secreción purulenta por la herida

Cultivo positivo en una muestra obtenida en forma adecuada (NO HISOPADO)

Al menos 1 de los siguientes: herida con dolor, edema, calor, enrojecimiento que es abierta por el cirujano con diagnóstico de infección.

1. Infección incisional profunda: involucra fascia y músculo (hasta 30 días después de a cirugía, salvo que incluya un implante en cuyo caso el período se extiende a 1 año). Al menos 1 de los siguientes:

Secreción purulenta

Dehiscencia o apertura por parte del cirujano porque el paciente tiene fiebre o dolor, o edema.

Absceso.

1. Infección espacios /órganos. hasta 30 días después de a cirugía, salvo que incluya un implante en cuyo caso el período se extiende a 1 año).

Secreción purulenta

Dehiscencia o apertura por parte del cirujano porque el paciente tiene fiebre o dolor, o edema.

Absceso

# Neumonía.

1. Al menos 1 de los siguientes: Rales o matidez al examen físico MAS al menos 1 de los siguientes:

Aparición de esputo purulento o cambio en la característica habitual del esputo Hemocultivo positivo

Cultivo positivo en una muestra respiratoria representativa.

1. Radiografía que muestra infiltrado nuevo o infiltrado progresivo, consolidación, cavitación o derrame pleural

MAS al menos 1 de los siguientes:

Aparición de esputo purulento o cambio en el esputo habitual Hemocultivo positivo

Cultivo positivo en una muestra respiratoria representativa. Diagnóstico viral

Histología compatible

**2. Investigación de un Brote Epidémico. Cómo se reconoce una Epidemia** Existen diversas formas de advertirla:

1. **Personal de salud atento**, que nota un número de casos inusualmente elevado o una enfermedad infrecuente y hace un llamado de atención al área correspondiente. Por ejemplo: podría ocurrir que en una sala de pediatría un médico o una enfermera observen que en una determinada semana hubo varios niños con diarrea.
2. Algunas veces se detecta cuando se presentan los **pacientes enfermos**. Es el caso de participantes de una fiesta que presentan una infección
3. Revisión retrospectiva de **datos tabulados**. Muchas veces pequeños brotes pasan desapercibidos hasta que se revisan datos. Esto ocurre sobre todo cuando no hay un buen programa de vigilancia.
4. **Advertencia de otros países o comunidades.** Esto ocurre a diario cuando se publica la ocurrencia de epidemias y países fronterizos o que mantienen estrechas relaciones con el grupo afectado toman medidas.

# Razones para investigarla

La principal razón es identificar la fuente para **detener la transmisión**.

De la investigación pueden surgir recomendaciones futuras para la prevención. Pueden conocerse aspectos desconocidos de la enfermedad como vías de contagio.

# La epidemia puede poner de manifiesto el no cumplimiento de medidas de control establecidas, la falla de un producto, falta de entrenamiento del personal, sabotaje.

* 1. **Investigación**

Si la epidemia es detectada mientras ocurre, la investigación debe hacerse con premura para disminuir el número de casos.

Los componentes de la investigación son :

# Definición de caso

* + - **Confirmación de los casos como verdaderos** o confirmados

# Establecer una incidencia histórica de la enfermedad

* + - **Evaluar los casos y definir si realmente se trata de una epidemia**, es decir, si los casos observados superan la incidencia histórica
    - **Examinar la epidemiología descriptiva**: establecer la curva epidémica, datos demográficos, viajes, contactos, ocupación, etc. El registro cuidadoso y meticulosos de estos datos puede conducir en la mayoría de los casos a la resolución de la epidemia.
    - **Generar una hipótesis**. Aunque el origen de un brote resulte obvio, debe mantenerse una actitud abierta a otras posibilidades. La hipótesis principal debe formularse para posteriormente comprobarse.
    - **Poner a prueba la hipótesis**. Se realiza a través de estudios caso-control, estudios de cohorte, otros.

# Tomar las muestras necesarias:

* + - **Implementar las medidas de control** aunque la investigación no esté concluida, con los primeros datos deben hacerse las primeras recomendaciones para el control. Esto

puede significar retirar un producto del mercado, establecer una cuarentena o un aislamiento. No siempre es fácil detectar el tipo de medida y el momento oportuno, ya que medidas excesivas pueden tener un impacto negativo sobre la economía y la confianza. Debe balancearse el riesgo/beneficio en cada situación.

* + - **Brindar la información necesaria**. Es muy importante que la información a la población sea la apropiada. Debe lograse un equilibrio entre la información apropiada y evitar el pánico

Muchos de estos pasos ocurren simultáneamente. Frecuentemente en pocas horas pueden darse todos. Otras veces, la investigación demora meses o años.

No siempre puede conocerse el origen de un brote, pero la implementación de medidas sirve para controlarlo. Esta situación es relativamente frecuente en las infecciones nosocomiales, cuando la situación se debe a una sumatoria de actitudes descuidadas y no controladas. La sola advertencia del brote muchas veces logra controlarlo, ya que el personal refuerza las normas establecidas.

# Normas para la Prevención de Infecciones y otras complicaciones asociadas al uso de Catéteres Endovenosos.

La medicina actual es impensable sin el uso de catéteres endovenosos. Sin embargo, su uso pone al paciente en riesgo de infecciones y otras complicaciones como trombosis.

La infección es por lejos la complicación más frecuente. Su incidencia varía con el tipo de catéter, uso que se le da, tipo de paciente, y características propias de cada Institución.

# Definiciones

A continuación se presentan las definiciones que se usarán a los fines de esta norma y el trabajo en el Instituto Oncológico Nacional.

* + 1. **Denominación de los catéteres**. Los catéteres pueden denominarse según:

1. **el tipo de vaso en el cual se colocan:** venoso periférico, arterial, venoso central
2. **el tiempo de vida útil pretendido**: corta permanencia, larga permanencia.
3. **el sitio de inserción**: subclavio, femoral, yugular interna
4. **el tipo de trayecto desde la piel hacia el vaso**: tunelizado, no tunelizado
5. **su longitud**: largo, corto
6. **algunas características especiales**: presencia de manguito, impregnación con heparina, antibióticos o antisépticos, número de lúmenes).

# Colonización/infección de los catéteres.

1. **Flebitis**: se denomina flebilitis al proceso inflamatorio del trayecto venoso. Éste puede ser de origen infeccioso o químico
2. **Colonización de catéter**: se denomina colonización a la presencia de microorganismos en un catéter, con hemocultivos periféricos negativos y de signos y síntomas de infección.
3. **Bacteriemia asociada a catéter**: se refiere al aislamiento en sangre del mismo microorganismo que en el catéter
4. **Infección del sitio de salida**: presencia de signos y síntomas inflamatorios y/o secreción purulenta en el área de 2 cm. que rodea la salida del catéter, con o sin fiebre.
5. **Infección del túnel**: presencia de signos y síntomas inflamatorios más allá de los 2 cm. del sitio de salida, a lo largo del trayecto subcutáneo, con o sin fiebre.
6. **Infección del bolsillo**: signos inflamatorios o secreción purulenta en el bolsillo de un catéter totalmente implantable.

# Patogenia

A los pocos minutos de la inserción del catéter, ocurren una serie de procesos que culminan en la formación de una matriz de glicocálix alrededor de éste, llamada slime. Esta matriz es un ecosistema dinámico, que crece constantemente mediante el agregado de plaquetas, bacterias, etc.

La ruta más frecuente de infección es la migración de microorganismos desde el sitio de inserción hasta la punta del catéter. Esta ruta, además de ser la más frecuente, es la que predomina en los primeros días de inserción (generalmente catéteres con 10 días o menos de colocados).

Otras fuentes de contaminación son: a través de la contaminación de la unión, y en mucha menor medida, contaminación de la infusión. Esta contaminación endoluminal predomina en los catéteres con más antigüedad, generalmente luego de 1 mes de colocados.

# Medidas de Prevención

* + 1. **Educación continuada.**

La educación continuada del personal que coloca y manipula catéteres es una de las medidas de prevención que ha demostrado efectividad. Esta debe estar dirigida a recordar las indicaciones en el uso de catéteres, procedimientos de colocación y mantenimiento, y medidas de prevención de las infecciones y otras complicaciones.

# Sitio de inserción.

No se colocarán catéteres en región inguinal, por tener una elevada tasa de infección. Sólo se podrá hacer una excepción en el caso de emergencia (paro cardiorrespiratorio, shock, etc.); esta vía se cambiará apenas el paciente se estabilice.

El los catéteres de corta permanencia se preferirá siempre el acceso subclavio, seguido del yugular, salvo que haya contraindicación.

# Lavado de manos.

Es la medida de prevención más efectiva y económica. El lavado de manos se hará antes y después de manipular el catéter.



**RECORDAR QUE EL USO DE GUANTES NO REEMPLAZA EL LAVADO DE MANOS.**

El uso de geles antisépticos es una buena alternativa.

# Curación del sitio de inserción.

La responsabilidad de la curación de los catéteres recaerá en el Departamento de Enfermería.

# Catéteres venosos centrales.

Para la antisepsia se preferirá la solución de iodopovidona. En pacientes alérgicos al yodo se utilizará solución acuosa de clorhexidina al 2%.

# Curaciones con apósitos transparentes (este será el tipo de curación preferido).

Las curaciones se realizarán cada 3 o 4, días o cada vez que la curación se desprenda, se vea mojada o sucia. Se seguirán los siguientes pasos:

1. Se tocará el catéter a través del apósito en busca de dolor. En este caso, se avisará al médico.
2. Luego, se desprenderá el apósito con guantes.
3. Se observará el área en busca de supuración, enrojecimiento, sangrado o cualquier anomalía, incluyendo reacciones alérgicas o daños en la piel producto del adhesivo del apósito. En cualquiera de estos casos, se avisará al médico.
4. Se retirarán los guantes y se colocarán guantes estériles y se limpiará con una gasa embebida en iodopovidona un área de aproximadamente 4 a 5 cm. de diámetro alrededor del catéter, en forma circular, comenzando desde en centro hacia fuera.
5. Se repetirá el procedimiento con una segunda gasa embebida en iodopovidona.
6. Se dejará secar
7. Se colocará apósito transparente. Este deberá ser de buena calidad (que se mantenga adherido), de poliuretano, y semipermeable.
8. Deberá constar en el expediente: fecha y hora de la curación, nombre y cargo de quien la realizó y cualquier observación sobre el estado del catéter (Formulario de curación de catéteres).

# Curaciones con apósitos no transparentes. (Sólo para pacientes con alergia a los anteriores)

Para la antisepsia se preferirá la solución de iodopovidona. En pacientes alérgicos al yodo se utilizará solución acuosa de clorhexidina al 2%.

Las curaciones se realizarán cada 48 horas, o cada vez que la curación se desprenda, se vea mojada o sucia, de acuerdo a los siguientes pasos:

1. Se tocará el catéter a través del apósito en busca de dolor. En este caso, se avisará al médico.
2. Luego, se desprenderá el apósito con guantes.
3. Se observará el área en busca de supuración, enrojecimiento, sangrado o cualquier anomalía, incluyendo reacciones alérgicas o daños en la piel producto del adhesivo del apósito.En cualquiera de estos casos, se avisará al médico.
4. Se cambiarán los guantes por guantes estériles y se limpiará con una gasa embebida en iodopovidona un área de aproximadamente 4 a 5 cm. de diámetro alrededor del catéter, en forma circular, comenzando desde en centro hacia fuera.
5. Se repetirá el procedimiento con otra gasa embebida en iodopovidona.
6. Se dejará secar
7. Se colocará gasa estéril sobre el sitio de inserción. Esta gasa debe ser lo suficientemente delgada como para permitir la palpación del sitio de inserción en busca de dolor. Se fijará con cinta adhesiva hipoalérgica de buena calidad (que no se desprenda).
8. Deberá constar en el expediente: fecha y hora de la curación, nombre y cargo de quien la realizó y cualquier observación sobre el estado del catéter. (Formulario de curación de catéteres).



**EN PACIENTES DIAFORÉTICOS ES PREFERIBLE UTILIZAR GASAS PARA LAS CURACIONES.**

# Catéteres periféricos:

Para la antisepsia se preferirá la solución de iodopovidona. En pacientes alérgicos al yodo se utilizará solución acuosa de clorhexidina al 2%

Las curaciones se realizarán cada vez que la curación se desprenda, se vea mojada o sucia. Fuera de estas circunstancias, no se harán curaciones, ya que la permanencia de estos catéteres no debe extenderse más allá de las 72 horas.



**ESTÁ ABSOLUTAMENTE PROHIBIDO EL USO DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS EN EL SITIO DE LA INSERCIÓN DE CUALQUIER TIPO DE**

# Inspección del catéter.

Esto será responsabilidad del médico.

La inspección del catéter debe formar parte del examen físico diario.

En primer lugar, deberá retirarse todo catéter de corta permanencia que no sea utilizado. Para todos los catéteres en uso, los pasos de examen son los siguientes:

Inspección: enrojecimiento, flebitis, tumoración, necrosis, permeabilidad de la vía, retorno.

Palpación: se busca la presencia de dolor.

Signos y/o síntomas de infección: fiebre, leucocitosis, sepsis.

# Uso de anticoagulantes.

Los catéteres de larga permanencia serán lavados con solución de heparina.

# Conservación del sistema cerrado.

Deben colocarse las tapas donde corresponda, para evitar contaminaciones. El sistema debe ser cerrado todo el tiempo.

# Instrucción a los pacientes.

Los pacientes y sus familiares recibirán una instrucción acerca de los catéteres endovenosos. Deben conocer las complicaciones más frecuentes, sus síntomas y saber que deben acudir al hospital ante cualquier problema.

Deben saber que no deben mojar los catéteres.

# Inserción con técnica aséptica.

* + - 1. **Catéteres Periféricos.**
         1. Lavarse las manos.
         2. Palpar la vena
         3. Antisepsia de la piel con iodopovidona, clorhexidina o alcohol 70%.Dejar secar y no volver a tocar el sitio de inserción.
         4. Colocar catéter con guantes no estériles.
         5. Cubrir con gasa estéril y fijar con esparadrapo o utilizar parche transparente.

# Catéteres Venosos Centrales de Corta Permanencia.

* + - * 1. Estos catéteres pueden colocarse en el cuarto del paciente.
        2. Lavarse las manos.
        3. Utilizar vestimenta completa: gorro, mascarilla, bata estéril y guantes estériles.
        4. Usar campo quirúrgico.
        5. Antisepsia de la piel y técnica aséptica.

# Catéteres Venosos Centrales de Larga Permanencia.

Estos catéteres se colocan en el salón de operaciones con la antisepsia habitual para cualquier cirugía.

# Inyecciones en los puertos.

Antisepsia de la piel con alcohol 70% o iodopovidona

# Preparar las soluciones en condiciones asépticas.

* + 1. Los sueros y frascos de medicamentos como así todos los insumos para la administración IV deben guardarse en un lugar seco y libre de polvo.
    2. Antes de preparar una solución, verificar que la bolsa esté íntegra, no esté expirada y que el aspecto del contenido sea el habitual. Ante cualquier duda con respecto a las condiciones, debe separarse la bolsa y hacer un reporte.
    3. El sitio de preparación debe ser un lugar limpio.
    4. Lavarse las manos con agua y jabón.
    5. Realizar antisepsia del cuello y/o tapones de la bolsa; y del tapón de goma del medicamento.
    6. Aspirar el medicamento en condiciones de asepsia, y del mismo modo aplicarlo en la bolsa.

# Utilizar viales unidosis siempre que sea posible.

* + 1. **Si se utilizan viales multidosis**:
    2. Refrigerar luego de abierto, si es recomendación del fabricante.
    3. Antisepsia del diafragma antes de introducir la aguja.
    4. Introducción de una aguja estéril.
    5. Retirar la aguja luego de extraído el volumen a utilizar.

# Reemplazo del catéter.

* + - 1. **Catéteres venosos centrales de corta permanencia**: no existen recomendaciones de cambio en tiempos preestablecidos. Se cambiarán ante signos locales de inflamación, infección, fiebre, obstrucción, sangrado. Estos catéteres se retirarán en cuanto ya no sean necesarios.

Todos los catéteres colocados en situaciones de emergencia se reemplazarán apenas el paciente esté estabilizado.

Ante la necesidad de cambiar un catéter, se hará una nueva inserción en otra vena. Los cambios de catéter a través de alambre guía no se realizarán salvo en caso de emergencia. En estos casos: debe estarse seguro de que no hay evidencia de infección y enviarse la punta del catéter a cultivo sin excepción, acompañados de 2 hemocultivos periféricos.

* + - 1. **Catéteres centrales de larga permanencia**: sólo se cambiarán ante obstrucción o infección que no pueda tratarse con antibióticos.
      2. **Catéteres venosos periféricos**: se cambiarán rutinariamente cada 72 horas como máximo, o cada vez que presenten una complicación.
      3. **Catéteres de línea media**: no hay recomendaciones por el momento. Estos catéteres se introducen por la fosa antecubital, en la basílica o la cefálica. No llegan a las venas centrales. Deben considerarse catéteres periféricos. Tienen ventajas: tienen menos flebitis. Los catéteres de este tipo hechos con hidrogel de elastómero han producido varias reacciones anafilácticas.

# Reemplazo de las guías.

En todos los tipos de catéteres, cada 48 horas.

En el caso de transfusión de sangre, hemoderivados, propofol o soluciones lipídicas, se cambiará inmediatamente después de terminada la infusión.

También se cambiarán las guías cuando se vean sucias producto del retorno venoso.

# Fluidos.

* + - 1. **Las soluciones de hidratación** no deberán permanecer colgadas por más de 24 horas.
      2. **La sangre y hemoderivados**, deberán terminar de pasar dentro de las primeras 4 horas de colgada la bolsa.
      3. **Los lípidos y alimentación parenteral** deberán terminar de pasar dentro de las 12 horas de colgadas las bolsas.

# Filtros.

No se utilizarán filtros a los fines de prevención de infecciones.

# Elección del catéter.

Los catéteres de teflón o poliuretano se asocian a menos infecciones que los de polivinilcloruro o polietileno. Por lo tanto se preferirán los primeros.

El tipo de catéter se elegirá tomando en cuenta: El tiempo de uso estimado

El tipo de uso que se le va a dar El estilo de vida del paciente



**NO SE COLOCARÁN CATÉTERES IMPREGNADOS EN ANTISÉPTICOS O ANTIBIÓTICOS .**

En los pacientes con expectativa de tratamiento de 3 meses o más, se colocarán catéteres de larga permanencia, preferiblemente implantables. Estos catéteres se colocarán dentro de las 48 horas de solicitados.

Si el paciente tiene indicación de colocación de catéter en forma urgente ya sea para hidratación, transfusión o quimioterapia, se colocará un catéter de corta permanencia. Este catéter se colocará en la cama del paciente, con protección de barrera y técnica aséptica.

* + 1. **Reemplazo de los componentes sin aguja**. Se reemplazarán junto con las guías.

# Todos los extremos de los catéteres deben tener su tapa respectiva.

* + 1. **Componentes de alimentación parenteral.**
    2. Deben prepararse en gabinete de flujo laminar, siguiendo técnica aséptica**.**
    3. Descartar si tienen aspecto diferente al habitual o el envase está violado.
    4. Verificar fecha de vencimiento.
    5. **Antibióticos profilácticos**. No están indicados.

# Diagnóstico de Infección Asociada a Catéter

Ante un paciente con fiebre y catéter, **siempre** de debe considerar a éste como causa probable de la fiebre.

Si se trata de catéteres periféricos, se procederá a la remoción del catéter y a tomar 2 hemocultivos periféricos **aerobios. Estos catéteres no se cultivan.**

# Catéteres venosos centrales de corta permanencia:

* + 1. Tomar 3 hemocultivos periféricos (2 aerobios y 1 anaerobio).Ver norma toma de hemocultivos.
    2. Remover el catéter en condiciones de esterilidad.

Cortar en forma estéril los 5 cm. distales del catéter y colocar en tubo seco estéril. Enviar al laboratorio para cultivo y solicitar cultivo por técnicas de Maki y Brun Buisson.



**LOS CATÉTERES QUE SE RETIRAN SIN SOSPECHA DE INFECCIÓN NO DEBEN CULTIVARSE RUTINARIAMENTE**

**NINGÚN CATÉTER DEBE ENVIARSE A CULTIVO SIN AL MENOS 2 HEMOCULTIVOS**

# Catéteres venosos centrales de larga permanencia:

* + 1. Catéteres totalmente implantables: tomar 2 hemocultivos a través del puerto, aerobios. Tomar 3 hemocultivos periféricos (2 aerobios y 1 anaerobio opcional.
    2. Catéteres semi-implantables: tomar 2 hemocultivos aerobios de cada rama. Tomar 3 hemocultivos periféricos (2 aerobios y 1 anaerobio opcional).

# Indicaciones para Remover Catéteres de Larga Permanencia

* + 1. Persistencia de los síntomas de infección más allá de 48 a 72 horas de tratamiento antibiótico apropiado.
    2. Paciente en shock séptico
    3. Infección del túnel
    4. Etiología micótica
    5. Microorganismos multiresistente sin opción de tratamiento médico.
    6. Razones mecánicas.

# Catéteres Venosos Centrales para Picc, Hemodiálisis

1. Vigilancia.
2. Utilizar la menor cantidad de puertos y/o lúmenes que sean posibles.
3. Designar personal entrenado para la colocación y cuidado de los catéteres.
4. Si el dispositivo será utilizado por un período largo, utilizar dispositivos totalmente implantables.
5. Para pacientes en hemodiálisis permanente, utilizar fístula arteriovenosa.
6. No utilizar los catéteres de hemodiálisis para sacar sangre o administrar medicamentos, excepto durante el procedimiento de la diálisis o en urgencias.
7. Colocar los catéteres utilizando barreras de máxima protección.
8. Preferir acceso subclavio.
9. No cambiar rutinariamente los catéteres a menos que haya evidencia de infección y/o complicaciones mecánicas.
10. Para curaciones referirse al punto...

# Catéteres Arteriales Periféricos

1. Utilizar transductores desechables siempre que sea posible.
2. Reemplazar los transductores cada 96 horas.
3. Conservar estériles todos los componentes del sistema de monitoreo de presión.
4. Minimizar la manipulación del sistema.
5. Utilizar sistemas cerrados.
6. No administrar soluciones dextrosadas o nutrición a través del sistema de monitoreo arterial.

# Prevención de Infecciones de Sitio Quirúrgico

* 1. **Introducción**

La infección del sitio quirúrgico es la causa más importante de infección nosocomial en el paciente quirúrgico, y ocupa el 2do o 3er lugar como causa de infección hospitalaria en los hospitales generales. La presencia de infección quirúrgica duplica la estadía hospitalaria e incrementa 20%-30% el costo hospitalario, por lo que su prevención tiene un impacto significativo en la calidad de atención y gasto hospitalario.

# Clasificación de las Heridas

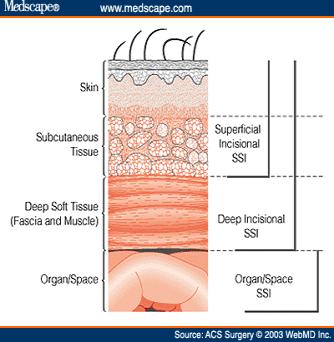
Limpia. Esta cirugía tiene una incidencia de infección menos al 3%.Involucra tejidos sanos, no inflamados y no tiene contacto con mucosas colonizadas.

Limpia-contaminada. Su incidencia de infección promedia el 7%.Atraviesa mucosas. Contaminada. La incidencia de infección es del 15%.Atraviesa tejidos con inflamación y/ obstrucción.

Sucia. Incidencia de infección 40%. Presencia de pus o contenido fecal.

* 1. **Clasificación de las Infecciones de Herida** Según su profundidad, las heridas se clasifican en Incisionales superficiales

Incisionales profundas Infecciones de órganos /espacios.



# Medidas de Prevención

* + 1. **Medidas en el Pre Operatorio**
       1. Identificación y corrección de enfermedades concomitantes que pueden aumentar el riesgo de infección: controlar la diabetes, mejorar la mecánica ventilatoria, tratar infecciones remotas concomitantes (infección urinaria), reducir el peso, o alimentar al paciente si está desnutrido, etc.
       2. Hospitalización inmediatamente antes de la cirugía; idealmente el mismo día. Cuanto menos tiempo esté el paciente hospitalizado previamente a la cirugía, menos riesgo de colonización con microorganismos hospitalarios.
       3. Evaluación anestésica prequirúrgica: contribuye a cuantificar el riesgo del paciente. Recomendamos utilizar la tabla de ASA.
       4. Realizar baños preoperatorios: el baño con jabones antisépticos de iodopovidona o clorhexidina desde 48 horas antes de la cirugía contribuyen a la disminución de las infecciones. Este baño debe incluir toda la superficie corporal y cuero cabelludo. Las uñas deben cortarse y limpiarse con un cepillo.
       5. Limitar la remoción del vello. En lo posible, el vello no debe removerse. Si esto fuera necesario, evitar el rasurado porque genera pequeños microtraumas que son puerta de entrada a microorganismos: optar por cortar el vello al ras con máquinas diseñadas para este fin. Las cremas depilatorias frecuentemente causan alergias dañando la piel del sitio de la incisión. Si la única opción es el rasurado hacerlo en las 2 horas previas a la cirugía.
       6. Actualizar si es necesario vacunación antitetánica. Ver normas de vacunación.

# Medidas durante la Cirugía

* + - 1. Profilaxis peri operatoria. La profilaxis perioperatoria tiene como objetivo disminuir la colonización de la herida y por lo tanto las infecciones. La profilaxis NO está dirigida a prevenir infecciones en otros sitios. Debe administrarse 30 a

45 minutos antes de la incisión (usualmente durante la inducción anestésica) para que haya buenos niveles en la herida en el momento de la incisión. La principal dosis es la preoperatoria. La duración puede oscilar entre 1 dosis pre operatoria única hasta un máximo de 24 horas post operatorio. Debe considerarse la realización de una dosis intraoperatoria cuando la cirugía es prolongada (mayor de 2 horas) o cuando ocurre hemorragia severa (> 50% de la volemia).

* + - 1. Utilización de materiales con esterilidad garantizada. La esterilización debe hacerse sólo por los métodos de eficacia comprobada. No abusar de la esterilización flash.
      2. Lavado de manos prequirúrgico TODOS los miembros del equipo quirúrgico que estén en contacto con el campo operatorio y/ o material estéril deben realizar el lavado de manos quirúrgico y mantener las uñas cortas. No utilizar esmaltes. Sólo se permitirá barniz transparente. Para el lavado de manos quirúrgico, seguir los siguientes pasos:

Retirar relojes, anillos, etc.;

Utilizar agua a temperatura ambiente.

Utilizar aproximadamente 1ml de solución antiséptica segura (clorhexidina al 1

%, solución jabonosa de iodopovidona al 5 %), friccionando desde la yema de los

dedos hasta por encima del pliegue del codo, enjuagando y repitiendo el procedimiento tres veces, manteniendo las manos siempre hacia arriba. Puede efectuarse utilizando esponja estéril de un solo uso o friccionando las manos. No debe utilizarse cepillos, ya que no aumentan la eficacia del lavado y lastiman la piel, favoreciendo sobrecolonizaciones bacterianas.

El tiempo de lavado es de 5 minutos en la primera cirugía y entre 1 a 3 minutos entre cada operación. La limpieza de las uñas se deberá realizar con cepillo estéril (en lo posible descartable). Enjuagar con abundante agua para facilitar la higiene por arrastre.

El secado se realizará con toalla estéril, desde las manos a los codos manteniendo las manos hacia arriba.

El uso reiterado de soluciones antisépticas puede producir sequedad e inclusive, lesiones de la piel, por lo que se recomienda su cuidado con productos hidratantes o nutritivos (cremas), fuera del ámbito hospitalario o al terminar la jornada.

* + - 1. Vestimenta.

Ambos: debe estar limpio y seco. Debe almacenarse en lugar seco y limpio, protegido del polvo. Debe quedar ajustada al cuerpo, y colocar la parte superior DENTRO del pantalón. Cada vez que se moje o ensucie debe cambiarse. Debe ser de uso exclusivo del área quirúrgica: cada vez que el personal salga del área o vaya al baño deberá cambiarse. La ropa de tela debe cumplir con las siguientes especificaciones: trama de 280 hilos de algodón con pechera reforzada, puños de algodón de ajuste perfecto a la muñeca, cobertor posterior sujeto al cuello y a la cintura (totalmente envolvente con 8 tiras de ajuste). El largo no debe superar la rodilla y el escote debe ser cerrado. Estos deben ser rutinariamente sometidos a un estricto control de calidad por el deterioro del lavado: rupturas, desgastes, arranques, falta de tiras, puños cortos. La ropa desechable, debe tener la misma característica de confección que la ropa lavable. Se debe optar por los materiales impermeables.

Botas: deben cubrir el calzado en su totalidad, no deben deslizarse, impermeables y de alta resistencia al mojado y al engrase.

Pueden reemplazarse por zuecos quirúrgicos (que deben ser de cada persona y del área quirúrgica, no debe utilizarse talco. Se deben almacenar en área intermedia y estar limpios y secos previo a su uso.

Gorros: deben cubrir la totalidad del cabello sin dejar tiras sueltas. En su variedad gorro enfermero o gorro Finochietto ambos parafrontales. El gorro está expuesto a la directa transpiración del EQ por el calor del fronto luz, de allí la importancia de la impermeabilidad y la absorción. Las cofias deben ser enteras y elastizadas para no permitir que se deslicen los cabellos.

Mascarillas: deben ser de triple tableado con barrera de protección y absorbentes, deben cubrir ambas mejillas, nariz y mentón con cuatro tiras de ajuste; pasada las 4 horas de exposición deben ser cambiados dado la acumulación de fluidos y perdida de la efectividad. En ningún momento se dejará colocado a la altura del cuello mientras se permanezca dentro del quirófano (incluye: anestesistas, enfermeras, técnicos y auxiliares). Se debe utilizar una mascarilla por intervención quirúrgica.

Protección ocular: debe cubrir la superficie frontal y lateral de los ojos (ver Precauciones Universales)

Antisepsia de la piel

Cuidado de la técnica quirúrgica: técnica, cuidado de los tejidos, hemostasia, limitación de la cauterización, sutura sin tensión, evitar espacios muertos, etc. Colocar los drenajes por el contrario abertura; deben ser estériles, cerrados y de tipo aspirativo, deben usarse solo si están estrictamente indicados y ser mínimos en número. Es importante reducir al mínimo el tiempo quirúrgico, sin perder efectividad ni eficacia.

Circulación en el salón de operaciones: las áreas deben estar limitadas, y se deben respetar .Antes de comenzar debe asegurarse que se encuentren las provisiones necesarias para evitar salidas e ingresos innecesarios. Durante la cirugía, la puerta debe permanecer cerrada.

Conducta en el salón durante la cirugía: en el quirófano debe estar presente sólo el personal necesario. Limitar el diálogo a lo necesario. Está totalmente prohibido comer en el área de quirófano.

Higiene y salud del personal: es aconsejable previo a la cirugía el baño higiénico con ducha de todos los miembros del equipo quirúrgico. Se debe evitar la participación en la cirugía de personal con afecciones cutáneas (forunculosis, acné).

Cambio de ropa: Es aconsejable recordar el cambio de guantes y/o batas según tiempo operatorio o fallas.

Campos quirúrgicos:

Campos de tela: Trama de 280 hilos de algodón No deben estar rotos y deben ser de las medidas exactas (no sobrantes, ni colgantes).Es importante que el tejido no desprenda partículas de pelusa ya que suspendidas en el aire pueden constituir un vehículo para la transmisión de microorganismos.

Campos descartables: Tela no tejida, hemorrepelente, resistente al paso de los fluidos, deben retener gérmenes e impedir la penetración de la humedad.

# Quirófano Seguro

* + - 1. Ubicación: El área debe ubicarse en un sitio aislado de la circulación general, el flujo de pacientes y los consultorios externos.

Debe estar protegida de ruidos, de gases y polvo ambiental en exceso.

* + - 1. Relaciones: Debe ser de fácil acceso a las siguientes áreas: sala de urgencias, salas de internación general, laboratorio, banco de sangre, áreas críticas, recuperación posquirúrgica, central de esterilización, anatomía patológica y Farmacia.
      2. Tamaño: Las medidas mínimas para un quirófano son 5,00 m x 5,00 m, con una altura de 3m.Este es el tamaño que permite acomodar todos los insumos sin entorpecer el tráfico generando contactos y contaminación. El número de quirófanos dependerán de la demanda de cada hospital.

Los quirófanos más grandes se utilizan en cirugías de alta complejidad. (Cirugías de corazón abierto y ortopédicas), los más pequeños para endoscopía, cistoscopia, oftalmología y otorrinolaringología

* + - 1. Superficies: Deben ser: no porosas, lisas, sin grietas, sin irregularidades, íntegras, sin presentar deterioro. Asimismo, fácilmente lavables.

En paredes pintadas, revestir hasta 1,30 m de altura con material resistente, sin juntas.

Paredes y techos con pintura epoxi o poliuretánica o revestimiento de fibra de vidrio.

Los pisos deben estar a nivel. Deben ser preferiblemente de vinil, en el tamaño más grande que se pueda para tener menos uniones. Los encuentros o aristas redondeadas o curvas, con ángulo sanitario y zócalo sanitario, con un radio mínimo de 10 cm.

* + - 1. Equipamiento: Es deseable que el equipamiento sea confeccionado en material macizo, no poroso, con superficies lisas, sin grietas, sin irregularidades, fácilmente lavables, que resista el lavado frecuente, con superficies íntegras, sin presentar deterioros.

Las camillas, mesa de cirugía y carros de anestesia deben estar en buen estado de conservación, con ruedas de PVC.

Si el equipamiento es fijo debe presentar las mismas características que las paredes y techos y no se debe apoyar en el piso.

* + - 1. Puertas: Debe haber una abertura mínima de 1,20 m; se recomienda puerta doble, pivotante, con freno de piso, cierre automático y panel de vidrio para ver al otro lado y protección de acero inoxidable donde golpean las camillas. No deben tener maniguetas pero pueden tener cerrojo.

Los marcos al ras de la pared. Deben estar cerradas permanentemente.

* + - 1. Ventanas: Sin ventanas que se abran al exterior, si existen deben estar selladas

Con superficies no porosas, lisas, sin grietas, sin irregularidades, fácilmente lavables, con pintura epoxi o poliuretanica, que resistan el lavado frecuente Los marcos al ras de la pared

* + - 1. Separación de Áreas: Las áreas para diferentes actividades deben estar claramente delimitadas.

Debe haber diferenciación de áreas en: de transición, limpia, aséptica y sucia. La sala de cirugía es un núcleo central estéril a la cual se ingresa por pasillos limpios y se egresa por pasillos sucios, con un sentido unidireccional.

* + - 1. Vestuarios: El personal del área debe ingresar siempre por el vestuario, e ir hacia el quirófano con ambo quirúrgico recién puesto.

Es deseable que tengan portero eléctrico con apertura automática o timbre con llave.

Debe tener como mínimo 1 ducha por cada dos quirófanos, repartidos equitativamente en cada vestuario.

* + - 1. Área limpia: Sector de lavado de manos

Cada sala de cirugía debe contar con 1 piletón de lavado individua, colocado a la entrada, es recomendable que sea de acero inoxidable, con profundidad de 0,40 m, para evitar salpicaduras, filo superior a 1,00 m del piso.

La salida de agua con una altura suficiente que permita lavar las manos y antebrazos desde las manos hacia los codos. La misma accionada con sistema sin

manos, con codo, rodilla, pedal o célula fotoeléctrica. Debe haber dispensador de antiséptico accionado sin manos, con codo o similar.

Debe contar con dispensador de toallas de papel, para el secado de manos del anestesista y personal circulante.

* + - 1. Área aséptica: Sala de cirugía Debe tener una sola mesa quirúrgica

Es recomendable que la sala de cirugía cuente con intercomunicador, para reducir al máximo la apertura de puertas con el objeto de comunicarse.

* + - 1. Área sucia: Sector de egreso del personal, lavado de materiales, disposición de residuos, ropa sucia.

Debe tener contenedor independiente para ropa sucia y residuos, inodoro clínico para desechar excretas de los pacientes y lavachatas con descarga independiente, área para lavado y descontaminación del instrumental, estantes para almacenamiento de elementos de limpieza y desagüe exclusivo para la eliminación del agua producida luego de la limpieza

* + - 1. Circulación: Si no está en planta baja, debe contar con ascensor monta camillas, de medidas acordes con la camilla, con cierre automático con sistemas de barras, con control interno, para evitar paradas innecesarias, con velocidad máxima de 90 m por minuto.

Debe ser simple, no laberíntica, lineal, se ingresa desde área de transición, pasando a área limpia, luego a área aséptica. Es recomendable que la salida pueda diferenciarse en:

* + - * + el paciente, por área de transferencia situada en área de transición.
        + el médico por área sucia en dirección al vestuario.
        + la ropa usada, los instrumentos, los residuos y las muestras quirúrgicas para estudio por el área sucia

Siempre el personal debe ingresar por vestuarios y colocarse un ambo quirúrgico limpio.

El ingreso de pacientes se hará en la zona de transferencia en camillas especiales de quirófano

Dentro de cada sala de cirugía, la camilla (en el centro) es el punto de máxima esterilidad, el personal quirúrgico y los materiales estériles lo rodean. Por fuera el área limpia al personal de anestesia y circulante, quedando en la periferia los equipos no estériles mesadas y gabinetes

La circulación en los pasillos, se debe hacer de manera tal, que no haya cruzamiento entre personal e insumos limpios y sucios.

* + - 1. Baños: No debe haber baños en el bloque quirúrgico, ya que el desifonado del inodoro del bloc quirúrgico provoca un vacío, que contamina toda la red secundaria, apareciendo flora fecal en duchas lavamanos y piletas. El baño debe estar fuera del bloque quirúrgico, cerca de éste, y debe contar con inodoro, y ducha, con red sanitaria independiente.

En cirugías de alto riesgo como: cardiovascular, ortopedia y neurocirugía, es recomendable, que luego de utilizar los baños para evacuar heces, el personal se duche y se cambie el ambo quirúrgico por uno nuevo, para evitar que la colonización de la ropa que se usará en la sala de cirugía, con flora fecal.

* + - 1. Sistemas de ventilación: Condiciones generales

El nivel de partículas en el aire depende del número de personas, su movimiento, conversación, apertura de puertas y disciplina.

El sistema debe ser capaz de reducir el número de unidades formadoras de colonias bacterianas a 15-20 por cada 30 cm. cúbicos de aire.

En caso de cirugías de alto riesgo, (Ej. reemplazo de cadera), se debe obtener 1 unidad formadora de colonias por cada 30 cm. cúbicos de aire

El sistema de ventilación del quirófano no debe compartirse con el resto de la institución, debe ser individual.

Es recomendable que tenga control de temperatura y humedad independiente en cada sala de cirugía.

Es recomendable que haya presión positiva en sala de cirugía con respecto a los pasillos.

Condiciones particulares de los sistemas de ventilación Ventilación de alto flujo, Circulación de aire

Con cambios de aire de 15 a 25 volúmenes por hora, con un porcentaje de aire exterior de 20 a 30%

El aire al circular debe ingresar cerca del techo y egresar cerca del piso La circulación de aire debe ser unidireccional

El sistema debe ser capaz de renovar todo el aire al final de la cirugía en 15-20 minutos

* + - 1. Higiene del salón de operaciones: La limpieza del área quirúrgica debe ser sistemática y estricta. El cierre del quirófano no debe sustituir a la adhesión permanente a las reglas de limpieza.

La higiene ambiental de la zona más limpia hacia las más sucias.

Todo el proceso de limpieza será con técnica húmeda para evitar suspender partículas de polvo.

Techos se limpiarán una vez por mes o cuando estén visiblemente sucios. Paredes rutinariamente una vez por semana o cuando estén visiblemente sucias. La limpieza comenzará por las superficies verticales, siguiendo por camillas y pisos, se continuará por los pasillos de acceso y por último el lugar de las duchas. Las lámparas se limpiarán una vez al día, al final del día quirúrgico.

Los estantes de almacenamiento, luego de ser retirado el material, se limpiará cada 15 días, si hay estantes abiertos deben limpiarse a diario.

Los equipos técnicos se limpiarán diariamente.

En los equipos y/o circuitos de ventilación se procederá al cambio de filtro, por el personal de mantenimiento, según las indicaciones del fabricante.

La limpieza entre cirugías deberá priorizar al lavado (agua, jabón y arrastre mecánico). La descontaminación tiene un valor relativo, y puede hacerse al final del día.

No se recomienda mapeo bacteriológico.

Lavar los trapos y tanques, enjuagarlos, colocarlos boca abajo para que se escurran y extender el trapo para su secado.

Los materiales deben ser de uso exclusivo y deben permanecer en el office sucio. Después de una cirugía sucia, NO es necesario cerrar el quirófano. Proceder a una limpieza normal y descontaminación de manchas visibles.

* + - 1. Limpieza en manchas de sangre y fluidos contaminados:
* Colocarse guantes.
* Cubrir la mancha con papel absorbente.
* Derramar sobre la mancha solución clorada al 1 % (10000 p.p.m.)
* Dejar actuar 20 minutos y limpiar según técnica habitual.

# Medidas que no ha demostrado ser eficaces en la prevención de las infecciones postoperatorias

Cultivos rutinarios del medio ambiente (sólo se indican en situaciones de brotes) Cultivos rutinarios del personal y/o portadores de microorganismos especiales (brotes). Uso exclusivo de quirófanos para cirugías contaminadas y sucias.

Métodos de limpieza y desinfección del ambiente con aerosolización y/o formolización. Uso de alfombras con o sin desinfectantes a la entrada o dentro del área quirúrgica.

Uso extensivo de los antibióticos más que lo establecido por normas actuales.

# Prevención de Infecciones Urinarias Intrahospitalarias

* 1. **Introducción**

Las infecciones urinarias son la primera causa de infección hospitalaria en hospitales agudos e instituciones para pacientes crónicos. Representan aproximadamente un 40% de las infecciones. El principal factor de riesgo en el uso de catéteres urinarios. Todos los catéteres urinarios, pueden ser causa de infección urinaria, como así también uretritis, epididimitis, prostatitis.

# Clasificación de los Catéteres Urinarios

Según ubicación: uretral, suprapúbico, nefrostomía Según duración: permanente o intermitente.

El cateterismo permanente se denomina de corta duración cuando es menor de 7 días, intermedia de 7 a 30 días, y prolongado cuando se extiende por más de 30 días. La duración está directamente relacionada con el riesgo de bacteriuria, que luego de 30 días es universal.

# Medidas de Prevención

* 1. 1.Lavado de manos: antes y después de tocar el sistema.
     1. Educación continua. Sólo personal entrenado debe manipular y/o colocar catéteres urinarios.
     2. Vigilancia.
     3. Colocar sonda sólo cuando está indicado (necesidad de medir volumen urinario, obstrucción) y removerla tan pronto como sea posible. Los catéteres urinarios no deben colocarse para comodidad del personal, del paciente ni los familiares.
     4. Colocar el catéter de menor diámetro que sea posible pero que asegure un buen flujo.
     5. Utilizar siempre sistemas cerrados.
     6. Si el sistema es interrumpido por alguna razón, debe cambiarse.
     7. Colocar la sonda con técnica aséptica y elementos estériles.
     8. Fijar el catéter en forma apropiada
     9. Garantizar el flujo de la orina sin obstrucciones.
     10. Nunca colocar la bolsa por encima del nivel de la vejiga del paciente, para evitar reflujos.
     11. No realizar irrigaciones, salvo que haya obstrucción.
     12. Vaciar regularmente la bolsa, utilizando contenedor individual para cada paciente.
     13. Mantener limpio el meato urinario.
     14. Cuando sea posible preferir el uso de catéteres de condón (hombres incontinentes), cateterismo intermitente (dificultad en el vaciado de la vejiga)
     15. Profilaxis antibiótica durante la permanencia de la sonda: no está recomendada.
     16. Cambio rutinario de la sonda vesical: no está recomendada. La sonda sólo se cambia por razones mecánicas.
     17. Cultivos de control en ausencia de síntomas: no está recomendado

# Prevención de Neumonías Intrahospitalarias

* 1. **Introducción**

En los hospitales agudos es la segunda causa de infección nosocomial. Es una de las más severas y costosas.

Los principales factores de riesgo son: ventilación mecánica, cirugía abdominal o torácica, edad avanzada, alteración del estado de conciencia, bronco aspiración, uso de antiácidos, intubación nasogástrica, uso de antibióticos.

# Medidas de Prevención

1. Educación del Personal
2. Vigilancia
3. Lavado de manos.
4. Modificación de los factores de riesgo relacionados al huésped: vacunación, corrección de hiperglicemias, nutrición, etc.
5. Terapia respiratoria pre y post quirúrgica.
6. Pacientes post operatorios: movilización precoz, control adecuado del dolor, higiene bucal.
7. Mantenimiento del equipo utilizado en la terapia respiratoria: deben seguirse los procesos de limpieza, desinfección y/o esterilización según corresponda a cada caso.
8. No deben reprocesarse insumos destinados a uso único.
9. Cambiar los circuitos de los ventiladores cada 48 horas. Estos deben ser sometidos a esterilización previa a un nuevo uso.
10. Evitar y drenar condensaciones en las tubuladuras de sistema de ventilación mecánica.
11. Llenar los humidificadores con soluciones estériles.
12. La aspiración de secreciones puede realizarse con sistemas abiertos o cerrados. En el primer caso, la sonda debe ser estéril y de uso único. En ambos casos, deben lavarse las manos y utilizar guantes.
13. Mantener higiene bucal apropiada.
14. Reservorios de pared: deben cambiarse con cada paciente. Debe vaciarse con regularidad y con precaución ya que estas secreciones muy probablemente estén contaminadas. Estos reservorios deben someterse a esterilización. Otra opción es utilizar sistemas desechables que NO deben reutilizarse.
15. En cuartos de emergencia, no es necesario el cambio del reservorio con cada paciente: es suficiente cambiarlo 1 vez por turno y SIEMPRE cambiar la sonda en cada paciente.
16. Prevenir las aspiraciones en pacientes con alimentación enteral: no existen evidencias definitivas a favor del uso de sondas multiperforadas de pequeño calibre (tipo K-108) por sobre las sondas comunes. Del mismo modo no hay recomendaciones definitivas sobre la necesidad de ubicar la punta de la sonda de alimentación en posición distal al píloro. Rutinariamente se deben evaluar la posición de la sonda de alimentación y el grado de motilidad intestinal del paciente, a través de la auscultación de los ruidos hidroaéreos y de la medición del residuo gástrico. El volumen y la velocidad de la alimentación enteral deben ajustarse en base a esos parámetros para evitar la regurgitación con el consiguiente riesgo de aspiración .No existen recomendaciones a favor de la administración continua de la alimentación enteral, siempre que se realice control periódico del residuo gástrico.
17. Cuidados de la intubación endotraqueal: Los tubos endotraqueales y las cánulas de traqueostomía son desechables. La maniobra de intubación endotraqueal debe realizarse con técnica aséptica. Las secreciones acumuladas en la cavidad oral y el espacio subglótico deben ser cuidadosamente aspiradas antes de la introducción del tubo endotraqueal, como así también antes de desinflar el manguito para el retiro del tubo endotraqueal .El tubo endotraqueal no debe ser cambiado rutinariamente a menos de que existan evidencias de obstrucción o rotura del manguito.
18. La traqueostomía debe ser realizada en un quirófano en condiciones de asepsia, salvo cuando la situación del paciente lo impida. La cánula de traqueostomía debería cambiarse cada 48 hs o según necesidad luego de la cicatrización de la ostomía, con técnica aséptica y cumpliendo con las normas de bioseguridad .En los pacientes hospitalizados con cánula de traqueostomía metálica, el cambio deberá realizarse por otra estéril. En el caso de no disponer de recambio estéril o en los pacientes ambulatorios, se deberá realizar la limpieza mecánica de la misma, seguida de lavado con solución desinfectante y posterior secado. Los pacientes con traqueostomía definitiva deberán ser instruidos en la técnica de cambio, limpieza de la cánula y cuidados de la traqueostomía .
19. Prevención de la colonización gástrica: En caso de ser necesaria la realización de profilaxis de la hemorragia digestiva alta, no utilizar antiácidos (hidróxidos Al / Mg), siendo conveniente utilizar agentes que no aumenten el pH gástrico . En los pacientes con íleo es preferible el uso de bloqueantes H2 por vía endovenosa, para evitar mantener pinzada la sonda nasogástrica. Una vez recuperado el tránsito es preferible el uso de sucralfato como profilaxis de la hemorragia digestiva alta . Los pacientes con íleo deberán tener colocadas sondas nasogástricas que permitan la evacuación continua del contenido gástrico a un sistema cerrado. Estas sondas deberán ser removidas tan pronto como el paciente recupere el tránsito intestinal. No esta recomendado el uso rutinario de técnicas de descontaminación selectivas (antibióticos tópicos / sistémicos) en los pacientes ventilados en unidades de cuidados intensivos. Este procedimiento no ha demostrado reducir aún la tasa global de mortalidad de estos pacientes, incrementando significativamente los costos . No esta recomendado la acidificación rutinaria de la alimentación enteral con el propósito de prevenir la neumonía intrahospitalaria.
20. Manejo y mantenimiento de los equipos y dispositivos para asistencia respiratoria: Todo equipo o material reutilizable debe ser minuciosamente lavado, previo a ser sometido a esterilización o desinfección, con el fin de remover todo resto de material orgánico. Se recomienda el uso de detergentes enzimáticos.
21. Todo equipo que haya tomado contacto con membranas mucosas debe ser esterilizado antes de su uso con otro paciente. Si esto no fuese posible debería realizarse desinfección de alto

nivel. Algunos de estos materiales son broncoscopios y sus accesorios, piezas bucales y catéteres nasales. En el caso específico de las hojas de los laringoscopios y de los mandriles éstos deberán ser cuidadosamente lavados luego de su uso, limpiados y secados, debiéndose completar el procedimiento con una desinfección con alcohol de 70º

1. Los circuitos respiratorios (válvulas espiratorias, piezas en Y, tubuladuras inspiratorias y espiratorias, nebulizadores de línea, humidificadores de cascada, reservorios), máscaras faciales, las bolsas de resuscitación manual, los nebulizadores para medicación y los de pared (tipo Venturi), los capnógrafos y sensores de presión, deben ser esterilizados o recibir desinfección de alto nivel.
2. Si no es posible esterilizar o realizar desinfección de alto nivel de los espirómetros y otros equipos usados para controlar sucesivamente varios pacientes, se debe evitar que los mismos tomen contacto directo con las mucosas o con parte del circuito respiratorio. Para esto deben utilizarse intermediarios descartables o reusables sometidos a esterilización o desinfección de alto nivel.
3. Respiradores: La superficie externa de los respiradores debe mantenerse limpia, utilizando para ello los materiales sugeridos por el fabricante. Los circuitos internos de los respiradores utilizados para asistencia respiratoria o para apoyo anestésico no deben ser rutinariamente esterilizados o desinfectados entre pacientes .
4. Los circuitos reutilizables de los respiradores usados para asistencia respiratoria como para apoyo anestésico (tubuladuras, válvulas espiratorias, nebulizadores, humidificadores) deben ser sometidos a esterilización o desinfección de alto nivel luego de su uso con un paciente

.Los circuitos respiratorios de los equipos de anestesia deben ser cambiados entre pacientes por otro estéril o sometido a desinfección de alto nivel, a menos que se utilice un filtro bacteriano de alta eficiencia interpuesto entre el tubo endotraqueal y la tubuladura, pudiendo en ese caso cambiarse sólo el filtro bacteriano. La condensación acumulada en las tubuladuras debe ser periódicamente removida. La falta de tubos corrugados, en los respiradores con sistema abierto, obliga a remover el líquido acumulado con más frecuencia. Debido a la falta de reservorios espiratorios en este tipo de sistema (abierto), el líquido acumulado deberá ser removido previa desconección del paciente por el lado de la válvula espiratoria. Los equipos con sistema cerrado disponen de un reservorio en la línea espiratoria, capaz de contener el líquido condensado. Este material debe ser manipulado y descartado con precaución, ya que se considera contaminado.

26. Las tubuladuras, cánulas nasales y las máscaras faciales usadas para administrar oxígeno central deben ser cambiadas al ingreso de cada paciente por otras estériles o sometidas a desinfección de alto nivel.

1. Todos los fluidos utilizados para el llenado de reservorios (nebulizadores / nebulizadores para medicación / humidificadores) deben ser estériles. El llenado de estos depósitos debe ser hecho en forma aséptica y sólo inmediatamente antes de su uso, debiéndose además descartar el remanente previo (no se debe adicionar fluidos para completar recipientes parcialmente llenos). Para evitar tener importantes excedentes de líquido, utilizar ampollas de 20 ml o bolsas de 100 ó 250 ml de agua destilada estéril Los nebulizadores individuales para medicación deben ser reemplazados entre pacientes por otros estériles o sometidos a desinfección de alto nivel .En caso de ser necesaria la administración inhalatoria de medicamentos, debe preferirse el uso de inhaladores secos, que presentan igual o mayor efectividad que las nebulizaciones. Si se opta por este método los dispensadores multiuso

deberían ser usados, administrados y almacenados de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

1. Los nebulizadores de pared (tipo Venturi) deben ser reemplazados rutinariamente cada 24 hs por otro estéril o sometido a desinfección de alto nivel.
2. Los nebulizadores ambientales (vaporizadores) no deben ser usados, debido a que generan un alto nivel de contaminación ambiental por aerosoles .
3. La superficie externa de los equipos para la realización de estudios funcionales respiratorios debe mantenerse limpia, utilizando para ello los materiales sugeridos por el fabricante. Los circuitos internos de estos aparatos no deben ser rutinariamente esterilizados o desinfectados entre pacientes .Todo los componentes del circuito externo de los equipos utilizados para la realización de estudios funcionales respiratorios (tubuladuras, conectores y piezas bucales) deben ser cambiados entre pacientes por otros estériles o sometidos a desinfección de alto nivel .

# Manejo de los Pacientes Neutropénicos

* 1. **Introducción**

Una de las principales complicaciones de la quimioterapia es la infección. Estos pacientes se ven sometidos frecuentemente a tratamientos antibióticos, generalmente empíricos, ya que sólo en un 30% de los casos se documenta algún microorganismo.

Los reiterados tratamientos, sumados a la adquisición nosocomial y predisposición a microorganismos oportunistas, predispone a los pacientes a infecciones por microorganismos de difícil tratamiento. Por otra parte, los antibióticos contribuyen significativamente al costo del tratamiento del paciente con cáncer. Un uso racional, previene resistencia, complicaciones y contribuye a la disminución del gasto.

# Medidas generales de prevención

* + 1. **Higiene Personal**. Durante el período de neutropenia deben extremarse las medidas de higiene. El paciente se bañará 1 vez al día. El secado lo hará con toalla limpia, desde arriba hacia abajo. Luego de cada deposición, realizará una higiene perianal. En las mujeres, deberá hacerse hincapié en el secado genital desde adelante hacia atrás.

Las uñas debarán permanecer cortas.

La boca debará lavarse después de cada comida, utilizando un cepillo suave para los dientes. Deberá realizarse un consulta con odontología, y evaluar conjuntamente la remoción o permanencia de las prótesis.

* + 1. **Comida**. La comida para los pacientes neutropénicos debe incluir sólo alimentos cocidos. Las carnes, de todo tipo, deben estar completamente cocidas. Quedan prohibidos los vegetales crudos, frutas crudas y jugos naturales. Sólo las frutas con cáscara gruesa (guineo, naranja) podrán administrarse siempre y cuando sean lavadas previamente con un cepillo con aguan y jabón, enjuagadas, secadas y peladas. Queda prohibida la administración de lácteos y derivados. Sólo se admitirán jugos ultrapasteurizados, y agua de la cual se pueda dar fe de su composición libre de bacterias y parásitos. Están permitidas las bebidas cola, enlatados, té y café.

Debido a la presencia de mucositis y esofagitis en muchos de estos pacientes, se preferirá una dieta blanda,con contenido en fibra apropiado para colaborar en la mantención del ritmo evacuatorio.

Los complementos nutricionales (Fórmulas nutriocionales balanceadas comerciales) están permitidos según cada caso y tolerancia.

Está totalmente prohibido el ingreso de alimentos de afuera del hospital.

* + 1. **Visitas**. Las visitas estarán restringidas a una sola persona por vez, que cumpla en ayudar al paciente. Esta persona deberá mostrar compromiso con las medidas de prevención: lavarse las manos, no traer comida, etc. Queda totalmente prohibido el ingreso de personas enfermas.
    2. **Aislamiento**. Siempre que se pueda, estos pacientes deben estar en una habitación individual. La puerta debe permanecer cerrada. Si esto no fuera posible, pueden compartir la habitación con una persona sin sospecha de infección.
    3. **Traslados**. El paciente se trasladará lo menos posible. n caso de ser necesario, se trasladará con barbijo y se evitará el paso por áreas de construcción.
    4. **Plantas y Flores**. Queda totalmente prohibido el ingreso de plantas y flores a la Institución.

# Antimicrobianos

**Antibióticos**. Debido a que ningún antibiótico ha demostrado eficacia en la disminución de la mortalidad de estos pacientes y sí un incremento en los costos y resistencia, no se administrarán antibióticos en forma profiláctica a ningún paciente .

**Antimicóticos.** Los resultados de los trabajos con antimicóticos sistémicos son poco concluyentes. Sin embargo, su efectividad es menos cuestionada. Se permitirá por esta razón el uso de profilaxis antimicótica a todos los pacientes con neutropenias esperadas de 7 días o más. Sin embargo, no será obligación del médico administrarla.

Quedan excluídos los pacientes con infecciones micóticas previamente diagnosticadas, que tengan indicación de profilaxis (Ej: antecedente de aspergilosis).

# Catéteres Endovenosos.

La indicación del catéter quedará a cargo del médico. A los fines de las técnicas de colocación y cuidado, referirse a la norma de catéteres.

Si se opta por catéteres de tipo externo, se elegirá sólo el modelo con el número de lúmenes necesarios.

Para el manejo de infecciones asociadas a catéteres y toma de cultivos, referirse a la norma correspondiente.

# Catéteres Urinarios.

Se utilizarán sólo cuando no exista otra opción : paciente con retención urinaria.

# Manejo del Paciente Neutropénico Febril

Se considerará fiebre, un registro > o igual a 38.3 °C o a 2 controles consecutivos de 38°C separados por 1 hora. Se considera neutropenia a un recuento de 500 PMN/mm3 o a un descenso brusco del recuento total de leucocitos (50% en 24 horas).

Antes de iniciar el tratamiento antibiótico,deberá hacerse un exhaustivo examen físico, que incluya examen de la boca , fosas nasales, piel y orificio perianal (**no realizar tacto rectal si el paciente está neutropénico**).

# Paciente sin Foco.

Tomar hemocultivos periféricos y trasn- catéter (ver norma Toma de Muestra) Urocultivo.

Rx de tórax.

# Paciente con Foco.

Se tomarán los cultivos antes mencionados más los que correspondan al foco sospechoso.Esto incluye aún la realización de procedimientos invasivos (biopsia pulmonar)

# Inicio del Tratamiento Antibiótico.

Los antibióticos se adminsitrarán luego de haber tomado todos los cultivos. Este lapso no debe superar 1 hora en total.

Se iniciará tratamiento con ceftazidima en dosis de 2 gr cada 8 hs E.V en todos los pacientes excepto

# Paciente con sospecha de Infección Estafilocóccica

Sospecha de infección del catéter: (tiene bacteriemia cuando se lo manipula,celulitis o secreción peroi- orificio de salida),

Shock Séptico,

Documentación bacteriológica de estafilococo, Paciente conocido portador de S.A.M.R.

en cuyo caso la ceftazidima se acompañará de vancomicina, en dosis de 2 gr día para pacientes con función renal normal

DOSIS DIARIA ( mg/ día): 15 X CLEARANCE + 150.

Los niveles de vancomicina pueden medirse en el hospital. Los niveles esperados para una frecuencia de administración cada 12 horas son:

Pico: 20-50 g/ml (tomados 30 minutos después de terminada la infusión) Valle: 5-10 g/ml (tomados inmediatamente antes de la infusión).

Precaución: esta droga debe administrarse en una infusión de al menos 1 hora.

# Paciente con Necrosis de la Mucosa Gingival y /o Absceso Perianal

Se agregará metronidazol E.V. en dosis de 500 mg c/ 8 horas.

Una vez iniciado el tratamiento antibiótico se mantendrá sin modificaciones, salvo que el paciente tenga deterioro clínico o documentación bacteriológica.Bajo ninguna otra circunstancia, incluyendo la persistencia de la fiebre, se modificará el esquema antibiótico antes de las 72 horas.

Si la documentación bacteriológica permite una reducción del espectro antibiótico, esta se hará. Si el paciente comienza nuevamente con fiebre, se volverá al esquema original.

Si luego de 72 horas, no hay documentación clínica y el paciente no ha descendido la fiebre, se solicitará interconsulta con infectología. Si en conjunto se toma la decisión de cambiar el esquema antibiótico, deberá recultivarse el paciente.

Si el paciente sigue neutropénico, se ha tornado afebril y no hay documentación bacteriológica ni clínica, se continuará con el mismo esquema antibiótico.

Indicación de anfotericina: luego de 5 a 7 días de no respuesta a los antibióticos, sin documentación bacteriológica y previa consulta con infectología.

Muchos regímenes no producen neutropenia, o si lo hacen, en general son neutropenias de corta duración y menor intensidad.

En el cáncer de pulmón de células pequeñas, por ejemplo, la fiebre durante la neutropenia tiene una incidencia menor al 50%, en el cáncer de ovario, 33%, cáncer testicular 20%

En estos pacientes frecuentemente encontramos fenómenos obstructivos debido al crecimiento del tumor, que condicionan ciertas infecciones.

A diferencia de los pacientes con neoplasias hematológicas, los neutrófilos de estos pacientes son funcionalmente normales

# Tabla de Factores de Riesgo para Infecciones en Pacientes con Tumores Sólidos

|  |  |
| --- | --- |
| **FACTOR DE RIESGO** | **COMENTARIOS** |
| Neutropenia | Quimioterapia, radioterapia, infiltración de la médula ósea, drogas |
| Disrupcion de barreras antomicas | Quimioterapia (mucositis), lesiones por radioterapia, cirugías, catéteres, otros dispositivos. |
| Obstrucciones Vía aérea  Tracto biliar Tracto urinario Intestino Drenaje linfático | Tumor primario o metastático  Neumonía post obstructiva, absceso, empiema Col angitis ascendente  Infecciones urinarias /prostatitis  Obstrucción intestinal, perforación, peritonitis, hemorragias Erisipelas |
| Procedimientos y dispositivos Cateteres  Shunts Prótesis Cirugías | Infección catéteres Infección shunts Infección prótesis |
| Otros factores Comprensión medular Perdida gag reflex  Edad, malnutrición, uso atb | Bronco aspiración, malnutrición Incontinencia urinaria/ globo vesical  Riesgo aumentado de infección, selección de microorganismos resistentes |

* 1. **Impacto de la Profilaxis**

Algunos estudios le atribuyen a la profilaxis la disminución en la incidencia de fiebre durante la neutropenia. Sin embargo, no ha habido mejoras en la mortalidad de los pacientes. El tema aún es controvertido y no en todos los trabajos ha demostrado disminuir la mortalidad.

Además del costo y potenciales eventos adversos, la profilaxis se asocia con sobre infecciones y contribuye a la resistencia a antimicrobianos.

# Prevención de Infecciones en Pacientes con Transplante de Médula Ósea

* 1. **Introducción**

El transplante de células hematopoyéticas es la infusión de células madre de un donante a un receptor que ha recibido quimioterapia, usualmente mieloalativa.

Cuando el donante es el mismo paciente (las células madre se colectaron previamente ), se denomina transplante autólogo o autogénico.Se llama transplante singénico o isogénico, cuando es a partir de un gemelo univitelino. Cuando el donante es otro individuo, se denomina alogénico. Éste a su vez, puede ser relacionado, cuando se trata de un familiar o no relacionado, cuando se trata de un donante no emparentado.

Cuanto menor es la similitud entre donante y receptor, peor suelen ser las complicaciones, debido a la presencia de lo que se denomina enfermedad injerto contra huésped (GVHD): las células del donante identifican las diferencias con el receptor y reaccionan contra él.

Las células madre hematopoyéticas pueden obtenerse de distintas fuentes: médula ósea, sangre periférica, sangre de cordón umbilical.

La infusión de células se hace de un modo similar a una transfusión de sangre.

Los pacientes llegan al transplante luego de haber recibido un tratamiento condicionante, que consiste generalmente en quimioterapia muy agresiva.

# Complicaciones Infecciosas

El transplante tiene diferentes etapas:

**Fase 1. Pre engraftment**. Esta fase se extiende por los primeros 30 días post infusión. En este período nos encontramos con 2 situaciones:

1. la neutropenia: producto de la quimioterapia mieloablasiva los pacientes tienen neutropenias profundas y sostenidas. Esto lo hemos desarrollado en el capítulo Infecciones en el paciente neutropenico.
2. Mucositis.los regímens acondicionantes causan extensas mucositis.

# Tabla de Evolucion de los Defectos de la Inmunidad a lo largo del Tiempo u sus Principales Complicaciones, en Pacientes con Transplante de Médula Ósea

**Fase 1 (< 30 Días)**

**Fase II (31-100 Dias)**

**Fase III (> 100 Dias)**

Defecto Predominante

Neutropenia Mucositis

Disminución De La Inmunidad Celular Enfermedad Injerto Contra Huésped Aguda Y Crónica

Disminución De Las Inmunidades Humoral Y Celular.

Enfermedad Contra Huésped Crónica

Dispositivos

Catéter Endovenoso

Catéter Endovenoso

Patógenos En Pacientes Con Trasplante Alogénico

Virus Respiratorios Y Entéricos

Herpes Simples

Bacilos Gram Negativos

S. Coagulasa Negativo Estreptcocos

Candida Spp Aspergillus Spp

Cmv

P. Carinii

Strongyloides Toxoplasma Gondii

Vzv

Bacterias Capsuladas

**Fase 2. Post engraftment temprana** (días 31-100 post infusión).Esta fase se caracteriza por la disminución de la inmunidad celular.

Esta inmunosupresión está dada por la suma de 3 factores:

a)tratamiento condicionante

b) inmunosupresores administrados para evitar enfermedad injerto contra huésped agudo c) la presencia de injerto contra huésped.

**Fase 3. Post engraftment tardio** (más de 100 días). Los transplantes autólogos tienen una rápida recuperación de la inmunidad y por lo tanto tienen relativamente bajo riesgo de infección en este período.

En los pacientes con transplante alogénico, la recuperación de la inmunidad celular comienza a los 6 meses, por lo que el riesgo de infecciones permanece elevado.

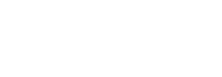
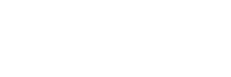
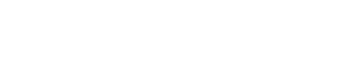
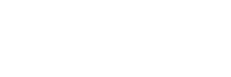
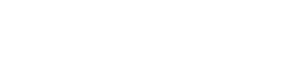
El deterioro de la inmunidad puede verse aún más afectado por la presencia de enfermedad injerto contra huésped crónico.

Sumado a esto, la inmunidad humoral pierde gran parte de su memoria, por lo que estos pacientes deben recibir nuevamente sus vacunas y en algunos casos reciben temporalmente gammaglobulina y profilaxis para la prevención de infecciones por microrganismos capsulados mientras dure la enfermedad injerto contra huésped, y profilaxis frente a Pneumocystis carinii.

# Infecciones Bacterianas

Son una complicación frecuente del transplante de células hemopoyéticas. Su frecuencia está determinad por factores como la historia previa del paciente, enfermedades concomitantes, régimen condicionante, procedimientos invasivos, pero fundamentalmente la mucositis (cocos gram positivos) y la enfermedad injerto contra huésped que compromete la mucosa gastrointestinal (bacilos gram negativos),la duración de la neutropenia y el déficit de la inmunidad humoral.

# Gráfico 1. Factores Relacionados a la Mucositis



TRAUMA

GVHD AGUDO Y CRONICO

DOLOR

**MUCOSITIS OROFARINGE**

**REGIMEN CONDICIONANTE**

**MUCOSA ORAL**

INF. LOCAL BACTERIEMIA

**REACTIVACION VIRUS: HSV,VZV,CMV**

ATB

GL. SALIVALES

**GVHD**

**PROFILAXIS**

GRANULOCITOPENIA

FLORA ORAL

XEROSTOMIA

Luego de los 6 meses, las infecciones bacterianas son muy infrecuentes, excepto en los pacientes con enfermedad injerto contra huésped crónico. En este grupo de pacientes, las infecciones más frecuentes son : neumonías (bacterianas, virales PCP), cutáneas (virales), y

otorrinolaringológicas. Como predisponente para las infecciones respiratorias, además de los trastornos inmunes, debemos señalar la presencia de sicca síndrome.

Las infecciones por Salmonella también son más frecuentes.

Estos pacientes tienen una mayor susceptibilidad a las infecciones por *Legionella pneumophilla*. Como no conocemos la incidencia en Panamá, se recomienda buscarla cuidadosamente, sobre todo en muestras respiratorias.

# Micobacterias.

Tanto la tuberculosis como infecciones por M. atípicas pueden presentarse, sobre todo cuando la inmunidad celular está más comprometida.

La incidencia de tuberculosis en estos pacientes en países desarrollados es baja (< 1%).Es muy posible que en Panamá podamos esperar cifras mayores.

Se han documentado infecciones por Mycobacterias atípicas como: *M haemophilium* (infecciones diseminadas con compromiso cutáneo, bateriemia, osteoarticulares,pulmones), *M neoaurum* (bacteriemia).

# Listeria.

Es infrecuente, pero siempre debe sospecharse en un paciente con meningitis. Con menos frecuencia es causa de bacteriemia primaria. Su presencia está vinculada al deterioro de la inmunidad celular.

Ingresa por el tracto digestivo, a través de alimentos contaminados.

# Nocardia.

Aproximadamente un 13% de las infecciones por Nocardia ocurren en transplantados. Ingresa por vía aérea, digestiva o inoculación directa. Debido a que la primera es la más frecuente, su principal manifestación es respiratoria

# Rol de los Cultivos de Vigilancia.

*Es un tema controvertido. Nuestra postura es no realizarlos , ya que en general se tiende a sobre actuar en base a los resultados, son costosos y no han demostrado beneficios en la mayoría de los trabajos.*

# Infecciones Micóticas

En una serie retrospectiva de 1,500 transplantados entre 1980 y 1987 en el Hospital Fred Hutchinson (Meyers, J,D), un 11% de los pacientes presentó infecciones por Cándida spp.El tiempo medio de aparición fue de 2 semanas, y la mortalidad del 73%.

Los pacientes con otras micosis invasivas representaron un 4.5 %, (más del 90% de ellas fueron por Aspergillus spp); la media de aparición fue de 6 semanas, con una mortalidad del 84%

# Pneumocystis Carinii.

La localización más frecuente es la pulmonar, aunque se han descrito otras: mastoiditis, coroiditis, ascitis, piel, bazo, hígado,etc.

En varias autopsias se ha documentado infecciones diseminadas.

# Candida Spp.

La Candidiasis es la micosis más frecuente, siendo el intestino del paciente el principal reservorio. El uso de fluconazol como profilaxis en el período de neutropenia ha disminuído los episodios clínicos a expensas de un aumento relativo de las infecciones por especies krusei y glabrata.

La principal manifestación clínica de la infección es fiebre de origen desconocido

Las localizaciones clínicas más frecuentes son : muguet, esofágitis, candidemia, infección diseminada aguda, infección hepatoesplénica.

La presencia de candidemia muy probablemente se deba a algún catéter. A mayor duración de la candidemia, mayor posibilidad de complicaciones en órganos.

# Aspergillus Spp.

La mayoría ingresa por la vía aérea del paciente. Las especies más frecuentes son fumigatus, niger y flavus, aunque esto varía en cada región y hospital.

Las epidemias nosocomiales generalmente están asociadas a construcciones y remodelaciones hospitalarias y contaminaciones del sistema de aire acondicionado.

Son infecciones severas, cuyo pronóstico depende de la mejoría de la inmunidad. Frecuentemente el tratamiento debe ser médico quirúrgico.

Si bien la principal localización es pulmonar, puede localizarse en cualquier sitio del cuerpo. En los pacientes que fallecen con la infección activa, es frecuente encontrar compromiso sistémico. Su tendencia a la invasión vascular,produce infartos pulmonares, hemoptisis; estos signos más la presencia de fiebre deben alertar a la búsqueda de este hongo.

Con menos frecuencia, el aspergillus puede colonizar catéteres, vinculados a contaminación del aire, en el lugar de colocación de los catéteres.

Los hongos, y fundamentalmente el Aspergillus son la principal causa de abscesos cerebrales en estos pacientes.

# Criptococo.

Rara vez reportado en pacientes transplantados. Ingresa por la vía aérea, desde donde se disemina a otras localizaciones.

Recordar siempre buscarlo en el LCR, sobre todo en pacientes con trastornos de la inmunidad celular, aunque este no es un requisito, ya que esta enfermedad se presenta en huéspedes normales. Con menos frecuencia se localiza en piel y pulmón.

# Histoplasma.

Considerarlo en pacientes provenientes de áreas endémicas.

# Coccidioidiomicosis

Es una micosis severa.La infección se adquiere por vía aérea, desde donde puede diseminarse.

# Pseudoallescheria Boydii

De un modo similar al aspergillus es un microorganismo angioinvasor. Es además resistente a la anfotericina

# Fusarium

Es una infección severa. En algunos países su prevalencia es elevada. En general compromete pulmón y senos paranasales, pero puede verse en cualquier localización. Se detecta por lisis por centrifugación en hemocultivos.

# Trichosporum

La especie beigelii es la que con más frecuencia causa infección diseminada. En pacientes profundamente neutropénicos puede causar infecciones muy severas. Se presenta con funguemia, neumonía, lesiones cutáneas, coriorretinitis

# Mucormicosis

Se asocia particularmente a diabetes e inmunosupresión. El sitio de infección más frecuente es senos paranasales. Puede haber con compromiso cerebral, pulmonar, y del SNC. En pacientes transplantados se ha descripto compromiso cutáneo.

# Otras Infecciones Toxoplasmosis.

En este grupo de pacientes es infrecuente. En una serie de 3,803 pacientes, sólo se presentó en 12.

# Strongyloidosis

Luego de la infección, este parásito puede permanecer en el huésped en forma asintomática por largos períodos. La inmunosupresión pone al paciente en riesgo de un Sd. de hiperinfestación, que se manifiesta después de los 3 meses post transplante.

# Leishmaniasis.

En los pacientes transplantados, las recaídas son frecuentes y se presentan formas fulminantes.

# Chagas.

Hay pocas referencias en este grupo de pacientes.

# Escabiosis.

En los pacientes inmunocomprometidos, se presenta una forma severa de infección por sarcoptes scabiei, llamada sarna noruega, que se caracteriza por un inóculos muy elevado del parásito en las lesiones. El sarcoptes se identifica fácilmente en las lesiones.

# Virus.

La infección/reactivación del CMV es una de las complicaciones más severas y está directamente interrelacionada al rechazo.

# Tabla II. Orientación acerca del Tratamiento de algunas Muestras

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | GRAM | KINYOUN | CALC | CULTIVO AEROBIO | ANAER | MICOB | HONGOS | VIRUS | OTROS |
| HEMO |  |  |  | X | X | X | X | X | Ag. CMV |
| ORINA | X | X |  | X |  | X | X | X |  |
| BAL, CEPIL, BIOPSIA | X | X | X | X | X | X | X | X | Legion. Micopl. PCP RSV |
| HERIDA | X | X | X | X | X | X | X |  |  |
| LESIÓN PIEL | X | X | X | X |  | X | X | X | Cripto Ag Tinta china |
| LÍQUIDOS | X | X | X | X | X | X | X | X |  |
| LCR | X | X | X | X |  | X | X | X |  |
| CTT |  |  |  | X |  |  | X |  |  |
| HECES |  |  |  | X |  |  |  |  | Huevos y paras. Cl. difficcile |

1. **Infecciones en Pacientes Asplénicos**

La asociación entre esplenectomía y sepsis fulminante fue descripta por primera vez por King y Shumaker en 1953.

El bazo representa un 25% del tejido linfático total del organismo, y es importante en la

“filtración” de bacterias capsuladas por parte de macrófagos.

Si comparamos las infecciones severas en pacientes con bazo normal y pacientes esplenectomizados por trauma, la incidencia de infección se incrementa 12 veces .En pacientes con tumores que comprometen el bazo, esta incidencia se incrementa 25 veces, y 50 en los niños.

Los microorganismos que más los afectan son *Streptococcus pneumoniae*, (70%), *Haemophilus influenzae type* b, y *Neisseria meningitidis*, y en menor medida*, E. coli, Capnocytophaga canimorsus* (contacto con perros) malaria y babesiosis.

Estos pacientes se benefician de vacunas (antineumocóccica, antihaemophillus y antimeningocóccica) sobre todo cuando son administradas 3 semanas antes de la esplenectomía. Debido a que la influenza predispone a infecciones bacteriana, esta vacuna también está recomendada.

Otra estrategia para el control de las infecciones es la administración de profilaxis antibiótica, sobre todo en los 2 primeros años, cuando el riesgo de sepsis es mayor.

# La fiebre en estos pacientes es una urgencia, ya que las sepsis tienen una evolución fulminante en poco tiempo. Por esta razón, en estos pacientes se inicia tratamiento de inmediato, luego de la toma de las muestras, y sin esperar los resaltados.

Los pacientes con estallido de bazo (fundamentalmente por accidentes automovilísticos y otros traumas) tienen menor riesgo, debido a que durante el estallido, suele haber siembras de tejido esplénico en el mesenterio, que funcionalmente actúan como pequeños bazos.

Algunos pacientes tienen asplenias funcionales: tienen el bazo ero no puede cumplir su función. Estos son pacientes con : anemia falciforme, talasemia, algunos síndromes linfoproliferativos.

# Infecciones Tracto Intestinales Nosocomiales

El CDC requiere para este diagnóstico la presencia de diarrea de nueva aparición en un paciente hospitalizado, durante un período de más de 12 horas, con o sin vómitos y/o fiebre. La incidencia estimada es de 10/10,000 egresos.

Medidas de prevención.

1. Vigilancia.
2. Educación continua
3. Lavado de manos.
4. Cambio de guantes entre pacientes
5. Retirar del lugar de trabajo al personal con diarrea. Estudiar la etiología.
6. Limpieza y desinfección adecuada de los endoscopios.
7. Termómetros utilizados para tomar temperatura rectal deben recibir desinfección de alto nivel. De lo contrario, utilizar desechables.
8. Minimizar el uso de antiácidos que elevan el pH gástrico.
9. Control de salud del personal que prepara y dispensa alimentos.
10. Educación del personal de cocina.
11. Higiene de la cocina. Separar áreas y utensilios destinadas a alimentos crudos y cocidos.
12. Preservar cadena de frío.
13. Evitar alimentos crudos.
14. Preferir máquinas de hielo con dispensador.

# Prevención de Infecciones asociadas a Procedimientos Endoscópicos

La mayoría de las infecciones relacionadas a procedimientos endoscópicos están dadas por una mala limpieza y desinfección del instrumental.

Los microorganismos pueden provenir de otros pacientes, o del agua utilizada en el proceso de limpieza.

También puede haber transferencia de microorganismos endógenos durante el procedimiento.

La bacteriemia es una de las complicaciones de endoscopías de tejidos colonizados: cistoscopías, broncoscopías. Generalmente son transitorias y no tienen consecuencias para los pacientes.

Recordamos que en los pacientes con valvulopatías muchos de estos procedimientos tienen indicación de profilaxis antibiótica.

# Medidas de Prevención.

* 1. Vigilancia.
  2. Educación al personal.
  3. Procesamiento de los endoscopios. Deben seguirse las etapas establecidas para el uso: limpieza, y desinfección o esterilización.
  4. El lavado con un detergente enzimático y la remoción mecánica de las sustancias orgánicas es un paso esencial. La limpieza debe incluir todos los canales y válvulas. El canal de succión debe ser cepillado.
  5. **Endoscopios críticos**. Son los que penetran la piel y se insertan en una cavidad estéril (articulación).Estos requieren **esterilización**. Es aceptable el uso de inmersión en glutaraldehído al 2% durante 10 horas.
  6. **Endoscopios semicríticos**. Incluye endoscopios de uso gastrointestinal y respiratorio. Pueden esterilizarse o someterse a otros procedimientos, siempre previa limpieza. Entre las sustancias utilizadas encontramos : glutaraldehído 2% durante 20 minutos , ácido peracético+ peróxido de hidrógeno. Los broncoscopios utilizados en pacientes con M. Aviun intracelular deben sumergirse durante 2 horas.

# Normas para el Lavado de Ropa Hospitalaria

Si bien la ropa usada puede contener un gran número de patógenos, un procedimiento de lavado razonable logra eliminarlos en número suficiente como para que la ropa lavada no sea fuente de infección.

* 1. **Cómo recoger la ropa**. La ropa sucia debe manipularse lo menos posible y no agitarse. Quien recoge la ropa debe contar con elementos de protección de barrera. En el caso de la ropa de cama, luego de cerciorarse de que no hay objetos entre las sábanas, doblar cada extremo sobre el centro para luego realizar los dobleces necesarios como para colocar la ropa en la bolsa.

Debe colocarse en bolsas en el mismo lugar donde se recoge.

Si la ropa está muy contaminada con sangre u otros fluidos, colocarla en bolsa aparte. Pueden utilizarse bolsas degradables en agua caliente y una bolsa secundaria para minimizar la manipulación en la planta de lavado. Las bolsas deben ser de buena calidad para evitar derrames.

* 1. Las bolsas deben **transportarse** en carritos “para ropa sucia” o derivarse a través de

chutas

# Planta de lavado.

Debe ser un área separada, y con accesibilidad para la recepción de la ropa. El área de procesamiento de la ropa sucia debe estar separada del área de procesamiento de la ropa limpia. Toda la planta debe contar con buena ventilación.

* 1. **Temperatura** para el lavado. 160 ºF (71ºC) durante 25 minutos.
  2. Uso **de cloro** 50-150 ppm
  3. Una vez concluido el lavado, la ropa debe ser revisada y lavada nuevamente si fuera necesario.
  4. **Transporte de la ropa limpia**. Debe trasladarse en carritos “para ropa limpia”.La ropa

debe estar envuelta o embolsada para evitar contaminaciones durante el transporte

# Aislamientos

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de aislamiento** | **Lavado de manos** | **Guantes** | **Mascarilla** | **Protección ocular** | **Bata** | **Otras precaucio nes** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Standard | Antes y después del contacto con el paciente | Cuando se tocara sangre o fluidos corporales  , mucosas, heridas, para sacar sangre | Cuando se prevean salpicaduras | Cuando se prevean salpicaduras | Cuando se prevean salpicaduras |  |
| Respiratorio | Antes y después del contacto con el paciente | Sólo si se van a tocar heridas o secrecion es | N95.  Personal sin inmunidad a rubéola o varicela no deben teener contacto con estas enfermedades. La mascarilla se coloca antes de entrar a la habitación y se quita al salir.  Estas mascarillas se pueden utilizar varias veces. | Sólo si se prevén salpicaduras | Sólo si se prevén salpicaduras | Habitación individual con presión negativa, puerta cerrada.  No permitir al paciente salir de la habitación.  Si debe salir por alguna razón, colocarle mascarilla N95 |
| Gota | Antes y después del contacto con el paciente | Sólo si se van a tocar heridas o secrecion es | Tipo quirúrgico, ante contacto prolongado a menos de 1 metro de distancia | Sólo si se prevén salpicaduras | Sólo si se prevén salpicaduras | Habitación individual.  No es necesario presión negativa. Ej: meningitis meningocóccica |
| Contacto | Antes y después del contacto con el paciente | Siempre. Quitárselo s antes de abandonar la habitación y lavarse las manos inmediata mente |  |  | Si habrá contacto directo con el paciente.  Quitárselo antes de abandonar la habitación | Habitación individual.  De no ser posible, compartir la habitación con un paciente con la misma infección. Limitar la movilización del paciente fuera de la habitación. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE INFECCIÓN** | **AISLAMIENTO** | **DURACIÓN** |
| Abscesos grandes | Contacto | Mientras dure la secreción |
| Aspergilosis | Standard |  |
| Ascaridiasis | Standard |  |
| Candidiasis | Standard |  |
| Varicela | Contacto, aéreo | Hasta que todas las lesiones tengan costra |
| Conjuntivitis | Standard |  |
| Clostridium difficile | Contacto |  |
| Heridas con microorganismos multiresistentes | Contacto |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Hepatitis a | Contacto |  |
| Hepatitis b | Standard |  |
| Hepatitis c,e | Standard |  |
| Herpes simples mucocutáneo | Contacto |  |
| Herpes zoster | Contacto, aéreo |  |
| Influenza | Respiratorio |  |
| Hiv | Standard |  |
| Rubeola | Aéreo |  |
| Meningitis viral | Standard |  |
| Mening. Neumo,tbc | Standard |  |
| Mening. Meningoc.,haemophillus, causa desconocida | Aérea |  |
| Mucormicosis | Standard |  |
| Pediculosis | Contacto | 24 horas post tto. |
| Pneumocistis carinii | Standard |  |

1. **Normas para el Uso de Antisépticos y Desinfectantes**

**Introducción**

Existen una serie de sustancias con propiedades antimicrobianas cuyo uso tiene indicación en la higiene hospitalaria, limpieza del material quirúrgico, lavado de manos, etc. Su efectividad depende de una buena elección del agente y uso apropiado, ya que un mal uso trae como consecuencias daños en la salud del personal, daños al instrumental quirúrgico y resistencia.

Nótese que en la última década se han realizado algunos cambios significativos en las normas: el alcohol-formaldehído fue retirado de la lista de esterilizantes químicos; se agregó al ácido peracético; los fenoles y los iodóforos ya no son considerados desinfectantes de alto nivel como así también los alcoholes etílico e isopropílico; algunas preparaciones diluidas de glutaraldehído (1:16 del 2%)fueron también retiradas de la lista de desinfectantes de alto nivel.

# Clasificación de los Instrumentales de uso médico

Debido a que no es necesario que todos los instrumentos en contacto con los pacientes sean estériles, se ha hecho una clasificación de los mismos en :

**Críticos**: se refiere a los materiales que toman contacto con tejidos estériles. Estos materiales requieren esterilización. Ej: instrumental quirúrgico, implantes, agujas, artroscopios, etc **Semicríticos**: materiales que tocan mucosas. Estos materiales requieren desinfección de alto nivel .Ej: endoscopios flexibles (endoscopías digestivas, cistoscopías y respiratorias), laringoscopios. En el caso de tanques de hidroterapia, puede realizarse desinfección de nivel intermedio.

**No Críticos** :materiales que tocan piel intacta. Se requiere desinfección de bajo nivel. Ej: estetoscopios, termómetros para uso axilar.

# Efectos Antimicrobianos

**Esterilización**: es la completa eliminación de todas las formas de vida microbiana, ya sea por métodos químicos o físicos.

**Desinfección**: es el proceso que elimina buen número de microorganismos patógenos, a excepción de esporas y que se lleva a cabo sobre objetos inanimados.

**Desinfección de Alto Nivel**: destruye todos los microorganismos excepto las esporas. **Desinfección de Nivel Intermedio**: inactiva *Mycobacterium tuberculosis,* la mayoría de virus, hongos y bacterias pero no esporas.

**Desinfección de Nivel Bajo**: elimina la mayoría de bacterias, algunos virus algunos hongos. No tiene acción sobre esporas ni *M. Tuberculosis*.

**Limpieza**: es la remoción de todos los materiales extraños de los objetos. Normalmente requiere agua y un agente detergente, acompañado de fricción.

**Antisepsia**: es la acción germicida de un agente sobre la piel u otro tejido. No debe utilizarse antisépticos para decontaminar objetos inanimados.

* 1. **Antisépticos y Desinfectantes Recomendados Alcohol**. Existen 2 tipos de alcohol de uso hospitalario:

a)alcohol etílico b)alcohol isopropílico

Buena actividad bactericida, funguicida, micobactericida y virucida (excepto virus de la rabia, hepatitis B).No tienen acción residual.

Características: bactericida, tuberculocida, funguicida y virucida. No destruye esporas. Usos: desinfección de materiales no críticos, algunos semicríticos, antisepsia de la piel. Precauciones: inflamables (conservar a 21ºC o menos)

# Hipocloritos.

a)hipoclorito de sodio (líquido)

b)hipoclorito de calcio, dicloroisocianurato de sodio (sólidos). Presentación: solución hipoclorito de sodio al 5.25% (uso doméstico) Características: desinfectante de amplio espectro.

Usos: para la desinfección del ambiente, y objetos no posibles de corrosión.

El cloro de uso domiciliario tiene 5.25% de hipoclorito de sodio (52,500 ppm). Preparación De las diluciones:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 5,000 ppm | 1,000 ppm | 500 ppm | 100 ppm |
| Dilución del cloro doméstico (5.25%) | 1:10(\*) | 1:50(\*\*) | 1:100(\*\*\*) | 1:500(\*\*\*\*) |

NOTA: ESTAS DILUCIONES DEBEN RENOVARSE CADA 24 HORAS.

(\*) 1 parte de cloro en 9 de agua. (\*\*) 1 parte de cloro en 49 de agua (\*\*\*) 1 parte de cloro en 99 de agua (\*\*\*\*) 1 parte de cloro en 499 de agua

De acuerdo al uso, se recomiendan las siguientes diluciones: Bacterias comunes: < 1 ppm

M. tuberculosis : 1,000 ppm

Limpieza de pisos con derrames : 5,000 ppm

Precauciones: irritante, corrosivo. No mezclar con jabones, detergentes ,farola, amoníaco o limpiadores de vidrios ya que se forman compuestos altamente tóxicos.

No mezclar con formaldehído ya que se forman compuestos cancerígenos.

# Iodóforos.

Utilizados como antisépticos (piel) y desinfectantes de materiales no críticos (termómetros). Tienen buena actividad antibacteriana, virucida (especialmente enterovirus) y micobactericida. Cierta actividad esporicida.

Presentaciones:

Usos: antisepsia de piel, curaciones de heridas, lavado de manos (solución jabonosa) Precauciones: no utilizar en pacientes alérgicos. Las soluciones con alcohol son más inestables. Producen sequedad de la piel con el uso frecuente. Absorbibles a través de piel y mucosas.

# Clorhexidina

Tiene acción antimicrobiana de amplio espectro. Mejor acción sobre cocos gram positivos. No tiene actividad esporicida. Excelente acción residual.

Presentaciones disponibles: solución jabonosa.

Usos: lavado de manos medicado (ver norma de lavado de manos)

Precauciones: ototóxico en contacto con el oído medio. No hay evidencia de absorción cutánea.

# Amonios Cuaternarios.

Utilizados con desinfectantes en la higiene hospitalaria y antisépticos (cloruro de benzalconio). Son bacteriostáticos y fungistáticos. No tienen actividad tuberculocida. Son virucidas frente a algunos virus.

Presentaciones:

Usos: En el Instituto Oncológico Nacional sólo se utilizan en la higiene hospitalaria.

# Glutaraldehído.

Esta sustancia es un desinfectante de alto nivel.

Existe una formulación ácida, no esporicida, que para lograr este efecto debe ser activada previamente. Una vez activada, tiene una vida media estante de 14 a 28 días.

Existen formulaciones más estables, con una vida media estante más prolongada.

Sin embargo, la vida media depende en buena medida de la frecuencia del uso y de la cantidad de material orgánico que contenga el instrumental.

Como no es corrosivo, puede utilizarse en la desinfección de endoscopios. Los tiempos de inmersión dependen del efecto que se desee lograr.

Presentación: solución al 2%.

Precauciones : tóxico para el operador si no se toman precauciones. A una temperatura ambiente de 20ºC se evapora fácilmente .Se absorbe por vía inhalatoria, cutánea e ingestión. Su olor se detecta con concentraciones de 0.04 ppm. Produce manchas en la piel al contacto. Irritante de la vía aérea, ojos. Cefalea.

Ambiente ventilado: 7-15 recambios/hora; velocidad de captura de por lo menos 100 pies/minuto)

Extractores.

Vestimenta: batas y guantes de nitrilo o goma butilo. Protectores oculares. Mascarilla con filtro para gases tóxicos.

Límite en el aire: 0.2 ppm Recipientes con tapa

Lavarse las manos luego de quitarse los guantes

Tóxico para los pacientes si no se ha hecho un enjuague apropiado.

Usos: en el Instituto Oncológico Nacional sólo se utilizará para la desinfección de endoscopios (ver norma correspondiente).Cualquier otro uso deberá autorizarse.

# Situaciones Especiales Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob.

Los tejidos de mayor riesgo para las transmisibilidad son los del sistema nervioso central (incluyendo ojos) .Debido a que estos priones son extremadamente resistentes, existen recomendaciones especiales para el instrumental:

Inmersión en hidróxido de sodio 1N durante 1 hora a temperatura ambiente (cuidado, corrosivo), seguido de 30 minutos a 132ºC en autoclave de vapor .

Las superficies inanimadas y materiales no críticos pueden decontaminarse con hipoclorito de sodio dilución 1:10 .Estos elementos no han sido implicados en la transmisión de la enfermedad. Las muestras de tejido deben incluirse ácido formalina-fórmico.

# Resumen de la Actividad In Vitro de los Antisépticos

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupo** | **Gram +** | **Gram -** | **Micobact** | **Hongos** | **Virus** | **Veloc. Acción** | **Comentarios** |
| Alcohol | Xxx | Xxx | Xxx | Xxx | Xxx | Rápida | Concentración óptima 60- 95%.no efecto residual |
| Clorhex. Aq. 2  o 4% | Xxx | Xx | X | X | Xxx | Intermedia | Acción residual |
| Iodóforos | Xxx | Xxx | Xxx | Xx | Xxx | Intermedia | Irritante.alergias |
| Amonio cuaternario | X | Xx | -- | -- | X | Lenta |  |

Resumen del uso Recomendado para los Antisépticos

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CLORHEX. JABÓN | YODO SOL. | YODO JABÓN | HIPOCLOR. | AMONIOS CUATER. | ALCOHOL | GLUTAR |
| Lavado de manos medicado | X |  | X |  |  |  |  |
| Higiene hospitalaria |  |  |  | X | X |  |  |
| Decontaminación material no crítico |  |  | X | X |  | X |  |
| Desinfección de alto nivel (endoscopios) |  |  |  |  |  |  | X |
| Antisepsia piel, limpieza herida quirúrgica ,limpieza campo operatorio, curación catéteres |  | X |  |  |  | X |  |

Precauciones en el uso del glutaraldehído.

El glutaraldehído como desinfectante frío, de alto para desinfectar y limpiar el equipo que es sensible al calor, incluyendo los instrumentos de diálisis, cirugía, endoscopios. Es un líquido oleaginoso sin color y con un olor acre.

Se han reportado los siguientes efectos para la salud en los trabajadores de hospital que fueron expuestos al glutaraldehído:

Irritación de la vía aérea Asma

Hemorragia nasal

Ardor en los ojos y conjuntivitis Dermatitis de contacto

Manchas en las manos **(marrones o morenas)**

Urticaria

Dolores de cabeza Náusea

Para prevenir estos efectos indeseables, se seguir las siguientes recomendaciones: Utilice el glutaraldehído en áreas ventiladas. Donde sea posible, guarde los baños de glutaraldehído .Idealmente, se debe contar con ba extractor de gases.

Use solamente la cantidad necesaria de glutaraldehído para hacer el procedimiento necesario para desinfectar.

Evite el contacto con la piel: use guantes hechos de goma nitrilo o butilo (los guantes de látex no proveen protección adecuada).Estos guantes deben ser largos.

Lave las manos enguantadas después de manejar el glutaraldehído. Utilice gafas protectoras y mascarilla cuando maneja el glutaraldehído. Utilice bata impermeable, mangas largas con puño sobre la muñeca.

Cierre herméticamente o tape todos los recipientes que contengan soluciones de glutaraldehído. Lávese las manos luego de quitarse los guantes.

Asista a todas las clases de capacitación sobre el uso y la exposición al glutaraldehído. Mujeres embarazadas no debe manipular esta sustancia.

Notifique cualquier accidente

# Norma para la Limpieza del Instrumental Quirúrgico Sencillo en las Áreas de Hospitalización, Unidad de Atención de Agudos y Consulta Externa

**Fundamento:**

La limpieza de este material es indispensable para garantizar un posterior proceso de esterilización. Debido a su alto costo, y características de alta precisión, el lavado debe garantizar que no generará deterioro.

**Mantenimiento del Instrumental**: todo el instrumental debe incluirse en un programa de mantenimiento preventivo periódico, cuya frecuencia será asignada en conjunto con la Central de Esterilización .Se prestará especial atención a : rajaduras, filos, lubricación, etc. Estas inspecciones quedarán registradas y el material dañado se sacará de uso para reparación o descarte, según corresponda.

**Limpieza**: la sangre, tejidos y sustancias orgánicas en general manchan el material y aceleran su corrosión. Por esta razón todo el material debe mantenerse en remojo hasta su limpieza. El proceso de limpieza debe comenzar idealmente dentro de los 10 minutos de finalizado el uso, para que los restos orgánicos no se adhieran.

El lavado se realizará con agua tibia (40ªC) y el detergente enzimático elegido según las recomendaciones dadas por el fabricante. Se utilizará un cepillo de cerdas blandas. Todas las partes desarmables del instrumental deben desarmarse para exponer toda la superficie a la acción detergente.

Para la limpieza, el personal que la lleva a cabo debe contar con: **Mascarilla, Gafas, Bata Impermeable, Guantes Dobles**.

**Enjuagado**: abundante agua.

**Secado**: inmediatamente después del lavado, utilizando compresas de tela limpias, y destinadas solamente para este fin.

**Armado** : las cajas deben armarse de modo que el instrumental quede abierto para exponerse de forma completa al agente esterilizante.

**Accidentes Corto Punzantes**: comunicarse inmediatamente con su superior.

# Vacunación en el Personal de Salud

Todo trabajador de salud debe tener completo el esquema de vacunación recomendado para la población general.

Algunas vacunas son de especial interés: Hepatitis B.

Toxoide Tetánico

Vacuna Antigripal.

# Prevención de Accidentes Cortopunzantes

Los accidentes cortopunzantes en el trabajador de la salud tienen como riesgo más importante, la transmisión de hepatitis B, hepatitis C y sida.

La mayoría de exposiciones no ocasionan una infección. El riesgo de infección depende de factores como los siguientes:

* el patógeno implicado. El virus de la hepatitis B, es más transmisible que el del sida.
* el tipo de exposición
* la cantidad de sangre en la exposición
* la cantidad del virus en la sangre del paciente al momento de la exposición

# Hepatitis B.

Debido a la disponibilidad de una vacuna efectiva y segura contra la hepatitis B, ya no debería haber transmisión ocupacional de esta enfermedad,

Los trabajadores de salud que recibieron una vacuna contra la hepatitis B y desarrollan una inmunidad contra el virus casi corren riesgo de infección. Si una persona no vacunada tiene una exposición percutánea al virus de la hepatitis B, el riesgo de infección es 6% al 30%.

Recordemos que la hepatitis B puede evolucionar a formas crónicas, cirrosis y aún hepatocarcinoma.

# Hepatitis C.

Según estudios limitados, el riesgo de infección después de una exposición (por un piquete de aguja o cortada) a sangre infectada con VHC es aproximadamente 1.8%. No se sabe el riesgo después de una salpicadura con sangre, aunque se cree que es muy bajo. Lamentablemente aún no se cuenta con vacuna.

# Sida.

El riesgo promedio de infección de VIH después de una exposición (por un piquete de aguja o cortada) a sangre infectada con VIH es aproximadamente 0.3% . Es decir que el 99.7% de las exposiciones por piquetes y cortadas no ocasionan infección.

Si la exposición es en mucosas, se estima un riesgo del 0.1%.

Se estima que el riesgo después de exposición de la piel a sangre infectada de VIH es menos de 0.1%.

Desde que comenzaron los reportes en 1985 y hasta diciembre de 1998, se habían reportado a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 54 casos documentados y 134 casos posibles de infecciones de VIH ocupacional entre trabajadores de salud en los EE.UU.

# Prevención de los accidentes cortopunzantes

1. Eliminar el uso de dispositivos con agujas cuando existan alternativas seguras y efectivas.
2. Implemente el uso de dispositivos dotados de mecanismos de seguridad y evaluar su aplicación para determinar cuáles son más efectivos y aceptables.
3. Precauciones universales.
4. Educación continua al personal. Asegurarse que los trabajadores sanitarios reciban la debida instrucción acerca del uso y eliminación seguros de las agujas.
5. Vigilancia. Analizar las lesiones por pinchazos y otros objetos filosos en su lugar de trabajo a fin de identificar los peligros y tendencias de ocurrencia de lesiones.
6. Modificar las prácticas de trabajo que plantean peligro de lesiones por pinchazos a fin de hacerlas más seguras.
7. Promover una conciencia sobre la seguridad en el sitio de trabajo.
8. Establecer procedimientos para la presentación de reportes y alentar a reportar y hacer un seguimiento oportuno de lesiones por pinchazos y objetos filosos.
9. Evaluar la efectividad de los esfuerzos de prevención y proporcionar comentarios acerca del desempeño.
10. Prohibir de forma definitiva el reencapuchado de agujas.
11. Eliminar cuidadosamente los elementos punzantes luego de su uso, en recipientes rígidos e identificables destinados a este fin. El plástico de estos contenedores debe ser resistente al traspaso de los elementos cortantes.
12. Reporte todas las lesiones con agujas y otros elementos filosos sin demora para asegurarse de recibir el tratamiento de seguimiento adecuado.
13. Informe a su empleador acerca de los peligros de agujas que usted observe en su ambiente de trabajo.
14. Participe en el adiestramiento sobre patógenos transmitidos en la sangre y siga las prácticas de prevención de infección recomendadas, incluyendo vacunación contra hepatitis B.
15. HIV.



El accidentado no recibe profilaxis



Profilaxis en las primeras horas según MINSA.

Control 6 meses.



Evaluar cada caso en particular, sopesando el tipo de accidente y la probabilidad de que la fuente sea positiva



Fuente -



Fuente +



Fuente ¿?

1. HEPATITIS C



No existe por el momento profilaxis efectiva Control 9 meses.

1. HEPATITIS B



Accidentado susceptible. FUENTE HBs Ag +

GammaGlobulina Hiperinmune y Vacunación



Accidentado Inmune (ANTI HBs 10 UI/ml o MÁS)



Accidentado susceptible.

FUENTE HBs Ag -

Está protegido



Iniciar vacunación

# Evidencia de la Efectividad de los Dispositivos de Seguridad.

* Los sistemas de goteo intravenoso sin agujas o con agujas protegidas han reducido la tasa de lesiones por pinchazos vinculadas a conectores intravenosos en un 62% para alcanzar 88% [Gartner 1992; Yassi et al. 1995; Lawrence et al. 1997].
* Las lesiones sufridas al practicar flebotomías se redujeron en un 76% al utilizar agujas con mecanismo automático de neutralización, 66% con un protector de bisagra para agujas, y en un 23% con agujas de alas de acero (tipo mariposa) dotadas de un protector deslizante [CDC 1997a].
* Las lesiones sufridas al practicar flebotomías se redujeron en un 82% con un protector para agujas, pero un dispositivo de retapado tuvo un impacto mínimo [Billiet et al. 1991].
* El uso de catéteres intravenosos más seguros en los que la aguja queda aislada luego de ser usada redujeron la tasa de lesiones vinculadas a la colocación de sistemas intravenosos en un 83% en tres hospitales [Jagger 1996].

# 18. Higiene Hospitalaria

La higiene hospitalaria es vital en la atención de pacientes. Se ha demostrado que el ambiente hospitalario es origen de patógenos nosocomiales para pacientes de alto riesgo.

Se debe realizar las siguientes practicas:

1. Todo los equipos de aseo deben tener un organigrama de trabajo para la limpieza periódica considerando los siguientes aspectos:
   1. Plano del hospital por pisos.
   2. Gráfica de organización del hospital.
   3. Horario de trabajo
   4. Archivo de reparaciones
   5. Archivo de abastecimientos
   6. Inventario de abastecimiento, equipo, mobiliario y accesorios.

Cada vez que el equipo de limpieza realiza la actividad de limpieza en un área, debe dejar un registro del trabajo, la fecha y notificar al encargado del área.

1. Las áreas ocupadas por pacientes deben ser limpiadas cada día, así como después de ser contaminadas. Para limpieza rutinaria de superficie ambientales se puede realizar con un detergente. En caso de brotes, esta indicado el uso de soluciones desinfectantes.
2. Las superficies de inodoros deben lavarse con solución desinfectante. La tasa debe lavarse con polvo abrasivo y cepillo, no debe verterse desinfectante en ellas.
3. Ropa de cama debe cambiarse todos los día. La ropa sucia debe ser manipulada lo menos posible y evitando sacudirla. La ropa contaminada con sangre o líquidos corporales debe ser depositada y transportada en bolsas impermeables para evitar goteos.

# Estrategia de Limpieza y Desinfección para Superficies Ambientales en Areas de Atención de Pacientes

1. Se debe seleccionar el desinfectante y preparar acordes a las instrucciones de manufactura. De preferencia, desinfectante de nivel intermedio. No se recomienda desinfectante de alto nivel para instrumentos no críticos.
2. La limpieza del equipo medico no critico se realizara con detergente lo cual puede ser seguido por la aplicación de desinfectante. En áreas de atención de pacientes con tuberculosis, el desinfectante deberá tener cobertura contra mycobacterias.
3. No se utiliza alcohol para limpiar grandes superficies ambientales.
4. El personal debe utilizar protección de barrera durante la limpieza de superficie inanimada que pueda estar en contacto con fluidos y secreciones o difíciles de limpiar.
5. Se debe mantener paredes, pisos y otras superficies inanimadas visiblemente limpias en base a una limpieza periódica la cual se puede realizar con detergentes.
6. La ventanas, persianas, cortinas y mayas deben mantenerse limpias y libres de polvo.
7. Limpiar y desinfectar frecuentemente superficies de alto contacto (cerraduras, encendedores de luces, superficie alrededor del baño del paciente).
8. No se debe realizar limpieza con métodos que dispersen polvo en las áreas de atención de pacientes.
9. Las soluciones de limpieza deben ser cambiadas como mínimo cada día. Los trapeadores se deben cambiar la cabeza cada día y de ser reutilizable, la misma debe lavarse y esperar a que seque antes de ser reutilizado. En caso de ser utilizado para limpieza de fluidos con sangre o heces, este debe descartarse.

# Limpieza de Áreas Contaminadas con Sangre o Fluidos Corporales

La limpieza y recontaminación debe realizarse prontamente.

El personal debe utilizar precauciones estándar al momento de realizar la labor de limpieza. El material derramado debe limpiarse con dispositivos absorbentes y descartados en contenedores apropiados, puede aplicarse solución de hipoclorito de sodio en dilución de 1:10 (5000 – 6150 ppm de cloro disponible) para la decontaminación.

Para la limpieza se puede utilizar hipoclorito de sodio en una dilución de 1:100 (500 – 615 ppm de cloro disponible) para decontaminar superficies no porosas, luego de que el fluido ha sido recogido

# Alfombras y ropa de cama, habitación y demas

Las alfombras deben aspirarse periódicamente con equipo que no cause dispersión de polvo. Debe realizarse limpieza profunda a todo el inmobiliario con métodos que no causen dispersión de polvo.

Evitar el uso de alfombras en área de alto tráfico o en donde se atienden pacientes. En caso de derrame de soluciones corporales, se deben limpiar con solución descontamínate. De persistir húmedas por más de 72 horas, deben reemplazarse.

Evitar realizar trabajos de tapicería en las áreas de atención de pacientes. Los muebles tapizados deben estar en buenas condiciones y sin huecos o rasgaduras.

# Flores y plantas

Las flores y plantas son permitidas en área de atención de pacientes inmunocompetentes pero no son permitidas en áreas de atención de pacientes inmunosuprimidos.

El cuidado de las mismas debe ser realizado por personal ajeno a la atención de pacientes.

# Control de animales

Desarrollar una estrategia de control de animales, con énfasis en cocina, cafeterías, lavanderías, áreas de suplido de material estéril, salón de operaciones, áreas de carga y descarga de insumos, actividades de construcción y otras áreas con tendencia a ser infestadas.

Instalar protectores de ventanas (mallas), en todas las ventanas que abran hacia el exterior, las mismas deben mantenerse limpias y en buenas condiciones.

# 19. Profilaxis Antibiótica Perioperatoria

1. Objetivo: Disminuir la incidencia de infección de herida quirúrgica.
2. Momento de Administración: inducción anestésica ( 30 minutos antes de la incisión).
3. Responsabilidades:

La indicación del antibiótico la hará en forma escrita el médico cirujano, de acuerdo a la presente norma. Cualquier excepción debe ser consultada con Infectología.

Administración del antibiótico: la primera dosis, la que se administra en la inducción anestésica, la administrará el médico anestesiólogo. Si fueran necesarios refuerzos intraoperatorios (ver más adelante), también será responsable de su administración.

Las administraciones post operatorias serán responsabilidad de Enfermería.

1. Duración: la principal dosis es la pre operatoria. Luego de la cirugía se administrará 1 sola dosis y se suspenderá la profilaxis.
2. Precauciones:

Pacientes con transfusiones o gran pérdida de volumen intra op: Dar refuerzo Cirugías que duran más de 3 horas: Refuerzo

Pacientes Obesos: Ajustar dosis al peso

Si el paciente tiene infecciones activas (peritonitis fecal, colecistitis, etc.): Deben recibir tratamiento.

1. Alergia a Penicilina.

Un gran número de los pacientes manifiestan alergia a la penicilina. Las únicas razones para evitar el uso de la penicilina es el antecedente de shock anafiláctico o edema angioneurótico. En estos casos realizar consulta con infectología.

1. Antibiótico según Cirugía.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de Cirugía** | **Antibiótico / dosis** | **Comentarios** |
| Limpia | Ninguno | Excepciones: inserción de prótesis, huéspedes inmunocomprometidos (neutropénicos, transplantados), mastectomía radical, recidiva hernia inguinal, reconstrucción plástica mayor: 1 gr cefazolina ev |
| Gastroduodenal: Todas. Gastrostomía endoscópica de alto riesgo.  Biliar: Todas. Colecistectomía endoscópica de alto riesgo | Cefazolina 1.5 Gr ev  Pacientes con más de 70 kg: 2 gr ev |  |
| Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes con obstrucción | Piperacilina 4 gr ev |  |
| Colorectal electiva | Día pre op:  10:00 AM4 litros solución electrolitos polietilenglicol v.o. Durante 2 horas. Dieta líquida  1:00 pm, 2:00 pm y 10:00 pm neomicina 1 gr + Eritromicina base 1 gr v.o.  Nada por boca después de medianoche |  |
| Colorectal urgencia | Cefazolina 1 a 2 Gr ev + Metronidazol  0.5 gr (dosis única) |  |
| Cabeza y cuello, que involucra mucosa oral o faríngea | Cefazolina 2 gr ev |  |
| Histerectomía vaginal o abdominal | Cefazolina 1-2 gr ev |  |
| Biopsia próstata transrectal | Ciprofloxacina 500 mg V.O. 12 hs Antes de la bopsia.  Repetir 12 horas después de la biopsia. | Hacer urocultivo previo. Bacteriuria: tratar y adecuar profilaxis si es necesario. |
| Vulvectomía | Cefazolina 1 gr ev |  |
| Reconstrucción plástica mayor | Cefazolina 1 a 2 gr ev |  |
| Ligadura vasos epigástricos | Ninguna |  |

Nota: La cefazolina puede reemplazarse por cefalotina.

Si se indican cremas para favorecer la cicatrización, éstas **no deben contener antibióticos**

# Prevención de Infecciones Hospitalarias durante Remodelaciones

Recordar que la profilaxis peri operatoria es una medidas en la prevención de infecciones perioperatorias. Su uso no releva del cumplimiento de las otras medidas.

# Ponderación del riesgo para pacientes según la actividad.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tipo de actividad** | | | | | |
| Grupo de Riesgo | Tipo A | Tipo B | | Tipo C | | Tipo D |
| Grupo 1 | I | II | | II | | III/IV |
| Grupo 2 | I | II | |  | III | IV |
| Grupo 3 | I |  | III |  | III/IV | IV |
| Grupo 4 | I-III |  | III /IV |  | III/IV | IV |

Tomado de LAS Guías para el Control de infecciones relacionadas a la construcción en Hospitales. Canadá Communicable Disease Report. 2001.

NOTA: las áreas sombreadas son las que representan mayor riesgo.

# Tipos de actividad de la contrucción.

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo A | Inspección y actividades no invasivas. Ej: remoción de cielo raso para inspección visual (hasta 1 placa por 50 pies cuadrados), pintura, trabajos eléctricos menores, plomería que interrumpe el flujo de agua en un área localizada ( un cuarto) por menos de 15 minutos, otras actividades que no generan polvo, y que no requieran cortar o demoler paredes o trabajos en el cielo raso. |
| Tipo B | Actividades de corta duración y a pequeña escala que crean polvo mínimo. Ej: acceso a corte de paredes o cielos raso cuando la migración del polvo pueda controlarse para : instalación o reparación de trabajo eléctrico mínimo, componentes de ventilación, cables de teléfono o computación, lijado de paredes en pequeñas superficies previo a pintura. |
| Tipo C | Cualquier trabajo que genere cantidades de polvo significativas, requiera demolición o remoción de componentes fijos del edificio (lavamanos, remoción de fórmicas, etc). Lijados de paredes, remoción de pisos, cielorraso, construcción de paredes nuevas, trabajos de plomería  ,electricidad o cableado por encima del cielo raso, cableados extensos y cualquier otra actividad que no pueda ser completada en 1 jornada.  Trabajos de plomería que requieran la interrupción del suplido de agua en 2 o más cuartos por más de 30 minutos y menos de 1 hora. |
| Tipo D | Demoliciones mayores. Construcción y renovación de proyectos. Interrupción del suplido de agua para trabajos de plomería por más de 1 hora en más de 1 cuarto. |

* 1. **Grupos y Áreas de Riesgo.**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo 1. Bajo Riesgo | Áreas de oficina Áreas públicas |
| Grupo 2.  Riesgo Medio | Áreas de pacientes no incluidas en los grupos 3 y 4 Consulta externa (excepto oncología, hematología y cirugía) |
| Grupo 3 Riesgo Medio a  Moderado | Cuarto de urgencias Radiología Recobro  Sala de partos fuera del salón de operaciones Cirugía ambulatoria  Medicina nuclear Fisioterapia Ecocardiografía Laboratorio clínico  Salas de pacientes no incluidas en el grupo 4. Pediatría  Geriatría Pacientes crónicos |
| Grupo 4 Riesgo Máximo | Cuidados intensivos Salones de operaciones  Salas de parto incluidas en salón de operaciones.  Unidades de quimioterapia y consulta de pacientes con cáncer Unidades de transplante y consulta de pacientes post transplante Consulta externa de pacientes con sida  Unidades de diálisis Nurseries Hemodinamia Endoscopía  Pacientes de cirugía cardiovascular Ärea de preparación en Farmacia  Cuartos en los que se procesan materiales/insumos estériles Central de esterilización  Depósitos. |

* 1. **Medidas de Control / Prevención**

|  |  |
| --- | --- |
| Clase I | Control del polvo  Reubicación inmediata del cielo raso desplazado Aspirado (húmedo) y trapeado inmediato del área Realizar trabajos en los momentos de menos tránsito. Evitar el tránsito de pacientes por áreas con polvo |
| Clase Ii | Control del polvo  Aspirado (húmedo o filtro HEPA) y trapeado inmediato del área. Evitar el tránsito de pacientes por el área.  Trasladar pacientes si fuera necesario. Proteger equipos e insumos del polvo. Limpieza de las superficies con cloro.  Mojar las superficies a trabajar para minimizar la producción de polvo. Sellar las áreas que generan polvo, incluyendo puertas y ventanas.  Colocar en la salida del área de trabajo una alfombra que recoja el polvo. Inhabilitar el sistema de aire acondicionado en el área de trabajo.  Verificar la necesidad de cambiar los filtros o realizar limpiezas antes de su rehabilitación. Envolver los residuos en un trapo húmedo antes de movilizarlos. |
| Clase Iii | Antes del inicio de los trabajos, involucrar a Infecciones Nosocomiales, Bioseguridad, Salud ocupacional y autoridades de la institución .  Sellar el área con una barrera impermeable desde el techo verdadero (no cielo raso o techo falso) hasta el techo. Esta debe constar de 2 capas de Sheetrock o polietileno grueso. Esta barrera sólo se retirará luego de haber terminado los trabajos , la limpieza y la inspección final. El proceso de remoción debe ser cuidadoso para no derramar polvo.  Sellar puertas, ventanas con cinta adhesiva plástica.  Los trabajadores deben dejar su equipo de protección en el área y no circular por el hospital con él. Durante la construcción,.mantener presión negativa dentro del área. Utilizar unidades portátiles de filtros HEPA.  Asegurarse de que el aire emanado del área de construcción salga al exterior o sea filtrado (HEPA) previamente.  Revisar el sistema de aire acondicionado antes de reiniciarlo. Limpieza y aspirado húmedos del área cada día.  Remoción de basura cada día.  Incrementar la higiene en las áreas adyacentes.  Evitar la circulación de pacientes por el área y trasladar a los que fuera necesario. |
| Clase Iv | Construir un antesala con una barrera de material plástico.  El personal que entre al área debe utilizar protectores de calzado, que debe quitarse al abandonar el área.  Los trabajadores deben cambiarse el calzado al dejar el área.  Antes del inicio de los trabajos, involucrar a Infecciones Nosocomiales, Bioseguridad, Salud ocupacional y autoridades de la institución .  Sellar el área con una barrera impermeable desde el techo verdadero (no cielo raso o techo falso) hasta el techo. Esta debe constar de 2 capas de Sheetrock o polietileno grueso. Esta barrera sólo se retirará luego de haber terminado los trabajos , la limpieza y la inspección final. El proceso de remoción debe ser cuidadoso para no derramar polvo.  Sellar puertas, ventanas con cinta adhesiva plástica.  Los trabajadores deben dejar su equipo de protección en el área y no circular por el hospital con él. Durante la construcción,.mantener presión negativa dentro del área. Utilizar unidades portátiles de filtros HEPA.  Asegurarse de que el aire emanado del área de construcción salga al exterior o sea filtrado (HEPA) previamente.  Revisar el sistema de aire acondicionado antes de reiniciarlo. Limpieza y aspirado húmedos del área cada día.  Remoción de basura cada día.  Incrementar la higiene en las áreas adyacentes. Intensificar la vigilancia epidemiológica. |

**Guía para la Atención de Accidentes Laborales con Exposición a Sangre y Fluidos Corporales**

**Riesgo de exposición al HIV.**

Debido a que las recomendaciones actuales establecen que en el caso de una fuente positiva debe administrarse profilaxis en las primeras horas del accidente, el personal expuesto a cualquier fuente desconocida tendrá prioridad para la realización de la serología.

Las pruebas deberán demorarse no más de 90 minutos.

Se realizará, preferiblemente, un Elisa de 4ta. Generación. De no estar disponible esta prueba, se hará un Elisa de 3ª generación, incluyendo una prueba simple, con criterio técnico positivo del Laboratorio Central.

El accidentado se trasladará al laboratorio que realizará la prueba en forma inmediata, portando una orden, firmada por la supervisora de enfermería o el médico del cuarto de urgencias, quien deberá llamar por teléfono al laboratorio para verificar que la prueba podrá realizarse y avisar que llegarán la muestra/personal. Todos los datos concernientes al reporte se llenarán con posterioridad, para no demorar la realización de las pruebas.

La fuente se trasladará conjuntamente con el accidentado al laboratorio. De ser un paciente no trasladable, se enviará la sangre, debidamente rotulada y entera, sin separar.

Esta muestra se trasladará siguiendo las medidas de bioseguridad y cadena de custodia.

En el caso de que la fuente sea HIV positiva en una primera prueba, el accidentado iniciará inmediatamente la profilaxis, siguiendo la guía emanada del Ministerio de Salud.

Si la fuente es negativa, el personal accidentado no debe recibir profilaxis. Si la fuente es desconocida, se deberá evaluar el riesgo relativo en cada caso.

Para tal efecto, la supervisión de enfermería contará con droga suficiente para administrar al menos ,las primeras 48 horas de profilaxis.

La profilaxis será administrada según las normas actuales del MINSA. Se recomienda seguimiento durante 6 meses.

# Hepatitis C.

Debido a que hasta este momento no se cuenta con profilaxis efectiva, esta prueba se realizará en forma rutinaria, sin urgencia, en la fuente y el accidentado.

Debido a su largo período de incubación, de ser positiva la fuente, se hará una primera prueba en la muestra tomada en el momento del accidente, y una segunda y última a los 9 meses del accidente.

# Hepatitis B.

Todos los trabajadores con riesgo potencial de exposición a sangre y fluidos deberá estar vacunado contra la hepatitis B.

A los fines de brindar protección rápida, se optará por el esquema rápido : 0, 1, 2 meses.

A los 30 días de la última dosis, se realizarán anti HBS (anticuerpos antisuperficie hepatitis B), considerándose niveles protectores, aquellos mayores a 10 U.I.

El personal que no haya alcanzado estos niveles, recibirá una dosis adicional y se controlará nuevamente con anti HBS. De no haberse alcanzado los niveles de 10 U.I. se canalizará una consulta con infectología.

Esta vacuna no requiere dosis de refuerzo posteriores. Por lo tanto, si el personal está debidamente vacunado y se han documentado Ac anti HBs adecuados, no es necesario control post accidente ni dosis de refuerzo.

Esta vacuna ,de origen recombinante, puede administrase aún durante e embarazo. Es referible su administración en el deltoides.

Sólo en el caso de personal no inmunizado, se hará un HBS Ag a la fuente (antígeno de superficie, o antígeno australiano).De ser este positivo y el personal negativo, se administrará gammaglobulina hiperinmune para la hepatitis B y se iniciará el esquema de vacunación según el esquema 0,1 y 2 meses.

# Antitetánica.

Todo trabajador debe tener esquema completo de vacunación antitetánica. Esta vacunación se mantiene con un refuerzo cada 10 años (vacuna DT).

Con esta protección no se necesitan refuerzos.

Personal que por alguna razón no esté vacunado, recibirá 1 dosis de gammaglobulina hiperinmune + 3 dosis de toxoide.

El personal que haya tenido exposición significativa a sangre, derivados y/o fluidos corporales, deberá mantener las siguientes precauciones, hasta asegurarse que no hubo contagio:

No podrán donar sangre

Mantener relaciones sexuales con preservativo

Mujeres: evitar embarazo. Consultar en cada caso por lactancia.



El personal que haya tenido exposición significativa a sangre, derivados y/o fluidos corporales, deberá mantener las siguientes precauciones, hasta asegurarse que no hubo contagio:

No podrán donar sangre

Mantener relaciones sexuales con preservativo

Mujeres: evitar embarazo. Consultar en cada caso por lactancia.

# Bioseguridad.

**Guía para la toma de muestras para cultivo.**

Recuerde que para un buen diagnóstico debemos contar con una buena muestra. Le agradecemos observar las siguientes recomendaciones.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de muestra** | **Cómo tomarla** | **Comentarios** |
| Hemocultivo | Se recomiendan 3 hemocultivos: 2 aerobios y 1 anaerobio. Cada hemocultivo es una venopuntura diferente y debe consistir en 10 ml. El intervalo entre las muestras es el que el médico considere.  Procedimiento:.lavarse las manos; palpar la vena y luego realizar antisepsia con alcohol iodado o alcohol 70%.dejar secar. Tomar el volumen recomendado en el frasco. Desinfectar la goma con alcohol 70% (nunca iodopovidona).invertir suavemente el frasco para mezclar con el caldo .rotular y enviar de inmediato al laboratorio. | Mínimo recomendado: 2 frascos. Mantener a temperatura ambiente hasta llevar a laboratorio. |
| Hemocultivos cuantitativos | Tomar sangre a través del catéter sin descartar nada y de vena periférica. Rotular apropiadamente. En cada frasco debe haber la misma cantidad de sangre. | En la orden aclarar: hemocultivos cuantitativos, ya que el procedimiento es diferente |
| Punta catéter | Retirar catéter en forma estéril y cortar los 5 cm distales. Colocar en tubo seco estéril, rotular y enviar al laboratorio de inmediato. | Acompañar siempre de 2 hemocultivos. Preferiblemente tomarlos antes de retirar el catéter. Sin hemocultivos acompañantes, no pueden interpretarse los resultados. |
| Herida quirúrgica | Realizar punción-aspiración | No enviar hisopados, ya que se contaminan con flora colonizante. |
| Urocultivo | Chorro medio: lavado genital con agua y jabón; enjuagar con abundante agua y secar con toalla limpia. Mujeres: se recomienda colocar torunda de algodón vaginal para evitar contaminaciones.  Eliminar el primer chorro. Luego, retrayendo bien el prepucio los hombres y separando los labios mayores las mujeres, recoger orina en frasco estéril hasta la mitad de su capacidad. Rotular y enviar de inmediato al laboratorio, o refrigerar en la puerta de la nevera (hasta 24 horas). Punción de sonda vesical: clampear la sonda. Cuando se haya juntado un poco de orina, desinfectar la sonda y punzar con jeringuilla hasta obtener mínimo 5 a 10 ml. Rotular y enviar al laboratorio. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo de muestra** | **Cómo tomarla** | **Comentarios** |
| Lavado broncoalveolar | Colocar en frasco estéril y enviar rotulado de inmediato al laboratorio.  No debe enviarse menos de 10 ml a cultivo. El volumen ideal es 20 a 30 ml. | Es importante avisar al laboratorio con anticipación que llegará esta muestra, ya que debe procesarse de inmediato.  Recordar que esta muestra no sirve para el cultivo de anaerobios. |
| Esputo | Es preferible tomar expectoración matutina.  Puede inducirse expectoración con nebulización con solución salina. Enjuagar la boca haciendo buches con agua y tratar de obtener las secreciones más profundas que se puedan en frasco de boca ancha. Rotular y enviar de inmediato | Recordar que la mayoría de los pacientes no saben expectorar. Si la muestra no es representativa (es decir si es saliva en lugar de secreciones bronquiales), el laboratorio le avisará que se tome una nueva muestra.  Sólo se debe solicitar esputo en pacientes ambulatorios. |
| Fauces | Hisopar ambas amígdalas, sin contaminar excesivamente con saliva. Rotular y enviar al laboratorio. | Recordar que clínicamente es imposible distinguir una faringitis viral de una bacteriana. |
| Líquido ascítico | Esta muestra la toma el médico por punción, en condiciones de asepsia. Sembrar apenas tomada, en frasco de hemocultivo | Recordar además tubo ara físico químico y citológico.  Al sembrar en frasco de hemocultivo al lado del paciente, la recuperación de microorganismos alcanza el 90% |
| Supuración de herida | Esta muestra la toma el médico por punción-aspiración. Si hay escasa secreción, puede infiltrarse solución salina o agua destilada estéril y luego aspirar. | No deben enviarse hisopados. |
| Líquido cefalo raquídeo. | El médico hará la punción lumbar en condiciones de asepsia.  Recogerá 3 tubos: Nº1: físico- químico.  Nº2: cultivo (mínimo 1ml) Nº3: citológico | Recomendamos tomar a menos 2 hemocultivos.  Transportar al laboratorio de inmediato a temperatura ambiente. |
| Líquidos de punción (pleural, sinoval) | El médico tomará estas muestras en condiciones de asepsia.  Enviar 3 tubos, (físico químico, cultivo, citológico). Recordar heparinizar el tubo para que la muestra no se coagule o solicitar tubo de BH al laboratorio. | Recomendamos 2 hemocultivos periféricos. |
| Heces | Recoger directamente en frasco de boca ancha. Enviar de inmediato al laboratorio. |  |

# Plan de Acción ante Desastres.

1. **Introducción Qué es un desastre?**

Es cualquier emergencia que interrumpe el funcionamiento normal, y pone en riesgo la seguridad del edificio sus ocupantes y/o áreas aledañas. Ej: huracanes, terremotos, inundaciones, incendios, tornados, derrumbes, derrames de sustancias peligrosas, explosiones, amenazas de bombas, rehenes, etc.

Los desastres internos son los que afectan directamente a la Institución.

Los desastres externos son los que no la afectan directamente, pero que sobrepasan su capacidad por la necesidad de brindar asistencia a damnificados.

# Qué hay que evitar durante un desastre?

Confusión

Falta de planificación Falta de entrenamiento Falta de recursos

Mal uso de los recursos disponibles Pánico

Superposición de órdenes

Poner en riesgo la vida de los socorristas

# Plan de Contingencia para Desastres. Generalidades



Esta es la guía general del hospital. Cada Servicio debe adaptar este plan a su área de trabajo.



**Todos los pacientes deben contar con la cinta de identificación en su muñeca durante toda la hospitalización.**

* 1. **Sistema de mandos**

El sistema de mandos es la estructura organizacional que pueda ser reconocida por todo el personal de respuesta y que identifica la persona a cargo de cada sector y al líder.

Este estará constituido por un Comité de Crisis.

El Comité de Crisis a su vez está constituido por una jefatura y líderes. La jefatura involucra al jefe y sus auxiliares.

Comité de crisis.

Jefe: Director General.

En su ausencia, asumirá esta función la persona de mayor rango administrativo (subdirector, director de atención, director administrativo).Fuera del horario habitual de trabajo, la responsabilidad recaerá en el supervisor de enfermería hasta que lleguen las autoridades.

Funciones:

Da las indicaciones a sus auxiliares.

Es el vínculo con los servicios de apoyo externos: sinaproc, bomberos, etc Toma las decisiones junto con sus auxiliares.

En los primeros minutos debe:

Determinar el personal que necesita Determinar la necesidad de personal adicional Determinar equipos e insumos que necesita.

Asignar funciones y dar las primeras instrucciones.

Auxiliares: Servicios Generales Mantenimiento Enfermería Administración Sistemas

Bioseguridad

Líderes de cada sector:

P.B. Mantenimiento

1 er piso. Seguridad.

2do. Piso. Tecnólogo laboratorio 3er .Piso. Administrador cocina 4to. Piso. Enfermera jefe

5to. Pido. Biblioteca 6to. Piso Enfermera jefe

7mo. Piso. Enfermera jefe Salida final emergencia. Seguridad Edificio 242. Jefe almacén

Requisitos de los líderes. Estar entrenados.

Tener capacidad para mantener la calma

No es posible asignarlos previamente, ya que no se puede prever el momento del desastre. Quien esté en el puesto en el momento que ocurra una catátrofe, debe poder asumir el rol. Si por alguna razón no se siente capacitado, debe delegar esta función en otra persona.

Funciones de los líderes.

Dan las indicaciones al personal.

Se mantienen en comunicación con el Jefe y sus asistentes. Establecen los riesgos del área y daños.

Organizan grupos de trabajo si fuera necesario. Establecen al encargado del triage



Ante una emergencia, no debe incrementarse el número de víctimas. El personal debe asistir a los pacientes, pero velando por su integridad personal.

# Triage

El triage es un sistema de clasificación de gravedad de los pacientes, por medio de colores. Para identificar a los pacientes, se les coloca un autoadhesivo con el color que indica su condición:

Verde: estable Rojo: grave Negro: fallecido

|  |  |
| --- | --- |
| **2.3. Teléfonos de interés**  Bomberos | 103 |
| Policía | 104 |
| SINAPROC | 231-2067 |
| Cruz Roja (ambulancias) | 228-2187 |
| IDAAN | 229-3477 |
| ELECTRA NORESTE | 800-0111 |
| EDEMET | 315-7222 |
| Cable & Wireless | 888 |

Hospital Sto Tomás 227-4122

CSS. (ESPECIALIZADA) 264-1739

CSS AMBULANCIAS 229-1133

# Codificación

A los fines de facilitar la comunicación las crisis tendrán 3 códigos

**Verde:** normalidad

**Amarillo:** peligro. Todos deben estar atentos a las indicaciones, suspender tareas programadas y limitarse solamente a las emergencias. Ante alertas amarilla:

Se prohíbe el ingreso de personas al área Se prohíbe el uso de elevadores.

Se suspenden actividades no urgentes

**Anaranjado:** evacuación

La orden la da el jefe, indicando el color del código y el tipo de evacuación.

# Evacuación

La evacuación puede ser:

inmediata: adyacente al área afectada. lateral: hacia otra área u otro piso . total

En algunos casos (gases, fuegos pequeños) la evacuación puede evitarse con un aislamiento: Cierre de puertas y ventanas.

Para una evacuación segura y eficiente:

El líder de cada área designa al responsable de la evacuación El orden de evacuación es:

* + 1. pacientes ambulatorios 2.pacientes semiambulatorios 3.pacientes hospitalizados

En todos los casos, se comienza por los pacientes más cercanos al riesgo Debe registrarse el nombre de cada evacuado.

El responsable de la evacuación revisará : cuartos, baños, depósitos y otros lugares donde pudiera haber personas.

Una vez concluída, notificará a su líder, y este a la jefatura.

# Pacientes con cirugías en curso

El jefe del salón debe considerar si hay que evacuar.

Si es necesaria la evacuación, cubrir las heridas abiertas, revertir la sedación y evacuar al paciente. Considerar si requiere oxígeno y/o monitor.

Si no se pueden utilizar camillas, utilizar sillas. Si no se pueden utilizar elevadores, evacuar al paciente con el método de los 4 puntos: 1 enfermera, circulante, cirujano, auxiliar, toman cada extremo de la sábana mientras el anestesiólogo ventila manualmente al paciente.

Los pacientes en recobro deben ser evacuados por la enfermera de esta área.

# Preparación para la emergencia

Cuando se sabe que va a ocurrir (llegada masiva de pacientes críticos) debe procederse a la preparación: acopio de suplidos, repaso de las indicaciones al personal, considerar qué suministro o personal son necesarios.

# Prevención

Se deben destinar todos los esfuerzos posibles a la prevención. La emergencia más probable en un hospital es el incendio.

# Prevención de incendios.

Prohibido fumar dentro del hospital.

Prohibido señalar en áreas externas que advierten esta prohibición. Prohibido encender fuego / mecheros cerca de artículos inflamables. No utilizar láser cerca de suministro de oxígeno o artículos inflamables. Contar con extinguidores apropiados.

Contar con mapas de ubicación que indiquen las salidas más cercanas. Contar con detectores de humo.

Mantener un programa de mantenimiento de las instalaciones eléctricas. Desconectar los equipos eléctricos que no se utilizarán al finalizar la tarea. No realizar conexiones “caseras”.

Está prohibido el uso de velas.

Antes de instalar un nuevo equipo, hacer la consulta con Mantenimiento. Mantener un programa de mantenimiento del sistema de aspersión.

Mantener un programa de entrenamiento al personal. Debe conocerse la presencia de las siguientes sustancias:

Metales

Cianuro de hidrógeno

Acidos inorgánicos (particularmente sulfúrico) Aldehídos (particularmente formaldehído) Hidrocarbonos policíclicos aromáticos Benzo(a)anthraceno

Benzo(b)fluoranteno Benzo(a)pireno

Químicos orgánicos volátiles Hidrocarbonos alifáticos Acetona

Ac acético Ethyl acetato Isopropanol Estireno Benceno Tolueno

Xileno Furfural Fenol Naftaleno

Bifenilos policlorinados



La ubicación de estas sustancias debe estar visiblemente señalizada

Las sustancias inflamables deben almacenarse con las siguientes precauciones: Fuera del edificio principal

El área de almacenamiento debe estar identificada: **Peligro, Inflamable, No Fume a menos de 15 Metros. Prohibido Estacionar**.

Los materiales de la construcción deben ser NO inflamables,

Debe contar con ventilación. Nunca se debe cerrar herméticamente ni colocar aire acondicionado para evitar la concentración de vapores.

Al almacenar, observar posibles incompatibilidades. El cuarto de aislamiento debe tener acceso restringido.

Debe contar con un sistema de alarma de incendio, de calor. Debe contar con manguera de agua para extinguir un incendio.

Debe hacer una ducha para que el personal pueda lavarse si se contamina.

# Incendios

Una vez detectado el fuego:

1. Cerrar la puerta que permita aislar el fuego.
2. Comunicarse con la Oficina de Mantenimiento y Servicios Generales. Si no se localiza a nadie, el personal del área que descubre el fuego se convierte en el líder e inicia las operaciones.
3. Si el fuego es pequeño, utilizar el extintor. Si es grande o no hay respuesta al intento de extinguirlo, comunicarse a la oficina de bomberos, tel 104 e iniciar evacuación.
4. Ante un incendio, los riesgos de la exposición son : irritación vías aéreas superiores, conjuntivas, fatiga, pérdida de coordinación.

Precauciones:

Mascarillas con contenedor de respiración, full face.

Una mascarilla quirúrgica NO protege de vapores tóxicos.

Para minimizar la aspiración de humo, deslizarse al ras del suelo, y colocarse un paño húmedo que cubra boca y nariz.



**Durante los procedimientos de evacuación de pacientes se observarán las precauciones universales**

# Falta de Fluido Eléctrico

El Hospital cuenta con una planta eléctrica que garantiza el funcionamiento de los servicios críticos.

Esta planta debe tener un mantenimiento continuo, y el personal de mantenimiento del hospital debe estar familiarizado con ella.

Las siguientes áreas deben tener asegurado el suministro eléctrico. Radioterapia

Mantenimiento Morgue Farmacia Laboratorio

Unidad de Atención de Agudos Unidad quimioterapia

2do. Piso 3er. Piso

Pisos 4, 6, 7 : estación de enfermería Pacientes en braquiterapia, Yodo TMO

Refrigeradoras del departamento de alimentación.

Durante el periodo que el Hospital trabaje con suplido eléctrico de la planta, se recomiendan las siguientes medidas:

Retirar del edificio a toda persona que no es indispensable. Se prohibirá el ingreso de personas.

Suspender actividades programadas Limitar el uso de elevadores a urgencias. Desconectar equipos no necesarios.

Verificar el funcionamiento de freezers y neveras. Debe registrarse su funcionamiento; esta responsabilidad recaerá en el jefe de cada área.

Realizar una actualización del censo de pacientes que contenga los siguientes datos: cantidad, nombre y apellido, estado clínico, cobertura médica. Esta información se elevará al Jefe para considerar la posibilidad de traslados.

Se reforzarán las medidas de seguridad.

Durante el apagón, mantenga las puertas del refrigerador o congelador cerradas el mayor tiempo posible para mantener los alimentos fríos por más tiempo.

Si el apagón dura más de dos horas, siga estas directrices:

Para la sección del congelador: si el congelador está lleno hasta la mitad, conservará los alimentos en condiciones de seguridad por un plazo máximo de 24 horas. Un congelador lleno conservará los alimentos seguros durante 48 horas. De ser posible, no abra la puerta del congelador.

Para la sección refrigerada: guarde en un recipiente rodeado de hielo la leche, otros productos lácteos, carne, pescados, huevos, salsas y sobras que puedan estropearse. Las neveritas de poliestireno son poco costosas y sirven para este fin.

Use un termómetro digital de respuesta rápida para verificar la temperatura de sus alimentos inmediatamente antes de cocinarlos o comerlos. Descarte todo alimento que tenga una a temperatura de más de 40 grados Fahrenheit.

En la medida de lo posible, no abra las puertas del refrigerador o del congelador a fin de mantener la temperatura fría. Si el refrigerador permanece cerrado, mantendrá los alimentos a la temperatura fría apropiada por 4 horas. Cuando se mantiene la puerta cerrada, un congelador repleto de alimentos conserva la temperatura apropiada durante 48 horas aproximadamente (24 horas si está a medio llenar).



En los stocks de emergencia debe haber alimentos que se conserven a temperatura ambiente, alimentos no perecederos, leche en polvo, enlatados, agua.

Estos stocks deben renovarse periódicamente.

# Recomendaciones sobre la seguridad de los alimentos luego de falta de suministro eléctrico

|  |  |
| --- | --- |
| **Alimento** | **Mantenido más de 2 horas por encima de 40º f de temperatura** |
| Carnes, aves, pescados y mariscos Frescos o sobras cocidas | Desechar |
| Carnes o aves que se están descongelando | Desechar |
| Ensaladas de carne, atún, camarones, pollo o huevos | Desechar |
| Salsa de carne, relleno | Desechar |
| Embutidos, fiambres, “hotdogs”, tocino,  salchichas, charqui | Desechar |
| Pizza – con cualquier acabado | Desechar |
| Jamón enlatado rotulado “mantener refrigerado” | Desechar |
| Carnes enlatadas, envase abierto | Desechar |
| Quesos:  Quesos blandos: azul, roquefort, brie, camembert, colby, requesón, queso cremado, edam, monterrey jack, ricota, mozarella, muenster, neufchatel | Desechar |
| Quesos duros: cheddar, suizo, parmesano, provolone, romano | Guardar |
| Quesos procesados | Guardar |
| Quesos rallados | Desechar |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alimento** | **Mantenido más de 2 horas por encima de 40º f de temperatura** |
| Quesos magros | Desechar |
| Queso parmesano, romano o una combinación de éstos, (en lata o frasco) | Guardar |
| Productos lácteos:  Leche, crema, crema agria, leche agria, leche evaporada, yogur | Desechar |
| Mantequilla, margarina | Guardar |
| Fórmula infantil, envase abierto | Desechar |
| Huevos:  Huevos frescos, huevos duros sin pelar, platos con huevos, productos de huevo | Desechar |
| Flanes y pudines | Desechar |
| Sopas, guisos y platos al horno | Desechar |
| Frutas:  Frutas frescas, cortadas | Desechar |
| Jugos de fruta, envase abierto | Guardar |
| Frutas enlatadas, envase abierto | Guardar |
| Frutas frescas, cocos, pasas, frutas secas, fruta confitada, dátiles | Guardar |
| Salsas, mermeladas, productos para untar:  Mayonesa en envase abierto, salsa tártara, salsa de rábano picante | Deséchelos si estuvieron más de 8 horas a 50º F o más |
| Mantequilla de maní (cacahuetes) | Guardar |
| Jaleas, aderezos, salsa de tacos, de barbacoa y de soya; mostaza; salsa de tomate; aceitunas | Guardar |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alimento** | **Mantenido más de 2 horas por encima de 40º f de temperatura** |
| Salsa worcestershire | Desechar |
| Salsas de pescado, salsa de ostras | Desechar |
| Salsa hoisin | Desechar |
| Aderezos de vinagre, envase abierto | Guardar |
| Aderezos con crema, envase abierto | Desechar |
| Salsa de tomate para tallarines, envase abierto | Desechar |
| Pan, bizcochos, galletas, fideos:  Pan, bollos, bizcochos, molletes, panes ligeros | Guardar |
| Bollos, panecillos y masa de galletas refrigerados | Desechar |
| Fideos y tallarines cocidos | Desechar |
| Ensalada de fideos con mayonesa o con vinagre | Desechar |
| Fideos frescos, crudos | Desechar |
| Torta de queso helada | Desechar |
| Panqueques, roscas de pan, wafles | Guardar |
| Pasteles y pastelitos: Pastelitos rellenos con crema | Desechar |
| Pasteles rellenos con queso o flan; chifón | Desechar |
| Pasteles de fruta | Guardar |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alimento** | **Mantenido más de 2 horas por encima de 40º f de temperatura** |
| Verduras y hongos:  Hongos frescos, hierbas y especias | Guardar |
| Hortalizas verdes, empaquetadas lavadas y cortadas | Desechar |
| Verduras crudas | Guardar |
| Verduras cocidas | Desechar |
| Jugos de verduras, envase abierto | Desechar |
| Papas asadas | Desechar |
| Ajo en aceite, comercial | Desechar |
| Ensalada de papas | Desechar |

**Alimentos Congelados. Cuándo guardar y cuándo desechar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alimento** | **Aún tiene escar-cha y se siente frío al tacto como si estuviera refrigerado** | **Descongelado y ha estado más de 2 horas a una temperatura por encima de 40º f** |
| Carnes, aves, pescados, mariscos: Res, ternero, oveja, puerco y carnes molidas | Volver a congelar | Desechar |
| Aves y aves molidas | Volver a congelar | Desechar |
| Órganos: hígado, riñón, corazón, menudencia | Volver a congelar | Desechar |
| Platos al horno, guisos, sopas | Volver a congelar | Desechar |
| Pescados, mariscos y productos apanados | Se puede volver a congelar, pero el sabor y la consistencia se deteriorarán un poco | Desechar |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alimento** | **Aún tiene escar-cha y se siente frío al tacto como si estuviera refrigerado** | **Descongelado y ha estado más de 2 horas a una temperatura por encima de 40º f** |
| Productos lácteos: Leche | Volver a congelar, la consistencia puede deteriorarse | Desechar |
| Huevos sin cascarón y productos de huevo | Volver a congelar | Desechar |
| Helados, yogur congelado | Desechar | Desechar |
| Quesos blandos y semiblandos | Volver a congelar, la consistencia puede deteriorarse | Desechar |
| Quesos duros | Volver a congelar | Volver a congelar |
| Quesos rallados | Volver a congelar | Desechar |
| Platos al horno hechos con leche, crema, huevos o quesos blandos | Volver a congelar | Desechar |
| Tortas de queso heladas | Volver a congelar | Desechar |
| Frutas: Jugos | Volver a congelar | Volver a congelar. Hay que desechar si tienen moho, huelen a levadura o están viscosos. |
| Frutas, envase casero o comercial | Volver a congelar. La consistencia y el sabor se deteriorarán un poco. | Volver a congelar. Hay que desechar si tienen moho, huelen a levadura o están viscosas. |
| Verduras: Jugos | Volver a congelar | Hay que desechar si han estado por encima de 40º f durante 6 horas. |
| Verduras, blanqueadas o en envase casero o comercial | Volver a congelar. La calidad se deteriorará un poco. | Hay que desechar si han estado por encima de 40  ºF durante 6 horas. |
| Panes y pasteles:  Panes, bollos, molletes, bizcochos (sin relleno de flan) | Volver a congelar | Volver a congelar |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alimento** | **Aún tiene escar-cha y se siente frío al tacto como si estuviera refrigerado** | **Descongelado y ha estado más de 2 horas a una temperatura por encima de 40º f** |
| Bizcochos, pasteles, pastelillos con relleno de flan o queso | Volver a congelar | Desechar |
| Masa de pastel, masa de pan, casera o comercial | Volver a congelar. La calidad se deteriorará un poco. | Volver a congelar. La calidad se deteriorará considerablemente. |
| Otros:  Platos al horno – a base de arroz o fideos | Volver a congelar | Desechar |
| Harina de trigo, harina de maíz, nueces | Volver a congelar | Volver a congelar |
| Wafles, panqueques, roscas de pan | Volver a congelar | Volver a congelar |
| Comidas congeladas, especialidades (pizza, panecillos con salchicha, pastel de carne, comidas de preparación rápida | Volver a congelar | Desechar |

# Agua potable

Durante un apagón masivo, los sistemas de purificación de agua podrían no funcionar por completo. Se utilizará agua embotellada, o se purificará con alguna de las siguientes alternativas: Hierva el agua vigorosamente durante un minuto.

Agregue en cada galón de agua 6 gotas de cloro casero líquido, recién comprado. Agítelo bien, y después deje reposar el agua durante 30 minutos antes de usarla.

La conservación del agua es muy importante. El edificio debe contar con un tanque de reserva, en el que se garantice una renovación frecuente de las existencias.

Si se prevé falta de agua, debe economizarse, reservándola solamente para beberla. Seguridad en el trabajo al reanudarse el servicio eléctrico.

Cuando se reanuda el servicio eléctrico después de un apagón, las personas que se encuentran en sus lugares de trabajo podrían correr el riesgo de sufrir lesiones eléctricas o traumatismos a medida que la corriente pasa por las líneas eléctricas y comienzan a funcionar las instalaciones. CDC recomienda que todos estén conscientes de dichos riesgos y tomen medidas de protección si están en contacto o cerca de líneas eléctricas, componentes eléctricos o partes movibles de maquinarias pesadas.

Elementos necesario para superar la falta de fluido eléctrico.

Debe contarse con al menos 4 linternas en cada departamento. Cada departamento debe ser el responsable de que se encuentren en buen estado y con baterías.

El hospital debe contar con luces de emergencia en las escaleras, salidas de emergencia y en cada área donde pueda hacer pacientes (cuartos de hospitalización, consulta externa, quimioterapia, Unidad de Atención de Agudos). La compra, conservación y cuidado de estas luces recaerá en el servicio de mantenimiento.

# Descarga Eléctrica

Si piensa que alguien ha sido electrocutado siga estos pasos:

Primero mire. No toque. Puede que la persona todavía esté en contacto con la fuente eléctrica. Si toca a la persona, ésta podría pasarle la corriente eléctrica a usted.

De ser posible, desconecte la fuente de electricidad. De lo contrario, coloque la fuente lejos de usted y de la persona afectada utilizando un objeto aislante de cartón, plástico o madera.

Una vez que la persona esté fuera del alcance de la fuente eléctrica, verifique su respiración y el pulso. Si alguno de estos se ha detenido o parece estar peligrosamente lento o débil, comience la resucitación cardiopulmonar (RCP) de inmediato.

Si la persona parece estar por desmayarse, está pálida o muestra otros signos de conmoción, recuéstela con la cabeza ligeramente más baja que el tronco y con las piernas elevadas. NIOSH ha investigado varias muertes asociadas con el trabajo que fueron causadas por electrocución después de desastres naturales. Para evitar más electrocuciones, NIOSH recomienda que los que trabajan en las labores de limpieza tomen los pasos siguientes:

Si hay agua cerca de circuitos eléctricos y equipo eléctrico, apague la energía del cortocircuito eléctrico o el fusible principal en el tablero de control. No prenda la corriente hasta que todo el equipo eléctrico haya sido revisado por un electricista autorizado. Nunca se debe entrar en un área inundada ni tocar equipo eléctrico si el suelo está mojado, a menos que usted esté seguro que la corriente está apagada. Nunca se debe tocar un cable de alta tensión.

Cuando se usa generadores de gas o de diesel para proveer energía a un edificio, apague el cortocircuito o el fusible principal en el tablero de control antes de poner en marcha el generador. Así se puede evitar que se activen los cables de alta tensión por energía de retroalimentación, y los que trabajan con cables de alta tensión serán protegidos contra la electrocución.

Si hay que despejar un área o hacer otro trabajo cerca de un cable de alta tensión derrumbado, póngase en contacto con la empresa de servicios públicos, para determinar las formas de interrumpir la corriente eléctrica y aislar un cable o conectarlo a la tierra. Para evitar el contacto con cables elevados, se necesita usar extrema precaución al mover una escalera y otro equipo. Si usted trabaja en o cerca de los cables de alta tensión vea las otras recomendaciones en este documento.

# Riesgo de Inundación

1. Trasladar a las personas hacia la planta más alta.
2. Asegurar en esta área una vía de evacuación
3. Acarrear provisión de agua potable.
4. Acarrear botiquín de emergencias. Carro de emergencias.
5. Acarrear mantas, colchones, linternas, sistema de comunicación.
6. Cortar el fluido eléctrico cuando no sea vital.

# Limpieza después de una inundación

Desafortunadamente, los peligros de una inundación no terminan cuando terminan las lluvias. Los trabajadores y los voluntarios que trabajan en la limpieza después de una inundación tienen que estar conscientes de los peligros y de las precauciones de seguridad apropiadas.

Los peligros son : los peligros eléctricos, el monóxido de carbono, los peligros músculo- esqueléticos, los factores estresantes termales, el equipo pesado, la instabilidad estructural, las materias peligrosas, el incendio, el peligro de ahogarse, los espacios confinados, los peligros de cables de alta tensión, los peligros agrícolas, el estrés, y la fatiga.

# Monóxido de carbono.

La limpieza después de una inundación puede incluir el uso de bombas, generadores, y lavadoras de alta presión que funcionan con diesel o gas. Todo este equipo despide monóxido de carbono, un gas que no tiene olor ni color, pero es mortal. Entonces hay que operar todo el equipo que funciona con gas o diesel AFUERA, y nunca llevarlo dentro de un edificio. Es casi imposible evaluar si la ventilación es adecuada.

# Peligros músculo-esqueléticos.

Los trabajadores que hacen la limpieza corren el riesgo de desarrollar lesiones músculo- esqueléticas en las manos, la espalda, las rodillas, y los hombros. Hay que prestar especial atención para evitar lesiones en la espalda. Estas lesiones están asociadas con levantar objetos y manejar escombros y material de construcción. Para evitar lesiones, se necesitan dos o más personas para mover objetos voluminosos. También, una persona sola no debe levantar material que pesa más de 50 libras, y hay que usar equipo semiautomático para el levantamiento.

# Equipo pesado.

Solamente los que tienen la formación apropiada deben operar maquinaría pesada como niveladoras, excavadoras, y tractores. Si usted opera este tipo de maquinaria, apáguela antes de desmontar y asegúrela para que no pueda moverse.

# Inestabilidad estructural.

Las aguas de inundación pueden dañar o cambiar el lugar de caminos naturales, aceras, estacionamientos, edificios, y campos abiertos. Nunca se puede asumir que las estructuras que fueron dañadas por el agua están estables. Los edificios que quedaron sumergidos o que han resistido las corrientes de agua durante una inundación pueden haber sufrido daño estructural y pueden ser peligrosos. No trabaje en o alrededor de un edificio que fue dañado por la inundación hasta que sea examinado y certificado como seguro por un arquitecto o ingeniero profesional registrado. Asuma que todas las escaleras, pisos, y los techos son inseguros hasta que sean revisados. Si observa movimientos estructurales o escucha ruidos inusuales que pudieran indicar la posibilidad de un colapso, salga inmediatamente.

# Sustancias peligrosas.

Las aguas de inundación pueden sacar tanques, bidones, tubos, y equipo que puede contener materias peligrosas como pesticidas o propano. No trate de mover contenedores no identificados antes de ponerse en contacto con el cuerpo de bomberos o un equipo que maneja materias peligrosas. Si usted trabaja en áreas que pueden estar contaminadas, use ropa protectora y

respiradores apropiados para evitar contacto con la piel o inhalación de vapores. Lave la piel frecuentemente y a fondo las partes de la piel que pueden haber estado expuestas a los pesticidas y otros productos químicos peligrosos.

# 7. Tornado

En la mayoría de los casos, pueden anticiparse y por lo tanto tomar algunas precauciones. Si hay advertencia de tornado:

1. Asegure las ventanas. Para ello se pueden utilizar cartones, madera liviana o simplemente cintas adhesivas gruesas.
2. Aleje a todo los pacientes de las ventanas de vidrio. El área céntrica es la más segura.
3. No utilice elevadores.
4. Asegure provisión de agua potable.
5. Cierre las llaves de gas.
6. Repase procedimientos y verifique insumos ante la eventualidad de falta de fluido eléctrico

# 8. Terremoto

Los terremotos no pueden anticiparse y por lo tanto no hay forma de prepararse. Sin embargo, hay una serie de medidas que se deben conocer ante la eventualidad de un terremoto.

1. No hay ningún lugar totalmente libre de la posibilidad de un terremoto.
2. Los terremotos no causan víctimas. Las víctimas son en general consecuencia de los daños estructurales causados por el terremoto, fundamentalmente derrumbes.
3. Los terremotos duran pocos segundos. Durante este período cada persona debe asegurar su integridad y la de las personas cercanas, para luego proceder al rescate de las víctimas. Para garantizar su seguridad:
4. Si está cerca de una salida, salga del edificio, hacia un área abierta. No se ubique debajo de tendidos eléctricos.
5. Si no puede salir de inmediato, ubíquese debajo de las estructuras mas resistentes: vigas, marcos de puertas, debajo de mesadas. Aléjese de ventanas, vidrios, objetos punzantes
6. Bajo ningún concepto utilice elevadores: sólo escaleras.

# 9. Amenaza de Bomba

1. Mantenga la conversación lo más prolongada que pueda.
2. Avise a alguien por un medio de comunicación alternativo para que notifique al jefe de Contingencias.
3. Trate de escuchar ruidos de fondo: Voces, aviones, música, etc. Es importante que esté atento a todos los detalles: acento, expresiones verbales, etc.
4. Trate de preguntar dónde y cuándo explotará.
5. Trate de averiguar si quien llama conoce el hospital.
6. Notificar de inmediato a bomberos y policía.
7. Prohibir el ingreso a las instalaciones de cualquier persona no relacionada con la emergencia.
8. Suspender todas las actividades no urgentes: docencia, reuniones, consulta externa, cirugías y estudios programados.
9. El jefe de contingencia decidirá junto con los bomberos y policía cuándo evacuar.
10. Ningún personal del hospital tocará objetos o paquetes sospechosos.

# 10. Recomendaciones para Información a la Prensa

1. Proteger la privacidad de los pacientes
2. Se brindará sólo información que sea de interés público.
3. No se brindarán detalles innecesarios
4. Idealmente, distribuir comunicados escritos y firmados. La información verbal puede malinterpretarse.
5. Una sola persona encargada de dar la información a los medios.
6. En el caso de información sobre pacientes, seguir la siguiente guía:
   1. Condición de paciente:
      1. Tratado / alta / hospitalizado
      2. Estado bueno: signos vitales normales, conciente y confortable
      3. Estado regular: signos vitales normales, paciente no está confortable o con complicaciones mínimas
      4. Estado serio: signos vitales fuera de rangos normales, está recibiendo tratamiento para restablecerlos. Evidencia de inestabilidad de algún sistema. Asistencia ventilatoria mecánica.
      5. Estado crítico: signos vitales fuera de rango, falla de mas de 1 órgano o sistema. Complicaciones mayores. Coma.

# 11. Recursos necesarios para enfrentar una catástrofe

1. Radios: Jefe, asistentes y líderes deben contar con radios. Se estima una necesidad de 10 radios.
2. Luces de emergencia: Deben cubrir todas las áreas fuera del alcance de la planta. Esto incluye al edificio 242.
3. Extintores apropiados en cantidad y calidad (ver informe bomberos)
4. Sistemas de rociado en buen estado.
5. Linternas con sus respectivas baterías: Deben reposar en mantenimiento, servicios generales, supervisión de enfermería, cada área de atención de pacientes (Unidad de Atención de Agudos, Unidad de Quimioterapia, salas de hospitalización, consulta externa. El hospital requiere alrededor de 30 o 40. Estas linternas deben revisarse mensualmente y sólo pueden utilizarse en caso de emergencia.
6. Megáfonos. Debe haber disponibles ara cada piso de hospitalización, consulta, y cualquier área de concentración de pacientes. Necesitamos al menos 10 unidades.
7. Etiquetas para triage: negro, rojo, amarillo, verde
8. Mascarillas para humo, etc
9. Agua potable. Esta provisión debe revisarse mensualmente.
10. Cascos.
11. Medio de comunicación telefónicos
12. Computadoras con Internet. Software CAMEO, NIOSH, etc.
13. Mapas de evacuación
14. Revisar señalización.
15. Raciones de comida

# Entrenamientos.

Ejercicios de pequeña escala: en un área limitada. Se realizan para evaluar al personal. Se pueden interrumpir para dar instrucciones, entrenamiento, realizar repeticiones, etc. El objetivo es que el personal comprenda. Se recomiendan 2 a 3 ejercicios anuales

Simulacros: son eventos a gran escala. No pueden interrumpirse, salvo que haya cuestiones de seguridad. Permiten evaluar los ejercicios realizados. Se recomienda como mínimo 1 ejercicio anual.

En ambos casos, deben registrase los resultados, y deben discutirse con el comité de crisis para realizar correcciones, mejoras, sugerencias, etc.

# Capítulo IX Auditoría Médica

**Nombre de la Unidad: Auditoría Médica**

**Definición de la Unidad:** La Unidad de Auditoría Médica es la encargada de mantener niveles óptimos de la calidad de los servicios de salud en la Institución, a través del seguimiento y la evaluación de los diferentes procesos, identificando los problemas y planteando soluciones.

**Estructura:** La Unidad de Auditoría Médica depende de la Dirección de Atención y de la Dirección General.

# Objetivos Específicos

* 1. Verificar si los procesos de atención se cumplen de acuerdo a lo establecido en las normas y requisitos de la Institución en cuanto a la Gestión de Calidad.
  2. Formular recomendaciones para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios brindados en la Institución.
  3. Estimular la participación de todos los miembros del equipo de salud involucrados en la prestación de los servicios que brinda la Institución con espíritu solidario.
  4. Evaluar la calidad de la atención médica en la Institución.
  5. Participar en la racionalización del gasto.

# Funciones del Auditor

1. Evaluar la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios (pacientes) en los aspectos técnico-científicos.
2. Tomar conocimientos de las insatisfacciones de los usuarios en relación a los servicios recibidos.
3. Colaborar en la elaboración de las normas de atención.
4. Realizar procedimientos de auditoría compartida con los auditores de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud que concurren a la institución con la finalidad de recabar información acerca de los servicios asistenciales prestados a sus afiliados.
5. Presentar informes periódicos a la Dirección General, sobre el funcionamiento de la calidad técnico-científica de la Institución.
6. Verificar que las prestaciones se realicen dentro del marco contractual estipulado con la Caja de Seguro Social y del Ministerio.
7. Participar asesorando en los procesos de incorporación del recurso humano de acuerdo a las necesidades e indicadores de demanda de la institución.
8. Emitir informes a la dirección sobre los hallazgos encontrados en cada auditoría.

# Normas de Auditoría Médica:

1. Investigar, evaluar y analizar periódicamente el desenvolvimiento de los diferentes procesos de atención aplicando los controles necesarios y guiados por los respectivos indicadores.
2. Realizar auditorias de seguimiento y concurrentes según la planeación y necesidad de los casos.
3. Informar de forma objetiva, clara y convincente sobre irregularidades en la prestación del servicio.
4. Vigilar y mantener el estándar de calidad de los servicios de salud en un nivel elevado.
5. Propiciar por la mejora continua de los servicios de atención de salud de la Institución.
6. Mantener una actitud lógica, objetiva y de confidencialidad ante los hallazgos.
7. Requerir de los Médicos la aclaración o información necesaria para la correcta evaluación y corrección del expediente.

# Capítulo X

# De los Concursos

**Concursos para Jefaturas de Servicios, Plazas y Residencias Médicas[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2)[[3]](#footnote-3).**

1. Las Jefaturas de Servicios Médicos serán sometida a concurso cada cinco años entre los médicos funcionarios del ION. Las nuevas plazas para médicos funcionarios, así como los aspirantes a estudios de postgrado, serán sometidas concurso público.
   1. Serán condiciones para someter a concurso las Jefaturas de Servicios:
      1. Finalización del ciclo de la Jefatura.
      2. Desvinculación de la Jefatura del Servicio por incompetencia manifiesta en sus funciones de jefatura demostrada a través de dos evaluaciones de desempeño consecutivas deficientes, por parte del Jefe del Departamento respectivo; o por haber sido sujeto a una sanción disciplinaria superior a la amonestación verbal.
      3. Por destitución, renuncia, incapacidad física o mental, retiro por pensión o por muerte del titular.
   2. Los requisitos mínimos indispensables para concursar por una Jefatura de Servicio médico en el ION son:
      1. Ser panameño, para lo cual deberá presentar su cédula de identidad personal.
      2. Gozar de buena salud física y mental, para lo cual deberá presentar los Certificados de Buena Salud física y mental, emitido por los respectivos médicos idóneos.
      3. Ser reconocido por el Consejo Técnico de Salud como Médico Especialista en la rama de la Medicina en la que concursa.
      4. Pertenecer a la Primera Categoría dentro del Escalafón Médico.
      5. Ser funcionario a tiempo completo dentro del ION.
      6. Haber laborado por un mínimo de cinco (5) años en la Institución, en el Servicio al que aspira dirigir. La licencia con sueldo para su entrenamiento autorizado por Servicio se considera como continuidad laboral.
      7. No haber sido sancionado en los cinco años anteriores a la fecha de la convocatoria, por faltas médicas o administrativas que hayan supuesto amonestación escrita o suspensión de funciones.

NOTA: Los requisitos 1.2.3. a 1.2.7 se demostrarán mediante certificación expedida por la Oficina Institucional de Recurso Humanos del I.O.N.

* 1. El procedimiento utilizado en el concurso de Jefatura de Servicio será el siguiente:
     1. La Dirección General ordenará a la Dirección de Docencia e Investigación iniciar la apertura del o de los concursos.
     2. La Dirección de Docencia e Investigación pondrá en conocimiento de los funcionarios del ION, la convocatoria para el concurso, con treinta días calendarios de anticipación a su realización y en la que constarán los requisitos solicitados y el plazo de entrega de los mismos, mediante anuncio fijado en el tablero de esa Dirección.
     3. Los aspirantes deberán entregar en la Dirección de docencia e Investigación, copia de toda la documentación requerida, debidamente identificada y clasificada de acuerdo a la Tabla de Baremo de evaluación, la que será recibida, revisada y sellada en presencia del concursante, al que se le entregará el recibo correspondiente.
     4. El Jurado Calificador estará conformado por:
        1. Director de Docencia e Investigación.
        2. Un Representante Médico del Servicio motivo del concurso, que no esté concursando, y designado por la mayoría absoluta de los médicos funcionarios del Servicio.
        3. Jefe de la Oficina Institucional de Recursos Humanos o su representante.
        4. Un abogado de la Oficina de Asuntos Legales del I.O.N., y
        5. Un miembro del Patronato, preferiblemente médico.
     5. Los documentos serán abiertos el día en que el Jurado Calificador efectúe la evaluación de los documentos.
     6. El Jurado Calificador evaluará los méritos de los candidatos de acuerdo al baremo previamente aprobado y anotará la suma resultante para cada candidato.
     7. Será considerado ganador del concurso, al aspirante que obtenga el mayor puntaje.
     8. Será declarado desierto el concurso si no se presenta ningún concursante. o que no reúnan los requisitos mínimos.
     9. El Jurado Calificador emitirá su decisión en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles y notificará a los concursantes del resultado del concurso, mediante anuncio fijado en el mural de la Dirección de docencia e Investigación por los siguientes tres (3) días hábiles.
     10. Los interesados que crean lesionados sus derechos, podrán interponer el recurso de reconsideración ante el Jurado Calificador dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles, de haberse descolgado el anuncio.
     11. En caso de declararse desierto alguno de los concursos de Jefatura de Servicio, el Director General queda facultado para nombrar un Jefe de Servicio interino hasta que se convoque un nuevo concurso.

NOTA: Para efectos de unificar conceptos, el Patronato establece como regla de interpretación a aplicar por el Jurado Calificador, que el porcentaje alcanzado por cada candidato será proporcional a los puntos obtenidos por cada aspirante en cada uno de los respectivos baremos.7

1. Los concursos para ocupar nuevas plazas para médicos funcionarios, así como los aspirantes a estudios de postgrado, seguirán el siguiente procedimiento:
   1. Los requisitos mínimos indispensables para concursar por una plaza de médico funcionario son:
      1. Ser panameño, para lo cual deberá presentar su cédula de identidad personal.
      2. Ser reconocido por el Consejo Técnico de Salud como Médico Especialista en la rama de la Medicina en la que concursa.
   2. El procedimiento utilizado en el concurso será el siguiente:
      1. Se pondrá en conocimiento de los aspirantes, la convocatoria para el concurso, con sesenta días calendarios de anticipación a su realización y en la que constarán los requisitos solicitados y el plazo de entrega de los mismos, mediante anuncio fijado en la Dirección General, en la página Web de la institución, y durante tres días en dos diarios de circulación nacional.
      2. Los aspirantes deberán entregar en la Dirección General, copia de toda la documentación requerida, debidamente identificada, la que será recibida, revisada y sellada en presencia del concursante, al que se le entregará el recibo correspondiente.
      3. El Jurado Calificador estará conformado por:
         1. Director General,
         2. Director de Docencia e Investigación,
         3. Jefe de la Oficina Institucional de Recursos Humanos o su representante,
         4. Un representante de la Asociación de Médicos Especialistas del I.O.N., y
         5. El Jefe del Servicio al que aspira pertenecer.
      4. Los documentos serán abiertos el día en que el Jurado Calificador efectúe la evaluación de los documentos.
      5. El Jurado Calificador evaluará los méritos de los candidatos de acuerdo al baremo previamente aprobado y anotará la suma resultante para cada candidato.
      6. Se adjudicará la(s) plaza(s) de médico funcionario, al aspirante que obtenga el mayor puntaje.
      7. Será declarado desierto el concurso, si no se presenta ningún concursante o si ninguno de los aspirantes obtuviese un puntaje mínimo de 71%.
      8. El Jurado Calificador emitirá su decisión en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles y notificará a los concursantes del resultado del concurso, mediante anuncio fijado en el mural de la Dirección General por los siguientes tres (3) días hábiles.
      9. Los interesados que crean lesionados sus derechos, podrán interponer el recurso de reconsideración ante el Jurado Calificador dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles, de haberse descolgado el anuncio.
2. Los requisitos y procedimientos para la selección de candidatos para ocupar las plazas de Residencia de Oncología, se regirán por lo dispuesto en el Reglamento de los concursos para las residencias médicas de las instituciones de salud del Estado.

7 Resolución Nº 17-037 de 5 de junio de 2017, Patronato del ION.

# Concursos para Jefaturas y plazas técnicas y administrativas.

Los concursos para ocupar las jefaturas técnicas y administrativas, así como la selección de personal para ocupar las plazas vacantes, se regirán por las respectivas normas existentes para cada una de estas actividades.

# Tabla de Baremo[[4]](#footnote-4)[[5]](#footnote-5)[[6]](#footnote-6)

**Ponderación de Actividades Académicas y de Educación Médica Continua**

|  |  |
| --- | --- |
| **Actividad** | **Porcentaje** |
| 1. PREPARACIÓN ACADÉMICA | 20% |
| 2. FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA | 35% |
| 3. DOCENCIA | 13% |
| 4. FORMACIÓN / EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA | 12% |
| 5. EJECUTORIA PERSONAL | 10% |
| 6. ENTREVISTA PERSONAL CON EL PATRONATO | 10% |

# Tabla de Baremo[[7]](#footnote-7)[[8]](#footnote-8)

**Ponderación de Actividades Académicas y de Educación Médica Continua.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Puntos** | | **Porcentaje** |
| **1.PREPARACIÓN ACADÉMICA** | | | **20%** |
| 1.1. Residencia Básica | 10 | |  |
| 1.2. Residencia de Subespecialidad | 10 | |  |
| **2. FORMACIÓN MÉDICA CONTINUA** | | | **35%** |
| **2.1. Formación y entrenamiento** | **Cada curso** | |  |
| **2.1.1. Estudio de Postgrado o Entrenamiento de la Especialidad o Subespecialidad[[9]](#footnote-9)** | **Especialidad** | **Subespecialidad** |  |
| 2.1.1.1. Mínimo 40 horas en no menos de cinco días | 1 | 1 |  |
| 2.1.1.2. Mínimo de 80 horas en no menos de diez días | 1.5 | 2 |  |
| 2.1.1.3. Mínimo de 120 horas en no menos de un mes | 2 | 2.5 |  |
| 2.1.1.4. Mínimo de 160 horas en no menos de tres meses | 3 | 4 |  |
| 2.1.1.5. Mínimo de 200 horas en no menos de seis meses | 4 | 6 |  |
| 2.1.1.6. Mínimo de 240 horas en no menos de nueve meses | 6 | 8 |  |
| 2.1.1.7. Mínimo de 280 horas en no menos de 12 meses | 8 | 10 |  |
| **2.1.2. Asistencia a Cursos, Congresos, Seminarios, Jornadas y otros eventos relacionados con la especialidad (últimos cinco años)** | **Cada evento** | |  |
| **2.1.2.1. Internacionales[[10]](#footnote-10)** | **Especialidad** | **Subespecialidad** |  |
| 2.1.2.1.1. Duración de 40 horas o más | 1 | 1.5 |  |
| 2.1.2.1.2. Duración de 20 a 39 horas | 0.5 | 1 |  |
| 2.1.2.1.3. Duración de menos de 20 horas | 0.25 | 0.5 |  |
| **2.1.2.2. Nacionales** |  |  |  |
| 2.1.2.2.1. Duración de 40 horas o más | 0.25 | 0.5 |  |
| 2.1.2.2.2. Duración de 20 a 39 horas | 0.125 | 0.25 |  |
| 2.1.2.2.3. Duración de menos de 20 horas | 0.0625 | 0.125 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Puntos** | **Porcentaje** |
| **2.2. Ejecutoria Médica** | **Cada uno** |  |
| **2.2.1. Publicaciones de la Especialidad** | | |
| 2.2.1.1. Autor / Editor de libro | 10 |  |
| 2.2.1.2. Autor de capítulo de libro. | 4 |  |
| 2.2.1.3. Autor de trabajo publicado en revistas médicas incluidas en el  Índex médico (No incluidas, la mitad del puntaje asignado). | 5 |  |
| 2.2.1.4. Director / Editor de revistas médicas incluidas en el Índex médico  (No incluidas, la mitad del puntaje asignado). | 4 |  |
| 2.2.1.5. Autor de ponencia, contribución, manuales, póster, películas o expositor trabajos científicos  (Coautor recibe la mitad del puntaje asignado). | |  |
| 2.2.1.5.1. Actividades o Eventos Científicos Internacionales | |  |
| 2.2.1.5.1.1. Conferencista Invitado | 4 |  |
| 2.2.1.5.1.2. Ponencia de Investigación | 3 |  |
| 2.2.1.5.1.3. Póster | 2 |  |
| 2.2.1.5.1.4. Trabajo de investigación | 1 |  |
| 2.2.1.5.1.5. Presentación de Caso Clínico | 0.5 |  |
| 2.2.1.5.2. Actividades o Eventos Científicos Nacionales | |  |
| 2.2.1.5.2.1. Conferencista Invitado | 3 |  |
| 2.2.1.5.2.2. Ponencia de investigación (oral) | 2 |  |
| 2.2.1.5.2.3. Póster | 1 |  |
| 2.2.1.5.2.4. Trabajo de investigación | 0.5 |  |
| 2.2.1.5.2.5. Presentación de Caso Clínico | 0.25 |  |
| 2.2.1.5.3. Conferencia / disertación dirigida a profesionales, univesitarios,  público en general en actividades o eventos internacionales | 1 |  |
| 2.2.1.5.4. Conferencia / disertación dirigida a profesionales, univesitarios,  público en general en actividades o eventos nacionales | 0.5 |  |
| 2.2.1.6. Miembro del Comité Editorial de Revista Médica incluida en el  Índex Médico (no incluid, recibe la mitad del puntaje) | 2 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Puntos** | **Porcentaje** |
| **3. DOCENCIA** | **Cada año** | **13%** |
| **3.1. Formación Docente** |  |  |
| 3.1.1. Doctorado en Educación | 10 |  |
| 3.1.2. Maestría en Educación | 5 |  |
| 3.1.3. Curso de postgrado en Docencia Superior o Médica | **Cada curso** |  |
| 3.1.3.1. Mínimo 40 horas en no menos de cinco días | 1 |  |
| 3.1.3.2. Mínimo 80 horas en no menos de diez días | 1.5 |  |
| 3.1.3.3. Mínimo 120 horas en no menos de un mes | 2 |  |
| 3.1.3.4. Mínimo 160 horas en no menos de tres meses | 2.5 |  |
| 3.1.3.5. Mínimo 200 horas en no menos de seis meses | 3 |  |
| 3.1.3.6. Mínimo 240 horas en no menos de nueve | 3.5 |  |
| 3.1.3.7. Mínimo 280 horas en no menos de doce meses | 4 |  |
| 3.1.4. Asistencia a Congresos, Seminarios, Jornadas, y eventos afines | | |
| 3.1.4.1. Duración de 40 horas o más | 1 |  |
| 3.1.4.2. Duración menor de 40 horas | 0.5 |  |
| **3.2. Ejecutoria Docente** | **Por Cátedra** |  |
| **3.2.1. Universitaria** |  |  |
| 3.2.1.1. Profesor Regular, Especial, Titular, Agregado o Auxiliar | 2 |  |
| 3.2.1.2. Profesor Especial Clínico o Asistente (incluye ad honorem) | 1 |  |
| **3.2.2. Hospitalaria** |  |  |
| 3.2.2.1. Nivel Hospitalario | 3 |  |
| 3.2.2.2. Nivel Departamental | 2 |  |
| 3.2.2.3. Nivel de Servicio | 1 |  |
| 3.2.2.4. Mentor | 0.5 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. FORMACIÓN Y EJECUTORIA ADMINISTRATIVA** (Administración de Hospitales, Salud Pública o  Administración de Servicios de Salud o Administración de Empresas). | | **12%** |
| 4.1. **Formación Administrativa** | **Cada uno** |  |
| 4.1.1. Doctorado | 15 |  |
| 4.1.2. Maestría | 10 |  |
| 4.1.3. Curso de postgrado administrativo |  |  |
| 4.1.3.1. Mínimo 40 horas en no menos de cinco días | 1 |  |
| 4.1.3.2. Mínimo 80 horas en no menos de diez días | 1.5 |  |
| 4.1.3.3. Mínimo 120 horas en no menos de un mes | 2 |  |
| 4.1.3.4. Mínimo 160 horas en no menos de tres meses | 2.5 |  |
| 4.1.3.5. Mínimo 200 horas en no menos de seis meses | 3 |  |
| 4.1.3.6. Mínimo 240 horas en no menos de nueve | 3.5 |  |
| 4.1.3.7. Mínimo 280 horas en no menos de doce meses | 4 |  |
| **4.2. Asistencia a Congresos, Seminarios, Jornadas, o eventos afines** | **Cada uno** |  |
| 4.2.1.1. Duración de 40 horas o más | 1 |  |
| 4.2.1.2. Duración menor de 40 horas | 0.5 |  |
| **4.3. Experiencia Administrativa Hospitalaria** (Segundo nivel de complejidad en adelante) | **Por cada periodo de tres meses** | |
| 4.3.1. Director General | 1.5 |  |
| 4.3.2. Subdirector General | 1 |  |
| 4.3.3. Director de Docencia del ION | 1 |  |
| 4.3.4. Jefe de Departamento o Direcciones Gerenciales | 0.75 |  |
| 4.3.5. Jefe de Servicio | 0.5 |  |
| 4.3.6. Jefe de Sección o Unidad | 0.25 |  |
| 4.3.7. Coordinador de Docencia del Servicio | 0.5 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. EJECUTORIA PERSONAL** | | **10%** |
| 5.1. Membresía a asociaciones médicas afines a la especialidad | **Cada vez** |  |
| 5.1.1. Presidente de Sociedades Médicas Especializadas Internacionales | 5 |  |
| 5.1.2. Directivo de Sociedades Médicas Especializadas Internacionales | 3 |  |
| 5.1.3. Miembro activo de Sociedades Médicas Especializadas Internacionales | 2 |  |
| 5.1.4. Presidente de Evento Científico Internacional | 3 |  |
| 5.1.5. Miembro del Comité Organizador de Evento Científico Internacional | 1.5 |  |
| 5.1.6. Presidente de Sociedades Médicas Especializadas Nacionales | 2.5 |  |
| 5.1.7. Directivo de Sociedades Médicas Especializadas Nacionales | 1.5 |  |
| 5.1.8. Miembro de Sociedades Médicas Especializadas Nacionales | 1 |  |
| 5.1.9. Presidente de Evento Científico Nacional | 3 |  |
| 5.1.10. Miembro del Comité Organizador de Evento Científico Nacional | 2 |  |
| 5.2. Asesor Internacional de un organismo reconocido | 4 |  |
| 1. **ENTREVISTA PERSONAL CON EL PATRONATO** |  | **10%** |

.

14 Resolución Nº 17-037 de 5 de junio de 2017, Patronato del ION.

# CONTENIDO

Accidentes Laborales o Enfermedades Ocupacionales, 383

Actividad Asistencial, 59

Actividad Docente, 59

Actividades y Responsabilidades del Medico Cardiólogo en Sala, 76

Actividades Comunitarias, 74 Actividades de Docencia, 73 Actividades de Investigación, 59 Administrativas generales, 228

Admisión, 329

Admisiones, 112

Adquisición de Nuevos Medicamentos, 244 Agua potable, 489

Aislamientos, 455

Alfombras y ropa de cama, habitación y demas, 466 Almacenaje de Medicamentos, 251 Almacenamiento de productos Alimenticios

Semiempacados, 234

Alojamiento temporal en el Albergue Casita de Mausi, 212

Altas de la Institución, 22 Amenaza de Bomba, 492 Anafilaxia y Anestesia, 134 Análisis Clínicos (Pruebas), 278 Anestesia General, 135

Anestesia para cirugía ambulatoria, 125 Anestesia Peridural, 136

Anestesia Regional Intravenosa, 137 Anestesiologia, 395

Antimicrobianos, 443

Antisépticos y Desinfectantes Recomendados, 457 Apertura de Expediente, 306

Apertura de Expediente Clínico Único, 15

**Apertura de expedientes**, 306

Archivos y Entrega de Resultados. Códigos MOAF- 001-AER, 275

Asignación de Citas, 17

Asignación de los días de Atención, 22 Asistencia a Pacientes de Unidad de Cuidados

Intensivos., 20

Asistencia económica para lograr el pago de transporte, la compra de Yodos Radioactivos, pagos de estudios altamente costosos fuera de la institución, 218

Asistencia social para la gestión de mejoramiento de habitacional, 218

Asistencia y participación en las sesiones académicas dentro de la institución, 169

Asistente Administrativo, 375 Asistente de Citología, 188 Asistente de dietética, 231 Asistente de Histología, 184 Asistente de Laboratorio, 263 Asistente del Patólogo, 186 Asistente Dental, 51

Asistente Técnico, 161 Atención a los pacientes, 142

Atención a pacientes de transplante de Medula Ósea, 212

Atención de pacientes en Consulta Externa, 92

Atención de pacientes en las Salas de hospitalización, 92 Atención de Pacientes Externos para Exámenes

Radiológicos Efectuados, 176

Atención de Pacientes Externos para Realizar Exámenes Radiológicos, 176

Atención de Pacientes Internados/ Exámenes Radiológicos en la Cama, 174

Atención de Urgencias - Intervención en Crisis, 73 Atención en el Quirófano, 380

Atención individual al Paciente y Familiar en Consulta Externa, 72

Atención Médica Primaria (AMP), 22 Atención post anestésica, 124

Atención Primaria de Admisión y Hospitalaria, 99 Atención Social a pacientes del programa de cuidados

paliativos, 213

Atención social de los pacientes nuevos en el hospital, 215

Atribuciones, 49, 89, 114, 116, 144, 203, 206, 237, 256,

284

Atribuciones a través de Atención y Tratamiento, 37 Atribuciones a través de Física, 38

Atribuciones a través de Planeamiento, 37 Atribuciones del Jefe de la Sección de Admisión, 288

Atribuciones del Jefe de la Sección de Archivo Clínicos, 289

Atribuciones del Jefe de la Sección de Estadísticas, 293 Atribuciones del Jefe de la Sección de Trámites de

Citas, 291

Atribuciones Generales, 227

Atribuciones o funciones, 100, 102

Auditoría Médica, 494

Autopsias, 197

Auxiliar de Enfermera, 164

Auxiliar de Enfermería, 83, 324, 406 Auxiliar de Histología, 185

Auxiliar de Necropsia, 189 Auxiliar del Laboratorio, 263 Auxiliar Instrumentista, 402

Auxiliar para el archivo activo de Historias Clínicas, 302 Auxiliar para el registro diario de Admisión y Egreso y

Censo Diario, 300

Auxiliar para el Registro Diario de Defunciones, 301 Auxiliar para la integración de resultados de estudios

clínicos a la Historia Clínica, 303

Auxiliar para la Recepción y Control de Historias Clínicas, 305

Auxiliar para los Registros de Servicios Especializados, 301

Auxiliar para preparar los informes del Registro Diario de Admisión y Egreso, 300

Auxiliar para Registro diario de Consulta Externa, 301 Bacteriuria Asintomática, 419

Cambio de Citas, 18

Capítulo I, 1

Capítulo II, 5

Capítulo III, 26

Capítulo IV, 99

Capítulo IX, 494

Capítulo V, 148

Capítulo VI, 203

Capítulo VII, 316

Capítulo VIII, 409

Capítulo X, 495

Categorías de los Médicos, 8 Catéteres Arteriales Periféricos., 430

Catéteres Venosos Centrales para Picc, Hemodiálisis, 430

Censo de pacientes, 330

Central de Equipos y Esterilización, 360 Circulación del Personal dentro del Salón de

Operaciones, 387

Circuladora, 401

Citotecnólogo, 186 Clasificación de las Heridas, 431

Clasificación de las Infecciones de Herida, 431 Clasificación de los Catéteres Urinarios, 438 Clasificación de los Instrumentales de uso médico, 456 Clínica de Atención Integral a la Mujer, 113

Cocinero, 232

Codificación, 478

Comisión de Bioseguridad y Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales, 414

Comité de Auditoría, 334

Comité de Evaluación del Personal de Enfermería, 335 Comité de historias clínicas, 311

Comité de Investigación, 337 Comité de Procedimientos, 333 Comité Social, 336

Cómo se reconoce una Epidemia, 421 Complicaciones Infecciosas, 447

Compra, conservación, entrega e inspección de productos legalmente controlados, 253

Comunicación con otros Servicios, 328 Comunicaciones internas, 327

Concursos para Jefaturas de Servicios, Plazas y Residencias Médicas., 495

Concursos para Jefaturas y plazas técnicas y administrativas., 497

Consentimiento Informado, 18 Consulta de Urgencia, 20

Consulta Externa de Cardiología, 75 Consulta Externa de Ginecología:, 110

Contraindicaciones para la anestesia regional:, 132 Control Bacteriológico del Material Esterilizado, 370 Control de animales, 466

Control de Asistencia, 33

Control de Consumo de la Existencia de Películas de RX, 175

Control de las existencias, 244

Control y distribución de historia clínica para hospitalización, 309

Control y distribución de historia clínica para la Consulta Externa, 308

Control y entrega de historia clínica para Docencia, Clínicas Conjuntas, Dirección Médica y Administración,, 309

Controles de Calidad, 368 Coordinación, 114, 144 Costos de Atención, 21 Criterios de Ingreso, 141

Criterios para el Traslado de Pacientes, 399 Cuerpo Clínico, 8

Cumplimiento de las Órdenes Médicas, 332 De la Atención Médica, 5

De los Concursos, 495 Definición, 205

**Definición de la Unidad**, 148 Definiciones, 422

Defunción en Sala de Operaciones, 382

Delirium no inducido por Alcohol u otras Sustancias Psicotropas (F05), 75

Departamento de Apoyo Técnico y Logístico, 203 Departamento de Enfermería, 316

Departamento de Especialidades Médicas (Servicios clínicos), 26

Departamento de Especialidades Quirúrgicas, 99 Departamento de Servicios Médicos de Diagnóstico, 148 Descarga Eléctrica, 490

Descripción del trabajo del médico especialista, 9 Descripción del trabajo del Médico General, 11 Desde el Salón de Operaciones o Consultorios, 191 Desinfección y Esterilización, 391

Diagnóstico de Infección Asociada a Catéter, 429 Disponibilidad Medica, 399

Disposiciones Generales, 398 Distribución de Actividades, 329

Distribución de dietas a pacientes en cada sala de hospitalización, 236

Distribución de Dietas por Sondas, 236

Distribución de la Ropa en el Salón de Operaciones, 385 Dosimetrista, 42

Efectos Antimicrobianos, 457

Ejemplo genérico de conservación de medicamentos, 253

electrocardiografía, 79

Electroversión cardíaca, 134

Empaquetamiento de Equipo y Material Médico –

Quirúrgico, 366

En el Laboratorio de Prótesis, 58 En la Consulta Externa, 58 Enfermera, 44, 162

Enfermera Básica, 400

Enfermera especialista en Salud Mental, 72 Enfermera general, 323

Enfermera General, 405

Enfermera general o básica del Quirófano, 376 Enfermera Jefe, 375

Enfermera Jefe de Sala, 322 Entrega y Recibo del Turno, 329 Epicrisis, 21

Estimación de Perdidas de Sangre en el Quirofano, 390 Estrategia de Limpieza y Desinfección para Superficies Ambientales en Areas de Atención de Pacientes, 465

Estridor Laringeo, 135 Estructura / Posición, 206

Estructura Orgánica, 26, 34, 37, 99, 101, 113, 115, 138,

225, 284, 316, 360, 371

Estudio histopatológico transoperatorio, 202 Etapas de Actividad, 58

Evacuación, 479

Evaluación de Donadores de Sangre y Clínica del Empleado., 99

Evaluación de la Paciente Nueva, 110 Evaluación del desempeño del archivo, 310 Evaluación Preoperatoria, 78

Evitar Fuego y Explosiones, 394

Examen Anatomopatológico de Piezas Quirúrgicas, 200 Examen Citopatológico Oncológico, 201

Examen de Cortes por Congelación, 199 Examen Endoscópico (Paciente Internado)., 86 Exámenes Especiales, 349

Expediente e Historia Clínica, 16

Factores psicológicos y del Comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar (F54), 74

Falta de Fluido Eléctrico, 482 Farmacéutico, 239

Farmacéutico Jefe del Servicio, 238 Físico Médico, 41

Fisioterapeuta, 91 Flores y plantas, 466

Formato del Informe Histopatológico, 197 Funciones, 150

Funciones de la Comisión, 414 Funciones de los Miembros, 61 Funciones del Auditor, 494 Funciones Generales, 31

Funciones Generales del Médico Especialista, 9 Funciones Generales del Médico General, 11 Garantía de Calidad. Código : MOAF-001-GC, 276 Higiene Ambiental, 393

Higiene Hospitalaria, 465

Horario del Servicio de Ginecología Oncológica, 112 Hospitalización, 306

Identificación de Piezas Quirúrgicas, 202 Impacto de la Profilaxis, 446

Incendios, 481

Incorporación de los Medicamentos Recibidos en el Stock, 243

Indicaciones para Remover Catéteres de Larga Permanencia, 430

Infección de Sitio Quirúrgico, 420

Infección Sintomática del Tracto Urinario, 419 Infecciones Bacterianas, 448

Infecciones en Pacientes Asplénicos, 452 Infecciones Intrahospitalarias, 418

Infecciones Micóticas, 449

Infecciones Tracto Intestinales Nosocomiales, 453 Información diaria de condición, 20

Informe de Condición y Movimiento de Pacientes, 333 Instrumentista, 377, 401

Integración de documentos a la historia clínica, 310 Interconsultas, 73

Intervención en problemática legal, 220 Introducción, 1, 431, 438, 442, 446, 476

Introducción., 439

Investigación, 421

Investigación de un Brote Epidémico., 421 Jefe de la Unidad, 90, 208, 285, 363, 374

Jefe de la Unidad de Radiología e Imagen, 153 Jefe de los Servicios, 204

Jefe de Sección, 182, 287 Jefe de Servicio, 50

Jefe del Departamento, 148, 318

Jefe del Departamento de Especialidades Quirúrgicas, 101

Jefe del Laboratorio Clínico, 257 Jefe del Servicio, 28

Jefe del Servicio, 102 Jefe del Servicio, 139

Jefe del Servicio de Anatomía Patológica, 180 Jefe del Servicio de Anestesia, 117

Jefe Encargado del Servicio de Radioterapia, 39 Laboratorio Clínico, 255

Lavado Manual y Desinfección de Equipo e Instrumental, 364

Lavado y Desinfección de frascos y accesorios de Aparatos de Emerson y SNGI, 365

Licencias de los Funcionarios, 21

Limpieza de Áreas Contaminadas con Sangre o Fluidos Corporales, 466

Limpieza Diaria del Área, 367 Lista de Dietas, 332 Localización de familiares, 219

Localización de paciente desertores, 219

Manejo de Alteraciones Neuromusculoesqueléticas, 95 Manejo de Cadáver, 391

Manejo de la Hospitalización, 352

Manejo de los Estudios Transoperatorios, 193 Manejo de los Pacientes Neutropénicos., 442 Manejo de Muestras Especiales, 195

Manejo de Muestras Histopatológicas, 389 Manejo del dolor, 125

Manejo del Paciente Neutropénico Febril, 444 Manejo del paciente que se perfora la duramadre al

intentar colocar una anestesia epidural, 131 Manejo General de Pacientes con Linfedema, 94

Manejo odontológico en Pacientes Sometidos a Cirugía Oncológica., 57

Manejo Preliminar de las Muestras Quirúrgicas, 193 **Manejo y Archivo de la Historia Clínica**, 307 Manejo, Transporte y Rechazo de Muestras. CÓDIGO:

MOAF-001-MTRM, 269

Mantenimiento Diario de la Máquina Procesadora, 177 Mantenimiento y depuración del archivo, 310 Marcapaso y anestesia, 132

Mediante la terapia dietética, 227 Médico Anatomopatólogo, 181

Médico Anestesiólogo, 117

Médico Endoscopista, 83

Médico especialista, 103

Médico especialista, 29

Médico especialista, 139

Médico Psiquiatra, 71

Medico Radiólogo, 156

Médico Radioterapeuta, 40

Medidas de Prevención, 423, 432, 438, 439 Medidas durante la Cirugía, 432

Medidas en el Pre Operatorio, 432

Medidas generales de prevención, 442 Mensajería-Archivo, 167

Mensajero, 191 Métodos de archivo, 308

Muestras Para Estudios Citológicos, 195 Naturaleza de la Asistencia, 13 Neumonía, 420

Niveles de Existencias, 249

Norma para la Limpieza del Instrumental Quirúrgico Sencillo en las Áreas de Hospitalización, Unidad de Atención de Agudos y Consulta Externa, 461

Normas de Atención de pacientes, 114, 144 Normas de Atención de Unidad de Transplante de

Célula Hematopoiéticas, 36 Normas de atención en Sala, 112

Normas de Atención para Pacientes Hospitalizados, 36 Normas de Auditoría Médica:, 495

Normas de Bioseguridad, 385

Normas de evaluación preoperatoria, 121 Normas de funcionamiento, 97, 223 Normas de Funcionamiento, 60

Normas de Funcionamiento de Cirugía Reconstructiva, 145

Normas de Hospitalización, 23, 104, 106 Normas de ingreso y egreso, 36

Normas de Interconsultas, 24

Normas de la Clínica de Candidatos a Trasplante de Célula hematopoiéticas, 36

Normas de la Reunión Médico Docente y Administrativa Institucional y de los Servicios (Clínica Conjunta), 25

Normas de la Sala de Hospitalización de Cirugía, 107 Normas de los Comités de Enfermería, 333

Normas de manejo de las muestras enviadas para estudio histopatológico, 191

Normas de para la atención de los pacientes, 170 Normas de Seguridad, 394

Normas de Utilización de las Instalaciones del Salon de Operaciones, 395

Normas del Servicio de Fisioterapia, 95 Normas del Servicio de Trabajo Social, 221 Normas funcionamiento interno, 36

Normas Generales de la Sala de Recuperacion de Anestesia, 398

Normas Generales de la Sección de Admisión, 306 Normas generales de la Unidad, 57

Normas generales de la Unidad de Cuidados Intensivos, 141

Normas Generales y Estándares del Laboratorio Clínico, 278

Normas generales y Procedimientos de Atención de pacientes, 13

Normas para el Lavado de Ropa Hospitalaria, 454 Normas para el Uso de Antisépticos y Desinfectantes,

456

Normas para la Atención Ambulatoria, 36 Normas para la Consulta Ambulatoria de Cirugía

Oncológica, 108

Normas para la Prevención de Infecciones Intrahospitalarias, 418

Normas para la Prevención de Infecciones y otras complicaciones asociadas al uso de Catéteres Endovenosos, 422

Normas Preoperatorias, 104, 106

Normas Quirúrgicas en la Sala de Recuperación, 106 Normas Quirúrgicas para la Sala de Recuperación, 107 Normas Quirúrgicas para uso en el Salón de

Operaciones, 105, 107

Normas sobre interrelaciones entre el Servicio de Cirugía Oncológica y los demás Servicios, 109

Normas sobre Omisiones y Reprogramaciones Quirúrgicas, 106

Normas Técnicas, 222

Normas y Procedimientos de la Consulta Externa, 15 Normas y Procedimientos Generales, 383

Normas y procedimientos para la atención de pacientes beneficiario del Seguro Social, 15

Normas y Responsabilidades del Personal de Enfermería del Quirófano, 400

Normas: Programa de Educación, 338 Notas de la Enfermera, 330 Nutricionista, 230

Nutricionista –Dietista Jefe de la unidad, 229 Objetivos, 58

Odontólogo especialista, 50

Orientación Farmacéutica al Paciente, 248 Orientación inicial para la tramitación del recurso de

pensión de invalidez, inscripción de beneficiario inválido, 217

Orientación para la Preparación de Exámenes Contrastados, 175

Otras Infecciones, 451

Otros Trastornos de Ansiedad (F41), 74 Pabellón Quirúrgico, 371

Paciente con Necrosis de la Mucosa Gingival y /o Absceso Perianal, 444

Paciente con sospecha de Infección Estafilocóccica, 444 Paciente Infectado, 20

Pacientes con cirugías en curso, 479

Pacientes con Transplante de Médula Ósea, 339 Participación en el Equipo de Cuidados Paliativos, 73 Patogenia, 423

Pedido de Examen Anatomopatológico, 382

Perfil del cargo, 39, 50, 71, 83, 90, 139, 148, 180, 204,

208, 229, 238, 257, 318, 363, 374

Perfil del Cargo, 102, 153, 285

Médico Infectólogo, 68 Perfil del Cargo:, 117

Perfil del cargo: Jefe de Departamento, 6 Perfil del Cargo: Médico especialista, 88 Perfiles del cargo, 101

Jefe de Servicio, 7 Personal de Oficina, 264

Plan de Acción ante Desastres., 476

Plan de Contingencia para Desastres., 476 Planes de Cuidado de Enfermería, 331 Política de Personal del Cuerpo Clínico, 12

Prelación de llamadas en Urgencias Médicas, 24 Preparación de Bandejas para las Comidas del Paciente,

234

Preparación de Medicamentos, 250, 251 Preparación de Nutrición Parenteral, 245

Preparación del paciente para la Colonoscopia:\_Procedimiento, 86

Preparación del paciente para manejo domiciliario, 217 Preparación para la emergencia, 480

Preparación Quirúrgica de la Piel del Paciente, 387 Préstamo de la historia clínica, 309

Prevención, 480

Prevención de Accidentes Cortopunzantes, 462 Prevención de incendios, 480

Prevención De Infecciones asociadas a Procedimientos Endoscópicos, 453

Prevención de Infecciones de Sitio Quirúrgico, 431 Prevención de Infecciones en Pacientes con Transplante

de Médula Ósea, 446

Prevención de Infecciones Hospitalarias durante Remodelaciones, 469

Prevención de Infecciones Urinarias Intrahospitalarias, 438

Prevención de Neumonías Intrahospitalarias, 439 Principales Rutinas, 299

Problema relacionado al rechazo de tratamiento médico, intervenciones u otros procedimientos, 214

Problema relacionado con hechos estresantes, que afectan al paciente, 214

Procedimiento para archivar la Historia Cínica, 307 Procedimiento: Dotación de medicamentos e insumos,

338

Procedimiento: Atención Directa al Cliente y recepción de muestras. Código : MOAF- 001- ACR, 265

Procedimiento: Manejo odontológico en pacientes oncológicos sometidos a Quimioterapia, 54 Procedimiento: Manejo odontológico en Pacientes

Sometidos a Radioterapia, 56 Procedimientos, 93, 177, 234, 244 Procedimientos de Anestesia, 135

Procedimientos de Enfermería e la Consulta Externa., 350

Procedimientos de la Sección de Admisión, 306 Procedimientos de la Sección de Trámite de Cita, 311 Procedimientos de la Unidad de Radio-Oncología, 45 Procedimientos en casos de fallecimiento de pacientes,

24

Procedimientos Especiales en los Servicios de Consulta Externa., 352

Procedimientos Específicos, 343

Procedimientos Generales, 306, 339

Procedimientos y Normas Generales de los Servicios de Especialidades Quirúrgicas Oncológicas, 104

Procedimientos y Normas particulares de la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria, 33

Procedimientos y Rutinas Básicas de la Central de Equipo y Esterilización, 364

Proceso de Esterilización a base de Plasma de Peróxido de Hidrógeno, 367

Proceso de Esterilización a vapor, 366 Profesionales que actúan en la Unidad, 229 Profilaxis Antibiótica Perioperatoria, 466

Programa de Atención de pacientes con Reconstrucción Mamaria, 94

Programa de Cuidados Paliativos, 95 Programa de rehabilitación de pacientes

mastectomizadas, 93

Programa de Terapia Respiratoria, 95 Programa Quirúrgico Rutinario, 20 Programación Diaria de Cirugía, 380 Programas, 409

Protocolo de anestesia general con intubación endotraqueal, 126

Protocolo de intubación fallida durante la anestesia, 128 Protocolo de intubación nasotraqueal, 128

Protocolo de intubación orotraqueal en adultos, 127 Provisión de Productos Controlados a Pacientes

Internados, 240

Psicólogo clínico, 71

Psicólogo General, 71

Quirófano Seguro, 434 Razones para investigarla, 421

Reacciones a Estrés grave y Trastornos de Adaptación (F43), 74

Realización de Exámenes Radiológicos Simples, 177 Recarga de Chasis con Película Virgen, 178 Recepción de Medicamentos, 242

Recibo de Narcóticos y Útiles, 328

Recibo, almacenamiento, preparación y distribución de los alimentos, 227

Recomendaciones para Información a la Prensa, 493 Recuento De Gasas, Toallas Abdominales, Agujas,

Bisturíes, Cotonoides y otros Instrumentos, 388 Recursos necesarios para enfrentar una catástrofe, 493 Registro de Anestesia, 137

Registro de Medicamentos y Tratamientos, 332 Registro diario de actividades de la consulta externa,

314

Registro diario de admisión y egreso, 313 Registro diario de clínica conjunta, 316 Registro diario de ínter-consultas, 315

Registro diario de intervenciones del quirófano, 315 Registro diario de quimioterapia, 315

Registro diario del censo hospitalario, 313 Registro y control de signos vitales, 331

Reporte de Resultados, Valores Críticos, acciones correctivas, 272

Requerimientos de atención para pacientes ambulatorios, 170

Requerimientos de atención para pacientes hospitalizados, 172

Requerimientos para las rotaciones de médicos, residentes y técnicos en el servicio de Radiología e Imágenes, 173

Requisitos preoperatorios de Admisión, 119 Reunión Docente Administrativa, 33 Revisión de Laminillas, 196

Riesgo de Inundación, 490 Ronda con Objetivos, 332 Rutina

Registro, Atención y Tratamiento de pacientes en Radioterapia, 46

Rutina de Atención de pacientes en las Salas de hospitalización, 412

Rutina de Atención en Consulta Externa, 411

Rutina del auxiliar para la distribución y búsqueda de Historias Clínicas, 304

Rutina: Atención al Paciente para la Cirugía, 118 Rutinas, 92

Rutinas de Trabajo, 210 Rutinas del Servicio, 174 Rutinas endoscópicas, 85

Rutinas Principales del Quirófano, 380 Rutinas: Atención al paciente, 53 Sección de Archivos, 307

Sección de Docencia e Investigación, 36

Sección de Medicina Transfusional y Laboratorio, 35 Sección de Transplante de Células Hematopoiéticas, 35 Secretaria, 30, 44, 190, 205, 209, 211, 232, 325, 378

Secretaria-Recepcionista, 166 Servicio de Anatomía Patológica, 178 Servicio de Anestesiología, 115 Servicio de Cirugía, 353

Servicio de Cirugía Oncológica, 106, 396 Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, 143 Servicio de Farmacia, 237

Servicio de Ginecología, 357

Servicio de Ginecología Oncológica, 109, 397

**Servicio de Hematología**, 301, 354

Servicio de Hemato-Oncología y Trasplante de Médula Ósea, 34

**Servicio de Imaginología**, 301 Servicio de Nutrición y Dietética, 225 Servicio de Odontología, 48

Servicio de Oncología Médica, 30 **Servicio de Patología**, 302 Servicio de Quimioterapia, 355

Servicio de Radiología e Imaginología, 150 Servicio de Radio-Oncología, 36

Servicio de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 284

Servicio de Trabajo Social, 205 Servicio de Urología, 356

Servicio de Urología Oncológica, 113, 397 Servicios de atención de tipo agudo a pacientes

oncológicos, 77

Servicios Quirúrgicos, 101, 396

Sesión Conjunta y Visitas Generales, 108 Sistema de archivo, 308

Sistema de mandos, 476 Situaciones Especiales, 459

Solicitud de Compra de Medicamentos, 242 Solicitud de historias clínicas, 309

Suministro de Material Esterilizado a las salas, 369 Suministro de Material para los Quirófanos, 370 Supervisora administrativa, 321

Supervisora Clínica, 319 Tabla de Baremo, 499

Técnicas Asépticas Básicas, 386 Técnico Anestesista, 118

Técnico de Radiología e Imágenes, 159 Técnico en Histología, 183

Técnico en Radioterapia, 43 Técnico Instrumentista, 404

Técnico o Asistente de Farmacia, 240

Técnico o Auxiliar en Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 299

Técnico Superior en la Sección de Estadísticas, 299 Tecnólogo Médico, 262

Tecnólogo Médico Supervisor o Jefe de Sección, 261 Teléfonos de interés, 478

Terapia Respiratoria, 93

Terapias Grupales, 72

Terremoto, 492 Tipos de archivo, 308 Tornado, 492

Trabajador manual, 233, 327, 364, 379

Trabajador Manual, 408

Trabajador Social, 209 Trabajador Social Jefe, 210 Trabajadora Social, 210

Trámite en los Pacientes que van a recibir Radioterapia, 359

Trámite para Clínica Conjunta, 352

Transporte del paciente de la Sala de Operaciones a la Unidad de Cuidados Post–Anestesia, 390

Traslado de pacientes fallecidos procedente del interior del país, 215

Traslado de pacientes hospitalizados al interior del país, 216

Trastornos de Ansiedad (F41), 74

Trastornos Mentales y de Comportamiento debido al Consumo de Opioides (F11), 75

Tratamiento Endoscópico de las Várices de Esófago (Paciente Externo), 85

Triage, 478

Turnos de urgencia, 112 Turnos Médicos y Técnicos, 19

Unidad de Atención de Agudos (UnAAg), 97 Unidad de Cardiología y Electrocardiografía, 75 Unidad de Cuidados Intensivos, 138

Unidad de Dermatología, 87

Unidad de Gastroenterología y Endoscopia, 82

Unidad de Infectología y Enfermedades Nosocomiales, 67

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, 88 Unidad de Medicina Interna, 69

Unidad de Salud Mental, 70

Unidad Funcional de Patología Mamaria, 409 Unidad: Unidad de Cuidados Paliativos y Clínica de

Alivio del Dolor (U.C.P.), 58

Unidades y Servicios Médicos de Apoyo, 48 Urgencias e Internación, 19

Uso de los servicios de Cafetería, 237 Uso de Equipo Eléctrico, 395

Uso de la Unidad de Electrocirugía, 394 Uso de sangre y sus derivados, 130

Uso del Equipo de Rayo X, 395 Uso del Uniforme Quirúrgico, 384 Vacaciones de los Funcionarios, 21

Vacunación en el Personal de Salud., 461 Visitantes en el Salón de Operaciones, 385 Visitas Médicas, 33

Visitas Médicas y Evaluación Clínica en Sala, 19

1. Resolución N° 16-086 de 14 de diciembre de 2016, Patronato ION. [↑](#footnote-ref-1)
2. Resolución N° 17-037 de 5 de junio de 2017, Patronato ION. [↑](#footnote-ref-2)
3. Resolución N° 22-047 de 25 de agosto de 2022, Patronato ION. [↑](#footnote-ref-3)
4. Resolución N° 16-086 de 14 d diciembre de 2016, Patronato del ION [↑](#footnote-ref-4)
5. Resolución N° 17-037 de 5 de junio de 2017, Patronato del ION [↑](#footnote-ref-5)
6. Resolución N° 22-047 de 25 de agosto de 2022, Patronato ION [↑](#footnote-ref-6)
7. Resolución N° 16-086 de 14 d diciembre de 2016, Patronato del ION [↑](#footnote-ref-7)
8. Resolución N° 22-047 de 25 de agosto de 2022, Patronato ION [↑](#footnote-ref-8)
9. Los estudios en línea recibirán el 75 % del puntaje de las horas [↑](#footnote-ref-9)
10. Se entiende por actividad internacional, el evento que sea organizado por federaciones internacionales, por asociaciones médicas nacionales apoyadas por organismo internacionales, por asociaciones u hospitales extranjeros de reconocida trayectoria en la especialidad de que se trate. [↑](#footnote-ref-10)