Tesis
GSS 2007
S3.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TRABAJO DE GRADO

EVALAUCION DE LA BIOSEGURIDAD EN EL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello,

Por:

DANIEL JOSE SANCHEZ SILVA

Como requisito parcial para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Realizado con la tutoría del profesor

ALFREDO SALAS

Caracas, Mayo de 2.007

ACEPTACION DEL TUTOR

Por medio de la presente yo ALFREDO SALAS URBANO hago constar que he leído el proyecto de tesis de grado presentado por el ciudadano DANIEL JOSE SANCHEZ SILVA, para optar al grado de Especialista en Gerencia Mención Servicios de Salud cuyo titulo es **EVALAUCION DE LA BIOSEGURIDAD EN EL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS.** Considero que dicha tesis reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas en el mes de Mayo del 2007

Dr. ALFREDO SALAS URBANO

FINIQUITO

Señores:
UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
DIRECCION GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO DE GERENCIA DE CSERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD
PRESENTE:

ATENCION: DR. RAFAEL NAHMENS
DIRECTOR DEL POSTGRADO

ESTIMADOS SEÑORES:

La presente es para hacer de su conocimiento y certificar por esta via que he asesorado efectivamente el trabajo especial de grado que lleva por titulo: EVALAUCION DE LA BIOSEGURIDAD EN EL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS. Realizado por el ciudadano Daniel José Sánchez Silva CI: 6.427.479 en el periodo que establecen los reglamentos y con la cantidad de reuniones necesarias y suficientes para garantizar la culminación exitosa del proyecto en cuestión como requisito para optar por el titulo de especialista en servicios asistenciales de salud.

Durante el tiempo de desarrollo del proyecto, y luego de realizar la revisión de rigor la calificación de este trabajo de grado es de _____ ( ) puntos.

Sin Más a que hacer referencia, se suscribe de ustedes

Atentamente

Dr. ALFREDO SALAS URBANO

CARACAS, MAYO 2007

INDICE

	Pág.
Resumen	3
Justificación	4
Objetivos	5
Marco Organizacional	5
Ubicación Geográfica	7
Misión y Visión	12
Antecedentes Históricos	13
Organigramas	17
Área Quirúrgica	20
Marco de Referencia	20
Marco Conceptual	20
Clasificación del riesgo del personal	28
Marco Metodológico	28
Resultados	30
Consideraciones Éticas y legales	41
Evaluación del Estudio	47
Conclusiones y Recomendaciones	48
Referencias Bibliográficas	50
Anexos	55

RESUMEN

El quirófano es un ambiente potencial y realmente peligroso, donde concurren una serie de artefactos electrónicos en medio de una mezcla de oxigeno y gases anestésicos que dan, en mayor o menor grado, las condiciones favorables para la ocurrencia de accidentes no sólo de tipo de explosión o incendio sino también del tipo de quemaduras, electrocución, fibrilación, paro cardiaco, traumatismo, laceraciones y heridas. Es por esto que es muy importante que existan normas de seguridad para el personal que labora en el área quirúrgica, con el fin de prevenir y protegerlos de cualquier accidente inherente al trabajo.

Se realizo una investigación de carácter aplicado evaluativa, en donde se apreciaron las medidas de bioseguridad existentes en el área quirúrgica del hospital Vargas de Caracas y se compararon con algunos estándares establecidos. De esta manera se pudo valorar la situación del área quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas en lo referente a las condiciones de seguridad para los trabajadores y pacientes. Para ello se elaboró un instrumento evaluativo que, de manera cualitativa, indaga el tipo de medidas de bioseguridad existente en el área de quirófanos.

Esta investigación revelo las fallas en Bioseguridad que presenta el área quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas en cuanto a espacio físico, residuos, prevención y educación.

Palabras Claves: Seguridad, Bioseguridad, Quirófano, Hospital Vargas, Área Quirúrgica.

JUSTIFICACIÓN

Todas las profesiones llevan implícito un riesgo inherente a la naturaleza misma de la especialidad y al ambiente donde se desenvuelve el técnico, el profesional y el obrero. El personal medico y paramédico que laboran en las áreas quirúrgicas y pabellones no escapan a esta situación y sufren en su organismo una serie de agresiones por parte del medio donde actúan, por efecto de los agentes con que trabajan y de las situaciones en que cotidianamente se ven envueltos que producen en ellos una serie de modificaciones.

A todo el conjunto de fenómenos de índole patológica que suele presentarse en Anestesiólogos, Cirujanos, Enfermeras profesionales, Circulantes y auxiliares, así como personal de área de recuperación, se ha englobado bajo la denominación de "Enfermedades Profesionales"; estas enfermedades Profesionales constituyen un aparte de lo que podría llamarse el riesgo a enfermarse en el ejercicio de alguna especialidad o profesión. Constituye quizás una patología sui géneris, probablemente una nueva rama de la medicina en donde por efecto de una serie de situaciones, hechos y factores que van a actuar sobre los individuos, se producen modificaciones y alteraciones que determinan cambios leves, medianos, moderados y graves en todas las personas susceptibles, expuestos a ellos.

Es por esto que resulta importante saber si se cumplen las normas de seguridad, tanto para el paciente como para el personal, en el área quirúrgica en el Hospital Vargas de Caracas. Debido al riesgo que representa el trabajo en estas áreas, en donde cada vez son más frecuentes las enfermedades laborales y por ende el ausentismo laboral, que redunda en el funcionamiento inadecuado del área además de los gastos que representa para el trabajador y su familia, es menester

averiguar si se están cumpliendo los parámetros y estándares de bioseguridad establecidos.

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general de la presente investigación es evaluar las condiciones de bioseguridad en el área quirúrgica del hospital Vargas de Caracas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Evaluar si la estructura física, ubicación de equipos, dotación de vestimenta adecuada, adiestramiento en el uso de equipos del área quirúrgica, delimitación de zonas para desecho de material tóxico, etc.

2.- Averiguar cual es el nivel de conocimiento y educación del personal en lo relativo a bioseguridad

2.- Establecer estándares de seguridad para el área quirúrgica en lo relativo a: estructura física, ubicación de equipos, dotación de vestimenta adecuada, adiestramiento en el uso de equipos, delimitación de zonas para desecho de material tóxico, etc.

3.- Establecer si responden a los estándares de seguridad establecidos.

METODOLOGÍA

MARCO ORGANIZACIONAL:

Numerosas definiciones de Hospital han sido utilizadas, pero la más aceptada ha sido la enunciada por la OMS, que expresa:

Es parte integrante de una organización social, cuya misión consiste en proporcionar a la población asistencia médica completa, tanto curativa como preventiva, con servicios ambulatorios, que alcancen las familias en su propio hogar. Un Hospital, es asimismo, un centro de formación de personal y de investigación biosocial.

El Hospital Vargas está en el pico de la pirámide y lo clasificamos como un Hospital Tipo IV ubicado en la parroquia San José del Distrito Capital posee 514 camas funcionales debido a que presta atención médica en los tres niveles de atención y entre sus servicios cuenta con Pediatría, Ginecología, Departamento de Emergencia y Medicina Crítica, Servicios de Cirugía (Anestesiología), Neurología, Medicina, Endocrinología, Medicina Nuclear, Genética Médica, Rehabilitación, entre otros. (Fuente Ministerio de Salud y Desarrollo Social http://www.msds.gov.ve/ms/directorio/Hospitales/DFEDERAL.pdf).

Su área de influencia es el espacio geográfico o territorial que ocupa la población que será atendida. Como es un Hospital de Referencia su espectro es muy amplio, para considerar el límite de su área de influencia hay que observar la procedencia de los pacientes; lo más importante es señalar que dicha área de influencia corresponde a la población atendida por los establecimientos y no necesariamente representa un territorio como tal, esto hace pensar que el hospital tiene un área real de influencia que comprende el área teórica más las áreas adyacentes. Esta área de influencia corresponde al distrito sanitario Nº 1 del municipio libertador del Distrito capital y comprende las siguientes parroquias: La Pastora, Altagracia, San Bernardino, El Recreo, San José, Catedral y La Candelaria. Con una población total de 334245 habitantes que corresponde al 18.2% de la población total del Distrito Capital. (Fuente Instituto Nacional de Estadísticas Censo 2001)

El Departamento de Cirugía es la división estructural resultante de la unión de varios servicios que poseen un objetivo común. La distribución departamental es una forma de descentralización administrativa, por lo tanto tiene un responsable Por otro lado, hay que recordar que la palabra Servicio proviene de (Lat. Servitium) acción y efecto de servir. Sinónimo de beneficio, favor o gracia. Y el servicio de anestesiología es parte del Departamento de Cirugía, está formado por secciones que fundamentalmente tienen una organización de personal (interna), jerarquizada con una Jefatura.

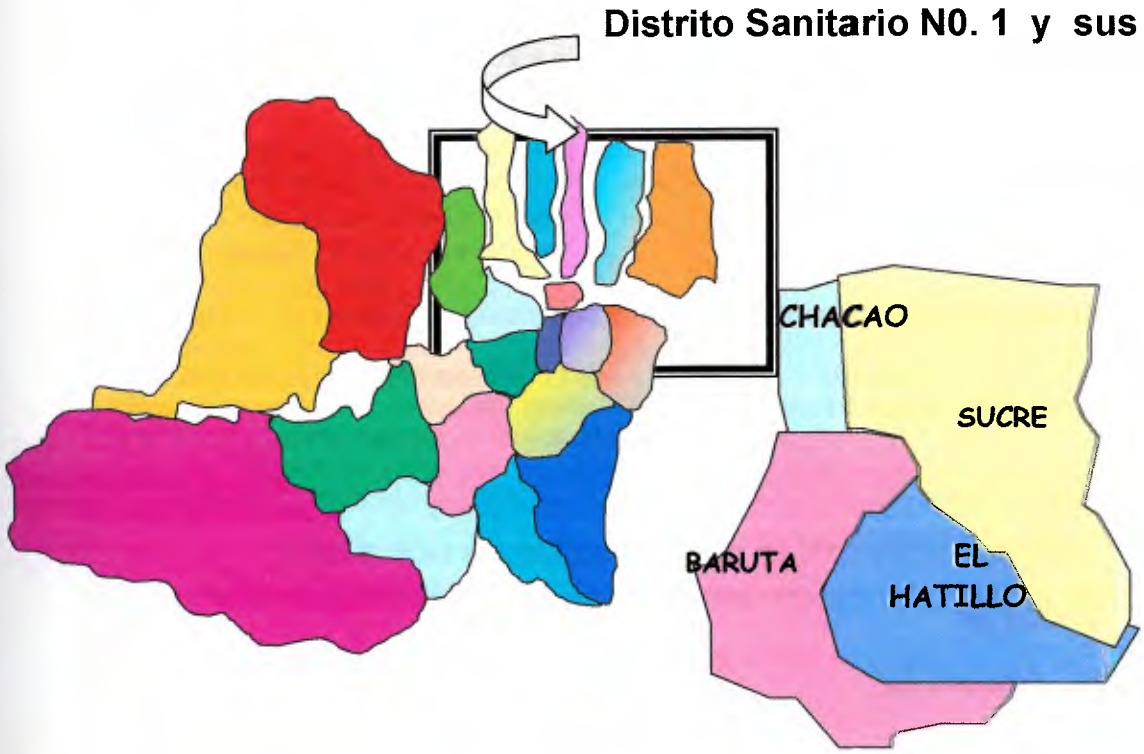
Estas secciones del servicio de anestesiología, son partes integrantes sin estructura de personal jerarquizada, con coordinaciones responsable, que tienen personal asignado para la ejecución directa de la actividad operacional

UBICACIÓN GEOGRAFICA

República Bolivariana de Venezuela

Distrito Metropolitano de Caracas

1.- DISTRITO METROPOLITANO SEGUN MUNICIPIO



Mapa de región capital con ubicación del Hospital Vargas.

Fuentes Estadísticas OCEI 2000

MUNICIPIO LIBERTADOR

Parroquias: La Pastora, Altagracia, San Bernardino, El Recreo, San José, Catedral y La Candelaria.

☆ Distrito Sanitario N° 1

Limites

- Norte: Av. Cota Mil, Parque El Ávila
- Sur: Parroquia 23 de Enero, San Juan, Santa Teresa, Santa Rosalía, San Agustín.
- Este; Municipio Chacao
- Oeste: Parroquia Sucre

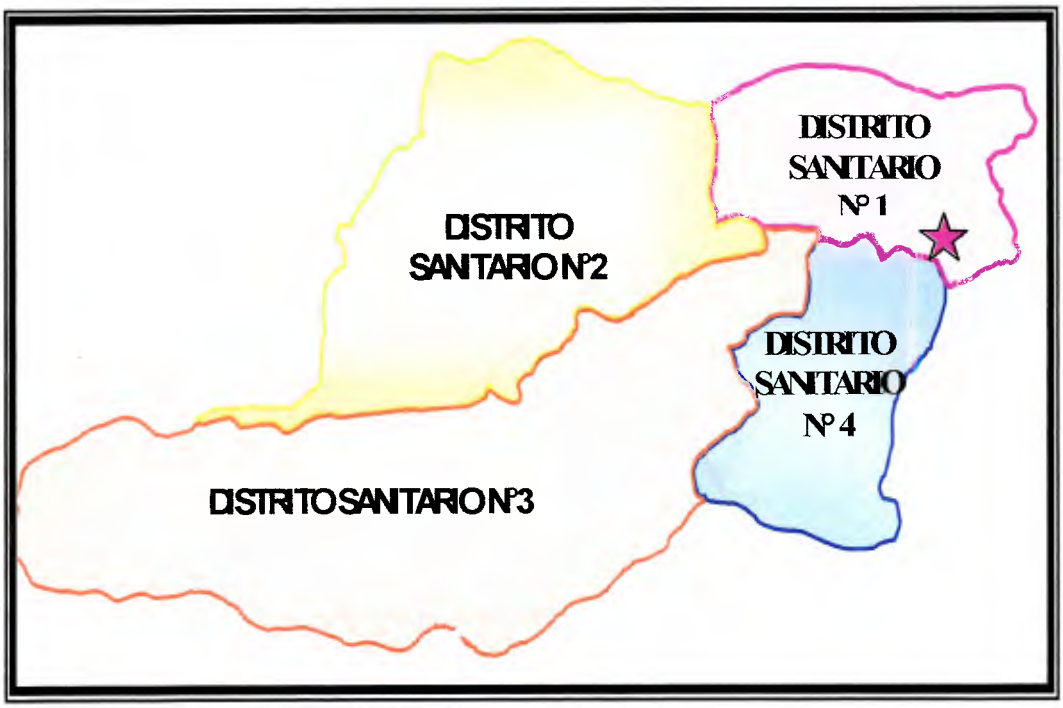
Superficie: 43,38 KM2
Parroquias: La Pastora, Altagracia, San Bernardino, El Recreo, San José, Catedral y La Candelaria.
Red Asistencial: 15 Ambulatorios, 11 tipo I, 3 Tipo II, 1 Tipo Rural.
Hospital Oncológico Luis Razetti; Jesús Yerena de Lídice, Hospital Psiquiátrico. Hospital J M de Los Ríos, Hospital Risquez de Cotiza, **Hospital Vargas**.

Población de influencia en el Hospital Vargas

Parroquia	Población (Habitantes)	% sobre el Distrito Capital
La Pastora	801888	4.4
Altagracia	39291	2.1
San Bernandino	24031	1.3
El Recreo	96162	5.2
San José	36296	2.0
Catedral	4831	0.3
La Candelaria	53473	2.9
Total	334245	18.2

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas Censo 2001
http://www.ine.gov.ve/division/menudivision.asp

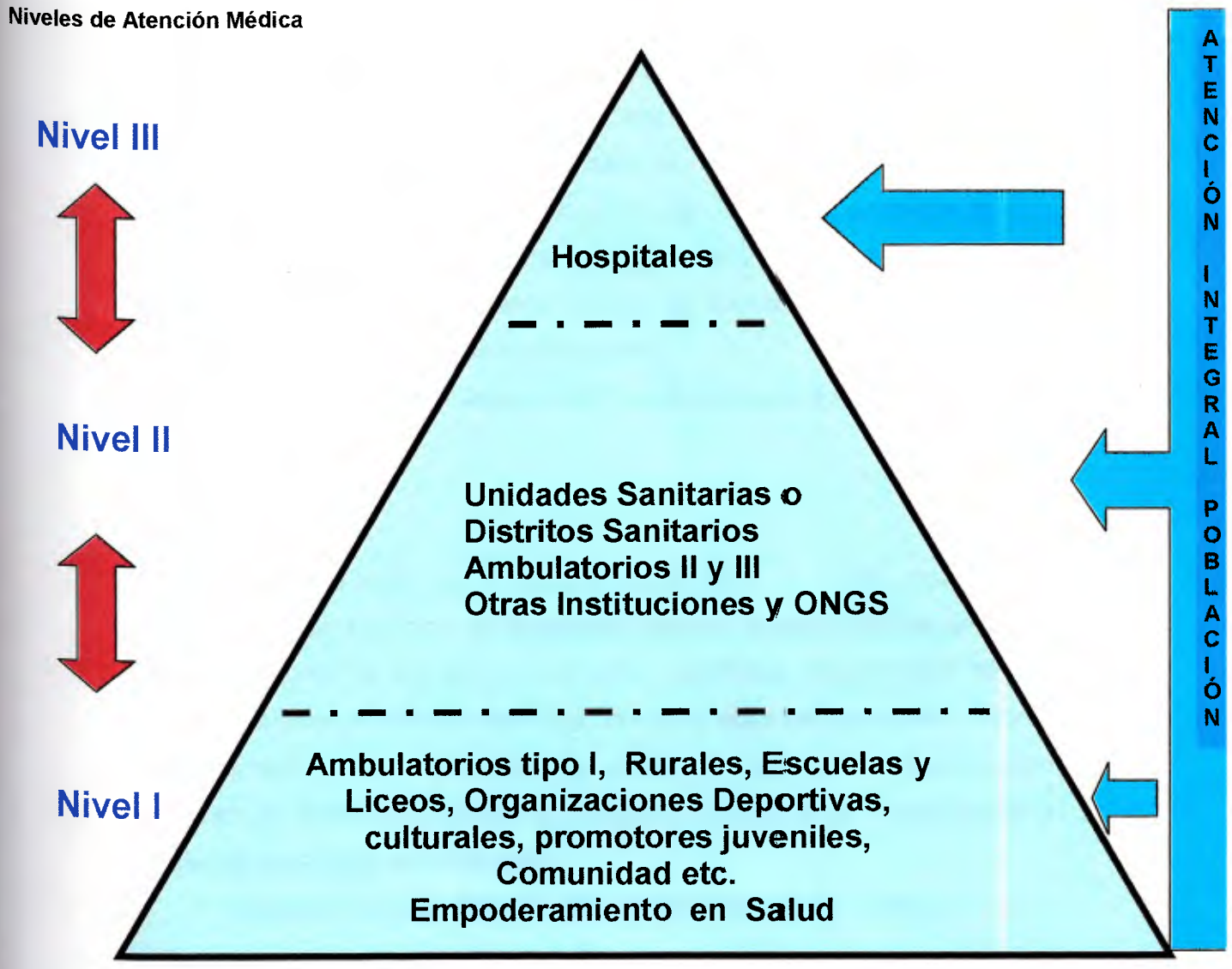
MAPA



Fuentes Estadísticas OCEI 2000

Sector Salud

Niveles de Atención Médica



MISION

El Hospital Vargas de Caracas es un Hospital público que presta atención especializada, de referencia nacional, capacitado para satisfacer las necesidades de los usurarios enmarcados dentro de los principios rectores de nuestra institución: respeto, equidad, ética, compromiso y vocación de servicio, a través de un equipo multidisciplinario, comprometido en mantener, orientar y propiciar el proceso de cambio involucrando a todos sus trabajadores y a la comunidad con el fin de lograr el modelo de atención de salud que satisfaga las necesidades de los usuarios.

(Fuente: Dirección General del Hospital Vargas de Caracas)

VISION

Queremos ser un Hospital reconocido a nivel nacional e internacional en servicios de asistencia medica, además de mantener un nivel profesional de alta calidad humana y científica, comprometiéndonos con los usuarios en brindar servicios con ética, equidad, y respeto, valores fundamentales con capacidad de atraer fuentes de financiamiento capaces de sostener y mantener nuestros proyectos de investigación y docencia para logra la proyección

(Fuente: Dirección General del Hospital Vargas de Caracas)

ANTECEDENTES HISTORICOS

A.- EL HOSPITAL VARGAS:

"Los que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo"

Jorge Santayana 1863-1952

Todos los Hospitales tienen su Historia, y todas las Historias de los Hospitales se asemejan en la grandeza de su trayectoria y en la hermosura de propósitos, pero la Historia del Hospital Vargas escrita con sangre Venezolana, en venezolanos cuerpos tiene el sabor profundo de una gran Historia

Dr. Oscar Beaujon 1961

Una tarde de 1888 El Presidente, Juan Pablo Rojas Paúl, regresaba en su carroza a la casa amarilla, sede del gobierno nacional, cuando en uno de los portones de las hermosas casas coloniales de entonces, vio a un hombre que moría sin ningún tipo de asistencia medica, y en su corazón de inclinación medica, nació la idea de crear y construir un hospital, un gran hospital para Caracas y para Venezuela. El 16 de Agosto de 1888 fue decretada la construcción y publicada en la gaceta oficial de Venezuela. Ya en diciembre de 1888, se decide el nombre de Vargas, para el gran hospital. A continuación se selecciono el

terreno en los antiguos cementerios de San Simón y las Mercedes llamados pórtico Polinar. Ya para Diciembre de 1890, el hospital se prepara para la inauguración oficial y se hace colocar la estatua del sabio Vargas en el patio central en donde aun continúa.

El primero de Enero de 1891, se hace el acto de inauguración oficial sin estar culminada la obra, ni estar dotado el hospital del material necesario para su funcionamiento, posteriormente se abre al público el 05 de Julio de 1891. Desde 1891 hasta el presente, el Hospital ha ido creciendo en forma permanente, se han creado múltiples servicios, que durante toda su historia han tenido doble función, asistencial y docente desde su inicio en 1895.

HOSPITAL VARGAS DE CARACAS HACIA PRINCIPIOS DE 1900

El Hospital Vargas vino a llenar un vació de inmensa proporción en la asistencia médica de la población pobre de Caracas y del interior de la republica, así como también vino a contribuir en forma absoluta a la modernización y la reforma de los estudios médicos. Actualmente aunque teniendo la misma infraestructura desde hace 115 años, el Hospital

Vargas sigue siendo el principal hospital del país, de sus salas han salido grandes médicos que han honrado a la medicina en Venezuela. El Hospital Vargas además de ser un semillero del conocimiento medico venezolano también alberga dentro de sí a la Escuela de Medicina José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela. Hoy en día sería imposible contar la historia de la medicina en Venezuela sin mencionar al Hospital Vargas y los ilustres médicos que por él han pasado.

B - SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

B.1.- EPOCA ANTERIOR A LA CREACIÓN DEL SERVICIO:

La Anestesiología es una especialidad relativamente joven en el campo de la medicina, por lo que en el hospital no existía el servicio de anestesiología cuando fue inaugurado. Los cirujanos entrenaban a enfermeras para que realizaran el acto anestésico bajo su supervisión, poco a poco se fueron incorporando bachilleres de medicina a quienes se les entrenó en este oficio "Bachiller de Anestesia" El único documento que hemos encontrado sobre la anestesiología en el Hospital Vargas, a principios de su creación, lo constituye una tesis doctoral del Dr. Aquiles Fernández O., quien era un cirujano de este hospital, la tesis se titula "LA ANESTESIA QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS" de la cual se mencionan unos extractos que ayudan a comprender la anestesiología en el hospital antes de la creación del servicio.

B.2.- CREACIÓN DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA:

El 01 de Marzo de 1947 fueron seleccionados por concurso de credenciales los últimos "Internos Permanentes" de este hospital, entre ellos como anestesistas figuraron los bachilleres: Nerio Belloso, Rafael Contasi y Pedro D'Elia Obregón. Alrededor de 1948 se crearon dos cargos de especialista para el servicio de Anestesia. En 1954 se hizo una

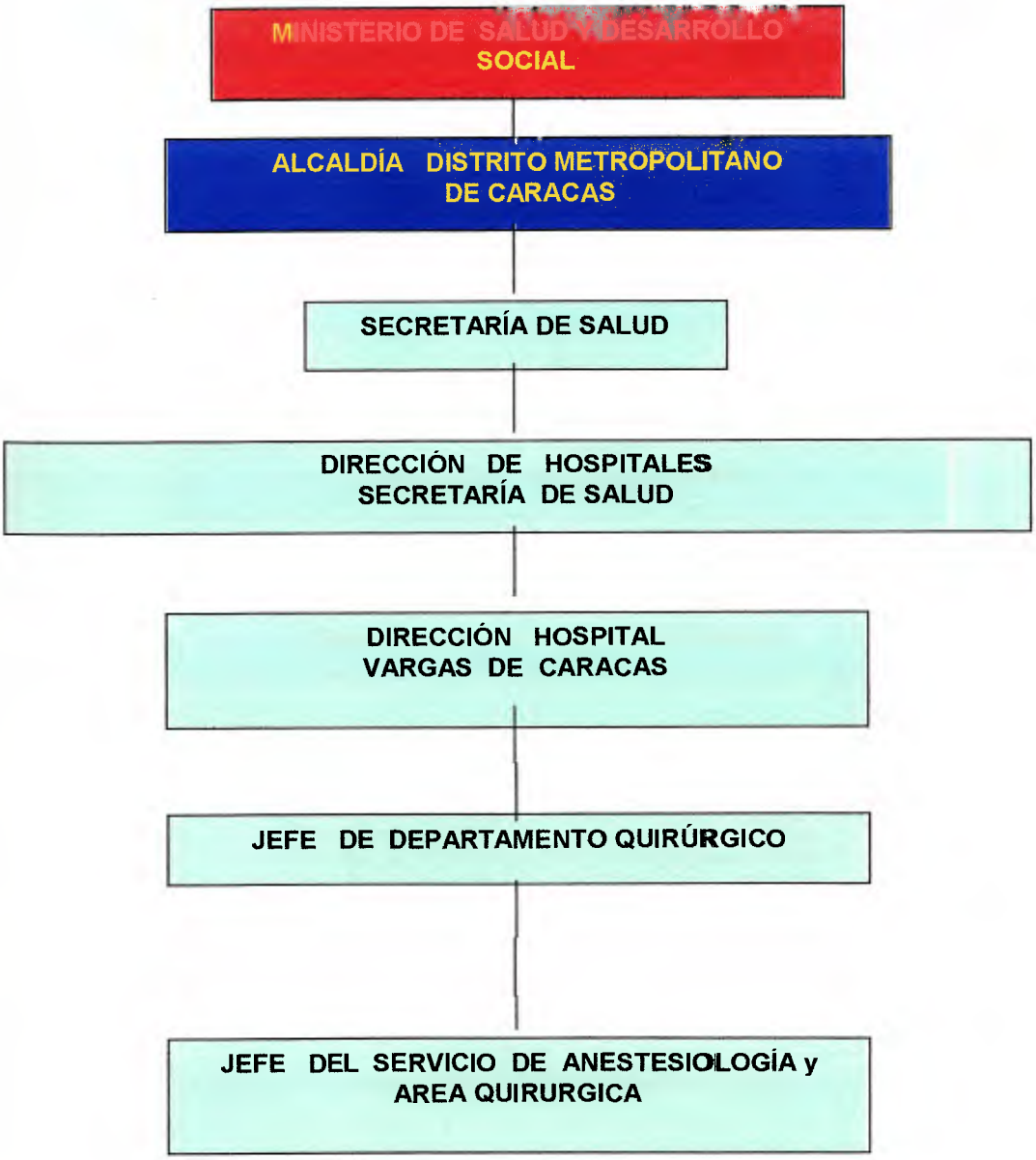
reforma notable en las áreas quirúrgicas, entre ellas estaba una sala de Anestesia.

El 22 de abril de 1958 la Comisión Técnica designa al Dr. Pascual Scannone Tempone como jefe del Servicio de Anestesiología. Mediante este acto no solamente se crea el servicio sino que se designa al Dr. Scannone como primer Jefe Fundador del mismo. El 23 de Junio de 1959 el Dr. Eduardo Carbonell propone que las enfermeras anestesistas que funcionaban en el Hospital, fueran sustituidas por médicos a quienes se les entrenarían en la especialidad. Este paso es de suma importancia en nuestra especialidad pues se les entrega la responsabilidad del acto anestésico a los médicos por una parte y por la otra se reconoce la necesidad de formación de anestesiólogos, es durante este primer periodo cuando egresan las primeras promociones de anestesiólogos de nuestro hospital de un "Curso de Entrenamiento en Anestesiología" El 22 de Julio de 1964 el Dr. Domínguez Sisco, Presidente de la junta de beneficencia pública del Distrito Federal, lee el Anteproyecto para la creación de un CURSO DE POST-GRADO EN ANESTESIOLOGIA, financiado por la misma. Desde entonces han egresado XXXII promociones y 166 anestesiólogos de nuestro curso de postgrado.

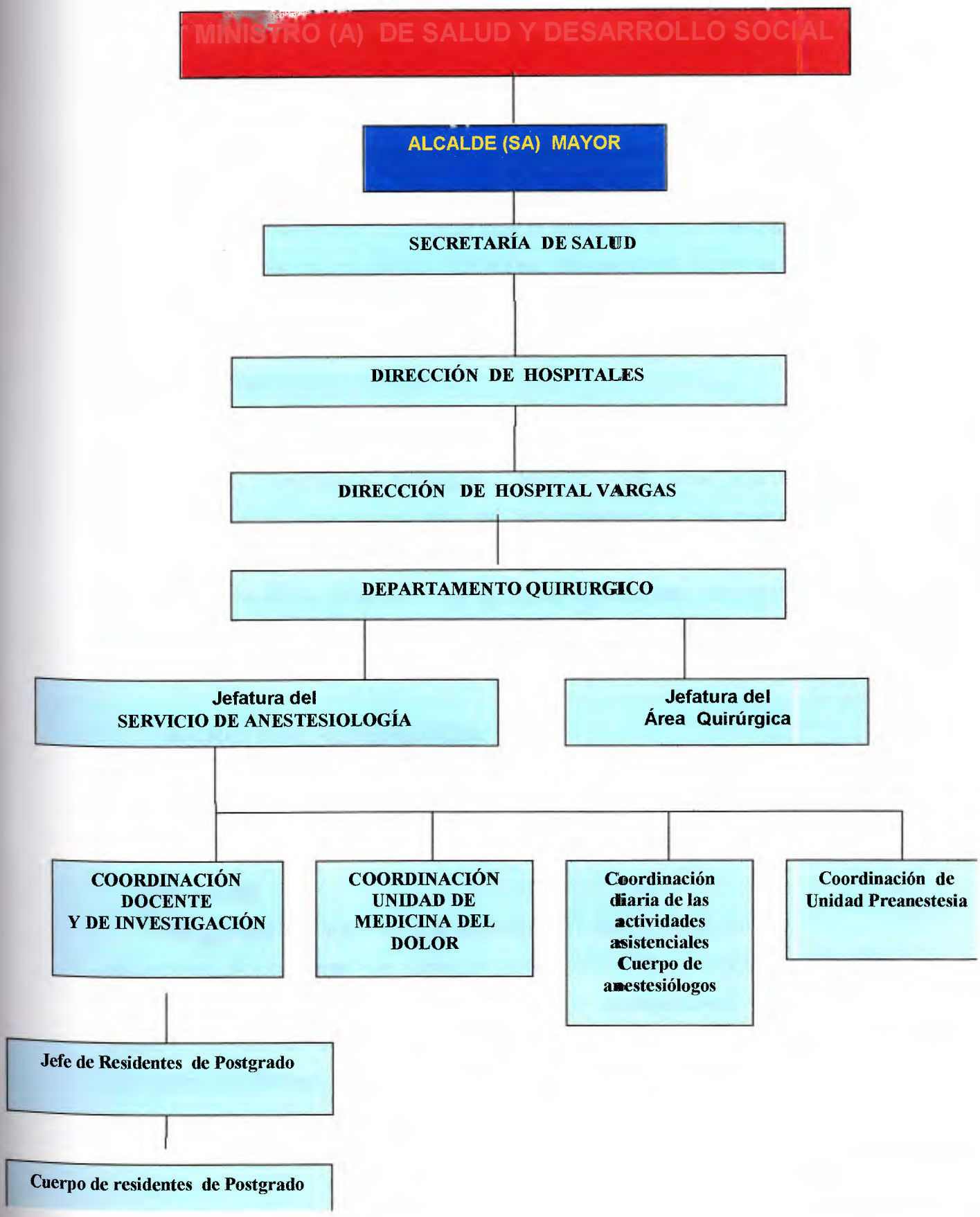
En el año 2000, La Asamblea Nacional Constituyente y por mandato de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo No. 18, se decretó la Ley Especial Sobre el Régimen del Distrito Metropolitano de Caracas, publicada en la Gaceta Oficial No. 36.906. En dicha Ley se determina la extensión territorial del Distrito Metropolitano de Caracas, comprendiendo los Municipios Libertador del Distrito Capital, el cual sustituye al Distrito Federal; y de los Municipios Chacao, Sucre, Baruta y El Hatillo del Estado Miranda. A partir de ese momento el Hospital Vargas de Caracas pasa a pertenecer a la Alcaldía Mayor.

ORGANIGRAMA
HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



ORGANIGRAMA FUNCIONAL



AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL VARGAS DE CARACAS:

El área posee una única entrada resguardada con una puerta de hierro de aproximadamente 1 pulgada de espesor, la cual permanece cerrada pero sin cerrojo durante el día y con cerrojo durante la noche. Hay que resaltar el hecho de poseer solamente una puerta para entrada y salida, pero hay que tomar en cuenta que el Hospital Vargas de Caracas tiene 115 años siendo uno de los hospitales más antiguos de Venezuela. El edificio en donde funciona el área quirúrgica fue construido a partir de 1959 e inaugurado en 1965 el hospital Vargas fue ampliado y abriéndose anexos a lo largo de toda su historia.

La entrada del área quirúrgica comunica al servicio de anestesiología, secretaria quirúrgica, jefatura del área quirúrgica, recuperación post anestésica, sala de Pre-anestesia y los quirófanos como tal. Existe un total de 13 quirófanos incluyendo el ambulatorio, de los cuales solamente funcionan 7 y los otros 6 restantes son utilizados como depósitos de materiales.

MARCO DE REFERENCIA:

A.- MARCO CONCEPTUAL:

Hospital:

Es parte integrante de una organización social, cuya misión consiste en proporcionar a la población asistencia médica completa, tanto curativa como preventiva, con servicios ambulatorios, que alcancen las familias en su propio hogar. Un Hospital, es asimismo, un centro de formación de personal y de investigación biosocial. http://www.paho.org/default_spa.htm

Bioseguridad:

"La condición obtenida mediante un conjunto apropiado de medidas, para la protección de la salud humana, animal, vegetal y la preservación del ambiente, con respecto a los riesgos conocidos y/o percibidos de una acción, proyecto o técnica, de acuerdo al estado actual de nuestros conocimientos" Moisés Burachik 2004

"Es el conjunto de medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los trabajadores, la comunidad y el ambiente frente a riesgos por agentes biológicos en los laboratorios." COVENIN 2340-2:2001

Para los efectos de este trabajo se definirá Bioseguridad como: El conjunto de medidas preventivas destinadas a proteger la salud de los trabajadores del área quirúrgica del hospital Vargas de Caracas. Las medidas de prevención de accidentes del personal de salud a las cuales se encuentra expuesto tales como: radiaciones ionizantes, agentes físicos, biológicos, sangre y otros líquidos biológicos. La conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos.

Quirófano:

"Local convenientemente acondicionado para hacer operaciones quirúrgicas de manera que puedan presenciarse al través de una separación de cristal, y, por extensión., cualquier sala donde se efectúan estas operaciones." Diccionario de la real Academia de la lengua 1992

"El servicio de quirófanos es el área del establecimiento de salud donde se realizan los procedimientos quirúrgicos de diagnostico y/o tratamiento a los pacientes procedente de los diferentes servicios que los conformen." (Normas de Requisitos Arquitectónicos del Servicio de Quirófano. Gaceta Oficial Nº 36574)

Seguridad:

Dicho de un ramo de la Administración Pública: Cuyo fin es el de velar por la seguridad de los ciudadanos. Dicho de un mecanismo: Que asegura algún buen funcionamiento, precaviendo que este falle, se frustre o se violente. Diccionario de la real Academia de la lengua 1992

Reglamento de las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo 1986 se extraen las siguientes definiciones (RHST)

Radiaciones Ionizantes:

"Radiación Ionizantes: Radiación electromagnética (fotones de rayos X o de rayos gamma) o radiaciones corpuscular capaz de producir ionización al atravesar la materia". (RHST)

Fuente: Aparato o sustancia capaz de emitir radiaciones ionizantes. (RHST)

Núclido: Especie atómica caracterizada por su número másico, su número atómico y, cuando sea necesario, por su estado energético.

Radioactividad: Desintegración espontánea de un núclido.

Actividad: Número de desintegraciones espontáneas por unidad de tiempo.

Actividad específica: Número de desintegraciones por unidad de tiempo y por unidad de masa de materia.

Radiotoxicidad: Toxicidad atribuible a las radiaciones emitidas por una sustancia radiactiva en el organismo.

Radiación externa: Radiación que recibe el organismo desde fuentes externas.

Radiación interna: Radiación que recibe el organismo desde fuentes situadas en su interior.

a) Una radiación externa de origen terrestre (como las emitidas por los radioisótopos presentes en la corteza terrestre y en el aire). (RHST)

b) Una radiación interna (por ejemplo, las emitidas por los radioisótopos como Potasio40 y Carbono-14 que representan un pequeño porcentaje del potasio y del carbono y que son componentes normales del organismo, y por otros isótopos como el Radio226, el Thorio-232 y sus productos de desintegración, provenientes del medio ambiente).

Zona vigilada: Zona especialmente definida en la cual se controla la exposición individual de los trabajadores, y que está bajo la vigilancia de las normas pertinente de protección radiológica.

Exposición de urgencia: Exposición excepcional prevista en caso de urgencia o de necesidad imperiosa.

Exposición accidental: Exposición imprevista que puede originar una irradiación o absorción de sustancias radiactivas superior al valor máximo admisible. (RHST)

Curie: Unidad de radiactividad: cantidad de un núclido radiactivo cualquiera cuyo número de desintegraciones por segundo es de 37.000.000.000.

Rem: Dosis de radiación ionizante absorbida cuya eficacia biológica es igual a la de 1 rad de rayos X; la dosis de rem es igual a la dosis en rad multiplicada por el factor correspondiente E.B.R. (eficacia Biológica Relativa)."

Enfermedades profesionales:

La noción de enfermedad profesional se origina en la necesidad de distinguir las enfermedades que afecta al conjunto de la población de aquellas que son el resultado directo del trabajo que realiza una persona, porque generan derechos y responsabilidades diferentes que las primeras.

Accidente de trabajo: Para este concepto se uso la ley orgánica de prevención, condiciones y medio ambiente de Trabajo (L.O.P.C.M.A.T.) Gaceta Oficial Nº 38.236 del 26 de julio del 2005

Definición de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales Definición de accidente de trabajo

Artículo 69. Se entiende por accidente de trabajo, todo suceso que produzca en el trabajador o la trabajadora una lesión funcional o corporal, permanente o temporal, inmediata o posterior, o la muerte, resultante de una acción que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo. (L.O.P.C.M.A.T.)

Serán igualmente accidentes de trabajo:

1. La lesión interna determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones metereológicas sobrevenidos en las mismas circunstancias.
2. Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando tengan relación con el trabajo.
3. Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora en el trayecto hacia y desde su centro de trabajo, siempre que ocurra durante el

recorrido habitual, salvo que haya sido necesario realizar otro recorrido por motivos que no le sean imputables al trabajador o la trabajadora, y exista concordancia cronológica y topográfica en el recorrido. 4. Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora con ocasión del desempeño de cargos electivos en organizaciones sindicales, así como los ocurridos al ir o volver del lugar donde se ejerciten funciones propias de dichos cargos, siempre que concurran los requisitos de concordancia cronológica y topográfica exigidos en el numeral anterior. (L.O.P.C.M.A.T.)

Definición de enfermedad ocupacional

Artículo 70. Se entiende por enfermedad ocupacional, los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes.

Se presumirá el carácter ocupacional de aquellos estados patológicos incluidos en la lista de enfermedades ocupacionales establecidas en las normas técnicas de la presente Ley, y las que en lo sucesivo se añadieren en revisiones periódicas realizadas por el Ministerio con competencia en materia de seguridad y salud en el trabajo conjuntamente con el Ministerio con competencia en materia de salud. (L.O.P.C.M.A.T.)

Variabilidad biológica: en relación a un mismo riesgo o condición patógena laboral, no todos enferman y los que enferman no lo hacen todos al mismo tiempo y con la misma intensidad.

Multicausalidad: una misma enfermedad puede tener distintas causas o factores laborales y extralaborales que actúan al mismo tiempo y que contribuye a su desencadenamiento.

Inespecificidad clínica: la mayoría de las enfermedades profesionales no tiene un cuadro clínico específico que permita relacionar la sintomatología con un trabajo determinado.

Condiciones de exposición: un mismo agente puede presentar efectos nocivos diferentes según las condiciones de exposición y vía de ingresos al organismo.

Agente: debe existir un agente en el ambiente de trabajo que por sus propiedades puede producir un daño a la salud; la noción del agente se extiende a la existencia de condiciones de trabajo que implican una sobrecarga al organismo en su conjunto o a parte del mismo.

Exposición: debe existir la demostración que el contacto entre el trabajador afectado y el agente o condiciones de trabajo nocivas sea capaz de provocar un daño a la salud.

Enfermedad: debe haber una enfermedad claramente definida en todos sus elementos clínicos anátomo - patológico y terapéutico, o un daño al organismo de los trabajadores expuestos a los agentes o condiciones señalados antes.

Relación de causalidad: deben existir pruebas de orden clínico, patológico, experimental o epidemiológico, consideradas aislada o concurrentemente, que permitan establecer una sensación de causa efecto, entre la patología definida y la presencia en el trabajo.

Las Siguientes definiciones son extraídas del manual de salud y seguridad de los trabajadores del sector salud OPS-2005 (SST-OPS2005)

Contaminado: Presencia de sangre u otros fluidos corporales humanos, así como otros materiales biológicos potencialmente infecciosos en un instrumento o en una superficie. (SST-OPS2005)

Peligro: Situación de la que puede derivar algún daño para alguien o algo. Se refiere a las condiciones de trabajo peligrosas, que estando presentes en los procesos de trabajo, son capaces de constituirse en un riesgo, generar una mayor exposición del trabajador y una mayor probabilidad de daño a la salud de este, o a la integridad o la productividad de la empresa. (SST-OPS2005)

Precauciones Estándar: Conjunto de medidas estandarizadas adoptadas en los servicios de salud para aislar a los pacientes, a fin de combatir la transmisión de un agente infeccioso. Las precauciones estándar tratan de evitar la transmisión de los agentes infecciosos a través de todos los líquidos corporales. (SST-OPS2005)

Precauciones Universales: Según la definición del CDC (Centro para el control y prevención de enfermedades del gobierno de los Estados Unidos), se tarta del conjunto de precauciones formuladas para evitar la exposición de los agentes patógenos de transmisión sanguínea. (SST-OPS2005)

Riesgo: Contingencia, posibilidad o probabilidad de que suceda algún daño, desgracia o contratiempo. (SST-OPS2005)

Clasificación del riesgo del personal que Labora en el área Quirúrgica:

I. Riesgos ocasionados por la inhalación crónica de anestésicos volátiles residuales que existen en el ambiente de los quirófanos.

II. Riesgos ocasionados por infecciones transmitidas por los pacientes al personal que los atiende.

III. Riesgos ocasionados por agentes físicos, químicos y biológicos manejados en los quirófanos.

IV. Riesgos ocasionados por la naturaleza del trabajo del anestesiólogo, principalmente, por el estrés y el cansancio. (Calabrese Gustavo. 2003)

B.- MARCO METODOLOGICO:

Se realizo una investigación de tipo Aplicada Evaluativo en el Hospital Vargas de Caracas, en donde se evaluó el cumplimiento de las normas de seguridad vigentes en el área quirúrgica

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población está constituida por todos los trabajadores del área quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas. La muestra será extraída al azar de los trabajadores del área quirúrgica del Hospital Vargas de Caracas y Será tomada entre médicos, enfermeras, camilleros, camareras y secretarias entre otros.

Metodología:

Previa notificación y aprobación del comité de ética del Hospital Vargas de Caracas, se diseñó un estudio que contó con los siguientes pasos:

1. Se revisaron las Normas Nacionales referente a la seguridad Hospitalaria y la literatura internacional sobre los aspectos más relevantes de la bioseguridad en los quirófanos y salas de operaciones.

(*Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo.* Comisión de Riesgos Profesionales de La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. C.L.A.S.A. 2003 - COVENIN 218-1:2000 (1ra Revisión) Norma Venezolana de Protección contra las Radiaciones Ionizantes Provenientes de fuentes externas usadas en medicina – COVENIN 2237-89 Ropa, equipos y dispositivos de protección personal. Selección de acuerdo al riesgo ocupacional. - COVENIN 2250-2000 Ventilación de los lugares de trabajo. - COVENIN 2226-90 Guía para la elaboración de planes para el control de emergencias - Gaceta Oficial Nº 4418 abril 1992 "Normas para la Clasificación y manejo de los desechos tóxicos en los establecimientos de salud" - Gaceta Oficial Nº 4418 Decreto Nº 2211 "Normas para el control de la generación y manejo de los desechos peligrosos" - COVENIN 2340-1:2001 Medidas de seguridad en laboratorios. Parte I: Generales. - COVENIN 3060-93. Materiales peligrosos. Clasificación, símbolos y dimensiones de señales de identificación. – COVENIN 2340-2:2001 Norma Venezolana Medidas de seguridad en Laboratorios. Bioseguridad - Guardino Solá Xavier, Rosell Farrás Mª Gracia. Exposición laboral a gases anestésicos. Centro nacional de Condiciones de trabajo. http://www.estrucplan.com.ar - Ley Orgánica de Prevención, condiciones y medio ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial Nº 3.850 de fecha 18 de julio de 1986 - Ley Orgánica de Prevención, condiciones y medio ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial Nº 38.236 de fecha 26 de julio del 2005 - Ley Orgánica del trabajo G.O. 5152 19 de junio de 1997)

2. Se elaboró un instrumento de evaluación que consiste en una hoja de registro de Observación y se empleará para realizar un análisis cualitativo de las diferentes áreas a estudiar, el cual fue validado previamente por expertos en el área de la Sociedad Venezolana de Anestesiología (Anexo)

3. Se elaboró una encuesta para establecer el nivel de conocimiento en materia de bioseguridad que posee el personal que

labora en el hospital Vargas de Caracas. el cual fue validado previamente por expertos en el área de la Sociedad Venezolana de Anestesiología (Anexo)

Lo que se busca con este instrumento es evaluar si las áreas estudiadas cumplen o no con los parámetros establecidos para la bioseguridad hospitalaria.

MUESTRA:

Para los fines de esta investigación procederemos a tomar dos tipos de muestras: en lo referente al área física tomaremos como muestra todo el universo o sea el área quirúrgica completa del hospital Vargas de Caracas. Se evaluara mediante una hoja de registro todos los quirófanos del hospital y el área quirúrgica completa.

Referente a la segunda parte que concierne al nivel de conocimiento de bioseguridad del personal del área quirúrgica, se tomo una muestra de 30 personas entre médicos, secretarias, enfermeras y otros; los cuales son directamente afectados pues se encuentran dentro del área quirúrgica. Para llegar a este numero, se tomo un universo de 50 personas diarias que laboran en el área quirúrgica con un error máximo aceptable de 10% con un porcentaje estimado de la muestra entre el 30 al 70% y con un nivel de confianza del 95% dando como resultado 30,86836 el cual se redondeo a 30 el cual fue el numero de personas encuestadas.

RESULTADOS:

Después de la elaboración de una hoja de registro cualitativo sobre las condiciones de bioseguridad en el área quirúrgica del hospital Vargas de Caracas, y basándonos en las distintas normas, leyes y resoluciones vigentes sobre el tema (Resolución Nº 343-98, por la cual se dictan las Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía

Ambulatoria del Sector Público y Privado G.O. Nº 36.515 del 12 de agosto de 1998 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Número: SG-343-98; Reglamento de las Condiciones de Higiene y Seguridad en el trabajo Gaceta Oficial Nº 1.631 Extraordinario de fecha 31 de diciembre de 1973; Normas de Requisitos Arquitectónicos del Servicio de Quirófano. Gaceta Oficial Nº 36574; Ley Orgánica de Prevención, condiciones y medio ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial Nº 38.236 de fecha 26 de julio del 2005; Ley sobre sustancias, materiales y desechos peligrosos. Gaceta oficial Nº 5554; COVENIN 218-1:2000 (1ra Revisión) Norma Venezolana de Protección contra las Radiaciones Ionizantes Provenientes de fuentes externas usadas en medicina; Calabrese Gustavo. Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. C.L.A.S.A. 2003) Se obtuvieron los siguientes resultados:

A - Espacio Físico

Existe únicamente una puerta de acceso al área quirúrgica la cual es de metal y corrediza y que alcanza una apertura máxima de 150 cm., lo cual no se ajusta a las normas arquitectonicas de construcción de áreas quirúrgica la cual establece en su articulo 7º: Todas las puertas de entrada y salidas de pacientes en camillas deben tener un ancho mínimo de 1.80 metros de tipo vaivén, con visor y protector. (Normas de Requisitos Arquitectónicos del Servicio de Quirófano. Gaceta Oficial Nº 36574) Sin embargo hay que tomar en cuenta que el área quirúrgica del hospital vargas fue construida hace mas de 40 años y aun no existían estas normas.

No existe vía de escape de emergencia. El área quirúrgica se encuentra ubicada en una planta baja motivo por el cual para su acceso no necesita ascensor ni escaleras de incendio.

El área total del servicio quirúrgico es mayor de 500 mts cuadrados, lo cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos por las normas, los quirófanos miden áreas entre 18 a 56 metros cuadrados, también dentro de las normas al igual que los pasillos y las áreas de recuperación. La altura de los quirófanos y áreas comunes es de 2,60 la norma establece un mínimo de 3 metros: ARTICULO 10.- La altura mínima libre en el ambiente del quirófano debe ser de 3.00 metros entre el piso y el plafond, y de 4.00 metros entre el piso y la losa de techo o entrepiso. (Normas de Requisitos Arquitectónicos del Servicio de Quirófano. Gaceta Oficial Nº 36574)

B.- Vestimenta:

Existe vestimenta desechable en el área aunque o es de manera obligatoria para todos los usuarios, Algunos usuarios portan ropa de tela reutilizable de su pertenencia. No existe una normativa que obligue a usar la ropa descartable. Aunque toda la lencería quirúrgica utilizada en las intervenciones es descartable. La institución solamente proporciona Mascarillas, cubre botas, Gorros y ropa descartable. Los Lentes de protección, petos impermeables, botas de goma y otros implementos lo deben adquirir los interesados pues la institución no cuenta con ello.

C.- Residuos Hospitalarios

Lo primero que hay que notar es que no existe una clara señalización de cuales son las áreas contaminadas de las que no la son, utilizando los símbolos universales de señalización para las mismas. La ropa contaminada se mezcla con la ropa sucia, no hay una diferenciación como lo establecen los estándares de bolsas especiales para la recolección de lencería contaminada, como lo son bolsas de color rojo para la contaminada y azul para las que no lo estén. No hay

los recipientes universales para descartar las agujas y jeringas contaminadas, se improvisan envases plásticos en donde se introducen. Los desechos anatomopatológicos se descartan en bolsas negras convencionales y se ignora su destino final. Hay que hacer notar que como se indico anteriormente, solo hay una puerta de acceso, debido a esto tanto los desechos biológicos, químicos, anatomopatológicos, sépticos y otros saldrán por el mismo lugar donde entra el personal de salud y los pacientes.

D. - Quirófanos:

Referente a los quirófanos se encontraron varias fallas a saber: El aire acondicionado es central y no exclusivo para los quirófanos. Se han suspendido los planes quirúrgicos en diferentes oportunidades por falla en el aire acondicionado. No existen filtros para aire y gases anestésicos ni sistema de recambio de aire que este de acuerdo con los estándares de 25 recambios por hora. El quirófano "F" tiene un orificio en la pared de aproximadamente 50x50 cm., el cual comunica al exterior. La temperatura del quirófano no es regulada adecuadamente por termostatos sino que depende de la potencia del aire acondicionado. El ala este presenta problemas de filtraciones de aguas negras en el techo, motivo por el cual se han inhabilitado algunos quirófanos. Esto contradice la norma que reza: ARTICULO 8 En todos los ambientes ubicados en áreas restringidas, así como en las áreas de recuperación quirúrgica, se deben utilizar techos de plafond liso, sin juntas, con suspensión invisible, asimismo sobre el techo de dichos ambientes no podrá colocarse ningún tipo de instalación sanitaria. (Normas de Requisitos Arquitectónicos del Servicio de Quirófano. Gaceta Oficial Nº 36574) de hecho encima del área quirúrgica se encuentran tuberías de aguas negras que generan filtraciones y contaminación

Las tuberías que contienen gases medicinales se encuentran fuera del área. No se mide la contaminación por residuos gaseosos la cual debería evaluarse cada 6 meses. No existe un quirófano acondicionado para las radiaciones ionizantes, o sea ningún quirófano posee cubierta de plomo. De manera tal que en cualquier quirófano se toman placas de Rx. y se realizan Fluoroscopias sin la debida protección para el personal. Algunos petos de plomo son suministrados por el hospital pero por lo general resultan insuficientes.

La Norma COVENIN 218-1:2000 Norma Venezolana de Protección Contra las Radiaciones Ionizantes Establece: Toda sala de rayos X debe estar señalizada y clasificada según lo establecido en la Norma Venezolana COVENIN 2257 vigente, tomando en cuenta la carga de trabajo. En la parte superior de la puerta de entrada a la sala debe colocarse un sistema de alarma visual que indique la restricción del acceso cuando el equipo se encuentre en operación. Toda persona ocupacionalmente expuesta como resultado del uso de los equipos de rayos X, debe dotarse de la vigilancia radiológica individual, según lo establecido en la Norma Venezolana COVENIN 2258 vigente. La Dirección de la Instalación debe proporcionar los medios protectores necesarios, tanto para el personal ocupacionalmente expuesto como para el paciente, tales como parabanes, protector tiroidal, protector gonadal, delantal blindado, guantes, lentes plomados, etc. Debe existir entre el equipo y el operador una barrera de protección contra las radiaciones; esta barrera debe garantizar el cumplimiento de los límites de dosis establecidos en la Norma Venezolana COVENIN 2259 vigente. El operador del equipo de rayos X debe contar con un dispositivo que le permita una perfecta visibilidad del paciente. Este dispositivo podrá ser óptico o electrónico. En caso de existir una ventanilla de observación, esta debe ofrecer la misma protección que la barrera que la contiene.

En concreto existen 12 quirófanos de los cuales solamente hay seis (6) operativos, de los otros seis, cuatro (4) son depósitos de Materiales incluyendo el quirófano "M" en el cual se encuentran nueve (9) maquinas de Anestesia Dañadas. La falta de equipamiento es la razón de la inoperatividad de los otros dos (2) quirófanos. El área de los quirófanos varía de 18 metros cuadrados a 56 metros cuadrados, todas las puertas miden 150 centímetros de apertura. El sistema eléctrico es suficiente

E - Educación y Prevención:

Se realizo una encuesta en el área quirúrgica a 30 personas 17 médicos, 8 enfermeras, 2 secretarias, 2 camilleros y una camarera con el objeto de indagar sobre sus conocimientos de bioseguridad en el área quirúrgica.

A la primera pregunta si conocían el riesgo a los que se exponen en el área quirúrgica: Solamente una persona contestó que no, el resto manifestó conocer los riesgos del área quirúrgica. Cuando se les pregunto cuales son esos riesgos, La mayoría coincidió en la contaminación, infección y riesgos por residuos gaseosos. Hay que hacer notar que en este caso, la gran mayoría de las personas asocian el riesgo con transmisión de enfermedades por vía hematógena (SIDA, Hepatitis, etc.)

La segunda pregunta en donde se les pregunta si aplican alguna medida para protección y prevención en el trabajo, 22 personas (73.3%) manifestó que si se aplicaban, mientras que 8 personas (26,6%) dijo que no. Hay que tomar en cuenta que cuando se pregunto cuales medidas eran las preventivas, todos hablaron de los métodos de prevención de barrera (Guantes, Mascarillas, Gorros, Cubrebotas y Gafas).

Referente a la tercera pregunta sobre si habían sido entrenados en los riesgos laborales: 26 personas (86,6%) manifestó que no, mientras que 4 personas (13.3%) dijo que si había recibido

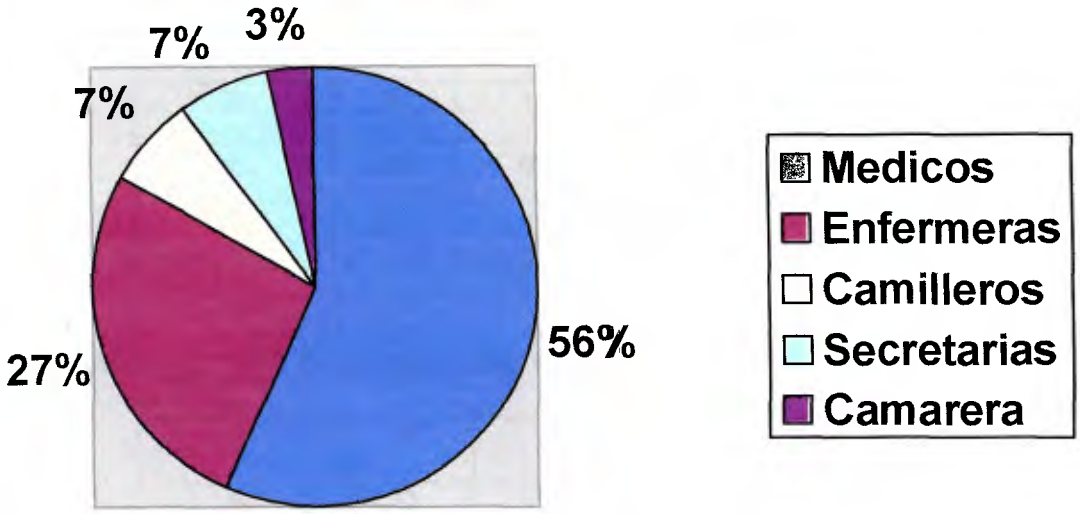
entrenamiento. Sin embargo hay que destacar que de las personas que manifestaron haber recibido entrenamiento, todos estos fueron fuera del Hospital Vargas de Caracas.

La pregunta Cuarta, la quinta y la sexta, sobre si saben si existe un comité de bioseguridad en el hospital, si existe un manual de bioseguridad o protocolos de bioseguridad en el Hospital: Todos los encuestados (100%) respondieron de manera negativa.

En el hospital Vargas de Caracas no existe un comité de bioseguridad que se encargue de estos problemas, cuando se habla de bioseguridad siempre se piensa en la prevención del SIDA y riesgo de contaminación por VIH. No hay un manual de bioseguridad en el área quirúrgica y no se ha entrenado al personal sobre las medidas de protección y prevención en bioseguridad. Entrevistándome personalmente con jefe de enfermería y personal medico, ignoran si existe en el hospital un plan o un manual de procedimiento sobre bioseguridad, además de ignorar también conceptos básicos sobre la prevención de accidentes laborales.

Análisis Estadístico de las Encuestas

	Numero	Porcentaje (%)
Médicos	17	56.6
Enfermeras	08	26.6
Secretarias	02	6.6
Camilleros	02	6.6
Camareras	01	3.3
Total	30	100



1.- Conoce Usted los Riesgos a los que se expone en Quirófano?

	Nº	%
Si	29	96.6
No	01	03.3
Total	30	100

2.- Aplica alguna medida preventiva de protección en el trabajo?

	Nº	%
Si	22	73.3
No	08	26.6
Total	30	100

3.- Ha sido entrenado sobre los riesgos laborales?

	Nº	%
Si	04	13.3
No	26	86.6
Total	30	100

4.- Conoce si existe un comité de bioseguridad en el hospital?

	Nº	%
Si	0	0
No	30	100
Total	30	100

5 - Sabe si existe un manual de Bioseguridad hospitalario?

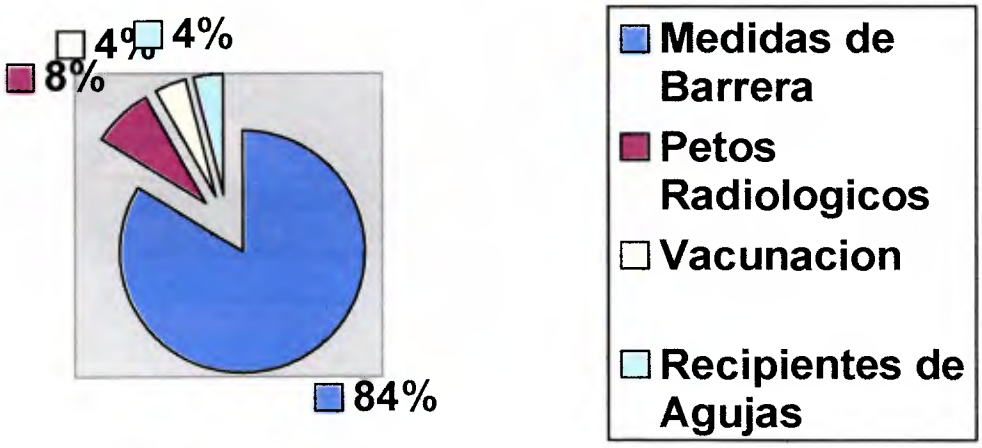
	Nº	%
Si	0	0
No	30	100
Total	30	100

6.- Sabe si existe un plan de Emergencias Hospitalarias?

	Nº	%
Si	0	0
No	30	100
Total	30	100

Medidas de Prevención Mencionadas:

	Nº	%
Medidas de Barrera	21	84
Petos Radiológicos	02	08
Vacunación Hepatitis	01	04
Recipientes de Agujas	01	04
Total	25	100



Riesgos Mencionados en Área Quirúrgica?

	Nº	%
Contaminación	15	25.86
Infección	09	15.51
Pinchazos	09	15.51
Gases Anestésicos	10	17.24
Radiaciones Ionizantes	04	6.89

Riesgo Eléctrico	03	5.17
Accidentes Traumáticos	02	3.44
Contaminación por Sangre	01	1.72
Alergias	01	1.72
Estrés	01	1.72
Explosión	01	1.72
Agentes Tóxicos	01	1.72
Contaminación del Aire	01	1.72
Total	58	100

Contaminacion
Infeccion
Pinchazos
Gases
Radiaciones
Electrico
Trauma

CONSIDERACIONES ETICAS y LEGALES:

La seguridad en el área de trabajo aparte de que puede constituir un problema de salud pública también constituye una responsabilidad por parte del ente empleador. El primer texto que vale la pena revisar es La constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela gaceta oficial 36860 del 30 de diciembre de 1999.

Artículo 87. Toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar. El Estado garantizará la adopción de las medidas necesarias a los fines de que toda persona pueda obtener ocupación productiva, que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho. Es fin del Estado fomentar el empleo. La ley adoptará medidas tendentes a garantizar el ejercicio de los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras no dependientes. La libertad de trabajo no será sometida a otras restricciones que las que la ley establezca.

Todo patrono o patrona garantizará a sus trabajadores o trabajadoras condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuados. El Estado adoptará medidas y creará instituciones que permitan el control y la promoción de estas condiciones.

La ley Orgánica del Trabajo 1997, ya establece las condiciones de higiene y seguridad en las cuales debe laborar el trabajador a saber:

Artículo 236 El patrono deberá tomar las medidas que fueren necesarias para que el servicio se preste en condiciones de higiene y seguridad que respondan a los requerimientos de la salud del trabajador, en un medio ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales.

El Ejecutivo Nacional, en el Reglamento de esta Ley o en disposiciones especiales, determinará las condiciones que correspondan a las diversas formas de trabajo, especialmente en aquellas que por

razones de insalubridad o peligrosidad puedan resultar nocivas, y cuidará de la prevención de los infortunios del trabajo mediante las condiciones del medio ambiente y las con él relacionadas.

El Inspector del Trabajo velará por el cumplimiento de esta norma y fijará el plazo perentorio para que se subsanen las deficiencias. En caso de incumplimiento, se aplicarán las sanciones previstas por la Ley.

Artículo 237 Ningún trabajador podrá ser expuesto a la acción de agentes físicos, condiciones ergonómicas, riesgos psicosociales, agentes químicos, biológicos o de cualquier otra índole, sin ser advertido acerca de la naturaleza de los mismos, de los daños que pudieren causar a la salud, y aleccionado en los principios de su prevención.

La Ley Orgánica de Prevención, condiciones y medio ambiente del trabajo de 1986 así lo dice en su artículo 3 que dice:

"El Estado garantizará la prevención de los riesgos mediante la vigilancia del medio ambiente en los centros de trabajo y las condiciones con él relacionados, a fin de que se cumpla con el objetivo fundamental de esta Ley."

La ley fue reformada en el año 2005 agregándose aspectos importantes como la educación y capacitación del trabajador en las medidas de seguridad

Artículo 58. El empleador o empleadora, el o la contratante o la empresa beneficiaria según el caso adoptarán las medidas necesarias para garantizar que, con carácter previo al inicio de su labor, los trabajadores y trabajadoras a que se refiere el artículo anterior reciban información y capacitación adecuadas acerca de las condiciones inseguras de trabajo a las que vayan a estar expuestos así como los medios o medidas para prevenirlas.

Otro aspecto importante de esta ley en su reforma del 2005 es garantizar las condiciones de seguridad mínimas en el trabajo, lo cual reza en su articulo 59, que protege al trabajador de aquellos riesgos físicos a los cuales esté expuesto. Además que prohíbe obligar al trabajador a laborar en condiciones no adecuadas para su seguridad:

Artículo 59. A los efectos de la protección de los trabajadores y trabajadoras, el trabajo deberá desarrollarse en un ambiente y condiciones adecuadas de manera que:

1. Asegure a los trabajadores y trabajadoras el más alto grado posible de salud física y mental, así como la protección adecuada a los niños, niñas y adolescentes y a las personas con discapacidad o con necesidades especiales.

2. Adapte los aspectos organizativos y funcionales, y los métodos, sistemas o procedimientos utilizados en la ejecución de las tareas, así como las maquinarias, equipos, herramientas y útiles de trabajo, a las características de los trabajadores y trabajadoras, y cumpla con los requisitos establecidos en las normas de salud, higiene, seguridad y ergonomía.

3 Preste protección a la salud y a la vida de los trabajadores y trabajadoras contra todas las condiciones peligrosas en el trabajo.
4. Facilite la disponibilidad de tiempo y las comodidades necesarias para la recreación, utilización del tiempo libre, descanso, turismo social, consumo de alimentos, actividades culturales, deportivas; así como para la capacitación técnica y profesional.

5. Impida cualquier tipo de discriminación.

6. Garantice el auxilio inmediato al trabajador o la trabajadora lesionado o enfermo.

7. Garantice todos los elementos del saneamiento básico en los puestos de trabajo, en las empresas, establecimientos, explotaciones o faenas, y en las áreas adyacentes a los mismos.

Un aspecto que toca esta nueva ley es el de la elaboración e implementación de un programa de seguridad para los trabajadores.

Artículo 61. Toda empresa, establecimiento, explotación o faena deberá diseñar una política y elaborar e implementar un Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, específico y adecuado a sus procesos, el cual deberá ser presentado para su aprobación ante el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, sin perjuicio de las responsabilidades del empleador o empleadora previstas en la ley. El Ministerio con competencia en materia de seguridad y salud en el trabajo aprobará la norma técnica que regule la elaboración, implementación, evaluación y aprobación de los Programas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Otra ley que debemos revisar es la Ley sobre sustancias, materiales y desechos peligrosos. Gaceta oficial Nº 5554, 13-11-2001. De la cual vamos a extraer los siguientes artículos:

Artículo 47. Los desechos provenientes de establecimientos relacionados con el sector salud, así como de aquellos que posean iguales características o funciones a los indicados en la reglamentación técnica deberán ser manejados de manera que se prevengan y controlen sus potenciales impactos negativos sobre la salud y el ambiente.

Artículo 48. Los desechos peligrosos constituidos por restos humanos, desechos infecciosos, patológicos, orgánicos, biológicos,

químicos, radiactivos, restos de animales y cualquier otra materia putrescible, procedentes de los establecimientos a los que se refiere el Artículo 47 de esta Ley, deberán ser manejados de conformidad con lo establecido en la reglamentación técnica que rige la materia.

Artículo 50. El transporte de los desechos infecciosos, orgánicos y biológicos se realizará en vehículos con características especiales, de acuerdo a lo dispuesto en la reglamentación técnica que rige la materia.

Por otra parte el Código de Deontología médica de 1985 prohíbe poner a sus pacientes bajo riesgo injustificados, y como podemos apreciar cuando un paciente es intervenido en un área quirúrgica que se encuentre contaminada, también ponemos en riesgo su vida y su salud.

Artículo 15.- El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente.

Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo.

Otra ley que se ha revisado es el reglamento de las Condiciones de Higiene y seguridad en el trabajo Gaceta Oficial Nº 1.631 Extraordinario de fecha 31 de diciembre de 1973. Este reglamento obliga a los patronos a informar a los trabajadores los riesgos inherentes a su trabajo. Y a los trabajadores a utilizar de manera adecuada las instalaciones y tomar las precauciones pertinentes.

Artículo 2. Los patronos están obligados a hacer del conocimiento de los trabajadores, tanto los riesgos específicos de accidentes a los cuales están expuestos, como las normas esenciales de prevención.

Artículo 3. Todo trabajador debe:

a) Hacer uso adecuado de las instalaciones de higiene y seguridad y de los equipos personales de protección.

b) Colaborar con el patrono para adoptar las precauciones necesarias para su seguridad y la de las demás personas que se encuentren en el lugar del trabajo.

Hay que recalcar que muchos patronos, Directores de Hospitales, Jefes de Áreas quirúrgicas e Ingenieros Biomédicos, desconocen la importancia de estas medidas e ignoran si sus establecimientos cumplen con las normas mínimas de bioseguridad. Cuando no conocemos un riesgo, no nos preocupamos por el mismo. Es debido a esto que desde el punto de vista moral y ético estamos en la obligación de garantizar tanto a nuestro personal, como a nuestros pacientes, las condiciones mínimas de seguridad en nuestra practica profesional.

Referente a nuestro Hospital, venos como hay una serie de normas que son incumplidas como la de la educación en materia de bioseguridad, la elaboración de un programa de prevención y la elaboración de manuales de seguridad. Probablemente sea mas por ignorancia que por negligencia que no se están cumpliendo las normas de bioseguridad hospitalarias.

EVALUACIÓN DEL ESTUDIO

La dificultad principal que se presento al realizar este estudio fue la recolección de todas las normas que podían tener que ver con la materia de bioseguridad. El adaptar todas estas normas a un hospital que en julio de este año va a cumplir 115 años fue aun una tarea mas minuciosa, pues únicamente me dedique a verificar si cumplía o no con los estándares establecidos. En algunas ocasiones pude realizar un comentario al margen sobre las condiciones de bioseguridad.

Otro hecho llama la atención es que existe en el país un gran desconocimiento sobre las normas y medidas de seguridad y en especial en el personal de salud, Médicos, enfermeras, camilleros y camareras. La ignorancia es tal que la camarera que manipula los desechos tóxicos, también lo hace con los materiales anatomopatológicos y luego limpia el quirófano, todo con los mismos guantes y sin cambiarse de ropa.

Luego de varias semanas (ocho Semanas) de observación directa y con una lista de chequeo sobre las condiciones ideales en seguridad, el siguiente paso fue estructurar estos datos obtenidos con la finalidad de en base a mis resultados presentar una propuesta sobre la bioseguridad en el Hospital vargas de Caracas.

Creo que este estudio se puede mejorar haciéndolo de manera más específica y no tan general, por ejemplo evaluar los desechos tóxicos o las medidas de protección universal. Pero lo convertiría en un estudio muy técnico que no conseguiría el objetivo que persigo el cual es, mediante una visión general del problema hacer una propuesta gerencial de soluciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de haber analizado las condiciones de bioseguridad del área quirúrgica del hospital Vargas de Caracas podemos llegar a las siguientes conclusiones:

1.- No existen normas de bioseguridad establecidas en esta área

2.- Desconocimiento absoluto del personal que labora en esta área sobre la existencias de Normas, manuales o comité de bioseguridad en el área de quirófano o en el hospital

3.- No hay un adecuado control sobre los desechos hospitalarios en el área quirúrgica

4.- No existe un plan de información o entrenamiento acerca de los riesgos laborales en quirófano

5 - El espacio físico es adecuado pero se encuentra sub. utilizado por la no operatividad de 6 quirófanos de los cuales algunos funcionan como depósitos de materiales y otros por ausencia de equipamiento

6.- Una sola puerta para entrar y salir el personal, los pacientes. Los desechos tóxicos, materiales y equipos.

Recomendaciones

1 - Elaborar un manual de Bioseguridad que especifique los riesgos laborales a los que están sometidos los trabajadores del área quirúrgica

2 - Realizar cursos de educación continua en bioseguridad y riesgos hospitalarios dirigido a todo el personal de quirófano y del hospital. Exigir el certificado de haber realizado este curso o entrenamiento para laborar en el área quirúrgica

3 - Crea un comité de seguridad y bioseguridad hospitalario integrado por médicos, enfermeras, obreros y personal administrativo. Este comité se encargara de velar que se cumplan las normas de bioseguridad así como de elaborar y actualizar las mismas. También coordinara y estimulara los cursos de entrenamiento en bioseguridad.

4.- Dotación de materiales de prevención como gorros, monogafas, ropa descartable y baños acondicionados en el área quirúrgica para evitar la contaminación.

5 - Contratar servicios de mantenimiento efectivo en lo referente a la calibración de los vaporizadores anestésicos y la correcta evacuación de sus desechos.

6.- Realizar una auditoria técnica con miras a implementar soluciones sobre las condiciones físicas del área quirúrgica en lo referente a: Contaminación por gases y vapores, Recambio de aire espacio físico, aire acondicionado e iluminación.

7.- La hepatitis B, la hepatitis C, el SIDA y la TBC se encuentran entre los riesgos más significativos de los trabajadores de la salud. Se deben implementar mecanismos de prevención y vacunación periódica del personal que labora en el área quirúrgica.

8.- Se debe proveer de recipientes especiales para los desechos tóxicos, basura y material orgánico anatomopatológico o contaminado. Se debe entrenar al personal en el uso de estos recipientes y proveerles de protectores adecuados para su manipulación.

9 - Debe existir una adecuada ventilación del quirófano con la implementación de bombas de recambio de gases que permitan un nivel mínimo de gases residuales anestésicos en el área

Referencias Bibliográficas

1. Aguilera Lezama Cesar y Parra Rafael. *Accidentes en Quirófano* en Aguilera Lezama Cesar y Parra Rafael *Riesgo a la salud en el personal del Área Quirúrgica.* Publicaciones Científicas de la Sociedad Venezolana de Anestesiología. Caracas 1976. Pág. 69-80

2. Alfaro Marcado, Eduardo. "Discurso de Orden. Sesión inaugural del XII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas y IX Jornadas Científicas del Hospital Vargas" en. Archivos del Hospital Vargas. Vol. 33 Nº 1 y 2. Caracas, 1991. pp. 9-12

3. Armas de Bujanda Anirt. Material de Servicios de Salud. UCAB Septiembre 2.003

4. Archila, Ricardo. Cronología quirúrgica en Venezuela. Boletín de los Hospitales. Vol. XLVI Nº 1 y 2, Enero- Marzo 1947. Pp.17

5. Áureo Yépez Castillo, Veracochea E. Historia de Venezuela 1996

6. Barbieri Pedro. *Bioseguridad En Quirófano.* Rev. Arg. Anest. 1995; 53: 3: 147-160

7. Beaujon Oscar. Biografía del Hospital Vargas. Artegrafia C.A. Caracas 1961

8. Bergonzoli Gustavo. Sala Situacional OPS/OMS

9. Brindis Claire D. Evaluación de Programas de Salud. McGraw- HILL INTERAMERICANA 1995

10. Burachik Moisés. Organismos Genéticamente modificados. Panorama General y perspectivas; Bioseguridad, Análisis de riesgo e Inocuidad alimentaría. FODEPAL. 2004. Disponible en http://www.rlc.fao.org/proyecto/fodepal/Bibvirtual/PAP/DOC/Moises%20Bourachik.pdf#search='BIOSEGURIDAD%20CONCEPTO

11. Calabrese Gustavo. *Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo.* Comisión de Riesgos

Profesionales de La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. C.L.A.S.A. 2003

12. Chacin Álvarez, Luis Fernando. cien años del Hospital Vargas Su historia cronológica y su significación nacional. Academia Nacional de Medicina y Sociedad de Médicos y Cirujanos Del Hospital Vargas de Caracas. Caracas, Julio 1991. Pp.17-22

13. Chávez Mario. Sistemas de Salud. Teoría de Sistemas.1987

14. Código de Deontología Médica Aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985.

15. Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela gaceta oficial 36860 del 30 de diciembre de 1999.

16. Córdova, Salvador. "Historia de la anestesia en Venezuela" En: Rev. De la Soc. Venezolana de Historia de la Medicina. Vol. 1 Nº 3 1953. Pp. 729-756

17. COVENIN 218-1:2000 (1ra Revisión) Norma Venezolana de Protección contra las Radiaciones Ionizantes Provenientes de fuentes externas usadas en medicina

18. COVENIN 2237-89 Ropa, equipos y dispositivos de protección personal. Selección de acuerdo al riesgo ocupacional.

19. COVENIN 2250-2000 Ventilación de los lugares de trabajo.

20. COVENIN 2226-90 Guía para la elaboración de planes para el control de emergencias

21 COVENIN 2340-1:2001 Medidas de seguridad en laboratorios. Parte I: Generales.

22. COVENIN 2340-2:2001 Norma Venezolana Medidas de seguridad en Laboratorios parte II. Bioseguridad

23. COVENIN 3060-93. Materiales peligrosos. Clasificación, símbolos y dimensiones de señales de identificación.

24. De Lillie Fuentes R Contaminación ambiental en salas de operaciones y su consecuencia para el anestesiólogo y personal que labora en ellas. Rev. Méx. Anest 1985; 8: abril-junio

25. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Vigésima Primera Edición. Madrid 1992

26. Evaluación para el planeamiento de Educación para la Salud. Serie Paltex Nº 15, OPS/OMS.

27. Fernández O, Aquiles. "La Anestesia Quirúrgica en el Hospital Vargas de Caracas" Tesis presentada ante la ilustre Universidad Central de Venezuela, para optar al título de Dr. En Ciencias Médicas. Cooperativa de Artes Graficas, Caracas 1936. Pp. 1-15

28. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 36906, de fecha 08/03//2000. Conformación del Distrito Metropolitano

29. Gaceta Oficial Nº 4418 abril 1992 Decreto 2218 "Normas para la Clasificación y manejo de los desechos tóxicos en los establecimientos de salud"

30. Gaceta Oficial Nº 4418 Decreto Nº 2211 "Normas para el control de la generación y manejo de los desechos peligrosos"

31. Gaceta Oficial Nº 36574 "Normas Que Establecen los requisitos Arquitectónicos Funcionales del servicio de quirófanos de los establecimientos de Salud Medico-Asistenciales públicos y privados"

32. Gaceta Oficial Nº 36595 Normas y Procedimientos para la ejecución del "Reglamento sobre Clínicas de Hospitalización, Hospitales, Casas de salud, Sanatorios, Enfermería o similares"

33. Guardino Solá Xavier, Rosell Farrás Mª Gracia. Exposición laboral a gases anestésicos. Centro nacional de Condiciones de trabajo. http://www.estrucplan.com.ar/Producciones/entrega.asp?IdEntrega=365

34. Instituto Nacional de Estadísticas http://www.ine.gov.ve

35. Ley Orgánica de Prevención, condiciones y medio ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial Nº 3.850 de fecha 18 de julio de 1986

36. Ley Orgánica de Prevención, condiciones y medio ambiente de Trabajo. Gaceta Oficial Nº 38.236 de fecha 26 de julio del 2005

37. Ley Orgánica del trabajo G.O. 5152 19 de junio de 1997

38. Ley sobre sustancias, materiales y desechos peligrosos. Gaceta oficial Nº 5554, 13-11-2001

39. Malagón Londoño Administración Hospitalaria Editorial Panamericana 2.000

40. Martínez Navarro Salud Pública McGraw-Hill Interamericana

41. Ministerio de Salud. http://www.msds.gov.ve/ms/index.php

42. Moreno Mibel C. Perfil de riesgo por gases anestésicos residuales en quirófano del hospital central universitario "Antonio Maria Pineda" de Barquisimeto. 2003

43. Normas de Requisitos Arquitectónicos del Servicio de Quirófano. Gaceta Oficial Nº 36574

44. Oficina Central de Estadística e información OCEI, Caracas, Venezuela. 2000

45. OPS. Glosario de Términos Hospitalarios publicación No. 261 1973

46. OPS. Perfil del Sistema de Servicios de SALUD de la República Bolivariana de Venezuela Segunda edición. 2.001

47. OPS. http://www.paho.org/default_spa.htm

48. OPS. Salud y Seguridad de los Trabajadores. Manual para gerentes y administradores 2005

49. OPS. Desechos peligrosos y salud en Latinoamérica y el Caribe. División de Salud y Ambiente. Washington 1994

50. Peña Militza y otros. Medidas preventivas de bioseguridad aplicadas por el personal de enfermería frente a los riesgos biológicos en el área del quirófano "Acosta Ortiz" Hospital central Universitario "Antonio Maria Pineda" de Barquisimeto. Junio-Noviembre 2003

51 Reglamento de las Condiciones de Higiene y Seguridad en el trabajo Gaceta Oficial Nº 1.631 Extraordinario de fecha 31 de diciembre de 1973

52. Resolución Nº 343-98, por la cual se dictan las Normas de Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria del Sector Público y Privado G.O. Nº 36.515 del 12 de agosto de 1998 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Número: SG-343-98

53. Sánchez Silva Daniel. Bioseguridad en el Área Quirúrgica. Informe Medico 2005;(4): 185-197

54. Santayana Jorge Disponible en http://www.proverbia.net

55. Vargas Arenas, Rafael E. Hospital Vargas de Caracas 1891-1991 Influencia en la medicina Nacional Caracas, Publicación Del XII Congreso Venezolano de Ciencias Médicas de La Academia Nacional de la Medicina, Caracas, Editorial Sucre 1991. pp. 38-40

56. Vega Ramos Adolfo. Riesgos profesionales del anestesiólogo y del personal de quirófano. PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA PARA ANESTESIÓLOGOS Tomo A-1 Pág. 65-69. 1997

57. Wikinski, Jaime A. "Apuntes para una historia de la anestesiología Venezolana", en: Rev. De la Soc. Venezolana De Historia de la Medicina. Vol. 30 Nº 45-46. 1981. Pp. 25-55

Anexos

Instrumentos de Evaluación	1
Cuestionario para el Personal	2
Resultado de la Evaluación del Quirófano	3
Carta de Validación de instrumentos	4
Normas de Bioseguridad	5
Imágenes Del Hospital	6
Leyes Vigentes sobre bioseguridad	7

LISTA DE VERIFICACION EN EL AREA QUIRURGICA HOSPITAL VARGAS

Quirófano # _____ Área (m2) _____

Altura (m) _____ Ancho de la puerta (m) _____

Operativo: Si _____ No _____

Temperatura _____ Presión _____

Sistema Eléctrico: Adecuado _____ No Adecuado _____

Posee Sistema de Extracción de gases: Si _____ No _____

Posee Filtro de recambio para Gases: Si _____ No _____

AREA QUIRURGICA

Área Total (m2) _____ Altura máxima (m) _____

Posee Salida de Emergencia: Si _____ No _____

Posee Área para Desechos Tóxicos: Si _____ No _____

Las Fuentes de gases Se encuentran Fuera del Área: Si _____ No _____

Existen Equipos especiales de Protección: Si _____ No _____

Hay Quirófanos con Cubiertas de Plomo: Si _____ No _____

Hay Bolsas especiales rotuladas para los desechos: Si _____ No _____

CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL

Ocupación: Medico_____ Enfermera_____ Camarera_____ Otro_____

1.- Conoce los riesgos a los que se expone en quirófano Si_____ No_____

2.- Aplica alguna medida preventiva de protección en el trabj Si_____ No_____

3.- Ha sido entrenado sobre los riesgos laborales Si_____ No_____

4.- Conoce si existe un comité de bioseguridad en el hospital Si_____ No_____

5.- Sabe si existe un manual de bioseguridad hospitalario: Si_____ No_____

6.- Sabe si existe un plan de emergencia hospitalaria: Si_____ No_____

Resultado de la Evaluación del Quirófano

QUIROFANO	ÁREA	OPERATIVO	FALLAS	USO
A	25	No	Equipo	Deposito
B	25	No	Equipo	Deposito
C	25	Si	No	Quirúrgico
D	35	Si	No	Quirúrgico
E	56	Si	No	Quirúrgico
F	56	Si	No	Quirúrgico
G	35	Si	No	Quirúrgico
H	25	No	Equipo	Ninguno
I	25	Si	No	Quirúrgico
j	25	No	Equipo	Ninguno
K	18	No	Equipo	Deposito
M	25	No	Equipo	Deposito

Sociedad
Venezolana de
Anestesiología

Caracas, 27 de abril de 2007

Quien suscribe, Secretario General de la Sociedad Venezolana de Anestesiología, hace constar que los cuestionarios titulados:

"LISTA DE VERIFICACION EN EL AREA QUIRURGICA HOSPITAL VARGAS
y
CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL"

Los cuales fueron propuestos por El Dr. Daniel Sanchez, ante esta Sociedad, para que se evaluara la idoneidad de los mismos. Hago constar que dichos instrumentos fueron evaluados por expertos de esta Sociedad y los mismos cumplen a cabalidad con la finalidad de evaluar las variables propuestas.

Sin más a que hacer referencia,

Atentamente:

Alejandro Salazar Merchán
Secretario General de la S.V.A.

NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

__ Mantener el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo

__ No es permitido fumar en el sitio de trabajo.

__ Deberán ser utilizadas las cocinetas designadas por el hospital para la preparación y el consumo de alimentos, no es permitido la preparación y consumo de alimentos en las áreas asistenciales y administrativas.

__ No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.

__ Las condiciones de temperatura, iluminación y ventilación de los sitios de trabajo deben ser confortables.

__ Maneje todo paciente como potencialmente infectado. Las normas universales deben aplicarse con todos los pacientes independientemente del diagnóstico, por lo que se hace innecesario la clasificación específica de sangre y otros líquidos corporales como "infectada o no infectada"

__ Lávese cuidadosamente las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene contacto con material patógeno.

__ Utilice en forma sistemática guantes plásticos o de látex en procedimientos que conlleven manipulación de elementos biológicos y cuando maneje instrumental o equipo contaminado en la atención de pacientes. Hacer lavado previo antes de quitárselos y al terminar el procedimiento.

__ Utilice un par de guantes crudos por paciente.

__ Absténgase de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento.

__ Emplee mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.

__ Use delantal plástico en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.

__ Evite deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.

__ Mantenga sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso.

__ Utilice equipos de reanimación mecánica, para evitar el procedimiento boca boca.

__ Evite la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosas, hasta tanto éstas hayan desaparecido.

__ Si presenta alguna herida, por pequeña que sea, cúbrala con esparadrapo o curitas.

__ Mantenga actualizado su esquema de vacunación contra Hepatitis B.

__ Las mujeres embarazadas que trabajan en ambientes hospitalarios expuestas a factor de Riesgo Biológico de transmisión parenteral deberán ser muy estrictas en el cumplimiento de las precauciones universales y, cuando el caso lo amerite, se deben reubicar en áreas de menor riesgo.

__ Aplique en todo procedimiento asistencial las normas de asepsia necesarias.

Utilice las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.

__ Maneje con estricta precaución los elementos corto punzantes y deséchelos en los guardianes ubicados en cada servicio. Los guardianes deberán estar firmemente sujetos de tal manera que pueda desechar las agujas halando la jeringa para que caigan entre el recipiente, sin necesidad de utilizar para nada la otra mano.

__ Cuando no sea posible la recomendación anterior, evite desenfundar manualmente la aguja de la jeringa. Deseche completo.

__ No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.

__ Absténgase de doblar o partir manualmente la hoja de bisturí, cuchillas, agujas o cualquier otro material corto punzante.

__ Evite reutilizar el material contaminado como agujas, jeringas y hojas de bisturí.

__ Todo equipo que requiera reparación técnica debe ser llevado a mantenimiento, previa desinfección y limpieza por parte del personal encargado del mismo. El personal del área de mantenimiento debe cumplir las normas universales de prevención y control del factor de riesgo Biológico

__ Realice desinfección y limpieza a las superficies, elementos, equipos de trabajo, al final de cada procedimiento y al finalizar la jornada de acuerdo a el proceso descrito en el manual de limpieza y desinfección.

__ En caso de derrame o contaminación accidental de sangre u otros líquidos corporales sobre superficies de trabajo. Cubra con papel u otro material absorbente; luego vierta hipoclorito de sodio a 5000 partes por millón sobre el mismo y sobre la superficie circundante, dejando actuar durante 30 minutos; después limpie nuevamente la superficie con desinfectante a la misma concentración y realice limpieza con agua y jabón. El personal encargado de realizar dicho procedimiento debe utilizar guantes, mascarilla y bata.

__ En caso de ruptura del material de vidrio contaminado con sangre u otro líquido corporal los vidrios se deben recoger con escoba y recogedor; nunca con las manos

__ Los recipientes para transporte de muestras debe ser de material irrompible y cierre hermético. Debe tener preferiblemente el tapón de rosca

__ Manipule, transporte y envíe las muestras disponiéndolas en recipientes seguros, con tapa y debidamente rotuladas, empleando gradillas limpias para su transporte. Las gradillas a su vez se transportarán en recipientes herméticos de plástico o acrílicos que detengan fugas o derrames accidentales. Además deben ser fácilmente lavables. En caso de contaminación externa accidental del recipiente, éste debe lavarse con hipoclorito de sodio a 1000 partes por millón y secarse.

__ En las áreas de alto riesgo biológico el lavamos debe permitir accionamiento con el pié, la rodilla o el codo.

__ Restrinja el ingreso a las áreas de alto riesgo biológico al personal no autorizado, al que no utilice los elementos de protección personal necesarios y a los niños.

__ La ropa contaminada con sangre, líquidos corporales u otro material orgánico debe ser enviado a la lavandería en bolsa plástica roja.

__ Disponga el material patógeno en las bolsas de color rojo, rotulándolas con el símbolo de riesgo biológico

__ En caso de accidente de trabajo con material corto punzante haga el auto reporte inmediato del presunto accidente de trabajo.

__ Los trabajadores sometidos a tratamiento con inmunosupresores no deben trabajar en áreas de alto riesgo biológico.

USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Los elementos de protección personal son un complemento indispensable de los métodos de control de riesgos para proteger al trabajador colocando barreras en las puertas de entrada para evitar la transmisión de infecciones. Sin embargo debe recordarse que muchos de los elementos de protección personal en instituciones de salud no fueron diseñados para ese propósito sino para evitar la contaminación de campos quirúrgicos y la transmisión de microorganismos de paciente a paciente a través del personal de salud, por lo cual tienen esa doble función. De acuerdo con el procedimiento a realizar, se determina el uso de elementos de protección específicos tales como:

__ Uso de mascarilla y protectores oculares en los procedimientos que se generen gotas de sangre o líquidos corporales. Con esta medida se previene la exposición de mucosas de boca, nariz y ojos, evitando que se reciban inóculos infectados.

__ Uso de mascarilla buco nasal: protege de eventuales contaminaciones con saliva, sangre o vómito, que pudieran salir del paciente y caer en la cavidad oral y nasal del trabajador. Al mismo tiempo, la mascarilla impide que gotitas de saliva o secreciones nasales del personal de salud contaminen al

paciente, debe usarse en los pacientes en los cuales se halla definido un plan de aislamiento de gotas.

__ Uso de braceras: para evitar el contacto del antebrazo y brazo con sangre o líquidos corporales en procedimientos invasivos como partos normales, cesárea, citología y odontología, entre otros.

__ Uso de guantes: Reducen el riesgo de contaminación por fluidos en las manos, pero no evitan las cortaduras ni el pinchazo. Es importante anotar que el empleo de guantes tiene por objeto proteger y no sustituir las prácticas apropiadas de control de infecciones, en particular el lavado correcto de las manos. Los guantes deben ser de látex bien ceñidos para facilitar la ejecución de los procedimientos. Si se rompen deben ser retirados, luego proceder al lavado de las manos y al cambio inmediato de estos. Si el procedimiento a realizar es invasivo de alta exposición, se debe utilizar doble guante. El guante se diseñó para impedir la transmisión de microorganismos por parte del personal de salud a través de las manos; por tal motivo cuando se tengan los guantes puestos deben conservarse las normas de asepsia y antisepsia. Para personal de oficios varios y el encargado de manejo de residuos, los guantes deben ser más resistentes, tipo industrial.

__ Delantal de caucho: Es un protector para el cuerpo; evita la posibilidad de contaminación por la salida explosiva o a presión de sangre o líquidos corporales; por ejemplo, en drenajes de abscesos, atención de heridas, partos, punción de cavidades y cirugías, entre otros.

__ Polainas: Se utilizan para trabajadores de la salud que estén expuestos a riesgos de salpicaduras y derrames por líquidos o fluidos corporales.

__ Gorro: Se usa con el fin de evitar en el trabajador de la salud el contacto por salpicaduras por material contaminado y además evita la contaminación del paciente con los cabellos del trabajador de salud.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ÁREA DE CIRUGÍA.

__ Utilice permanentemente el equipo de protección personal concemiente a gorro y tapabocas; en procedimientos invasivos utilice además, monogafas, guantes, braceras y delantal plástico.

__ Utilice el equipo de aspiración mecánico el succionador para la aspiración de secreciones de boca y faringe. Evite su manipulación directa.

__ Cambie oportunamente los recipientes de drenaje o aspiración del paciente, secreciones sangre, orina, materia fecal.

__ Clasifique la ropa médica y quirúrgica utilizada en los diferentes procedimientos, teniendo en cuenta que puede ser contaminada o sucia. Disponga la ropa contaminada, es decir, aquella que contiene sangre, secreciones y otros fluidos, provenientes de pacientes, en bolsa roja; la ropa sucia en bolsa verde.

__ Envíe las muestras de laboratorio en los recipientes adecuados, teniendo en cuenta las normas específicas para laboratorio clínico.

__ Envíe a patología las muestras de tejidos u órganos, en recipientes adecuados que contengan formol a las concentraciones indicadas, debidamente rotulados y con tapa.

__ Coloque el material anatomo-patológico, las placentas y aquel resultante de amputaciones en bolsa plástica ROJA, rotulándola como "Riesgo Biológico Material Anatomopatológico", sellarla y entregarla al personal del Aseo para su disposición final.

__ El material contaminado con fluidos corporales (guantes, gasas, compresas, etc.) debe ser depositado en bolsa roja separado del material anatomopatológico.

__ Efectúe desinfección y limpieza en las áreas quirúrgicas empleando las técnicas correctas y las diluciones adecuadas de los desinfectantes, de acuerdo a los Procedimientos básicos de limpieza y desinfección capítulos 5 al 9 de este manual.

__ Maneje los equipos e instrumental siguiendo las técnicas de asepsia: desinfección, desgerminación y esterilización específicas para cada elemento.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO

__ Utilice permanentemente en el área de trabajo los elementos de protección personal: monogafas, mascarilla, bata plástica y guantes. Las batas deben manejarse como material contaminado. Deben disponerse en bolsa Roja y enviarlas a la lavandería debidamente marcada y sellada.

__ Cuando el procedimiento lo amerite o se presuma un probable riesgo de salpicadura, usar delantal plástico.

__ Realice los procedimientos empleando las técnicas correctas para minimizar el riesgo de aerosoles, gotitas, salpicaduras o derrames. Es fundamental el empleo de centrífugas provistas de carcazas.

__ Use pipetas automáticas para evitar cualquier riesgo de contaminación oral. El pipetear líquidos con la boca es una práctica inadecuada y altamente riesgosa.

__ Las cánulas, tubos contaminados y demás elementos de trabajo deben someterse a procesos de desinfección, desgerminación y esterilización en autoclave; igual tratamiento deberá darse a las cánulas, tubos y demás elementos de trabajo.

__ A los tubos de ensayo con sangre en coágulos, se les debe colocar hipoclorito de sodio a 5000 ppm. durante 30 minutos, taparlos y una vez desechado este contenido, proceder a la desgerminación y esterilización mediante calor húmedo o seco para su posterior reutilización.

__ Los demás fluidos orgánicos (flujos, cultivos, entre otros) deben tratarse mediante desinfección con hipoclorito a 5.000 ppm. durante 30 minutos.

__ El material contaminado que deba ser desechado fuera del laboratorio, debe introducirse en recipientes resistentes, que se cerrarán antes de sacarlos

del laboratorio, estos a su vez se depositaran en bolsa Roja rotulada como: "Riesgo Biológico – material contaminado a incinerar", y entregarla al personal del Aseo para su disposición final. Los procedimientos que entrañan manipulación de cultivos de células infectadas, manejo de material con elevadas concentraciones de bacterias y actividades que generen aerosoles o gotitas como en los procedimientos de homogeneización y mezcla rigurosa, deben llevarse a cabo utilizando cabinas de seguridad biológica.

__ El personal de Microbiología, debe utilizar además del equipo de protección personal básico, la mascarilla de alta eficiencia.

__ En forma permanente se deben conservar las puertas del laboratorio cerradas, evitar el ingreso de personas ajenas al área; si ello ocurre éstas deben ser informadas sobre los posibles riesgos y deberán cumplir con las normas exigidas dentro del laboratorio. Igualmente se debe restringir el acceso de niños.

__ Limite el empleo de agujas y jeringas utilícelas solo cuando sea estrictamente necesario. En tales casos emplee las precauciones universales indicadas.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA EL ÁREA DE PATOLOGÍA

__ Maneje todo tejido o víscera como potencialmente infectado.

__ Utilice bata, delantal de caucho grueso, doble guante de goma, monogafas, mascarilla cuando realice procedimientos con vísceras o tejidos.

__ Todas las superficies y herramientas de trabajo, como sierras, cinceles, tijeras o cuchillos deben colocarse en una solución de hipoclorito de sodio a una concentración de 5000 ppm durante 20 minutos, luego lavarse con agua y jabón y esterilizarse.

__ Coloque el material anatomo-patológico a desechar (tejidos, biopsias, etc.) en bolsa plástica roja, rotulándola como "Riesgo Biológico – Material Anatomopatológico", sellarla y entregarla al personal del Aseo para su disposición final.

__ El material contaminado (como guantes, bolsas, frascos) debe ser depositado en bolsa roja separado del material anatomopatológico.

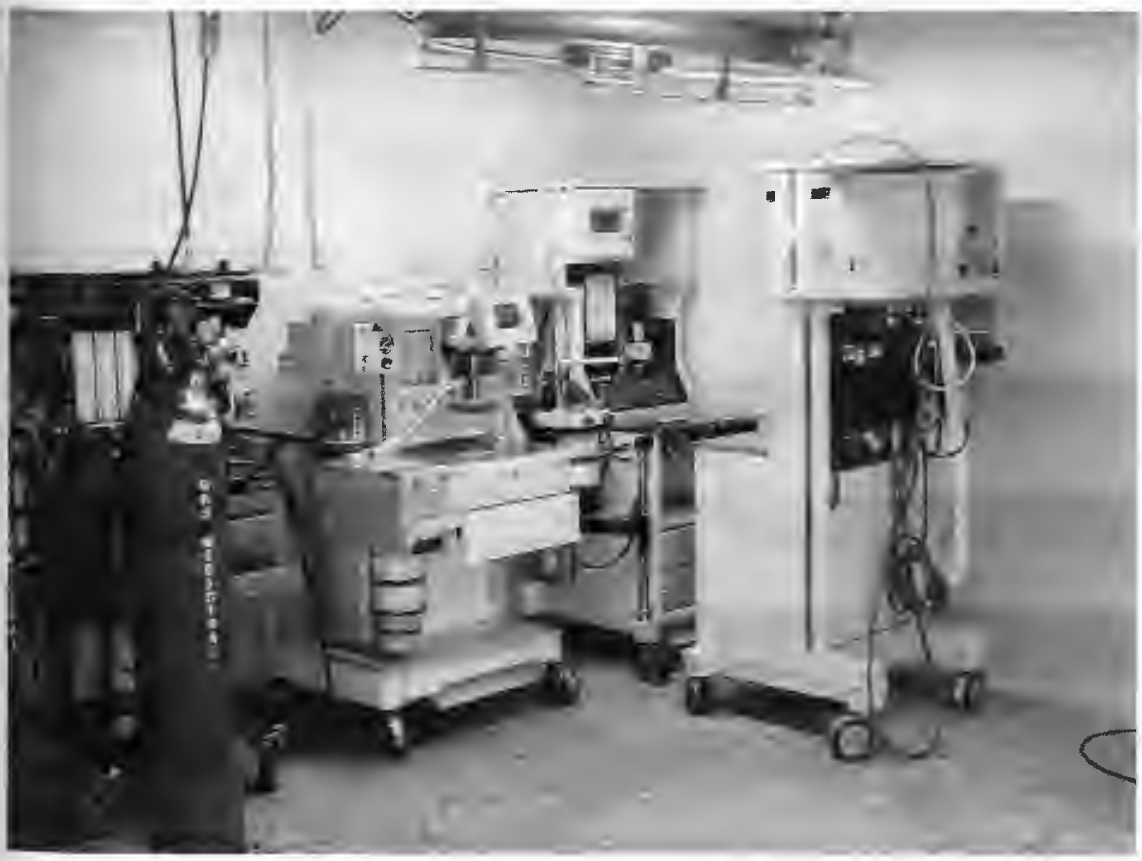
__ Descontamine las superficies de trabajo, de acuerdo a los procedimientos descritos en el manual de limpieza y desinfección.

ENTRADA PRINCIPAL HOSPITAL VARGAS

ENTRADA AL AREA QUIRURGICA

SALA DE RECUPERACION

SISTEMA RUDIMENTARIO DE EXTRACCION DE GASES



QUIROFANO INOPERATIVO

QUIROFANO OPERATIVO

NORMAS MÍNIMAS DE SEGURIDAD PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGÍA EN VENEZUELA

INTRODUCCIÓN.

La seguridad (mecanismo que asegura el funcionamiento correcto de una cosa) del anestesiólogo en la práctica de la especialidad le otorga la virtud y el poder de hacer del ejercicio de la anestesia, uno de los actos médicos de mayor responsabilidad, garantizando así un sueño placentero y un despertar seguro.

El ejercicio de la medicina involucra una gran responsabilidad para el médico anestesiólogo; por una parte, se hacen presentes las exigencias de conocimiento y de tecnología, con el propósito de mantenerse actualizado en su área de especialización, por otra, está presente el aspecto ético inherente al hecho de que el médico trabaja con la vida de seres humanos y esto tiene profundas connotaciones morales y legales.

La Sociedad Venezolana de Anestesiología, presenta a los médicos anestesiólogos del país y a las autoridades que tienen a su cargo instituciones médicas donde se brinda atención anestesiológica, las siguientes normas mínimas de seguridad en la materia.

La exposición de motivos y las normas mínimas que deben ser observadas pre, trans y pos-quirúrgicamente, desde el punto de vista anestésico, fueron aprobadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en Marzo de 1990 bajo la presidencia de la Dra. Beatriz Maneiro. Las presentes fueron modificadas por la Comisión Nacional de Seguridad de la actual Junta Directiva presidida por los doctores Maria Alvarado O. y Gerardo Arellano P., utilizando las modificaciones aprobadas por la CLASA en Junio del 2003, y están sujetas a revisión periódica para adecuarlas a la evolución de la tecnología y de la especialidad, obteniéndose finalmente este documento, que consideramos bastante útil y adecuado a nuestra realidad.

Estas Normas de Cuidado Mínimo son recomendaciones válidas para todos los anestesiólogos de Venezuela y se aplican a cualquier paciente bajo anestesia general, regional o sedación a cuidado de un médico anestesiólogo. Sus propósitos son proveer una guía actualizada y de asistencia a dichos profesionales, autoridades hospitalarias y gubernamentales, para mejorar la calidad en la práctica de la anestesia en beneficio de la seguridad de los pacientes que se atienden en todas las instituciones médicas del país, pero sin pretender garantizar con su sola aplicación un resultado específico del proceso terapéutico diagnóstico al cual está sujeto. Ellas pueden ser excedidas si a

criterio del anestesiólogo el paciente lo requiere.

1. NORMAS MÍNIMAS DE SEGURIDAD PARA EL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGÍA EN VENEZUELA.

1.1. Evaluación preanestésica.

Es obligatoria en todo paciente. En ella el médico anestesiólogo debe establecer el estado clínico del paciente, su estado físico según la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA) y las pautas de manejo que considere pertinentes.

1.1.1 Consulta preanestésica.

Debe incluir:

1.1.1.1 Antecedentes.

1.1.1.2 Estado clínico actual.

1.1.1.3 Revisión de los exámenes paraclínicos y de las interconsultas pertinentes. Se podrá solicitar lo que haga falta a juicio del anestesiólogo.

1.1.1.4 Establecer el riesgo anestésico (ASA) y las previsiones que se deben tomar (de acuerdo con el estado clínico, tipo de cirugía y la técnica anestésica planificada), informar al paciente o a sus familiares y obtener el consentimiento escrito, si es pertinente.

1.1.2 Consulta preanestésica intrahospitalaria.

Es la que se realiza en los pacientes hospitalizados. En ella debe establecerse el estado clínico actual. Se debe informar al paciente sino se ha hecho previamente, sobre el riesgo del acto anestésico, y se debe obtener el consentimiento por escrito

Debe ser realizada por un médico anestesiólogo o un residente de Anestesiología bajo la supervisión del especialista, para todo paciente programado y hospitalizado, mínimo dentro de las 24 horas previas al procedimiento.

El médico anestesiólogo antes de iniciar la administración de la anestesia debe revisar la historia clínica y confirmar que su paciente no presenta cambios clínicos que puedan contraindicar el procedimiento. Debe quedar constancia escrita en la historia de anestesia o en la historia clínica, de sus condiciones previas.

1.1.3 Evaluación en urgencia: El paciente de urgencia debe ser sometido a la evaluación pre anestesica (inmediata) que su condición y las circunstancias

permitan, para proporcionar las mejores condiciones posibles antes de iniciar el acto anestésico.

1.2 CUIDADO PERIANESTÉSICO

En esta etapa del acto anestésico es de gran importancia: a) haber revisado previamente todos los instrumentos, máquina de anestesia y equipos a utilizar, b) la observación directa del paciente y, c) el control de los signos vitales con los diferentes equipos.

1.2.1 Lista de Chequeo

Antes de iniciar el acto anestésico el anestesiólogo debe hacer una revisión que incluya lo siguiente:

I. Máquina de Anestesia

a. Adecuada presión de oxígeno y de otros gases a utilizar

b. Presencia de cilindros de oxigeno de emergencia

c. Buen funcionamiento del dispositivo para funcionamiento de oxigeno de flujo rápido (flush)

d. Buen estado de flujómetros, vaporizadores, circuitos (sin fugas), válvulas unidireccionales, válvulas de sobrepresión y absorbedor de CO2

e. Buen funcionamiento del ventilador

II. Monitoreo

a. Básico: fonendoscopio, monitoreo electrocardiográfico, tensiómetro, Oxímetro y capnógrafo.

III. Paciente

a. Verificar y anotar si hay cambios respecto a la evaluación preanestésica

b. Exámenes paraclínicos requeridos

c. Consentimiento informado

d. Cavidad oral: prótesis

e. Vía venosa

IV. Materiales, medicamentos y equipos

a. Equipo básico para el manejo de la vía aérea incluyendo, como mínimo hojas

de laringoscopio, máscaras faciales, cánulas orofaringeas y dispositivos supraglóticos adecuados a la edad y peso del paciente.

b. Medicamentos a utilizar

c. Succión

Nota: en el área quirúrgica debe haber disponible un desfibrilador y un equipo para el manejo de la vía aérea difícil

1.2.2 Registro anestésico pormenorizado, escrito y por duplicado; el cual debe incluir:

1.2.2.1 Aspectos clínicos relevantes para el procedimiento anestésico.

1.2.2.2 Monitoreo del paciente

1.2.2.3 Cantidad y momento de drogas administradas.

1.2.2.4 Tipo y cantidad de todos los líquidos endovenosos administrados incluyendo, sangre y sus derivados y el tiempo de administración.

1.2.2.5 Técnica empleada

1.2.2.6 Eventos no usuales durante el período anestésico.

1.2.2.7 Estado del paciente al finalizar el acto anestésico.

1.2.3 MONITOREO BÁSICO INTRAOPERATORIO.

Las siguientes normas se aplican a todos los procedimientos anestésicos, sin embargo en algunos procedimientos anestésicos, quirúrgicos y condiciones clínicas del paciente, serán necesarios elementos de monitorización especiales. Estas normas tienen como objetivo garantizar una alta calidad de cuidado del paciente.

1.2.3.1 NORMA I

Siempre debe haber un médico anestesiólogo responsable del acto anestésico durante todo momento en la sala de cirugía. En el quirófano debe haber personal entrenado para asistir al anestesiólogo en la realización de sus labores.

Recuerde: La responsabilidad médica es intransferible e indelegable.

1 PACIENTE + 1 ANESTESIÓLOGO= SEGURIDAD

SOCIEDAD 1954

1.2.3.2 NORMA II.

Durante todo el acto anestésico se debe evaluar permanentemente la oxigenación, la ventilación y la circulación del paciente. Debe existir la posibilidad de monitorizar la temperatura, considerándola imprescindible en casos especiales.

1.2.3.2.1 OXIGENACION

Debe medirse la concentración de oxígeno en el gas inspirado mediante un analizador de oxígeno y la cuantificación de la saturación del oxígeno en sangre mediante un Oxímetro de pulso.

1.2.3.2.2 VENTILACION

1.2.3.2.2.1 Se debe evaluar la excursión del tórax, auscultar los ruidos respiratorios y observar el balón reservorio.

1.2.3.2.2.2 Cuando se practique la intubación endotraqueal, se debe verificar la posición del tubo a través de la auscultación.

1.2.3.2.2.3 Si la ventilación es mecánica, se debe contar con alarmas que indiquen fallas en el circuito o su desconexión.

1.2.3.2.2.4 Si hay intubación endotraqueal o algún otro dispositivo que controle la vía aérea (máscara laríngea o afín), se debe tener alarma de presión alta de la vía aérea.

1.2.3.2.2.5 La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general. Se recomendará su uso en pacientes sometidos a técnicas anestésicas que pudieran comprometer la ventilación del paciente (sedación, anestesias locales más sedación)

1.2.3.2.2.6 Durante la anestesia regional se debe evaluar permanentemente la ventilación mediante signos clínicos.

1.2.3.2.2.7 Si la máquina de anestesia está provista de ventilador, éste debe tener los siguientes parámetros mínimos.

1. Control de frecuencia respiratoria.

2. Control para fijar volumen corriente y volumen minuto.

3. Control para relación inspiración/espiración.

4. Alarmas para presión inspiratoria máxima y de desconexión.

5. Monitoreo de volumen espirado.

Parágrafo Único. Al ventilador se le debe poder monitorizar la presión de la vía área.

1.2.3.2.2.8 Se debe tener a disponibilidad, en el área quirúrgica, preferiblemente un juego de máscaras laríngeas o cualquier otro dispositivo al alcance de la institución para aquellos casos de ventilación o de intubación difícil.

1.2.3.2.3 CIRCULACIÓN

1.2.3.2.3.1 El paciente debe tener monitoreo electrocardiográfico permanentemente.

1.2.3.2.3.2 Se deben hacer tomas de tensión arterial y frecuencia cardiaca cada tres a cinco minutos, anotándolas en la historia de anestesia.

1.2.3.2.3.3 Cuando lo considere necesario, el anestesiólogo recurrirá a la palpación del pulso o a la auscultación de los ruidos cardiacos.

1.2.3.2.3.4 El anestesiólogo deberá tener a su disposición la posibilidad de medición de presiones invasivas, según lo demande el status del paciente.

1.2.3.3 TEMPERATURA

Es obligatoria en cirugía cardiaca, en trauma severo, en cirugía de neonatos y de infantes menores, en cirugía de más de tres horas y en aquellas en la que se prevean pérdidas sanguíneas masivas. Siempre debe haber la posibilidad de monitorizar la temperatura cuando el anestesiólogo lo considere necesario.

1.2.3.4 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Es recomendable el uso de análisis bioespectral en pacientes bajo anestesia total intravenosa o con técnicas basadas en opioides.

1.2.3.5 GASES ANESTESICOS

El monitoreo de los gases anestésicos inspirados y espirados es altamente deseable.

1.2.3.6 OTROS ELEMENTOS DE MONITOREO

Cuando las condiciones del paciente o el tipo de cirugía lo requieran, se deberá monitorizar la presión venosa central, la diuresis, la presión arterial invasiva, la presión de la arteria pulmonar, el gasto cardiaco.

1.2.3.6.1 La relajación muscular mediante el estimulador de nervio periférico es de uso recomendable en aquellos que sean sometidos a relajación muscular con medicamentos específicos.

DE ANESTESIOLOGIA
1a54

1.2.3.7 NOTA

En el área en la cual se administre anestesia debe disponerse siempre de todos los elementos necesarios para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar (RCCP), incluyendo las drogas pertinentes y el desfribilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente. El anestesiólogo es, por definición, experto en RCCP.

1.2.4. ENTREGA DE PACIENTES

Cuando un anestesiólogo tiene que entregar su paciente a otro anestesiólogo, debe informarle la condición previa del paciente, el manejo realizado, eventos relevantes, y el plan inmediato. En el registro anestésico debe quedar constancia de la entrega y de las condiciones del paciente en ese momento.

1.2.5 NORMAS PARA LA CONDUCCIÓN DE ANESTESIA OBSTETRICA.

1.2.5.1 NORMA I

Ningún procedimiento anestésico debe practicarse hasta que la paciente y el feto hayan sido evaluados por la persona acreditada para ello.

1.2.5.2 NORMA II

En la sala de cirugía debe haber una persona calificada diferente del anestesiólogo para atender al recién nacido.

Ante la ausencia del pediatra, la responsabilidad del anestesiólogo es primero para con la madre, si esta no corre ningún peligro, el anestesiólogo podrá asistir al recién nacido

1.2.5.3 NORMA III

Después de un procedimiento diferente a la analgesia obstétrica con peridural, todas las pacientes deben ir a una unidad de cuidados postanestésicos (UCPA).

1.2.5.4 NORMA IV

En cualquier institución en la cual se tenga un volumen de pacientes obstétricas mayor de 100 al mes, debe contarse con un anestesiólogo asignado únicamente para este tipo de pacientes, diferente al personal que cubre las urgencias quirúrgicas.

1.2.6 NORMAS PARA ANESTESIA PEDIATRICA

ESCUELA DE ANESTESIOLOGIA
1954

1. PERSONAL.

Para ejercer la Anestesiología pediátrica se debe cumplir con cualquiera de estos tres parámetros: un entrenamiento programado en Anestesia Pediátrica, una recertificación anual en anestesia pediátrica o demostrar competencia en el manejo de pacientes infantiles en las diversas edades (de 25 a 50 anestesias pediátricas al año comprobadas)

2. Equipamiento de Unidades.

2.1 Unidad de pre-anestesia y consulta pre-anestésica. La consulta pre anestésica se rige por las Normas Minimas de seguridad de la Sociedad Venezolana de Anestesiología(SVA), haciendo hincapié en que el ambiente así como la historia clínica deben estar adaptadas a las necesidades de la edad infantil.

2.2 Unidad de Quirófano. Todos los quirófanos donde se administre anestesia para niños deben cumplir con las Normas Mínimas de seguridad de la SVA adicionando:

• Métodos para mantener la normotérmia: Lámparas radiantes, equipos de mantas térmicas de aire caliente forzado, capacidad para regular la temperatura del quirófano, humidificadores de la vía aérea y calentadores de fluidos.

• Máquinas de anestesia y accesorios. Las Máquinas de anestesia deben cumplir con todas las normativas de seguridad exigidas por la SVA y además deben contar con: suministro de aire comprimido, ventiladores de volumen y presión controlada, monitoreo del volumen corriente espirado y volumen minuto, frecuencia respiratoria, control para la relación inspiración/expiración, presión en vía aérea, válvula de presión positiva al final de la expiración (PEEP) y monitoreo de la fracción inspirada de oxígeno

•Sistemas de Anestesia. Los sistemas anestésicos deben ser especiales para pacientes pediátricos. De igual forma se dispondrá de las diversas bolsas de reservorio (500ml, 1 litro, 2 litros).

•Manejo de la vía aérea. Todos los equipos para el manejo de la vía aérea, tales como mascarillas faciales, cánulas orofaríngeas, equipos de laringoscopios con hojas rectas y curvas, guiadores, pinzas de Magill, tubos endotraqueales y máscaras laríngeas deben existir en todos los tamaños para las diferentes edades.

•Monitores multiparámetros. Deben estar adaptados y calibrados para ser usados en pediatría.

El monitoreo de la temperatura corporal es obligatoria en los niños

2.3 **Sala de cuidados posanestésicos.** La sala de sala de cuidados posanestésicos se basara según lo pautado por la SVA en su Norma Mínima de Seguridad 1. 3 y debe estar adaptada al paciente pediátrico tanto en personal y equipamiento.

3. **Fármacos y protocolos.** Todos los medicamentos utilizados en las áreas quirúrgicas, donde se administre anestesia a niños, deben ser diluidos con el fin de adecuarlos a cada edad y peso. Estas diluciones deberán ser estándares y se mostrarán en forma de gráficos o tablas en los quirófanos, para asegurar y facilitar el trabajo del personal

1.3 CUIDADOS POSTANESTESICOS

1.3.1 En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado postanestésico de todo los pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, llamado Unidad de Cuidado Post Anestésico (UCPA), bajo la responsabilidad de un anestesiólogo.

1.3.2 El paciente que egresa de salas de cirugía o de parto debe ser transportado a la UCPA por el anestesiólogo que administró la anestesia, con el monitoreo requerido y oxígeno suplementario, si es necesario.

1.3.3 En la UCPA se debe hacer la entrega del paciente al personal responsable de la Unidad. Debe incluir condiciones preoperatorias, manejo anestésico y el puntaje de Aldrete modificado en ese momento, el cual debe ser mínimo de 7, salvo limitaciones previas del paciente. Todo debe quedar anotado en la historia clínica o en el registro anestésico.

1.3.4 El cuidado medico en la UCPA debe ser realizado por personal calificado por el Departamento de Anestesia.

1.3.5 En la UCPA, el paciente debe tener el monitoreo y soporte necesario acorde a su condición, similar al de sala de cirugía, por el tiempo que sea necesario, bajo la supervisión del anestesiólogo encargado. Se prestara especial atención a la oxigenación (oximetría de pulso), a la ventilación y a la circulación.

1.3.6 En la UCPA debe haber un promedio de 1.5 camilla por cada sala de cirugía del hospital.

1.3.7 Cada cubículo debe contar con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia del hospital, una fuente de oxigeno, y una fuente de succión.

1.3.8 Personal: Una auxiliar por cada tres pacientes quirúrgicos de alta complejidad. Una auxiliar por cada cinco pacientes de complejidad baja o media. Una enfermera profesional independiente del área quirúrgica cuando se superan seis salas de cirugía funcionando.

1.3.9 La UCPA debe contar con los elementos adecuados para practicar reanimación cerebro-cardio-pulmonar, incluyendo desfribilador, cuyo funcionamiento debe verificarse periódicamente.

1.3.10 Los egresos deben ser autorizado por escrito en la historia o en el registro anestésico por el anestesiólogo responsable.

1.3.11 El puntaje de Aldrete modificado para el egreso debe ser de 10, salvo que el paciente tenga una limitación previa por la cual no puede alcanzar dicho puntaje.

1.3.12 Si las condiciones del paciente exigen una permanencia superior a las 8 horas en la UCPA, éste debe ser trasladado a una unidad de cuidados intermedio o intensivo.

1.4. ESTRUCTURA ORGANICA

Toda institución hospitalaria cuya complejidad técnico- científico y administrativa corresponda al tercer o cuarto nivel de atención, debe tener en su estructura el Departamento Medicina Perioperatoria y manejo de dolor, constituidos por los servicios de Consulta Preanestesica, Sala de Cirugía, UCPA, Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos, Clínica del Dolor, Cirugía Ambulatoria, y otros servicios que se definan de acuerdo a cada institución en particular.

2. MÁQUINAS DE ANESTESIA

2.1 Deben utilizarse códigos de colores, tanto para los gases medicinales como para los agentes anestésicos volátiles.

2.2 Las mangueras de conducción de gases desde una red central o desde un cilindro a la máquina de anestesia, deben ser no colapsables y deben tener el código de color para cada gas.

2.3 El diseño de la máquina y de los monitores debe ser ergonómico. Todos los componentes, incluyendo controles, manómetros y monitores, deben ser fácilmente visibles desde el sitio de trabajo del anestesiólogo, a una distancia aproximada de un metro y medio. Así, sin necesidad de desplazarse, podrá vigilar a su paciente y a la vez observar todas las partes de la máquina de anestesia y los monitores.

2.4 Las conexiones de los cilindros de gases medicinales deben estar identificadas con el símbolo y el color. Deben no ser intercambiables entre los diferentes gases. Toda máquina de anestesia debe poseer una conexión para oxígeno de reserva (cilindro) con su respectivo manómetro.

2.5 Debe existir un mecanismo que impida la administración de mezclas hipóxicas, asegurando siempre una concentración mínima de oxígeno del 25 %. Igualmente es requisito indispensable que al encenderse la máquina de anestesia automáticamente suministre un flujo de oxígeno de no menos de 250 cc/min (oxígeno metabólico)

2.6 Cuando se dispone de más de un vaporizador, debe existir un mecanismo que impida abrir más de un vaporizador al mismo tiempo.

2.7 Es altamente recomendable la medición de la concentración de gases espirados.

2.8 Debe disponerse de sistemas de seguridad que impidan desconexiones.

2.9 El botón de paso rápido de oxígeno debe estar colocado de manera que no se pueda activar en forma inadvertida. Su activación podrá hacerse con una sola mano y debe volver a su posición de reposo en el momento en el cuál deje de activarse.

2.10 La máquina de anestesia debe tener una alarma auditiva que indique la baja presión de oxígeno. No se debe poder apagar dicha alarma hasta que la presión de oxígeno sea normal.

2.11 Debe tenerse alarma de alta presión en la vía aérea.

2.12 Toda máquina de anestesia debe tener un analizador de oxígeno dentro del circuito.

2.13 Debe existir un sistema de evacuación de gases sobrantes.

2.14 Debe existir una válvula de sobrepresión que permita la salida de gases sobrantes al sistema de evacuación.

2.15 La máquina de anestesia debe tener una cámara para captación y absorción de CO2 espirado del paciente.

2.16 Toda máquina de anestesia electrónica debe tener una batería que suministre energía durante por lo menos 20 minutos. De la misma manera, debe contar con un sistema para ventilación manual.

2.17 El manual de instrucciones para el usuario debe entregarse en español y debe dejarse con cada máquina de anestesia.

3. MANTENIMIENTO

3.1 Tanto la máquina de anestesia como los elementos de monitoreo deben estar incluidos dentro de un programa de mantenimiento preventivo, de acuerdo a las especificaciones del fabricante.

3.2 En todo caso, dicho mantenimiento debe realizarse por lo menos cada seis meses, por personal calificado.

3.3 El mantenimiento es de entera responsabilidad de la institución prestadora de salud.

3.4 Toda compra que se realice debe tener una garantía de servicios y de provisión de repuestos, respaldada tanto por el distribuidor como por la casa matriz.

4. ACTUALIZACIÓN DE LAS PRESENTES NORMAS

Estas normas deben actualizarse por lo menos cada dos años, o cuando la Comisión de Seguridad lo considere conveniente, de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos y a las condiciones del Ejercicio de la Anestesiología.

Parágrafos Especiales.

a. Sólo la condición de urgencia extrema, con riesgo de muerte para el paciente, podrá permitir el incumplimiento de las normas mínimas de seguridad aquí establecidas.

b. No debe olvidarse la necesidad de adecuar los gastos a lo realmente necesario (farmacoeconomía), para no incrementar los costos que deben afrontar el Estado o los particulares.

FIN DE LA INTERVENCIÓN.

Concluida la intervención anestésico-quirúrgica, el médico anestesiólogo tratante, deberá asegurarse que su paciente se encuentre clínicamente recuperado de la anestesia que recibió, o bien que ha sido recibido a satisfacción por otro médico anestesiólogo dentro de la UCPA, o según el caso, por un médico de la unidad de cuidados intensivos, de lo cual se dejará constancia escrita.

Cumplida esta misión, el médico anestesiólogo tratante podrá dedicarse a otro acto anestésico.

Recuerde: seguridad, significa vigilancia permanente, eficacia y satisfacción para un paciente bien atendido y libre de complicaciones evitables.

Normas Mínimas para Cirugía fuera del Área Quirúrgica.

La Sociedad Venezolana de Anestesiología (S. V. A.), consciente de la necesidad de incrementar la seguridad de aquellos pacientes que son sometidos a pequeños procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que habitualmente se efectúan fuera del área quirúrgica y en los cuales se emplean agentes sedantes y analgésicos que pueden deprimir las funciones vitales; propone las siguientes pautas para la aplicación de Sedación y Analgesia fuera del área quirúrgica.
También considera la S. V. A. que la aplicación de agentes sedantes y analgésicos que permitan la prosecución de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, es competencia del Médico Anestesiólogo, quien ha sido debidamente entrenado para la ejecución de esta práctica en los cursos de post grado acreditados en el país, además de poseer el conocimiento y la destreza suficiente para afrontar adecuadamente cualquier evento adverso durante la aplicación de agentes anestésicos.

I. NORMAS GENERALES:

1. Espacio Físico:

En todo lugar donde se realice algún procedimiento diagnóstico o terapéutico y se requiera la presencia de un Anestesiólogo para brindar Vigilancia Anestésica Monitorizada y suministrar agentes sedantes y/o analgésicos , deberá disponerse de suficiente espacio para acomodar todo el equipo de monitoreo necesario en procedimientos anestésicos, buena iluminación, así como fuente de oxígeno y equipo para brindar reanimación básica y avanzada. Además de un fácil acceso al paciente por parte del personal involucrado en el procedimiento y facilidad para la evacuación y traslado del paciente en caso de ser necesario.

2. Evaluación Previa al procedimiento e Historia Clínica:

Todo paciente que requiera de la administración de agentes analgésicos y/o sedantes para la realización de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico fuera del área quirúrgica deberá ser evaluado previamente para constatar el estado de su salud y estimar el ASA, de conformidad a lo establecido en las "Normas mínimas de seguridad para el ejercicio ético de la anestesiología en Venezuela".

3. Equipos requeridos:

En toda área donde se disponga suministrar agentes sedantes y/o analgésicos para efectuar algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, deberán estar disponibles:

- Sistema de suministro de oxígeno.
- Monitor cardíaco.
- Monitor de tensión arterial no invasivo.
- Oxímetro de pulso.
- Aparato para succión continua.
- Laringoscopio con diferentes hojas, tubos endotraqueales de diferentes tamaños (adultos y pediátricos), pinzas de MAGILL para adultos y pediátrica.
- Cánulas bucofaríngeas de diferentes tamaños.
- Equipo resucitador manual para suministro de presión positiva en la vía aérea.
- Fuente de oxígeno a presión positiva.

Es ampliamente recomendable contar con algún dispositivo para el rescate de la vía aérea tales como: Máscara Laríngea, Tubo laríngeo, equipo para ventilación Jet, , equipo para cricotirotomía de emergencia. Monitor de dióxido de carbono (CO_2) expirado (Capnografo) y Desfibrilador portátil.

5. Pautas para Monitorización Básica:

El Anestesiólogo debe estar continuamente presente para monitorizar al paciente y proveer la atención anestésica debida.
Debe efectuarse una medición basal de los signos vitales previa a la administración de cualquier medicamento.

Durante toda sedación analgesia la oxigenación, la ventilación y la circulación deben ser continuamente evaluadas.

- Oxigenación: Para asegurar una adecuada concentración de oxígeno en el gas inspirado y en la sangre durante el procedimiento es necesario:
Cuando se emplean aparatos que puedan suministrar mezclas de gases, estos deben suministrar mezclas de al menos 21% de oxígeno
La oxigenación sanguínea se debe medir en forma continua con oxímetro de pulso y se debe contar con suficiente iluminación en el área para evaluar la coloración de la piel y mucosas.

- Ventilación: Para asegurar una adecuada ventilación del paciente durante el procedimiento es necesario:
Todo paciente que reciba sedación debe tener la ventilación continuamente evaluada.
En la medida de lo posible se usará el Capnógrafo para cuantificar la fracción de CO2 en el gas espirado, además de la observación clínica de los movimientos respiratorios y de la cuantificación de la frecuencia respiratoria clínicamente o a través de monitores diseñados para tal fin.

- Circulación: Para asegurar durante todo el procedimiento la adecuada función circulatoria del paciente se seguirán las siguientes recomendaciones:
Todo paciente sometido a Sedación Analgesia debe tener un trazado continuo de ECG visible hasta finalizar el procedimiento. Deberá contarse con un estetoscopio para auscultarlo en forma continua.
A todo paciente sometido a sedación analgesia se le debe determinar cada 3 a 5 minutos su presión arterial.

- Temperatura corporal: En los casos que por su duración se prevean modificaciones de la temperatura corporal deberían estar disponibles los medios para medir y mantener la temperatura del paciente.

1. Registro escrito:

De todo procedimiento que se efectúe bajo Sedación Analgesia se llevará un registro escrito según las normas de la SVA.

7. Drogas, medicamentos de emergencia y otros insumos que deben estar disponibles en el lugar donde se suministra la Sedación Analgesia.

En el lugar donde se desee suministrar Sedación Analgesia para algún procedimiento diagnóstico o terapéutico deberá contarse con los medicamentos y equipos indispensables para brindar soporte vital básico y avanzado.

9. Recuperación posterior al procedimiento:

Todo paciente que haya sido sometido a un procedimiento bajo Sedación Analgesia deberá ser evaluado en forma continua hasta su egreso. Dicha vigilancia deberá llevarse a cabo en la unidad de cuidados postanestésicos o en su defecto en el lugar donde se suministró la Sedación.

10. Criterios para el Egreso:

Todo paciente que haya recibido Sedación Analgesia no podrá egresar de la Institución hasta tanto no hubiese recuperado su estado cognitivo previo al suministro de los agentes farmacológicos que deprimieron el nivel de su conciencia, mantenga sus variables respiratorias y hemodinámicas estables y no exista el riesgo de recirculación de los agentes farmacológicos empleados durante la Sedación. Deberá ser acompañado en su egreso por un adulto responsable que lo conduzca hasta su casa. Deberá llevar todas las indicaciones por escrito.

11. Responsabilidad Personal:

Todo paciente sometido a estas intervenciones debe traer acompañante, y si el paciente es menor de edad debe estar acompañado por su representante legal.

El paciente adulto no podrá, posterior a estos procedimientos, tomar decisiones importantes, tales como realizar transacciones bancarias, convenios legales, ni conducir ningún tipo de vehículos, ni operar maquinarias.

12. CONTRAINDICACIONES

RELATIVAS:

1. Ancianos.(personas con 60 años o más con enfermedades asociadas)
2. Enfermedades cardiovasculares.
3. Enfermedades pulmonares.
4. Enfermedades renales.
5. Enfermedades hepáticas.
6. Enfermedades metabólicas.
7. Enfermedades neurológicas
8. Tratamiento con sedantes y ansiolíticos.

ABSOLUTAS:

1. Rechazo a la sedación.
2. Enfermedades cardiovasculares avanzadas.
3. Inestabilidad hemodinámica.
4. Pacientes críticamente enfermos y neonatos.
5. Anormalidades de las vías aéreas superiores, (pacientes con: estridor Síndrome apnea obstructiva del sueño, Anormalidades faciales y del cuello, Síndromes con anormalidades craneofaciales: micronactia, síndrome de Apert, Pierre Robin).
6. Anormalidades del centro respiratorio (tumores cerebrales, desordene mitocondriales, hipoventilación central)
7. Pacientes que presentan reducción sensible a la respuesta de concentraciones de CO2. (enfermedad pulmonares crónica, desordenes neuromusculares)
8. Disfunción renal o hepática
9. Presión intracraneal elevada
10. Obesidad severa.
11. Pacientes con desordenes neurológicos en los que el riesgo de aspiración es elevado: (parálisis cerebral severa con parálisis pseudo bulbar, o historia de aspiración recurrente).

13. PROCEDIMIENTOS COMUNES

Los procedimientos comunes que requieren apoyo anestesiológico fuera de los quirófanos tienen peculiaridades que hay que conocer para la administración de sedaciones-anestesias seguras y un adecuado cuidado del paciente. Entre ellos tenemos:

- Diagnósticos:
  Radiodiagnóstico: tomografía computarizada, resonancia magnética.
  Estudios hemodinámicos: cateterismos cardiacos.
  Estudios Hematológicos: punción medular, biopsia muscular.
  Área de gastroenterología: Endoscopias, Colonoscopias etc.
  Area urológica: Citoscopias, colocación de sondas.
  Exploraciones oftalmológicas y otros.
- Terapéuticos:
  Litotripsia extracorpórea.
  Área psiquiátrica: Terapia electroconvulsiva.
  Área cardiología: Cardioversión.
  Neuroradiología intervensionista.
  Área hematooncológica y radioterapia
  Área odontológica.
  Área de clínica del dolor (Bloqueos y otros procedimientos invasivos)

- Urgencias: área ortopédica, sutura de desgarros cutáneos, reducción de fracturas etc.

NORMAS PARA LA CONDUCCION DE LA ANESTESIA AMBULATORIA

Norma I

La cirugía ambulatoria es aquella que se realiza en pacientes no hospitalizados, el tipo de anestesia puede ser general, regional o local. El tiempo o periodo de observación no es mayor de doce horas.

Norma II

La cirugía ambulatoria se clasifica en cirugía ambulatoria mayor y menor.

a. Cirugía Ambulatoria menor: se realiza en áreas acondicionadas para tal fin, y en la que solo es necesario utilizar anestesia local, siendo inmediata la recuperación del paciente.
b. Cirugía Ambulatoria mayor: Aquella que se realiza en áreas acondicionadas o construidas para tal fin, utilizando anestesia general, regional o local, con un periodo de recuperación no mayor de 12 horas, que no interesen las principales cavidades del cuerpo, excepto en los caso contemplados en el aparte III de esta norma.

Norma III

La Cirugía ambulatoria de tórax y abdomen, solo podrá realizarse cuando se utilicen procedimientos de cirugía endoscópica, en pacientes cuyo periodo de recuperación no sea mayor de 12 horas, y solamente en unidades que se encuentren dentro de una institución hospitalaria pública o privada.

Norma IV

Selección del paciente:

Paciente A.S.A. I es óptimo.

Paciente A.S.A. II si la condición que le asigna esta clasificación esta controlada. Su medico tratante deberá dar el visto bueno.

Paciente A.S.A. III se acepta si su enfermedad sistémica esta controlada, dependiendo del procedimiento quirúrgico y la técnica anestésica que requiera.

Emergencia: solo con excepciones podrá realizarse de forma ambulatoria, como por ejemplo: reducción cerrada de fracturas, curetajes por sangrados leves o moderados, cambios de cura, limpieza de heridas, extracciones dentales, etc.

Norma V

Situaciones especiales que excluyen al paciente de cirugía ambulatoria:

a. Probabilidad de transfusión sanguinea.

b. Empleo crónico de medicamentos potencializadores de los anestésicos, que impidan su egreso.

c. Niños con probabilidad de ayuno prolongado.

d. Lactantes con alto riesgo de complicación respiratoria (prematuros, displasia bronco pulmonar, etc.).

e. Niños con Cardiopatías como insuficiencia cardiaca congestiva o cardiopatías congénitas con alteraciones hemodinámicas significativas

f. Antecedentes familiares o personales de hipertermia maligna.

g. Características personales o socioeconómicas que a juicio médico impidan su adecuado seguimiento domiciliario.

h. Cirugía de urgencia que requiere de hospitalización.

i. Paciente con obesidad mórbida

j. Paciente con enfermedad aguda intercurrente.

k. Condiciones especiales que excluyan al paciente de cirugía ambulatoria.

Norma VI

Evaluación Preanestésica: Es obligatoria para todos los pacientes. Este comité sugiere las siguientes consideraciones que se ajustaran a cada institución o grupo de trabajo.

a. Consulta preanestésica el día antes de la cirugía.
b. Revisión del interrogatorio escrito el día de la cirugía
c. Examen preoperatorio y visita en la mañana de la cirugía.
d. Entrevista telefónica sin visita.
e. Entrevista asistida a través de pagina Web.

Norma VII

Exámenes de laboratorio prequirúrgicos en la cirugía ambulatoria: Ver anexo 2 de Normas mínimas de seguridad para el ejercicio de la Anestesiología en Venezuela.

Normas VIII

Criterios de alta

a. Paciente despierto, alerta, orientado, sensible

b. Mínimo dolor

c. Sin sangramiento activo

d. Signos vitales estables

e. Mínima nausea

f. Sin vómitos

g. Sin efectos de relajantes neuromusculares (levantar la cabeza 5 seg.)

h. Saturación de oxigeno 95% con aire ambiente 3 min. o mas o retorno a la saturación de oxigeno inicial o mayor.

Norma IX

Funcionamiento de las Unidades de Cirugía Ambulatoria

a. Las Unidades de Cirugía Ambulatoria deberán funcionar de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Las intervenciones a realizar serán electivas y en el horario de 7:30 a.m. a 1 p.m.

b. Los pacientes a ser intervenidos estarán bajo la atención directa y responsabilidad del especialista del cuerpo médico, quien deberá informarle acerca del procedimiento a realizar, los cuidados pre y postoperatorios y posibilidad de complicación, preferiblemente a través de un folleto informativo que se le entregará en el consultorio en forma individual. Para los pacientes menores de 18 años, esta información se les suministrará a los representantes legales.

Los pacientes deben autorizar con su firma el acto quirúrgico y en el caso de pacientes menores de 18 años será necesaria la autorización del representante legal.

PAUTAS DE APLICACIÓN DE AGENTES SEDANTES PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS FUERA DEL ÁREA QUIRÚRGICA

La guía práctica que aquí se presenta fue elaborada siguiendo los criterios actualmente imperantes para el suministro de agentes sedantes y analgésicos fuera del área quirúrgica, que puedan deprimir el nivel de conciencia de un paciente y alterar su equilibrio fisiológico. Comprende un conjunto de recomendaciones específicas relacionadas con los métodos básicos de diagnóstico y procedimiento en la práctica de la anestesiología, aplicables a pacientes que serán sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos que ameriten el uso de agentes farmacológicos para brindar sedación y analgesia.

El objetivo general de esta guía de práctica clínica es mejorar la calidad de la asistencia anestesiológica. Aun cuando su utilización no puede garantizar en ningún momento los resultados que se obtengan, deberá servir para racionalizar y unificar la asistencia relacionada con la práctica anestésica fuera del área quirúrgica.

1) Definición De Términos

Los términos que se acogen en esta normativa son los expresados por La Sociedad Norte Americana de Anestesiología para referirse a los diferentes niveles de Sedación y Analgesia que pueden apreciarse en la práctica clínica y estos son:

1.1) Sedación mínima o ansiolisis

Es un estado inducido por agentes farmacológicos durante el cual el paciente responde normalmente a comandos verbales aunque su función cognitiva y coordinación pueden estar disminuidas, las funciones cardiovascular y respiratoria no están afectadas.

1.2) Sedación analgesia moderada (Sedación conciente)

Es un estado de depresión de la conciencia inducido por agentes farmacológicos durante el cual el paciente responde adecuadamente ante estímulos verbales solamente o acompañados de estímulos táctiles superficiales. No se requiere de técnicas especiales para sostener la función respiratoria y la respiración espontánea es apropiada. La función cardiovascular se mantiene inalterada.

1.3) Sedación analgesia profunda (Sedación profunda)

Es un estado de depresión de la conciencia inducido por agentes farmacológicos durante el cual el paciente no responde fácilmente ante estímulos verbales y se requiere de estímulos físicos intensos y continuos para lograr alguna respuesta por parte del paciente. En este estado el paciente puede requerir asistencia ventilatoria y su respiración espontánea puede estar afectada. La función cardiovascular puede no alterarse.

1.4) Anestesia general

Estado intenso de depresión de la conciencia inducido por agentes farmacológicos durante el cual el paciente no responde ante estímulos verbales o físicos, aun cuando éstos sean dolorosos. La capacidad para respirar espontáneamente habitualmente se encuentra afectada, requiriéndose necesariamente de maniobras que garanticen la permeabilidad de la función respiratoria tal como presión positiva sobre la vía aérea. La función cardiovascular puede estar disminuida o mantenerse sin alteraciones.

2) Del personal encargado del suministro de agentes farmacológicos que pueden deprimir el nivel de la conciencia.

Cuando se requiera suministrar algún agente farmacológico para inducir algún estado de Sedación mínima o ansiolisis para la ejecución de un

procedimiento, deberá siempre ser ejecutado por una persona entrenada para tal fin, en áreas debidamente acondicionadas.

Cuando se requiera suministrar agentes farmacológicos sedantes o analgésicos que puedan inducir un estado de Sedación analgesia moderada (Sedación conciente) o Sedación analgesia profunda, dicho acto deberá ser llevado a cabo de preferencia por un Anestesiólogo, o en su defecto por una persona entrenada en el manejo de la vía aérea y en soporte vital básico y avanzado, en áreas acondicionadas para tal fin, acompañado de al menos otra persona debidamente entrenada en la asistencia al paciente con alteraciones en su estado de conciencia.

3) Evaluación Previa al procedimiento e Historia Clínica

3.1) Todo paciente que sea sometido a algún tipo de agente farmacológico que pueda deprimir en alguna medida su función cognitiva deberá ser evaluado previamente para constatar el estado de su salud y estimar el riesgo del procedimiento, según la Escala de riesgo internacionalmente aceptada de la Asociación Americana de Anestesiología (Clasificación ASA).
La evaluación previa deberá incluir:

3.2) Entrevista con el paciente la cual debe incluir revisión de sus antecedentes con respecto a:

- Medicaciones.
- Alergias a alimentos, medicamentos u otros agentes alergénicos.
- Experiencias anestésicas previas (Sedaciones previas o anestesia regional o general)
- Historia familiar de problemas anestésicos.
- Hábitos (tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes, tóxicos de cualquier tipo).
- Aparatos o sistemas con especial énfasis en problemas que puedan afectar el acto anestésico.

3.3) Examen físico, el cual debe incluir:

- auscultación cardiopulmonar.
- evaluación del grado de dificultad de abordaje de su vía aérea para la intubación traqueal (Clasificación de Mallampati o similares)
- Evaluación de su sistema venoso superficial con la finalidad de constatar el grado de dificultad de los accesos venosos, tanto en miembros superiores e inferiores.

3.4) La revisión de sus exámenes de laboratorio y otros estudios paraclínicos, dependerá de las recomendaciones que a tal fin establece la S.V.A. y atendiendo a lo observado en la anamnesia y exámen físico.
Dichos exámenes pueden incluir:

- Radiología de Tórax
- Electrocardiograma informado.
- Hematología completa.
- Urea.
- Glicemia.
- Creatinina.
- VDRL.
- Pruebas de Coagulación sanguínea.
- Grupo sanguíneo.
- Orina

3.5) Información sobre el plan anestésico al paciente o su representante, en caso de que se trate de un menor o adulto impedido. Así como el consentimiento de este plan por escrito y firmado.

3.6) Atendiendo a la clasificación ASA. Sólo podrán ser candidatos a recibir agentes sedantes los pacientes clasificados como ASA I o ASA II, según la citada escala. Los pacientes ASA III, podrán recibir Vigilancia Anestésica Monitorizada y Sedación Analgesia previo acuerdo con su médico tratante o el servicio médico que lo trate.

4) Ayuno Pre operatorio

Todo paciente propuesto para Sedación Analgesia deberá cumplir con un ayuno preoperatorio de acuerdo al siguiente esquema:

- Pacientes pediátricos de 6 meses a 3 años: 6 horas a alimentos sólidos y 3 horas a líquidos claros.
- Mayores de 3 años: 8 horas a alimentos sólidos y tres horas a líquidos claros.
- Adultos: 10 horas a sólidos y 4 horas a líquidos claros.

5) Equipo requerido en el lugar donde se efectúa el procedimiento

5.1) En toda área donde se disponga suministrar agentes sedantes y analgésicos para efectuar algún procedimiento deberá estar disponible:

- Sistema de suministro de oxígeno.
- Monitor cardíaco.
- Monitor de tensión arterial no invasivo.
- Oxímetro de pulso.
- Capnógrafo.
- Aparato para succión continua.
- Laringoscopio con diferentes hojas, tubos endotraqueales de diferentes tamaños (adultos y pediátricos), pinzas de Maguill para adultos y pediátrica.

- Cánulas bucofaríngeas de diferentes tamaños.
- Equipo manual para suministro de presión positiva en la vía aérea (AMBU).
- Ventilador portátil de volumen controlado.
- Desfibrilador portátil con marcapasos no invasivo.
- Es ampliamente recomendable contar con otros dispositivos para el manejo de la vía aérea difícil, tales como: Máscara Laríngea, Tubo laríngeo, equipo para ventilación Jet, Obturador esofágico, equipo para cricotirotomía de emergencia.

6) Pautas para la monitorización básica intraoperatoria

Esta pauta debe aplicarse a todo paciente programado para recibir Sedación Analgesia Moderada (Sedación conciente).

6.1) La presencia del anestesiólogo es obligatoria durante la realización de cualquier procedimiento que implique la Sedación Analgesia Moderada o Profunda, no puede ser remplazada por la monitorización.

El Anestesiólogo debe estar continuamente presente para monitorizar al paciente y proveer la atención anestésica debido a los rápidos cambios que puede sufrir un paciente que recibe agentes sedantes.

6.2 Durante toda sedación analgesia la oxigenación, la ventilación, la circulación y la temperatura deben ser continuamente evaluadas.

6.2.1) Oxigenación. Para asegurar una adecuada concentración de oxígeno en el gas inspirado y en la sangre durante el procedimiento se seguirán las siguientes pautas:

- Cuando se emplean aparatos que puedan suministrar mezclas de gases, estos deben suministrar mezclas de al menos 21% de oxígeno.
- Se debe medir la concentración de oxígeno del sistema en forma continua con un analizador de oxígeno.
- La oxigenación sanguínea se debe medir en forma continua con oxímetro de pulso y se debe contar con suficiente iluminación en el área para evaluar la coloración de la piel y mucosas.

6.2.2) Ventilación.

Para asegurar una adecuada ventilación del paciente se seguirán las siguientes pautas:

- Todo paciente que reciba sedación deberá tener la ventilación adecuada continuamente evaluada. En la medida de lo posible se usará el capnógrafo para cuantificar la fracción de CO_2 en el gas espirado, además de la observación clínica de los movimientos

respiratorios y de la cuantificación de la frecuencia respiratoria clínicamente o a través de monitores diseñados para tal fin.

6.2.3) Circulación.

Para asegurar durante todo el procedimiento la adecuada función circulatoria del paciente se seguirán las siguientes pautas:

- Todo paciente sometido a Sedación Analgesia deberá tener un trazado continuo de ECG visible desde el comienzo de la intervención hasta su finalización. Deberá contarse con un estetoscopio o fonoscopio para auscultarlo en forma continua.
- A todo paciente sometido a sedación analgesia se le deberá determinar cada 3 a 5 minutos su presión arterial.

6.2.4) Temperatura corporal.

Para mantener durante todo el procedimiento una temperatura corporal adecuada deben estar disponibles los medios para medir y mantener continuamente la temperatura del paciente.

7) Registro escrito

De todo procedimiento que se efectúe bajo Sedación Analgesia se llevará un registro escrito el cual deberá contener: La Identificación del paciente, su edad, talla peso, el tipo y concentración de agente farmacológico empleado para la Sedación y Analgesia, la cantidad y concentración de anestésico empleado para el bloqueo local o regional, cantidad y tipo de solución hidroelectrolítica empleada durante el procedimiento y un registro cada 3 o 5 minutos de los valores de frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, dióxido de carbono expirado y temperatura corporal. Dicho registro deberá incluir los criterios que se empleen para decidir el alta del paciente.

8) Recuperación posterior al procedimiento

Todo paciente que haya sido sometido a un procedimiento bajo Sedación Analgesia deberá ser evaluado en forma continua hasta su posterior egreso. Dicha vigilancia deberá llevarse a cabo en la unidad de recuperación o en su defecto en el lugar donde se suministró la Sedación. Debe contarse para la recuperación del paciente con:

- Sistema de suministro de oxígeno.
- Sistema de succión o aspiración.
- Equipo para suministro de oxígeno a presión positiva (AMBU)
- Equipo de intubación y reanimación.

SOCIEDAD VENEZOLANA DE ANESTESIOLOGIA
25 1954

- Tensiómetro.
- Monitor de signos vitales.

9) Dogas, medicamentos de emergencia y otros insumos que deben estar disponibles en el lugar donde se suministra la Sedación Analgesia

En el lugar donde se desee suministrar Sedación Analgesia para algún procedimiento, deberá contarse con:

- Drogas vasoactivas: Atropina, efedrina, adrenalina, Dopamina.
- Soluciones Hidroelectrolíticas: Solución fisiológica, Solución de Ringer Lactacto, solución Glucosada al 5% y Solución Glucofisiológica.
- Bicarbonato de Calcio.
- Gluconato de calcio,
- Lidocaina al 1% y al 2%
- Propranolol I.V.
- Smolol I.V.
- Naloxona
- Flumacenil.
- Aminofilina
- Beta 2 agonistas: Fenoterol, albuterol.
- Hidrocortisona, Metilprednisolona.
- Aminofilina.
- Catéteres de diferentes tamaños para canulación intravenosa.
- Equipos de infusión, macrogoteros y microgoteros.
- Inyectadoras de 1, 3, 5, 10 y 20 C.C.

10) Criterios para el Egreso

Todo paciente que haya recibido Sedación Analgesia no podrá egresar, hasta tanto no hubiese recuperado su estado cognitivo previo al suministro de los agentes farmacológicos que deprimieron el nivel de su conciencia, mantenga sus variables respiratorias y hemodinámicas estables y no exista el riesgo de recirculación de los agentes farmacológicos empleados durante la Sedación. Deberá ser acompañado en su egreso por un adulto responsable que lo conduzca hasta su casa. Deberá llevar todas las indicaciones post operatorias por escrito y teléfonos de Contacto del médico tratante así como del Anestesiólogo que suministró la Sedación Analgesia.

Anexo 1

Clasificación de la ASA Como el estado físico del paciente y el tipo e operación tienen una relación importante con el riesgo anestésico quirúrgico, el médico anestesiólogo deberá dejar claramente establecido dichos elementos en la historia clínica del paciente. La Sociedad Venezolana de Anestesiología sugiere utilizar las clasificaciones que a continuación transcribimos, aunque no se puedan establecer criterios netamente diferenciados, porque siempre habrá que individualizar cada caso específico. La clasificación mas difundida internacionalmente es la propuesta por : The American Society of Anaesthesiologist (A.S.A.) la cual sugerimos:

ASA I Paciente normal, sano

ASA II Paciente con enfermedad sistémica leve, sin limitaciones funcionales.(diabetes leve, hipertensión controlada, anemia, bronquitis crónica, obesidad patológica)

ASA III Paciente con enfermedad sistémica de grado moderado a grave que origina cierta limitación funcional.(angina, enfermedad pulmonar obstructiva, antecedentes de infarto al miocardio)

ASA IV Paciente con enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida e incapacitante a escala funcional.(Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal)

ASA V Paciente moribundo que no se espera que sobreviva 24 horas con o sin cirugía. (Aneurisma roto, traumatismo cefálico con aumento de presión intracraneana) Si la cirugía es de urgencia se le añadirá una U a la clasificación (ASA I U)

Las intervenciones vamos a clasificarlas en tres tipos:

Operaciones Tipo A: Aquellas intervenciones en las cuales el paciente no requiere hospitalización, o que esta no sea mayor de 24 horas; y además no exista riesgo de sangramiento, ablaciones, ni extirpaciones de gran magnitud (Ambulatorio y cirugía menor)

Operaciones Tipo B: Aquellas intervenciones en las cuales el paciente requiere hospitalización mayor de 24 horas, que tenga posibilidades de transfusión sanguínea, ablaciones o extirpación de tejido de gran magnitud; que no requiera Cuidados postoperatorios especiales (Terapia intensiva)

Operaciones Tipo C: Aquellas intervenciones que llenan los requisitos o criterios establecidos para las operaciones Tipo B, pero que requieran cuidados postoperatorios especiales (Terapia intensiva). Se utilizaran estas clasificaciones para ajustar la preparación pre-operatoria y el monitoreo cada caso específico.

SOCIEDAD VENEZOLANA
27
1984

Anexo 2

EXAMENES DE LABORATORIO PRE QUIRÚRGICO Este esquema constituye un parámetro sugerido por el Comité de Seguridad. Hacemos énfasis que lo mas importante en la evaluación pre anestésica es la Historia Clínica y el examen físico de cada paciente. Paciente ASA I Operaciones tipo A: A: Hematología completa B: Hombre mayor de 50 años y mujer mayor de 60 años: E.C.G. C: Mujer en edad reproductiva: Prueba de embarazo D: Determinación de V.I.H.

Pacientes clasificados A.S.A. I, en operaciones tipo B o C; así como también pacientes clasificados como A.S.A. mayor de I, en cualquier tipo de operaciones:

Todo lo recomendado para pacientes A.S.A. I y operaciones Tipo A, agregándose:

A: Menores de 40 años: Glicemia, creatinina.
B: Mayores de 40 años: E.C.G., RX de Tórax, Glicemia y Creatinina.

C: Cualquier prueba o examen complementario, que determine la evaluación clínica, radiológica y de laboratorio.

D: Los exámenes de laboratorio no deberán tener más de tres meses de vigencia tomando en consideración la individualidad de cada caso.

Los exámenes innecesarios con frecuencia ocasionan pérdida de tiempo, de dinero, por otra parte los hallazgos de patología no buscada en los exámenes pueden generar responsabilidad legal por negligencia si no se hace el seguimiento adecuado. A mayor número de exámenes realizados esta posibilidad aumenta.

Este esquema es valido para el ejercicio de la anestesiología ambulatoria. (ver Normas para el ejercicio de la anestesiología Ambulatoria).

GACETA OFICIAL

DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

36.595 DEL 03 DE DICIEMBRE DE 1998

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASITENCIA SOCIAL

NÚMERO 822 DE 27 DE NOVIEMBRE DE 1998

188° y 139°

RESOLUCIÓN

Por disposición del Presidente de la Republica y de conformidad con lo establecido en los numerales 1°, 2°, 3° y 9° del Articulo 30 de la Ley Orgánica de la Administración Central, de los artículos 5° y del ultimo aparte 12 de la Ley Orgánica de Salud en concordancia con el Decreto N° 1096 del 20 de septiembre de 1972, publicado en la Gaceta Oficial N° 29.912 del 21 de septiembre de 1972.

RESUELVE

Dictar las Normas y Procedimientos para la ejecución del "Reglamento sobre Clínicas de Hospitalización, Hospitales, Casas de salud, Sanatorios, Enfermería o similares"

ARTÍCULO 1. Los establecimientos relacionados con la salud se agrupan en las siguientes categorías:

1. Establecimientos Medico-Asistenciales: son aquellos en que los responsables de las actividades de atención directa a las personas deben ser médicos y se dividen en:

1.1 Establecimientos Medico-Asistenciales Hospitalarios: son aquellos en los cuales la atención médica se realiza a pacientes, cuyas condiciones de salud hacen necesaria su admisión y hospitalización para ser tratados por un periodo mayor de (12) horas de observación. Se incluyen en este concepto los denominados `por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como Hospitales, Clínicas de Hospitalización, Policlínicas, Casas de Salud, Sanatorios, ancianato, Hospitales-Día, Psiquiátricos, casas Hogar establecimientos similares.

1.2 Establecimientos Medico-Asistenciales ambulatorios: son aquellos en los cuales la atención médica se realiza ambulatoriamente y/o hasta un periodo de doce (12) horas de observación. Se incluyen en este apartado los Ambulatorios rurales y Urbanos, Consultorios Médicos, Consultorios Odontológicos, clínicas sin hospitalización las Unidades de Cirugía Ambulatoria, Servicios de Atención Medica domiciliaria, similares y a fines, de acuerdo al criterio del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

2. Establecimientos de Técnicas Medicas Auxiliares: son aquellos en los cuales los responsables de las actividades de la atención directa a las personas , sean Profesionales no Médicos o técnicos especializados, debidamente autorizados y registrados para el ejercicio profesional en un área de la salud, por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Se consideran entre otros, aquellos establecimientos *relacionados con actividades de laboratorios Clínicos, optometría, Fisioterapia,* Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Terapia de la audición y el lenguaje o similares.
3. Establecimientos de Estética Humana: son aquellos que cuentan con personal debidamente capacitado y autorizado mediante titulo, licencias o constancias de experiencia expedidos por institutos reconocidos y registrados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; para el desempeño de estas actividades tales como las *barberías, peluquerías, salones de belleza, cosmetología, gimnasio, centros de* adelgazamiento, funerarias o similares.

ARTÍCULO 2. Para otorgar la conformidad y aprobación de los anteproyectos de construcción, remodelación, ampliación y cambios de uso de los establecimientos relacionados con la salud, señalados en el artículo anterior, el interesado debe hacer una solicitud por escrito ante las Autoridades Sanitarias locales, anexando los requisitos exigidos por el comité de Programas de Edificaciones Medico Sanitarias. El comité *evaluara y dará respuesta al interesado en un plazo no mayor de sesenta días (60)* hábiles contados a partir de la fechada de recepción de la solicitud. En el caso de que el Comité le formulare objeciones al anteproyecto el lapso para dar respuesta comenzara a contarse a partir de la fecha en que el interesado consigne el anteproyecto corregido y solicite nueva revisión del mismo.

PARAGRAFO UNICO: Los Anteproyectos de establecimientos de salud cuyas áreas físicas no sean mayores a doscientos cincuenta metros cuadrados (250 mts^2), serán analizados y conformados por una Comisión Regional, constituida por el jefe de la Oficina Regional de Contraloría Sanitaria, quien la presidirá, un Medico de Salud Publica con experiencia en Establecimientos de Salud y el Ingeniero Jefe de la Oficina Regional de Ingeniería *Sanitaria, pudiéndose ampliarse con los representantes regionales del Ministerio de* Desarrollo Urbano (MINDUR) .

ARTÍCULO 3. Concluidas las obras del anteproyecto aprobado por el Comité de Programas de Edificaciones Medico sanitarias, el interesado participara al jefe del Distrito Sanitario Respectivo, para que inspección e la obra y levante un acta con los resultados de la misma la cual debe ser suscrita por el Ingeniero Sanitario Regional, el Representante de la Contraloría Sanitaria regional, el Jefe del Distrito sanitario y el interesado, a quien se *le dará una copia del acta.*

ARTÍCULO 4. Para solicitar el permiso de funcionamiento de un Establecimiento Medico Asistencial, el interesado debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Solicitud escrita dirigida al Jefe del Distrito Sanitario donde esta ubicado el establecimiento.

b) Copia del acta donde conste que ha cumplido con la construcción de las obras del anteproyecto de Establecimiento, aprobado por el Comité de Programas de Edificaciones Medico Sanitarias, y con los requisitos exigidos por las demás autoridades competentes.

c) Programación de los cargos administrativos, encabezados por un Director medico, autorizado para ejercer en el País, con Curso de Saludi Publica, preferiblemente especializado en administración de hospitales con títulos, certificaciones o licencias expedido por una Universidad Venezolana o Reconocido por la Sociedad Venezolana de Médicos Higienistas.

d) Programación de la estructura organizativa de personal profesional, técnico, auxiliar y de operación y de mantenimiento. Debe anexar copia de los títulos, licencias o certificaciones registrados en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del personal profesional, técnico y auxiliar.

e) Listado de equipos medico-quirúrgico, odontológico, de laboratorio y a fines, indicando el numero de registro otorgado por el Ministerio de sanidad y Asistencia Social.

f) Constancia escrita firmada por el Director Medico, donde se compromete a utilizar en el Establecimiento solo materiales medico-quirúrgicos, odontológicos, de laboratorios y a fines, registrados en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

g) Copia de los reglamentos internos del Establecimiento.

h) Todo el personal que labore en el mismo debe tener Certificado de Salud vigente expedido por la autoridad sanitaria competente.

ARTÍCULO 5. Cumplidos todos los requisitos anteriores, el Jefe del Distrito Sanitario procederá a otorgarle el permiso de funcionamiento, con el visto bueno de la Autoridad Regional por un periodo de dos (2) años, el cual podrá ser renovado mediante acto motivado de las Autoridades Sanitarias.

ARTÍCULO 6. El Jefe del Distrito Sanitario comunicará por escrito a la dirección Regional del Sistema Nacional de Salud, Oficina de Contraloría Sanitaria, el otorgamiento del permiso de funcionamiento del Establecimiento con su número y fecha, anexando el formulario de Registro de Establecimientos Medico-Asistenciales. La citada oficina solicitara a la Dirección de Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud, que efectué el registro Nacional correspondiente, el cual será comunicado al Jefe del Distrito sanitario y al interesado.

ARTÍCULO 7. Son los deberes de los Directores de los Establecimientos Medico Asistenciales Hospitalarios y Ambulatorios:

a) Crear y mantener una oficina para la conservación y manejo de las historias clínicas y de los informes de exámenes auxiliares que se practiquen a los pacientes, en aquellos Establecimientos Hospitalarios y en los Ambulatorios con observación de pacientes por un periodo máximo de doce (12) horas. Esta oficina debe contar con personal técnico y auxiliar especializado, de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

b) Llevar un registro diario de pacientes atendidos ambulatoriamente indicando las causas, tratamientos recibidos, intervenciones practicadas y resultados finales del servicio prestado.

c) Llevar actualizado un registro diario de las intervenciones quirúrgicas y obstétricas practicadas en aquellos establecimientos que oferten estos servicios con la identificación de los pacientes atendidos, tipo de investigaciones y resultados de las intervenciones quirúrgicas y en el caso obstétrico, los datos referentes al producto del parto o cesáreas.

d) Mantener la dotación mínima e indispensable en los establecimientos con sala de Emergencia y Medicina Crítica para la asistencia de los casos que puedan presentarse, de acuerdo a las normas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

e) Hacer cumplir las normas de higiene ambiental y las disposiciones vigentes sobre derechos líquidos y sólidos, patológicos y biológicos.

f) Comunicar a las autoridades sanitarias con treinta (30) días hábiles de anticipación, la suspensión, modificación o apertura de Servicios cuyos anteproyectos hayan sido aprobados por el Comité de Programas de Edificaciones Medico Sanitarias el permiso de funcionamiento correspondiente.

g) *Participar a las autoridades Sanitarias dentro de los diez(10) días hábiles siguientes* al ingreso o egreso del personal profesional, técnico o auxiliar, indicando identificación y credenciales registradas en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que le autoriza para ejercer sus actividades.

h) Remitir a las autoridades Sanitarias locales la información estadística mensual del movimiento de ingreso, egreso, nacimientos, morbilidad, mortalidad, intervenciones quirúrgicas practicadas y cualquiera otra información requerida por las Autoridades Sanitarias, quienes entregaran formularios modelos para tal fin.

ARTÍCULO 8.- Los Establecimientos de Técnicas Medicas Auxiliares para obtener el permiso de funcionamiento deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Dirigir solicitud por escrito al jefe del Distrito Sanitario donde será instalado el Establecimiento, anexando copia del acta en la cual consiste que ha *cumplido con la construcción de las obras del Anteproyecto del* establecimiento aprobadas por el Comité de Programas de Edificaciones Medico Sanitarias, en caso de tener áreas físicas mayores de doscientos cincuenta metros cuadrados (250.mts^2) por el Comité Regional de Revisión de Anteproyectos de Establecimientos en casos de que cualquier área física del Establecimiento sede, sea igual o menor de doscientos cincuenta metros cuadrados (250 mts^2).

b) Anexar la programación de los cargos del personal profesional, técnico y auxiliar del Establecimiento, con copia de los títulos, licencias o credenciales registradas en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que los autoricen para ejercer sus actividades.

c) Listado de equipo de salud con sus respectivos numero de registro otorgado por el Ministerio de Salud y Asistencia social, que serán utilizados en los servicios.

d) Carta de compromiso de que los materiales a utilizar estén registrados en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

e) Todo el personal que labore en el Establecimiento debe poseer certificado de salud vigente expedidos por la autoridad sanitaria competente.

ARTICULO 9.- Una vez cumplido los requisitos exigidos en el articulo anterior por el interesado, el Jefe del Distrito Sanitario, con el visto bueno de la Autoridad Regional, procederá a otorgarle el permiso de funcionamiento por un periodo no mayor de dos (2) años, el cual podrá ser renovado mediante acto motivado por las Autoridades Sanitarias.

ARTÍCULO 10.- El jefe del Distrito Sanitario comunicara a la oficina de Contraloría Sanitaria el otorgamiento del permiso de funcionamiento indicando su número y fecha, anexando el formulario de registro respectivo. La citada oficina *solicitara a la Dirección de* Regulación y Control de Materiales, Equipos, Establecimientos y Profesiones de Salud que efectué registro nacional correspondiente, el cual le será comunicado al Jefe del Distrito Sanitario y al interesado.

ARTÍCULO 11.- Los Directores o jefes responsables de los Establecimientos de Técnicas Medicas Auxiliares deben cumplir con las siguientes disposiciones:

a) Llevar un registro diario de las personas atendidas, indicando la atención prestada. El libro de registro debe ser empastado, foliado y abierto con la firma y sello del jefe del Distrito Sanitario correspondiente.

b) Informar a las Autoridades Sanitarias locales con treinta días (30) hábiles de anticipación por lo menos, la suspensión, modificación o apertura de servicios cuyos anteproyectos hayan sido aprobados.

c) Notificar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes el ingreso o egreso de personal, técnico auxiliar, indicando la actividad identificación y copia de credenciales.

d) Mantener la higiene ambiental y cumplir con las normas vigentes sobre desechos líquidos y sólidos patológicos.

e) Suministrar cualquier información solicitada por las Autoridades Sanitarias.

ARTÍCULO 12.- Los responsables de los establecimientos de Estética Humana para obtener el permiso de funcionamiento deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Dirigir solicitud por escrito al Jefe de Distrito Sanitario donde será instalado, anexando copia del acta de haber cumplido con las obras de anteproyecto de *Establecimiento aprobadas, por el Comité de Programas de Edificaciones Medico* Sanitarias se el área física del establecimiento es mayor de doscientos cincuenta (250 mts^2) metros cuadrados, o por el comité regional de revisión de anteproyectos al área física del establecimientos igual o menor de doscientos cincuenta metros cuadrados (250 mts^2).

b) Remitir anexos programación de los cargos de personal profesional técnico del establecimiento, con copia de los títulos, licencias o credenciales registradas en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que les autoricen para ejercer sus actividades.

c) *Listado de equipos de salud con sus respectivos números de registro otorgados* por el Ministerio de Salud y Asistencia Social, que serán utilizados en los siguientes servicios.

d) Carta compromiso de que los materiales a usar en sus actividades, con las personas, estén registrados en el Ministerio de Sanidad y Asistencia social.

e) El personal debe tener el certificado de salud vigente expedido por autoridad sanitaria competente.

ARTÍCULO 13.- Una vez cumplidos por los interesados los requisitos exigidos en el artículo anterior, El jefe del Distrito Sanitario, con el visto bueno de la Autoridad Regional, precederá a otorgarle el permiso de funcionamiento por un periodo de dos (2) años, el *cual podrá ser prorrogado por las autoridades sanitarias en acto motivado.*

ARTÍCULO 15.- Los responsables de los Establecimientos de Estética Humana, deben cumplir con las siguientes disposiciones:

a) Informar a las autoridades locales con treinta días (30) hábiles de anticipación de la suspensión, modificación o apertura de servicios cuyos anteproyectos hayan sido aprobados.

b) Notificar dentro de diez (10) días hábiles los siguientes, el ingreso o egreso de personal técnico o auxiliar, indicando su actividad e identificación y anexando sus credenciales, registradas en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que le autoricen para ejercer sus actividades.

c) Cumplir con las normas de higiene, control y utilización de desechos y con los procedimientos Sanitarios Establecidos por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para el desempeño del servicio.

d) Suministrar a las autoridades Sanitarias cualquiera información que elles requieran.

ARTICULO 16.- En cada Distrito Sanitario y en cada oficina de contraloría sanitaria regional se abrirá un archivo a cada Establecimiento, donde se llevaran las actuaciones practicadas en cada uno de ellos.

ARTÍCULO 17.- Las Autoridades Sanitarias practicaran por lo menos una (1) vez al año inspecciones a cada uno de los Establecimientos de salud de acuerdo al formulario establecido para tal fin.

ARTICULO 18.- Las infracciones del "reglamento sobre clínicas de hospitalización, hospitales casas de salud, Enfermería o similares" y de estas normas, serán sancionadas de acuerdo a lo establecido en las leyes y Reglamentos sobre la materia Sanitaria, sin perjuicios de que le sean aplicadas sanciones establecidas en otras leyes.

ARTÍCULO 19.- Cuando los Directores o jefes de los Establecimientos de Salud tengan conocimientos de hechos irregulares o ilícitos contra los pacientes que reciban atención

medica, bajo la responsabilidad de los mismos, tienen la obligación de denunciarlo ante las autoridades competentes.

ARTÍCULO 20.- A partir de la publicación de esta resolución en la Gaceta Oficial, aquellos establecimientos que no cumplan con estas normas, tienen un plazo de noventa (90) *días hábiles para darle cumplimiento a sus disposiciones.*

ARTÍCULO 21.- Se derogan aquellas Resoluciones que contengan normas que colindan con esta Resolución.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

JOSE FELIX OLETTA LOPEZ
Ministro de Sanidad y Asistencia Social

GACETA OFICIAL

DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
36.574 DEL 4 DE NOVIEMBRE DE 1998

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASITENCIA SOCIAL

188° y 139°

Por disposición del ciudadano Presidente de la Republica y de conformidad con los ordinales 3°, 4° y 9° del articulo 30 de la Ley Orgánica de lla Administración Central; articulo 5° único aparte del articulo 12 de la Ley orgánica de salud; aparte 1) del articulo 2° de la Resolución N° G-433 del 04 de junio de 1990, publicada en Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela N° 34.483 del 08 de 1.990, resuelve dictar las siguientes:

"NORMAS QUE ESTABLECEN LOS REQUISITOS ARQUITECTÓNICOS FUNCIONALES DEL SERVICIO DE QUIRÓFANOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MEDICO-ASISTENCIALES PUBLICOS Y PRIVADOS"

CAPITULO I
SERVICIOS DE QUIRÓFANOS

ARTICULO 1º El servicio de quirófanos es el área del establecimiento de salud donde se realizan los procedimientos quirúrgicos de diagnostico y/o tratamiento a los pacientes procedente de los diferentes servicios que los conformen.

CAPITULO II
ESTRUCTURA ORGANIZAIVA

ARTICULO 2º el servicio de quirófanos estará conformado por las siguientes unidades funcionales:

a) Unidad Administrativa;
b) Unidad de apoyo;
c) Unidad de Cuidados post Anestésicos;
d) Unidad Quirúrgica; y
e) Unidad Cirugía Ambulatoria

CAPITULO III
CONDICIONES DE UBICACIÓN, ACCESO Y RELACIONES FUNCIONALES

ARTICULO 3º El servicio de quirófanos debe tener una relación de transito directa con los Servicios de Emergencia y Medicina Critica.

ARTICULO 4º El acceso al Servicio de Quirófanos de acuerdo con las características del desarrollo arquitectónico de la edificación estará condicionado:

a) En edificaciones verticales deben contar con ascensores para camillas, de uso restringido para pacientes y personal dotados con mecanismos de comunicación interna que permitan su uso preferencial en casos de emergencia.
b) En edificaciones horizontales debe contar con un pasillo de uso restringido para pacientes y personal.

ARTICULO 5° Edificaciones horizontales, debe ubicarse el modulo donde funciones el servicio de Quirófanos a una distancia equidistante del resto de los componentes de la edificación.

a) En edificaciones verticales debe estar a una altura no mayor de 10 metros con respecto al nivel de acceso al establecimiento. En aquellas edificaciones donde se ubique a una altura superior a la indicada se debe contar con un mínimo de dos (2) ascensores monta camillas.

b) En edificaciones horizontales, debe ubicarse el modulo donde funcione el servicio de quirófanos a una distancia equidistante del resto de los componentes de edificación.

CAPITULO IV
REQUERIMIENTOS ESPACIALES

ARTICULO 6º Todos los pasillos de circulación de pacientes deben tener un ancho mínimo de 2.00 metros para el libre transito de las camillas.

ARTICULO 7º Todas las puertas de entrada y salidas de pacientes en camillas deben tener un ancho mínimo de 1.80 metros de tipo vaivén, con visor y protector de camillas.

ARTICULO 8 En todos los ambientes ubicados en áreas restringidas, así como en las áreas de recuperación quirúrgica, se deben utilizar techos de plafond liso, sin juntas, con suspensión invisible, asimismo sobre el techo de dichos ambientes no podrá colocarse ningún tipo de instalación sanitaria.

ARTÍCULO 9º Los acabados a utilizar a nivel de pisos y paredes deben ser mate, de colores claros, completamente lisos, impermeable y fácilmente lavables, con bordes redondeados que impidan la acumulación de polvo. Los pisos del área restringida y recuperación quirúrgica deben inducir en su composición aditivos bacteriostáticos, y el piso de los ambientes de los quirófanos debe ser de material conductivo.

ARTICULO 10.- La altura mínima libre en el ambiente del quirófano debe ser de 3.00 metros entre el piso y el plafond, y de 4.00 metros entre el piso y la losa de techo o entrepiso.

ARTÍCULO 11.- Debe existir una diferenciación clara entre las áreas semi restringidas y restringidas en donde se ubiquen las diversas unidades funcionales, de acuerdo a sus características de accesibilidad y uso.

Parágrafo Único.- Se entenderá por área restringida aquellas zonas del servicio de quirófanos donde se limite uso a la aplicación de los procedimientos de carácter técnicos y operativo que garanticen la asepsia de las mismas .

CAPITULO V
DE LA CONFORMACIÓN DE LAS UNIDADES

ARTICULO 12.- La unidad administrativa estará ubicada en área semi-restringida y podrá estar conformada por un espacio único o diferenciado por ambientes, de acuerdo al criterio del diseñador y a la capacidad física del establecimiento la cual debe contar con las actividades de secretaria, reuniones, jefaturas, registro, control y transcripción de operaciones.

ARTÍCULO 13.- La unidad de apoyo estará ubicada en el área semi-restringida y la conformaran:

1. Ambiente para vestuario-sanitario del personal masculino y femeninos separados, con las características siguientes:

1.1 Sanitarios: con las piezas distribuidas de acuerdo a las siguiente tabla:

	HOMBRES				MUJERES		
Nº QUIR	EXCUS	URINA	LAVAM	DUCHA	EXCUS	LAVAM	DUCHA
1-2	1	X	1	1	1	1	1
3-4	1	1	2	1	2	2	2
5-6	2	1	3	2	3	3	2
mas de 6	2	2	4	4	4	4	2

1.2 Vestuarios: deben estar directamente relacionados con el área restringida, dotados de espacios para casilleros, con facilidades para guarda ropa y bancos.

2.- Espacio para camilla de transferencia en relación directa con el pasillo de circulación del área restringida, con un área mínima por camilla de 1.50 metros cuadrados.

3.- Ambiente para biopsias por operatorio con espacio para fregadero, con un área mínima de 3.00 metros cuadrados y un ancho mínimo de 1.50 metros

4.- Ambiente para faena limpia, con un área mínima de 3.00 metros cuadrados, que variara en relación al numero de quirófanos.

5.- Ambiente para faena sucia con un área mínima de 4.00 metros cuadrados, que variara en relación al numero de quirófano.

6.- Ambiente para rayos x portátil en relación directa con el pasillo de circulación con un área mínima de 1.20 metros cuadrados y un ancho mínimo de 0.80 metros, en relación directa con el pasillo de circulación del área semi- restringida

7.- En aquellos establecimiento donde se oferten cirugía, traumatología y ortopédica debe existir un ambiente para cuarto oscuro, con un área mínima de 5.00 metros cuadrados, con espacio para estantería y proceso de revelado así como ambiente para deposito con faena y trampa de yeso con un área mínima de ..... metros cuadrados.

ARTICULO 14.- La unidad de cuidados post anestésicos estará ubicada en un área semi-restringida y la conformaran los siguientes ambientes:

a) Ambiente para puesto de enfermeras, con un área no menor de 3,00 metros cuadrados y un ancho mínimo de 1,40 metros, con visualización directa al área de camas y espacio para deposito de medicamentos y preparación de formulas.

b) Área de camas destinadas a la recuperación de pacientes post-quirúrgicos en numero no menor de dos (2) camas por quirófano, con un área mínima por cama de 4.00 metros cuadrados y un ancho mínimo de 2.00 metros que facilite la circulación a ambos lados y dotada con los elementos necesarios que permitan la privacidad ocasional del paciente.

ARTÍCULO 15.- La unidad quirúrgica estar ubicada en a el área restringida y la conformaran:

a.- Un ambiente de estar para el personal en espera de turno quirúrgico directamente relacionado con el ambiente de vestuario y dotados con facilidades para el descanso.

b.- Un ambiente para el depósito de material estéril, con acceso por área semi restringida.

c.- Un ambiente para depósito de equipos con acceso por el área semi restringida.

d.- Debe existir un espacio que permita la circulación y el acceso a los diferentes ambientes que se ubiquen en el área restringida, con facilidades para el movimiento de camillas, así como área para el lavado de manos del personal, en una relación de dos (2) lavamanos por quirófano y un (01) lavamanos por quirófano adicional, los cuales preferentemente deben tener visión directa al quirófano.

e.- Debe existir ambiente para quirófanos cuyo número se calculara en base a la formula siguiente:

$$\text{Numero de Quirófanos} = \frac{CqxDaxTq}{ExDhxH}$$

Donde:

Cq = Camas quirúrgicas ofertadas
Da = Días calendario por año.
Tq = Tiempo quirúrgico prometido por operación.
E = Promedio de asistencia.
Dh = Días hábiles por año

H = Horas laborables promedio por

f.- En caso de que el establecimiento oferten servicio de emergencia debe existir un quirófano adicional, tomando en cuenta el cálculo anterior.

Parágrafo Primero.- los quirófano de cirugía general deben tener un área mínima de 20.00 metros cuadrados con un ancho no menor de cuatro metros.

Parágrafo Segundo.- en los quirófanos para cirugías especiales tales como transplante, cirugías cardiovascular, neurología, traumatología y emergencias, el área mínima será de treinta (30) metros cuadrados con un acho no menor de (5.00) metros.

Parágrafo Tercero.- en el caso de establecimiento de carácter docente se agregara un índice de 6.00 metros cuadrados a las áreas mínimas descritas anteriormente.

Parágrafo Cuarto.- la mesa quirúrgica en el ambiente de quirófano debe estar ubicada de manera que permita el fácil acceso y traslado del paciente en camillas y libre circulación y movimiento del personal y equipos a su alrededor.

CAPITULO VII
CONDICIONES DE AMBIENTE

ARTICULO 16.- En los ambientes ubicados en el área restringida así como en el ambiente de recuperación quirúrgica, la temperatura debe oscilar entre los 16ºC y 20º C.

ARTICULO 17.- En los ambientes ubicados en el área restringida así como en el ambiente de recuperación quirúrgica, no podrán existir ventanas.

CAPITULO VIII
INSTALACIONES

ARTÍCULO 18.- Las instalaciones deben dotarse de puntos eléctricos de 110v y 220 v, conectadas al sistema preferencial de emergencia y aterradas de forma independientes, en la forma siguiente:

a.- 110 V : 4 tomas por quirófano
2 tomas por cama de recuperación.
b.- 220 V : 2 tomas por quirófano
1 toma para rayos x por quirófano
1 toma por cada cuarto de recuperación

Dichas tomas deberán colocarse a una altura mínima de 1.20 metros de altura y poseer tapas protectoras.

ARTICULO 19.- Los ambientes de quirófanos y recuperación quirúrgicos deben dotarse de un sistema independiente de aire condicionado con filtros de 90% de pureza y sistema de extracción cuya rejilla se colocara a una altura no mayor de 40 centímetros sobre el nivel del piso acabado. La presión será positiva

ARTICULO 20.- Debe existir un sistema de gases medicinales, debe existir un sistema de gases medicinales, succión y aire comprimido, distribuidos en la siguiente forma:

a.- Ubicados en el techo del quirófano:

1 toma de oxigeno
1 toma de oxido nitroso y/o aire medicinal
1 toma de succión de techo

b.- Ubicados en la pared:

1 toma de oxigeno
1 toma de oxido nitroso y/o aire medicinal
1 toma de succión

c.- Ubicados en el área de reparación

1 toma de oxigeno (por cama)
1 toma de succión (por cama)

ARTICULO 21: Lo no contemplado en estas formas se regirá por lo dispuesto en las normas especificas de construcción para cada uno de los tipos de instalaciones hospitalarias y clínicas.

Comuníquese y publíquese.

JOSE FELIX OLETTA
Ministro de Sanidad y Asistencia Social