

195

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

**MANUAL DE BIENVENIDA PARA EL
SERVICIO DE QUIRÓFANO DEL
HOSPITAL A.B.C.**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PRESENTA :
SILVIA SAAB GUERRA**

N° DE CUENTA

88631077

**DIRECTOR DEL TRABAJO:
LIC. MA. DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN**

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
OCTUBRE DEL 2009
Coordinación de

Servicio Social

293226



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
MENSAJE DE BIENVENIDA	3
OBJETIVO	6
I. MARCO DE REFERENCIA	7
a) QUE ES UN MANUAL	
b) TIPOS DE MANUALES	
c) CONOCER EL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD	
d) LOGRO DE OBJETIVO	
II. ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN	17
MANUALES CON LOS QUE CUENTA LA UNIDAD	24
DERECHOS Y OBLIGACIONES	29
AREAS DEL HOSPITAL	33
RECORRIDO DEL AREA FISICA	33
III. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN QUIRÓFANO	43
1. CUIDADOS DURANTE EL PREOPERATORIO	43
2. CUIDADOS DURANTE EL TRANSOPERATORIO	51
3. CUIDADOS DURANTE EL POSTOPERATORIO	53
BIBLIOGRAFIA	62

INTRODUCCION

El presente manual de bienvenida se ha realizado, debido a que no existía uno dentro del servicio de quirófano.

Es importante que dentro de un Hospital y que en cada servicio se le dé la bienvenida al personal de nuevo ingreso; que se instituya un sentido de responsabilidad, de compromiso, y que cada miembro realice su trabajo sobre todo con gusto y entrega.

Es de suma importancia que lo que desempeñemos nos guste, nos llene, nos satisfaga, por lo que no se realiza con agrado, no se realiza bien o se hace por fuerza, por necesidad. Hay gente que sólo “Saca el trabajo”, no lo realiza con plenitud. Siempre me digo que lo que se haga se haga bien o mejor no se haga.

Es vital que siempre estemos de lado del paciente y que lo que le realicemos o digamos, sea como si fuera para nosotros mismos, así nuestra vida será más placentera, y recuerden que lo que demos, lo recibiremos en la misma medida.

En resumen, al percibirnos como equipos de trabajo debemos fomentar:

EL ESPÍRITU DE EQUIPO

- El que todos se sientan responsables por los éxitos y fracasos del equipo.
- El orgullo de pertenecer a ése equipo.
- El que todos se involucren.
- El desarrollar puntos fuertes y aprovecharlos al máximo.

- El trabajar juntos hacia un objetivo común.
- El que todos y cada uno de los miembros del equipo, dé lo mejor de sí mismos en cada tarea.

Evitar.

- Que lo integrantes evadan responsabilidades.
- Los vacíos de compromiso.
- Los conflictos de interés.
- La burocracia.
- Los objetivos contrapuestos entre las áreas.
- La abundancia de promesas y la escasez de acción.
- El “hablar de los demás, en lugar de hablar con ellos”
- El gastar energía para encontrar culpables más que para solucionar los problemas.

PANORAMA GENERAL DEL TRABAJO

Yo sé que el personal de nuevo ingreso le es difícil adaptarse a un nuevo servicio, del área física del servicio de quirófano, de las instalaciones como está constituido el hospital y de los aspectos generales de la institución como son: derechos y obligaciones, artículos que rigen la institución, la historia a grandes rasgos de cómo se formó el hospital, los programas vigentes con los que cuenta hasta ahora; que se debe tomar en cuenta para tener seguridad e higiene y para tener un adecuado control de infecciones.

MENSAJE DE BIENVENIDA

Queremos darle la más cordial bienvenida, esperando que su participación dentro del Servicio de Quirófano, sea de éxito y colaboración.

Desde el momento en que usted ha sido elegido para trabajar en éste departamento, significa que reúne las habilidades, conocimientos y destrezas necesarias, para desempeñar con entusiasmo las labores que se le encomiendan.

El hospital es una gran familia, que se caracteriza, no solo por ser una unidad de servicio, sino un equipo con espíritu de logro.

El compromiso que usted adquiere, es de dar calidad, prestigio y dar la mejor atención y bienestar a nuestros pacientes.

Es indispensable y fundamental el ayudar a la enfermera profesional a alcanzar la meta que siempre busca, la mejor atención del paciente. Los hospitales pueden diferir drásticamente unos de otros en muchos sentidos.

Tanto sus instalaciones como la administración y el control, como el tipo de pacientes que atienden, su estructura de organización y muchos otros elementos pueden ser completamente diferentes aún en hospitales vecinos.

Sin embargo, probablemente en todos los Hospitales Generales, el servicio de cirugía es más complicado (desde el punto de vista de su organización), que los de obstetricia o de urgencias. Por lo tanto para poder ser un miembro eficaz del equipo quirúrgico, las enfermeras y las técnicas deben comprender sus respectivos papeles dentro de la estructura organizacional del departamento de

quirófano. También deben precisarse las obligaciones y las relaciones con otros miembros del equipo que asegure un ambiente adecuado para la atención individual de cada paciente.

Cuando la cirugía forma parte del tratamiento del paciente, la enfermera de quirófano participa en una fase relativamente breve, pero de extrema importancia de su atención.

La contribución que la enfermera del quirófano hace para la atención del paciente, aumenta notablemente la posibilidad de obtener una recuperación máxima de sus funciones.

Se encarga de todos los aspectos de su seguridad, comodidad y bienestar, desde el momento en que llega a la unidad, hasta que la abandona.

Simultáneamente proporciona al cirujano, los instrumentos, el equipo y el medio ambiente que requiere para realizar la intervención.

Cuando el equipo quirúrgico colabora adecuadamente, se facilita el paso del paciente por el camino hacia la rehabilitación máxima.

La enfermera quirúrgica, tiene la excelente oportunidad de demostrar que sus conocimientos y destrezas contribuyen directamente para la atención adecuada del paciente quirúrgico.

Una atmósfera tranquila y pacífica es esencial para que el cirujano pueda realizar su trabajo sin distracciones ni interrupciones, uno de los esfuerzos principales de la enfermera es "preparar el terreno".

Para que la enfermera quirúrgica de atención cuidadosa al paciente y auxilio inteligente al cirujano, es de vital importancia que considere al paciente como persona, entienda su diagnóstico y el procedimiento quirúrgico que va a efectuarse y que exista compañerismo, unión entre los miembros que laboran en dicho servicio.

OBJETIVO

- Dar la bienvenida al personal de nuevo ingreso a quirófano, cuyo propósito es orientar, dar un panorama general del área física del hospital y que brevemente conozcan cuáles son las actividades que se realizan dentro de éste servicio, durante el pre-trans-y post- operatorio del paciente.

I. MARCO DE REFERENCIA

A. QUÉ ES MANUAL

Libro que contiene abreviaturas. Las nociones principales de un arte o ciencia.

B. TIPOS DE MANUALES.

Organización.

Bienvenida.

Procedimientos

C. CONOCER EL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD Y TODO LO QUE IMPLICA RESPONSABILIDAD.

- Objetivo específico, conocer el concepto de responsabilidad y definir con claridad la responsabilidad personal

D. LOGRO DE OBJETIVO

Objetivo específico.

Plantear los objetivos en sus diferentes niveles para conocer las metas a las que se deben encaminar los esfuerzos de equipo.

Definición de objetivo

Un objetivo no es más que una meta que deseamos lograr. Éste debe estar en función de un tiempo determinado, ya sea corto, mediano o a largo plazo. Para

que un objetivo sea alcanzable, deberá de ser realista. Para definirlo, deberá responder las siguientes preguntas:

- Cómo.
- Cuándo.
- Dónde.
- Porqué y
- Quién.

Si no se define en éstos términos, no estaremos determinando un objetivo, sino un sueño que seguramente nunca llegue a cristalizar.

Se conocerán los objetivos de la empresa en los diferentes niveles:

- Organizacionales.
- Gerenciales.
- Del área.
- Individuales.

Importancia de los objetivos.

Son muchas las razones que indican la importancia de los objetivos en la acción organizada que realiza la empresa. Señalemos algunas:

- Hacer saber al grupo y a los individuos hacia dónde vamos.
- Su conocimiento permite saber si se esta en el camino correcto o no.

- Hacen saber cuánto se están realizando cosas útiles dentro de la organización.
- Motivan a las personas al encauzar su acción y darles la razón del porqué de la misma y del cuidado requerido.
- Permiten evaluar los resultados obtenidos, de acuerdo con lo que se esperaba.
- Hacen posible medir el grado de calidad y de oportunidad de los resultados.

En cualquier sistema de administración en la que se analice una empresa, los objetivos son el primero de los principios. Como dice E.Dale.

"Ésto es un axioma, puesto que la organización, por definición es un medio hacia un fin y no un fin en sí mismo".

A MAYOR IMPORTANCIA DE UNA EMPRESA, MAYOR PRECISIÓN EN SUS OBJETIVOS A LARGO PLAZO Y UNA BÚSQUEDA DE NECESIDADES MAS PERMANENTES DE LA SOCIEDAD, AUNQUE MENORES EN NUMERO.

La importancia de los objetivos de la empresa, no lleva consigo siempre la adecuada difusión entre los miembros que la integran en sus distintos niveles.

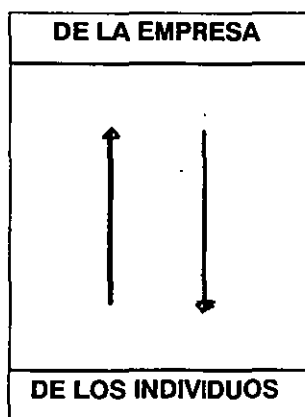
Desafortunadamente, en muchas empresas, se mantiene la práctica de que cada individuo no debe conocer más que su estrecho campo de acción en el cuál lleva a cabo sus funciones.

Un enfoque claro y completo de los objetivos generales, ayuda desde el principio a quienes trabajan en ella, a entender mejor los objetivos de su área específica y las responsabilidades de su puesto.

Naturaleza de los objetivos

Una empresa es y se realiza con la presencia productiva de personas que se comprometen a realizar tareas orientadas a un fin. Pero los individuos no renuncian a su condición de personas, con derecho a sus propios objetivos individuales.

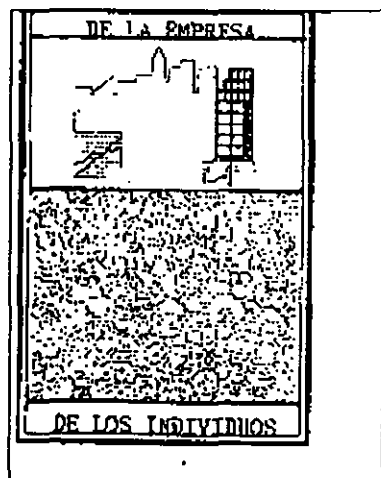
Doble es, pues, la naturaleza de los objetivos dentro de la empresa:



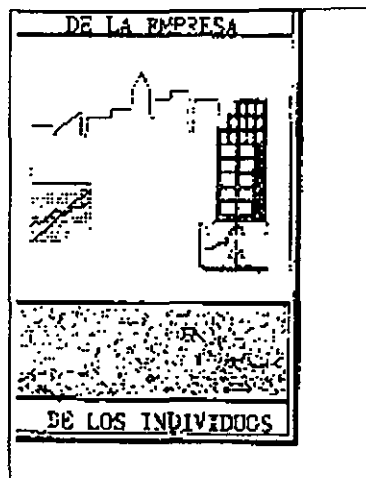
En la práctica existe un juego de interacciones, que puede movilizar los campos de manera peligrosa para cualquier de los dos extremos de la relación. Al potenciar los objetivos de la empresa a costa de, o ignorando los objetivos de los individuos, se estará creando una condición de grave peligro para los fines mismos de la empresa: SITUACIÓN "A".

La situación "B", por el contrario, indica que los individuos proyectan en el ámbito de la relación de empresa una cantidad tal de objetivos personales, que pueden crear conflicto en el uso del tiempo necesario para cumplirlos.

a)



b)



En la práctica necesitan conjugarse éstos dos campos de objetivos para que la acción conjunta sea eficaz. Los dos campos están interrelacionados y tienen influencias recíprocas. La conjugación de éstos campos de objetivos va más allá de la simple suma de los objetivos de las personas como tales, por eso, importa recordar el principio administrativo de integración:

ANTES DE SABER LO QUE VOY A HACER,
DEBEMOS SABER PRIMERO LO QUE
"NOSOTROS VAMOS A HACER".

CONCEPTOS

Para fijar objetivos de trabajo, es necesario definir con anterioridad el campo preciso de su responsabilidad de área o individual, dentro del marco de los objetivos generales de la empresa.

A continuación se presentan conceptos tales como: responsabilidad, responsable, acto responsable y sentido de responsabilidad:

Responsabilidad.

Responsabilidad es el compromiso de hacer algo que contribuya a un fin y por lo que se puede rendir cuentas.

- **Responsable.**

Persona física o moral capaz de contraer un compromiso o que en realidad lo ha contraído.

- **Acto responsable.**

Aquél en el cuál la persona que ejecuta la acción, tiene en cuenta. Al realizarla, los antecedentes y las consecuencias del hecho.

- **Sentido de responsabilidad**

Es la facilidad para percibir las relaciones del hecho realizable, que las diversas circunstancias presentes en la situación, sean anteriores, concomitantes o consecuentes al hecho.

RESPONSABILIDAD DE LOS INDIVIDUOS

En toda la organización importa mucho definir con claridad cuál es la responsabilidad de cada persona, para vincular sus objetivos individuales con la responsabilidad del área en la que trabaja.

El concepto de la participación es que estimula a la gente a aceptar la responsabilidad en sus actividades grupales. Es un proceso social por medio del cual los miembros de la organización se sienten automotivados y desean verlo trabajar con éxito. Cuando hablan acerca de organización empiezan a usar el "nosotros" en lugar de "ellos". Cuando observan un problema de trabajo lo llaman "nuestro" no de "ellos". La participación les ayuda a convertirse en empleados-ciudadanos responsables y no empleados y mecanizados.

Conforme el individuo empieza a aceptar responsabilidades para realizar actividades de grupo, ven en esto la manera de hacer lo que a ellos les gusta hacer, es decir, hacer un trabajo por el cual se sientan responsables. La idea de lograr que el grupo quiera trabajar en equipo es el paso clave para que se desarrolle con éxito una unidad de trabajo.

BITÁCORA DE AUTOCONTROL DE ACTIVIDADES

Objetivo específico. Introducir la nueva herramienta de trabajo (bitácora de autocontrol de actividades), conocer la metodología, así como determinar sus beneficios y evaluación.

Ventaja de la planeación de actividades y del tiempo.

- Asegurar el logro de nuestras metas de la mejor manera.
- Alcanzar los resultados deseados en el mínimo del tiempo.
- Considerar nuestras metas de manera realista en función del tiempo disponible.
- Determinar metas prioritarias.
- Aprovechar el tiempo en las metas más prometedoras.
- Concentrarnos en las metas más importantes y asegurar su cumplimiento.
- Tener una perspectiva cronológica de todas nuestras metas y de los pasos y acciones por darse: qué hacer, cuándo, cómo, etc.
- Aprender a estimar de manera más real el tiempo que requiere la realización de cada actividad.
- Fijar fechas límite de forma realista y ajustarnos a ellas.
- Anticiparnos a los problemas y estar preparados para evitarlos o resolverlos.
- Considerar una reserva de tiempo para posibles imprevistos.
- Evitar tiempos muertos e improductivos.
- Realizar las tareas similares al mismo tiempo.

- Detectar trabajos o actividades para los que necesitemos la ayuda de otros o que podamos delegar.

OBJETIVOS DEL INDIVIDUO.

Estos objetivos reciben comúnmente el nombre de metas. Ésta palabra significa lo mismo que objetivo: El fin al que se quiere llegar.

Cuando las dos palabras se usan en el mismo texto, o con referencia al mismo tema, tienen diferencias en el significado:

OBJETIVOS:

Son mayores en cantidad y más lejanos en tiempo.

METAS:

Son menores en cantidad y más cercanas en tiempo.

Las metas están siempre en relación con los objetivos y señalan el grado de avance hacia ellos.

En el terreno de la realidad, los objetivos individuales marcan los compromisos de acción para cumplir con las responsabilidades propias del puesto que cada uno desempeña en la organización.

Són cuatro los tipos de objetivos o metas individuales:

- De rutina.
- De emergencia.
- Creativas.
- De crecimiento y desarrollo personal.

Cuenta la historia de cuatro personajes que se llamaban todo el mundo, alguien, cualquiera y nadie, cierta vez que había que hacer una tarea importante, todo el mundo estaba seguro de que alguien lo haría. Cualquiera la habría podido hacer, pero nadie la hizo. Alguien se enfadó porque era tarea de todo el mundo. Todo el mundo pensó que cualquiera podría hacerla y alguien la haría. Pero nadie se dio cuenta de que todo el mundo creyó que alguien la haría. A fin de cuentas, todo el mundo culpó a alguien, porque nadie hizo lo que cualquiera habría podido hacer.

II. ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

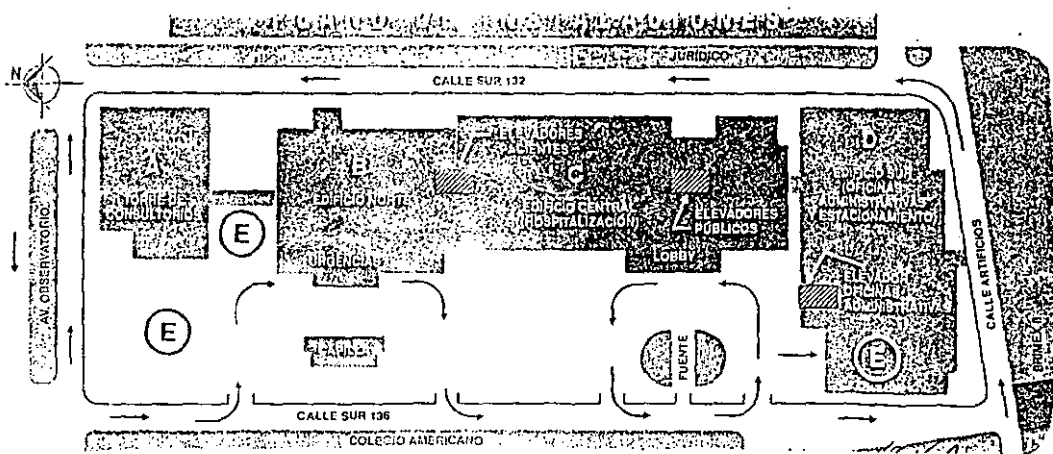
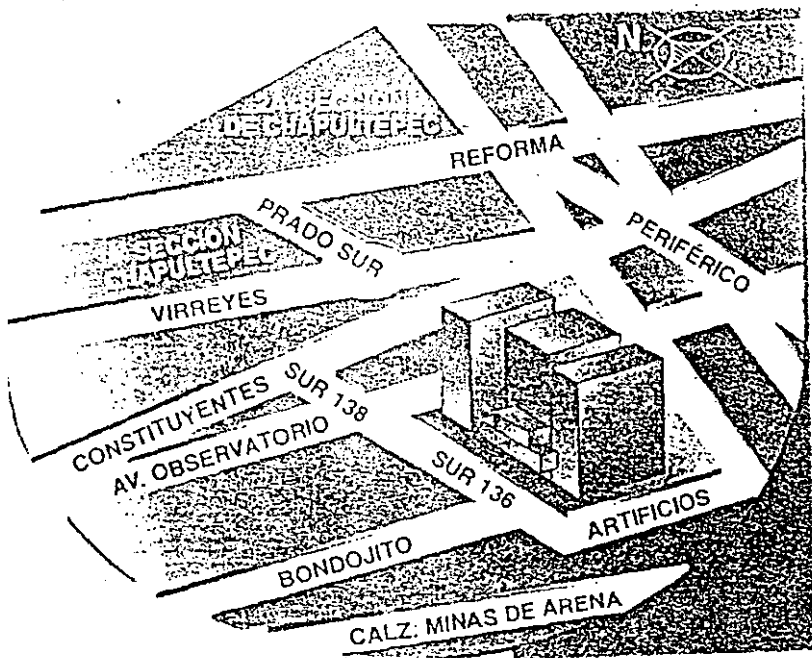
The American British Cowdray Medical Center, es una institución de asistencia privada constituida de acuerdo con la ley de la materia de carácter permanente, sin ánimo de lucro y que tiene como objeto la prestación de servicios asistenciales y hospitalarios, en el hospital que lleva su nombre, establecido el 1° de enero de 1965.

La misión como institución de asistencia privada, es proporcionar a la comunidad, servicios de excelencia en salud. La filosofía es de sentido humano que brinda servicios a la comunidad efectuando una amplia obra asistencial, de enseñanza e investigación. Su visión es ser un sistema de salud líder en Latinoamérica, capaz de captar y mantener la preferencia de los usuarios por nuestro humanismo, alta calidad y profesionalismo al ofrecer servicios oportunos y eficientes.

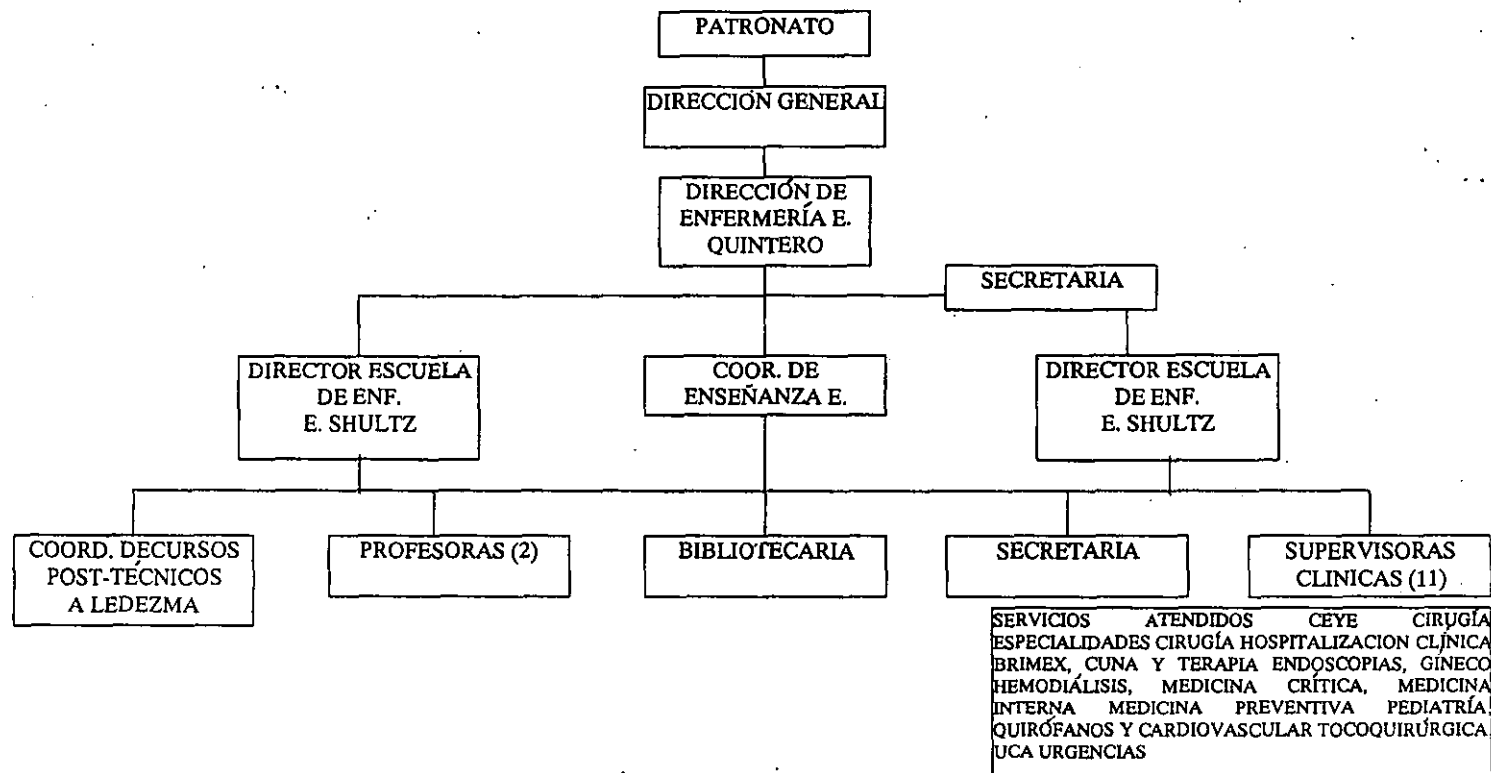
Los valores que vivimos y compartimos son:

- Actitud de servicio.
- Profesionalismo.
- Humanismo.

PLANO DE HOSPITAL ABC.



ORGANIGRAMA
THE AMERICAN BRITISH COWDRAY MEDICAL CENTER I.A.P.
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



PROGRAMAS VIGENTES.

- CAPACITACIÓN.
- DESARROLLO.
- ENSEÑANZA.
- CONTROL DE INFECCIONES.
- SEGURIDAD E HIGIENE.

La misión que el hospital ABC, se ha impuesto, es brindar la atención médica hospitalaria y proporcionar un servicio de excelencia, la constante transformación en el mercado de servicios, así como la necesidad de optimizar y consolidar nuestros recursos humanos, són algunos de los retos a los que se enfrenta nuestra institución y representan un desafío a nuestra capacidad de adaptación.

La capacidad de dar una respuesta oportuna y exitosa, ante éstos retos, determinarán que la institución tenga un crecimiento constante, la capacitación es un factor decisivo para la calidad de dicha respuesta. En la medida en que nos entrenemos, nos informemos y nos formemos, alcanzaremos el desarrollo integral y el cambio de actitudes requerido para el éxito.

Capacitación y Adiestramiento: De conformidad con lo dispuesto en el Capítulo III Bis del Título Cuarto, así como de los Artículos 132 Fracción XV, 153-A al 153-X y 391 Fracciones VII y VIII de la "LEY" la "INSTITUCIÓN"

Con ésta finalidad la dirección de finanzas y administración, a través del área de capacitación y desarrollo lleva a cabo un programa de detección de necesidades de capacitación, con el objeto de prestar año con año un programa de capacitación enfocado a las necesidades reales y orientado a satisfacer las inquietudes individuales para la actualización y el desarrollo de los empleados que forman parte de ésta gran familia que es el hospital ABC.

COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES

El comité de control de infecciones está formado por el presidente, con especialidad en infectología, una coordinadora que tiene como responsabilidad el que se lleven a cabo todas las resoluciones que se den en la junta. El comité se reúne una vez al mes contando con otros integrantes como el director general, director médico y jefes de servicio.

La enfermera del comité es la responsable de evitar en lo que sea posible las infecciones de los pacientes y del personal dentro del hospital. Para llevar a cabo éstos objetivos se necesitan medidas de aislamiento, uso de equipo protector en los trabajadores de la salud así como la inmunización en el adulto.

Es necesario que el personal que sufra alguna lesión, accidente o explosión con sangre o líquidos corporales, avise de inmediato al comité, nos encontramos en las extensiones 8093 y 8083 del cuarto piso.

Otra de las funciones es la educación sobre las precauciones para el cuidado de todos los pacientes, para reducir el riesgo en la transmisión de microorganismos que se transmiten por sangre, líquidos corporales y otras rutas que las precauciones universales no las aplica y se les llama "precauciones standard".

Este tipo de precauciones deberán ser utilizadas en todos los pacientes hospitalizados.

En todos los servidores de cada cuarto de hospitalización se encuentra la guía para cumplir correctamente éstas precauciones en lo que corresponde al uso del equipo de protección. La enfermera es la responsable de avisar cuando ingresan pacientes con infección con el fin de proporcionar las medidas de aislamiento.

Entradas y Salidas de Materiales

Al introducir a las instalaciones algún objeto de propiedad personal, éste deberá ser reportado y registrado en el departamento de seguridad, y al retirarlo de las instalaciones se informará al mismo departamento, dándose por enterado el personal que así reporte sus propiedades, que en caso de pérdida del mismo, el hospital no se hará responsable de la recuperación de éste.

En caso de que la institución facilite o preste al personal algún equipo y/o material propiedad de la misma, el empleado deberá presentar a su salida al departamento de seguridad la hoja de autorización correspondiente, y en caso de no haber sido regresado en el tiempo estipulado, la institución tendrá el derecho de descontarlo a través de la nómina y dentro de lo establecido en la Ley Federal de Trabajo.

Higiene y seguridad

El personal que sufra algún accidente dentro de las instalaciones, deberá reportarlo a su jefe inmediato y solicitarle elaborar un reporte de caso especial para recursos humanos.

El personal deberá reportar las condiciones y/o actos inseguros, que puedan provocar accidentes incendios o alguna otra situación de riesgo para las personas que se encuentren en las instalaciones del hospital ABC.

En general, el personal debe apegarse a las diferentes normas que existan en todas las áreas.

Está estrictamente prohibido introducir alimentos al área de hospitalización e instalaciones en general.

En áreas de casilleros se deberán guardar únicamente los objetos personales, éstos podrán ser revisados por el departamento de seguridad sin previo aviso.

El personal en general deberá acatar las diferentes disposiciones del Reglamento Interno de Trabajo (R.I.T.) de la institución.

Situaciones de Emergencia

El personal tiene la obligación de apoyar en caso de emergencia, a los diferentes grupos de brigadas, instituidos para éste fin, además de seguir las instrucciones de quien esté a cargo de la emergencia.

El personal podrá participar en las brigadas de emergencia que la institución establezca y una vez que haya aceptado su nombramiento, queda comprometido a cumplir con las disposiciones establecidas para sus integrantes.

El personal en general, deberá conocer las disposiciones que existan dentro de la institución, para casos de emergencia y apegarse a ellas.

El personal está obligado a cuidar de las instalaciones del hospital ABC y en especial todo lo relacionado con las instalaciones dedicadas a prevenir o afrontar riesgos de desastres.

Seguridad Externa

Existe personal de la Policía Bancaria e Industrial en la periferia del hospital las 24 horas del día.

El personal en general, al salir de las instalaciones y dirigirse a pie a su vehículo estacionado dentro de la periferia de la institución, o al abordar transporte colectivo sobre Av. Observatorio en sur 132 ó 136, podrá solicitar un elemento de seguridad le acompañe a abordar el mismo. (en horario posterior a las 19:00 Hrs y hasta las 7:00 Hrs.)

Todos los incidentes que ocurran en la periferia de las instalaciones deberán ser reportados al departamento de seguridad.

MANUALES CON LOS QUE CUENTA LA UNIDAD

- Organización
- Procedimientos

REGLAMENTOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD

La "INSTITUCIÓN" acepta y reconoce como obligación el tener a todos y cada uno de los trabajadores debidamente registrados en el Instituto Mexicano del Seguro Social, INFONAVIT y AFORE.

De conformidad con lo dispuesto por el Art. 9º de la "LEY", serán catalogados como empleados de confianza y a los cuáles no son aplicables las estipulaciones del presente Contrato los siguientes: Empleados de Oficina, Directora de Enfermeras, Subdirectora de Enfermeras, Supervisora de día (por piso), Supervisora de tarde (por piso) y Supervisora de noche (por piso).

Para ingresar al servicio de la "INSTITUCIÓN" el aspirante deberá satisfacer los siguientes requisitos.

- a) Ser propuesto por el "SINDICATO" utilizando la bolsa de trabajo.
- b) Ser mexicano.
- c) Para el caso de Enfermería, tener título de Enfermería o Cédula de la Dirección General de Profesiones.

- d) Poseer el resultado de un exámen médico reciente expedido por las Autoridades Sanitarias para acreditar que está capacitado físicamente para el desempeño del servicio y que no padece alguna enfermedad crónica o contagiosa.
- e) Obligarse por escrito a no prestar servicios en ninguna otra Institución, asistencia u hospitalaria, ya sea en forma onerosa o gratuita, mientras trabaje para la Institución contratante.
- f) Cuando se trate de Ayudante de Enfermería del sexo masculino, debe presentar el curso de 2º año de Medicina y no podrá prestar más de 3 años de servicio dentro de la "INSTITUCIÓN", porque se entiende que éstos ayudantes de Enfermería sólo trabajan mientras reciben su título de Médico o Enfermero Titulado y registrado.
- g) El aspirante se compromete a un reconocimiento médico a su ingreso, así como dos reconocimientos anuales, los cuáles otorga gratuitamente la Secretaría de Salud.

En caso de vacantes o puestos de nueva creación, el "SINDICATO" proporcionará el personal correspondiente y tratándose de ascensos deberá tomarse en cuenta la competencia y antigüedad. Prestarán sus servicios a prueba por noventa días para demostrar su capacidad por tratarse de una actividad técnica y especializada, en caso negativo, regresarán a ocupar el puesto que desempeñaban con el salario correspondiente a dichos puestos y si se trata de un trabajador de nuevo ingreso, también prestará sus servicios por un período de prueba de noventa días, ésto es aplicable tanto para Enfermería como para Servicios, el cuál percibirá el salario mínimo profesional vigente y quedará de planta si el resultado es satisfactorio, devengando a partir de ese día el salario inmediato superior tabulado para su categoría, de lo contrario se dará por terminado su contrato sin responsabilidad para la "INSTITUCIÓN".

Las partes convienen en que el "SINDICATO" cuenta en la actualidad con una bolsa de trabajo para estar en posibilidad de proporcionar el personal para cubrir la ausencia del personal de Enfermería y Servicios en los departamentos en que la "INSTITUCIÓN" lo solicite.

Por cada cinco días, los trabajadores disfrutarán de dos días de descanso, con goce de salario íntegro, como se determina en la "LEY".

Se establece por las partes contratantes que la jornada semanal de trabajo será de cuarenta horas para la jornada diurna, treinta y siete horas y media para la jornada mixta y treinta horas para la jornada nocturna terciada y un turno nuevo para servicios de treinta y cinco horas a la semana en jornada nocturna, de acuerdo con los siguientes horarios.

Turno matutino diario

	Entrada	Salida
Enfermería	07:00	15:00

Turno vespertino diario

	Entrada	Salida
Enfermería	07:00	15:00

Turno nocturno terciado

	Entrada	Salida
Enfermería	21:00	07:30

Diariamente con dos días de descanso a la semana y pago de cinco horas más a la semana, que se disfrutarán en jornadas ordinarias.

La creación de turnos nuevos será para el personal de Enfermería y Servicios para ser ocupados por personal de nuevo ingreso u otorgándoselos a los trabajadores que actualmente prestan sus servicios, si así les conviniera.

Cuando los trabajadores tengan que laborar jornada extraordinaria el salario que deberán percibir será de acuerdo a los términos señalados por la "LEY".

Las partes convienen que el sueldo mensual y salario diario que devengarán el personal sindicalizado de la sección de Enfermería y de Servicios, en las diferentes categorías quedará de la siguiente forma:

Bono de productividad.

La "INSTITUCIÓN" y el "SINDICATO", en términos de la declaración del presente contrato conviene en crear un Bono de Productividad tanto para el área de Enfermería como de Servicios a través de un sistema de evaluación trimestral del personal sindicalizado:

Este bono de Productividad se calculará en forma mensual y se pagará trimestralmente, el trabajador podrá inconformarse con el resultado de su evaluación y la "INSTITUCIÓN" por su parte, revisará aquellas evaluaciones en que exista inconformidad y que le sean presentados por el trabajador o por conducto del "SINDICATO", ante la instancia de Recursos Humanos.

La "INSTITUCIÓN" se obliga a conceder a su personal de Enfermería y Servicios, vacaciones anuales y prima vacacional de acuerdo a los años de servicios efectivos de antigüedad, de la siguiente forma:

En el mes de diciembre de cada año la "INSTITUCIÓN" cubrirá al personal como aguinaldo los siguientes días:

Tomando en cuenta que por tener el carácter de Institución de Asistencia Privada sin fines de lucro no obtiene utilidades al final del ejercicio, no está obligada al reparto de utilidades que establecen los Artículos 117 y siguiente de la "LEY".

La "INSTITUCIÓN" se obliga a aportar a los trabajadores sindicalizados de enfermería y servicios, en un Fondo de Ahorro, una cantidad consistente en el importe del 8%, del monto anual de los salarios que perciban sus trabajadores.

Asimismo los empleados se obligan a ahorrar, en un Fondo de Ahorro, una cantidad consistente en el importe del 8%, del monto total anual de sus salarios, el cual será descontado quincenalmente por nómina.

Ambos porcentajes serán depositados en forma quincenal por la "INSTITUCIÓN" en una cuenta de inversiones que permitan obtener intereses.

Dicho ahorro les será entregado a los trabajadores a más tardar el día veinte de diciembre de cada año, junto con los intereses devengados.

DERECHOS Y OBLIGACIONES

DERECHOS

El personal del hospital ABC tendrá derecho a:

- Percibir los sueldos que le correspondan por el desempeño de sus funciones ordinarias y extraordinarias en los términos establecidos en su contrato de trabajo.
- Recibir la prestaciones correspondientes a su tipo de contrato.
- Que se acredite en su expediente las notas buenas a que se hagan acreedores.
- Asistir a los cursos de capacitación y adiestramiento programados para la actualización de sus conocimientos previa autorización del área correspondiente.
- Recibir un trato cordial y respetuoso por parte de las autoridades del hospital así como de sus compañeros de trabajo.
- Recibir los instrumentos, equipo de trabajo y materiales necesarios para el desempeño de sus funciones.
- Percibir un aguinaldo anual de acuerdo a los días establecidos en su tipo de contrato.
- Participar en los concursos y movimientos de escalafón interno y ser promovidos en caso de cubrir los requisitos necesarios.
- Gozar anualmente de un período vacacional de acuerdo al tipo de contrato y sujeto a los roles que la institución elabore.
- Disfrutar los días de descanso obligatorio establecidos por la ley, con goce de salario así como los establecidos de acuerdo al tipo de contrato.

OBLIGACIONES

El personal del Hospital ABC se sujetará a las siguientes obligaciones:

- Prestar sus servicios en el hospital o en el lugar que se señale, aplicando con toda intensidad, cuidado y esmero, sus conocimientos y experiencia en el desempeño del puesto.
- Asistir con puntualidad al desempeño de sus labores, efectuando los registros en caso de requerirse.
- Cubrir la totalidad de la jornada laboral de acuerdo a su contrato, desempeñando diariamente sus labores, excepción hecha de los días de descanso semanal, obligatorios y períodos vacacionales.

- Respetar el tiempo destinado para tomar sus alimentos.
- Entrar y salir exclusivamente por la puerta que la institución designe para tal efecto.
- Mantener el nivel de sus conocimientos técnicos o profesionales, asistiendo puntualmente a los cursos de capacitación y adiestramiento que se le requiera.
- Guardar la reserva o discreción relacionada con los documentos e información que lleguen a su conocimiento con motivo del desempeño de su trabajo.
- Mantener siempre una actitud de servicio y colaboración.
- Evitar la ejecución de actos que pongan en peligro la vida, la salud y la seguridad propia, la de los pacientes, la de sus familiares y la de sus compañeros de trabajo.
- Observar las medidas tendientes a evitar riesgos de trabajo que se establezcan por la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene, usando durante sus labores el equipo de protección necesario.
- Conservar en buen estado los instrumentos y equipo de trabajo y demás bienes que se le proporcionen para el desempeño de sus labores y devolverlos sin más deterioro que el derivado del uso normal.
- Devolver oportunamente al Hospital los materiales o artículos de consumo no autorizados en el servicio.
- Someterse a los exámenes médicos requeridos por la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene o solicitados por la institución.
- Mantener actualizados sus documentos y datos personales en el expediente integrado en recursos humanos.
- Portar en lugar visible dentro de las instalaciones del Hospital su credencial que lo identifica como empleado del mismo, y reportar a Recursos Humanos el mismo día en caso de extravío para solicitar la reposición.
- Prestar auxilio en cualquier momento, cuando por siniestro o riesgo inmediato peligre el personal, los pacientes, sus familiares o los bienes de la institución.
- En caso de enfermedad dar aviso oportuno a su jefe inmediato, debiendo entregar a su regreso o enviar la incapacidad médica correspondiente.
- Presentarse a sus labores al día siguiente de que concluya la licencia correspondiente, en la inteligencia de que, de no hacerlo, desde esa fecha comenzarán a computarse las faltas de asistencia para los efectos a que hubiere lugar.
- Participar en caso de ser requeridos como miembros de las comisiones mixtas internas.
- Comunicar a sus superiores o jefes inmediatos las observaciones y medidas que estime pertinentes, sobre desperfectos del equipo o instalaciones, a fin de evitar daños a la institución o a las personas.
- Abstenerse de concurrir en estado de ebriedad o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante o provocarse tales estados en la jornada de labores, siempre y cuando en el caso de éstas últimas no se trate de fármacos prescritos por médico autorizado.

- Abstenerse de entorpecer u obstruir las labores de los compañeros de trabajo y suspender o demorar los propios.
- Abstenerse de sustraer de las oficinas, áreas médicas, consultorios, laboratorios o áreas de la institución, bienes del mismo de cualquier naturaleza, siempre y cuando no exista autorización y orden de autorización.
- Abstenerse de dar a los instrumentos de trabajo usos distintos al de aquellos que están destinados.
- Abstenerse de portar armas de cualquier clase durante las horas de labores.
- Abstenerse de ocasionar o participar en pleitos dentro de la institución.
- Abstenerse de realizar actos de usura con sus compañeros de labores.
- Abstenerse de hacer anotaciones falsas en documentos de trabajo.
- Abstenerse de causar daño o destruir intencionalmente las instalaciones y equipo del hospital.
- Abstenerse de proporcionar sin la debida autorización documentos e información de los asuntos relacionados con su trabajo.
- Abstenerse de solicitar o aceptar gratificaciones o dádivas de los pacientes y familiares.
- Abstenerse de cometer actos inmorales dentro de la institución.
- Cumplir las disposiciones establecidas dentro del reglamento interno de trabajo (R.I.T.).

EVALUACIÓN DEL TRABAJO

Siendo el Hospital ABC una institución de salud y servicio, el logro de una buena imagen se basa fundamentalmente en la calidad y eficacia con que se brinde la atención al paciente.

Ambas, calidad y eficiencia, dependen básicamente de la actuación y desempeño del personal en el trabajo.

Es por ello que se hace necesario identificar el grado de compromiso y el esfuerzo que realiza el personal para desempeñar eficientemente su trabajo y responsabilidad encomendadas.

La evaluación del trabajo busca fundamentalmente lograr la efectividad de la institución y apoyar al cumplimiento de los objetivos del hospital.

El jefe inmediato evalúa la labor del personal a su cargo, mediante una entrevista justa y objetiva de los meses de trabajo que pasaron, en ella se informa sobre la calificación obtenida en el período y deseos futuros.

El deseo del Hospital es que todos sus integrantes encuentren en él la consumación de sus metas y la proyección deseada.

ÁREAS DEL HOSPITAL RECORRIDO DEL ÁREA FÍSICA

LOCALIZACIÓN DE SERVICIOS

"A" TORRE DE CONSULTORIOS

Edif. Donald Mackenzie

SÓTANO

Estacionamiento

PLANTA BAJA

Cafetería.
Clínica de Beneficiencia.
Brimex.
Farmacia.

PRIMER PISO

Consultorios de 101 a 120.

SEGUNDO PISO

Sala de Espera General y Juegos Infantiles

Consultorios de 201 al 218.

TERCER PISO

Radiología consultorio 219.

CUARTO PISO

Consultorios del 301 al 322

QUINTO PISO

Consultorios del 401 al 422

Consultorios de 501 al 522

"B" EDIFICIO NORTE

SÓTANO

Inhaloterapia.
Recursos Materiales.

PLANTA BAJA

Capilla Ecuménica
Fisiología Pulmonar
• Broncoscopia
• Calorimetría.
• Pruebas de Función Pulmonar.

Neurofisiología

- Audiometría.
- Clínica del Sueño.
- Electroencefalografía.
- Otoneurología.
- Potenciales Evocados.

Laboratorio de Patología Clínica

Urgencias.

- Endoscopia.

PRIMER PISO

Gineco Obstetricia.
Quirófanos.
Sala de Labor (Tococirugía).

TERCER PISO

Unidad de Medicina Crítica.
Terapia Intensiva.
• Cuartos T1 al T8.

Cuidados Coronarios.
• Cuartos C1 al C4.

Cuidados Prolongados.
• Cuartos 346 al 349.

Cuidados Intermedios.
Cuartos 350 al 361.

"C" EDIFICIO CENTRAL

SÓTANO

Banco de Sangre.
Caja General.
Cajero Automático.
Cafetería de Autoservicio.
Centro Urológico.
• Endoscopia Urológica.
• Litotripsia.
• Urodinamia.
Terapia Física y Rehabilitación.

PLANTA BAJA

Admisión y Caja.
• Reservaciones.
Atención a Pacientes y Público.
Auditorio.
Caja de Médicos.
Fisiología Cardiovascular.
• Ecocardiografía.
• Electrocardiografía.
• Holter.
• Pruebas de Esfuerzo.
Imagenología
• Densitometría
• Hemodinamia y Angiografía.
• Mamografía.
• Medicina Nuclear.
• Radiología (Rayos X).
• Resonancia Magnética.
• Tomografía Computarizada.
• Ultrasonido y Doppler Color.

- Medicasa
- Medicina Preventiva
 - Programas de Evaluación de la Salud.
 - Centro de Vacunación para Adultos.
 - Clínica de Tabaquismo.

Clínica del Dolor.
 Módulo de Compañías de Seguros.
 Módulo de Informes.
 Restaurante.
 Tienda de Regalos.

PRIMER PISO

- Cuna
 - Unidad de Terapia Intensiva Neonatal

- Hospitalización Ginecología y Obstetricia.
 - Admisión de Pacientes.
 - Cuartos 101-133.
 - Sala de Espera.

SEGUNDO PISO

- Hospitalización Cirugía
 - Admisión de Pacientes.
 - Cuartos 200 al 247.
 - Sala de Espera

TERCER PISO

- Hemodíálisis.
- Hospitalización Medicina Interna.
 - Admisión de Pacientes
 - Cuartos 300 al 339.

CUARTO PISO

- Asociación Médica
- Biblioteca.
- Biblioteca Damas Voluntarias.
- Campaña Financiera.
- Damas Voluntarias.
- Enseñanza Médica.
- Hospitalización Pediatría.
 - Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.
 - Admisión de Pacientes.
 - Cuartos 401 al 425.
 - Sala de Espera.
- Mercadotecnia.
- Relaciones Públicas
- Sistemas.
- Videoclub.

EDIFICIOS ANEXOS

Anexo Artificios N° 32.
Centro de Investigación y Educación en Salud.
Anexo Av. Observatorio N° 270. 2° piso.
Centro de Capacitación, Recursos Humanos.
Anexo Sur N° 132-138.
Jurídico.

"D" EDIFICIO SUR

SÓTANO

Archivo Clínico.

PLANTA BAJA

Cajeros Automáticos.
Estacionamiento Público.

CUARTO PISO

Administración.
Colegio Americano de Cirujanos.
Dirección General.
Dirección de Enfermería.
Dirección de Finanzas.
• Crédito y Cobranzas.
Dirección Médica.
Escuela de Enfermería.
Escuela de Fisioterapia.
Estacionamiento.
• Niveles del 1° al 10°.
Recursos Humanos.

DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA FÍSICA DE QUIRÓFANO.

Se encuentra en el 1er, piso del hospital.

Saliendo del elevador está recuperación, se cruza otra puerta y está a la izquierda la recepción, la oficina de la supervisión, un cuarto en dónde se guarda material médico o quirúrgico e instrumental, junto hay un cuarto con lockers para médicos. Hay 3 mesas con sillas, en una hay máquina de escribir y en la otra hay una charola y libreta en dónde se dejan las piezas de patología.

Al lado derecho de la entrada está el vestidor de médicos, junto el pizarrón en dónde se anota la programación de las cirugías; junto está el vestidor de enfermeras y una puerta interna que comunica con Quirófano y con Tocoquirúrgica. Volviendo al pasillo de entrada, está recepción de pacientes, a la izquierda un cuarto para guardar: lámparas, neuronavegador, refrigerador. etc., enfrente está la sala 1 que es la más grande y se usa más para cirugía de cardiología, dentro de ésta sala hay un cuarto dónde se guarda todo lo de cardiología, se sigue por el pasillo a mano izquierda está recuperación. Dentro hay un baño y un cuarto aislado; por el pasillo y está un montacargas en el lado derecho en dónde se envían los carros con instrumental sucio; se sigue por el pasillo y enfrente está subalmacen que es el que surte a todas las salas, y está junto a las salas 4,5,6 y 7 y una puerta para Toco y la sala 7.

Enfrente de la sala 4 está un cuarto en dónde se guarda todo (carros de los médicos, bancos, mesas quirúrgicas, tripies, aparatos de liposucción, braseras, etc., junto a éste cuarto, hay un cuartito dónde se revelan placas de Rx. Pasando por el pasillo de entrada hacia el lado izquierdo, hay un cuarto que tiene clóset en dónde se guarda material e instrumental médico; se cruza la puerta y enfrente está Toco 1 y 2; enfrente hay una tarja para lavado quirúrgico; al fondo al lado izquierdo, está la sala 7 y un autoclave de vapor y una ventana que comunica con

Tóco, hacia el lado derecho, otra tarja para lavado quirúrgico; por el pasillo la parte trasera de las salas y 2 tarjas más para lavado quirúrgico, enfrente de la sala 3 por ése mismo pasillo y de la sala 2 se encuentra el otro montacargas dónde se envían los carros con instrumental limpio.

Mortalidad del hospital de enero a agosto del 2000 es de 9,695 morbilidad y 142 mortalidad.

La ocupación hospitalaria es del 70 % con promedio de 3.5% días de estancia y el porcentaje de defunciones es del 1.46%, el promedio de censo diario 140 pacientes, en capacidad disponible 200 camas censables.

Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes de enero a agosto de 2000 són:

Nombre del Procedimiento Quirúrgico

- Amigdalectomía y adenoidectomía.
- Apedicectomía.
- Apendicectomía por rotura de apéndice o peritonitis.
- Artoplastía Sust prótesis cadera.
- Artroscopía rodilla con condroplastía por abrasión.
- Artroscopía rodilla.
- Artroscopía rodilla con condroplastía.
- Artroscopía rodilla con menisectomía int o ext.
- Cesárea.
- Colecistectomía laparoscópica.
- Colectomía parcial con anastomosis.
- Colocación de catéter v.
- Derivación arteria coronaria.
- Dren quistes ovárico vía abdominal.

- Enterolisis Lib adherencias intestinales o peritoneales.
- Excisión piel y tejido subcutáneo incl abdominoplastía.
- Hemorroidectomía interna y externa con fisurectomía.
- Hemorroidectomía interna y externa co/s esfinterotomía.
- Histerectomía abdominal.
- Lam v/explo o descom laminectomía lumbar.
- Laparoscopia Dx con apendicectomía.
- Laparoscopia Qx c/colecistectomía con calangiografía.
- Laparoscopia Qx c/fulguración de quiste ovario x lapa.
- Liberación retináculo lateral.
- Lipectomía asistida por succión tronco.
- Mastopexia.
- Microcirugía de columna.
- Nissen por laparoscopia.
- Onfalectomía.
- Parto.
- Reparación hernia inguinal.
- Reparación hernia umbilical.
- Septoplastía o Resección de mucosa.

Para admisión, todo hospital se rige por la Norma Oficial Mexicana 168-SSA-1998, en los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de acuerdo al Diario Oficial del jueves 30 de septiembre de 1999.

La población que atiende el hospital es abierta.

Que requisitos necesita un paciente para ingresar al hospital.

Traer la hoja o receta del médico indicando; procedimiento a realizar, día, hora, indicaciones preanestésicas, el depósito que pide el hospital, llenar la hoja de preadmisión que a continuación se presenta:



I. READMITIR

DATOS DE INGRESO

(Nombre completo del paciente, edad, sexo, No. de expediente, nombre del médico tratante)

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____
Nombre(s): _____ Apellido de casada: _____
Estado civil: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: (D/M/A) _____
Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Religión: _____
Sexo: ☒ (F) ☒ (M) Nombre del padre: _____
Nombre de la madre: _____
Nombre del esposo: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Ocupación: _____ Nombre de la compañía: _____
Teléfono: _____ Ingresos previos ☒ (SI) ☒ (NO)

REPRESENTANTE LEGAL Y RESPONSABLE SOLIDARIO

Nombre: _____ Parentesco: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Ocupación: _____ Nombre de la compañía: _____
Nombre aseguradora: _____ No. de póliza _____
Convenio: _____ Carta responsiva ☒ (SI) ☒ (NO)

ORDEN DE INTERNAMIENTO

Fecha y hora de admisión: _____
Nombre del médico tratante: _____
Diagnóstico de admisión: _____
Procedimiento quirúrgico a realizar: _____
Quirofano: ☐ UCA: ☐ Medicina interna: ☐ Toco: ☐ Piso: ☐

ORDENES PREOPERATORIAS

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____

Firma médico tratante

Favor de enviar este documento al siguiente No. De Fax: 5230-81-46 ó comunicarse
Reservaciones a los teléfonos 5230-81-41 Y 5230-81-44

III. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO

1.- CUIDADOS DURANTE EL PREOPERATORIO

Contenido

A) Fase diagnóstica

- Estudio clínico del enfermo
- Hipótesis diagnóstica
- Exámenes de laboratorio
- Exámenes de gabinete
- Diagnóstico integral y planteamiento quirúrgico

B) Fase de preparación

- Preparación psicológica
- Ayuno
- Aseo general
- Medicación preanestésica
- Rasurado de la región
- Vestido y presentación del enfermo
- Preparaciones especiales en el preoperatorio
- El manejo integral del paciente quirúrgico se inicia en el período que antecede a la cirugía y se le denomina preoperatorio.

FASE DIAGNÓSTICA

Se debe disponer de un plan o método que reúna toda la información necesaria para elaborar un diagnóstico y evaluación integral. Si ésto conduce al planteamiento de la cirugía como medio de tratamiento, se pueden calcular riesgos que analizan probabilidades de complicación y se hace un pronóstico probable.

Los pasos que se siguen en ésta fase, se ordenan de modo universal en las secuencias que se exponen a continuación. Para su análisis detallado se refiere al estudiante a los textos de la materia correspondiente.

ESTUDIO CLÍNICO DEL ENFERMO

Principia con la entrevista inicial en la que se elabora la historia clínica con el interrogatorio y la exploración. El médico será consciente de la importancia que sus actitudes y palabras tienen en las relaciones futuras de su enfermo con la institución o con el cirujano encargado de su tratamiento.

Se instará al paciente a que exprese en sus propias palabras el síntoma o síntomas principales y después se le interrogará hasta integrar el cuadro de su padecimiento. Los cambios en los síntomas se recogerán haciendo referencia al tiempo transcurrido. Los antecedentes hereditarios y familiares ayudarán en la identificación de padecimientos metabólicos, diabetes, etc. Los antecedentes personales patológicos deben incluir vacunaciones, padecimientos de la infancia e infeccioso, tendencia al sangrado, padecimientos mentales o psicológicos, traumatismos, operaciones y el uso de drogas o historia de alergia y sensibilidad a medicamentos.

Los antecedentes no patológicos informarán sobre los hábitos tabáquico y alcohólico, habitacionales y de alimentación.

Es indispensable un interrogatorio intencionado y sistemático sobre los diferentes aparatos y sistemas, para informarse sobre las manifestaciones de padecimientos no sospechados que pudieran tener influencia en el riesgo quirúrgico. En especial interesan los aparatos cardiovasculares, respiratorio, renal y nervioso.

La historia se complementa con un examen físico en secuencia propedéutica ordenada, para no dejar pasar desapercibido ningún dato. Deberá ser completa y acuciosa.

Nunca deben omitirse y desde luego se deben complementar en distintas zonas geográficas con los exámenes que descartan padecimientos endémicos conocidos en la detección rutinaria de los mismos, especialmente las parasitosis.

Estos exámenes son:

- a) Determinación del grupo sanguíneo, Rh, y en caso de planearse transfusión, pruebas cruzadas.
- b) Citología hemática, en la que los requerimientos mínimos serán; hematocrito y hemoglobina en gramos por ciento, fórmula blanca, leucocitos anormales y plaquetas.
- c) Química sanguínea, incluyendo determinación de glucosa, urea y creatinina en sangre.
- d) Examen general de orina.
- e) Reacción de V.D.R.L.
- f) Tiempo de sangrado, coagulación y protrombina.

Es requisito previo a la educación quirúrgica el conocer las cifras y resultados normales de estos exámenes, así como sus desviaciones más frecuentes y hacer la semiología de las mismas.

EXÁMENES DE GABINETE

Numerosos exámenes en gabinete suelen requerirse para continuar la estructuración del diagnóstico, pero sólo dos de ellos se consideran de rutina en el preoperatorio.

- a) La tele-radiografía del tórax en pósterio anterior, que es una exploración indispensable para valorar el estado cardio-respiratorio del enfermo y para descartar dos padecimientos comunes en nuestro medio: la cardiopatía reumática y la tuberculosis pulmonar.
- b) El trazo electrocardiográfico. Se hace también en forma rutinaria en el preoperatorio de pacientes que tienen más de 40 años de edad, para complementar la información sobre el estado cardiovascular. Probablemente en poco tiempo este estudio se vea sustituido o acompañado del trazo electrocardiográfico de esfuerzo que por ser una prueba dinámica es de mayor valor diagnóstico.

DIAGNÓSTICO INTEGRAL Y PLANTEAMIENTO QUIRÚRGICO

Los estudios realizados permitirán elaborar el diagnóstico integral del paciente y hacer su valoración de rutina. En muchos casos pueden dejar descubierta la exploración de situaciones que afectan la respuesta del enfermo a la cirugía y a la anestesia como són: el estado funcional del corazón, pulmones, hígado y riñones.

Conocido el diagnóstico se impone hacer su tratamiento. Cuando el tratamiento es quirúrgico, se expone al paciente y al equipo de salud en los términos de planteamiento quirúrgico que puede tener algunas modalidades: si se atiende a la oportunidad de su ejecución se dice que hay cirugías urgentes y no urgentes.

CIRUGÍA URGENTE

Se plantea una intervención quirúrgica como urgente cuando de la diligencia, no precipitación, con que se haga, depende la función de un órgano o la vida del paciente. Ejemplo: el tratamiento quirúrgico de un paciente traumatizado que sufre el estallamiento del bazo, de no ejecutarse, el enfermo fallecerá en anemia aguda por hemorragia interna. Su operación debe ser urgente.

CIRUGÍA NO URGENTE

Se plantea una intervención quirúrgica como no urgente o programada, cuando el paso de horas o días no es determinante para la vida del paciente o para la función del órgano.

Ejemplo: El tratamiento quirúrgico de una hernia inguinal no complicada en la que el médico y el paciente pueden planear y programar con tiempo el momento óptimo para hacer la operación.

Sin embargo, éste mismo caso podrá ser urgente si la hernia estuviera estrangulada, pondría en peligro la vida del paciente.

CIRUGÍA ELECTIVA

Hay ciertas discusiones en el uso del término, pero para la mayor parte de los cirujanos es aquella en la que existiendo indicación de cirugía, el paciente puede optar por ser operado o escoger el no serlo, sin que ésto represente el riesgo inminente de pérdida de la vida o de la función de un órgano, sino la presencia de una alteración orgánica funcional o estética que el paciente pueda tolerar voluntariamente.

Ejemplo: El paciente que sufre una colecistitis calculosa que le ocasiona molestias físicas y que el enfermo puede escoger entre ser operado o no serlo, aún en conocimiento de que pueda haber progresión o agravamiento.

En todos los tipos de planteamiento, el paciente es libre de aceptar o rechazar el tratamiento propuesto, pero el carácter de la recomendación que hace el médico es el que se califica como urgente, no urgente, necesario o electivo.

RIESGO QUIRÚRGICO

El planteamiento de cirugía debe acompañarse de una evaluación cuidadosa del riesgo al que se expone el paciente al ser operado. Esta evaluación es de utilidad para todos: para el paciente que de este modo podrá hacer una decisión y programará sus actividades y planes concretos. Para el anestesiólogo que podrá seleccionar con precisión el tipo de anestesia por utilizar; y para el cirujano que escogerá el procedimiento operatorio más adecuado y los métodos de control del paciente durante la operación y después de ella.



1. PERIODO PRENATAL O PREMATUREZ
2. SENECTUD
3. OBESIDAD
4. PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES

5. DIABETES MELLITUS
6. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
7. ENFERMEDADES RENALES
8. ALCOHOLISMO
9. EMBARAZO
10. INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

AUTORIZACIÓN LEGAL

El enfermo y la persona legalmente responsable deben estar informados en torno a la naturaleza de la intervención que se efectuará, sobre el riesgo que representa y sobre sus resultados probables. Es regla general que firmen un documento autorizando la intervención y al cirujano para efectuar el tratamiento propuesto.

Las intervenciones que afectan las funciones sexuales o de reproducción, serán, autorizados por la pareja interesada.

VALORACIÓN DE LOS CASOS DE URGENCIA

No existe una regla general a la que se pueda sujetar la valoración de un caso de urgencia.

El procedimiento que puede salvar la vida de un paciente, requiere una valoración instantánea y una acción inmediata. Sin embargo, casi siempre dispondrá de un mínimo de tiempo para hacer una valoración serena. Es obvio que en caso de urgencia el cirujano se ve precisado a actuar, aún sin contar con la ya mencionada autorización escrita y siempre debe consignarlo así en el expediente clínico.

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

Todo paciente que se somete a una intervención quirúrgica tiene cierto grado de temor y ansiedad, con diferentes manifestaciones que dependen de su personalidad psíquica y de la magnitud del estímulo. Los grados habituales de ansiedad se controlan con la comunicación cordial establecida entre el médico y paciente. Los grados patológicos deben ser manejados a nivel psiquiátrico, si no se trata de una emergencia.

AYUNO

El enfermo debe llegar a la sala de operaciones con el estómago vacío. La regla general es que suspenda la ingesta desde la media noche antes de la cirugía para un ayuno promedio de 8 a 12 horas. Si el enfermo requiere la administración de líquidos, éstos se deben dar por vía endovenosa.

MEDICACIÓN PREANESTÉSICA

Se expusieron las razones fundamentales de la medicación preanestésica en el capítulo de anestesia y se dijo cuales eran los fármacos utilizados en ella, aquí sólo se recuerda que suele administrarse un barbitúrico la noche anterior a la cirugía para inducir sueño.

Se aprovecha para enfatizar que no hay medicación o prescripción de rutina. Cada paciente, cada procedimiento operatorio es diferente y el usar fármacos o maniobras rutinarias automáticas, es peligroso.

RASURADO DE LA REGION

También antes de ir a la sala de operaciones se hace lavado y rasurado del sitio de la incisión propuesta y de las regiones anatómicas circundantes.

El rasurado hecho varias horas antes, es inadecuado porque produce escarificaciones y soluciones de continuidad en la piel; en ellas se reproduce la flora bacteriana, siendo mayores las posibilidades de infección cuando más tiempo ha transcurrido. Es preferible usar guantes desechables para hacerlo y un equipo estéril para cada paciente. El rastrillo es el mejor instrumento para el rasurado.

Enseguida se hace lavado para arrastrar la espuma y el cabello. Finalmente se pone antiséptico en toda la región rasurada.

VESTIDO Y PRESENTACIÓN DEL ENFERMO

El paciente debe ir sin ropa interior, viste solamente un camisón para cirugía.

SELECCIÓN DEL INSTRUMENTAL

Una responsabilidad importante de la enfermera de quirófano es comprobar que los instrumentos y aparatos requeridos para un procedimiento en especial se encuentren en condiciones adecuadas para su uso. Para guiar la selección, se emplea el procedimiento de la tarjeta, la tarjeta de preferencias del cirujano y el propio conocimiento de lo que va a realizarse.

Un vistazo al grosor del catálogo de instrumentos enseñará al lector el porqué, en éstas páginas, no pueden mostrarse todos los instrumentos y materiales disponibles. El arsenal que se utiliza en la actualidad es demasiado extenso. Sin embargo, el equipo básico de instrumentos contiene: instrumentos de disección o para tejidos blandos los que se requieren para mantener los "campos" en su lugar (pinzas para campos), para hacer la incisión (bisturíes), pinzas para los vasos sanguíneos (hemostásicas), para disecar tejidos (tijeras) para mantener separados los bordes de la herida y exponer el campo operatorio (separadores), para suturar la herida (porta-agujas), etc.

Cuando se selecciona el equipo básico de instrumentos, deben tomarse en cuenta el procedimiento y el paciente. Si la incisión será pequeña o si el paciente es un niño, estará indicado un "equipo para cirugía plástica" (pinzas mosquito para la hemostasia, tijeras para disección de Metzenbaum, etc.); si se va a hacer una incisión grande, debe seleccionarse un equipo que contenga pinzas de hemostasia y tijeras más largas y pesadas, con separadores profundos y porta-agujas más largos para la disección. Debe escogerse el equipo básico que contenga los instrumentos de tamaño y profundidad más adecuados para la incisión que va a realizarse, tomando en consideración las preferencias del cirujano.

2.- CUIDADOS DURANTE EL TRANSOPERATORIO

Contenido

A. Cuidados generales

Se llama control transoperatorio a los cuidados clínicos que se llevan a cabo en un paciente que está siendo sometido a un acto quirúrgico.

Con éstos cuidados se pretende asegurar la estabilidad de los mecanismos homeostáticos del enfermo durante la exposición al trauma quirúrgico y anestesia.

Se mencionó antes que la división del trabajo en la sala de operaciones, conduce a la formación de dos grupos: el primero, llamado grupo estéril, encabezado por el cirujano que atiende al acto quirúrgico en sí; el segundo, denominado grupo no estéril, a cuya cabeza se encuentra el anestesiólogo, es el responsable directo del control clínico del enfermo durante la intervención.

Resulta así que el trabajo en equipo obliga a compartir la responsabilidad del cirujano por su paciente. Ésta responsabilidad compartida no debe ser transferida.

El cirujano deberá siempre coordinar y estar seguro de que cada uno de los miembros del grupo está alerta para proteger al paciente que por estar en anestesia es particularmente vulnerable.

A: CUIDADOS GENERALES

1. Todo el grupo debe vigilar sus actitudes y palabras para evitar angustias y temor en un enfermo que a ellos se há confiado. Especial atención se debe poner cuando se trata de una operación que se hace con anestesia local.
2. El enfermo anestesiado es susceptible a los cambios de temperatura, sus mecanismos termorreguladores están disminuidos, de modo que se debe proteger de la retención o de la pérdida de la temperatura corporal.
3. Se deben proteger los ojos y las conjuntivas, ya que pueden sufrir agresiones físicas y químicas que el paciente anestesiado no puede rechazar.

Los párpados se deben aproximar y mantener cerrados para evitar desecación conjuntival que producirá úlceras en el postoperatorio.

4. Evitar posiciones forzadas y zonas de compresión en las extremidades.

La hiperextensión de las extremidades superiores, si se mantiene por tiempo prolongado, puede provocar un síndrome de elongación del plexo braquial con incapacidad funcional de varios meses.

3.- CUIDADOS DURANTE EL POSTOPERATORIO

Contenido

- A. Generalidades
- B. Traslado de paciente
- C. Órdenes postoperatorias
 - Controles
 - Posición
 - Movilización
 - Ingesta y excreta(control de líquidos)
- D. La sala de recuperación anestésica

A. GENERALIDADES

Se llama postoperatorio al período que sigue a la intervención quirúrgica y que finaliza con la rehabilitación del paciente, éste ocurre habitualmente dentro de un lapso de 30 días después de la operación.

Se caracteriza el postoperatorio por el establecimiento de controles y tratamiento que se simplifican gradualmente, en tanto que se restablecen los reflejos y las respuestas homeostáticas normales. El paciente recibe el aporte nutritivo adecuado y finalmente se rehabilita para reintegrarse a sus actividades habituales.

Los resultados de casi todas las operaciones són satisfactorios, pero en algunos casos, a pesar de haberse tomado las medidas preventivas necesarias, la evolución es desfavorable. Las perturbaciones observadas en el curso del postoperatorio se llaman complicaciones.

El estudiante debe aprender a identificar las complicaciones, conocer sus medios de prevención y saber cuáles son las bases de su tratamiento que no siempre es factible.

Se escuchará con frecuencia referirse a divisiones y subdivisiones en el postoperatorio; resultan un tanto arbitrarias en un proceso fisiológico continuado, en el que no hay límites precisos susceptibles de generalización, como el límite de 30 días internacionalmente aceptado para el término del postoperatorio.

Cuando se hace referencia al período postoperatorio inmediato, se comprende generalmente que abarca las primeras 72 horas que siguen a la cirugía. En éste lapso, suelen presentarse complicaciones que pueden revertirse si son rápidamente identificadas. La observación y el control intensivo del enfermo se imponen. Todos los hospitales modernos cuentan con instalaciones especiales en las que se hace éste control.

El postoperatorio mediano, comprende desde las 72 horas convencionales hasta la rehabilitación del paciente.

B. TRASLADO DEL PACIENTE

El traslado del enfermo de la sala de operaciones a la sala de recuperación anestésica, es crítico, y nunca debe confiarse al camillero o al técnico de quirófano. Siempre deben acompañar a la camilla el anestesiólogo y el cirujano, que asisten al paciente en todo lo necesario, pero especialmente en mantener la función respiratoria. La posición del paciente en la camilla depende del tipo de cirugía efectuada, pero debe ser confortable y se deben vigilar venoclisis, electrodos, catéteres y sondas pleurales. Éstas últimas deben pinzarse durante el traslado.

C. ÓRDENES POSTOPERATORIAS

A cada paciente se le hacen por escrito las órdenes postoperatorias en forma muy precisa, y la enfermera que las recibe, debe corroborarlas, aclarando todas las dudas que surgirán. El reporte verbal del estado del paciente al llegar a la sala de recuperación, es requisito indispensable de comunicación. Se enlistan las órdenes habituales en postoperatorio sin poder hacer una generalización que sería a todas luces inadecuadas.

CONTROLES

- a) La presión arterial, el pulso, las respiraciones y la temperatura se registran en intervalos regulares de 15 a 30 minutos durante las primeras 3 horas y después cada hora.
- b) En casos delicados se enlistan las órdenes de controles especiales requeridos como són: la presión venosa central, los signos de insuficiencia respiratoria, taquipnea, tiro, cianosis o vigilancia de sangrado en los drenajes de las heridas y sondas. Vigilancia de la circulación en las partes distales a un vendaje enyesado, etc.

POSICIÓN

Se indica la posición que debe guardar el paciente en cama. Las más comunes són: la posición de Fowler, la posición de Sims y la elevación de las extremidades inferiores; no la posición de Trendelenburg.

La posición de Fowler es una posición dorsal inclinada que se obtiene levantando unos 50 cms. La cabecera de la camilla y se utiliza en pacientes postoperados en los que se requiere buena movilización de los hemi-diafragmas o en pacientes peritoníticos en los que se desea drenaje declive peritoneal.

La posición de Sims, también llamada posición Inglesa, es un decúbito lateral en el que el muslo infrayacente se flexiona. Se utiliza cuando se desea drenar secreciones de boca y garganta y cuando el paciente pudiera llegar a vomitar; con ésto se impide bronco aspiración.

La elevación de las extremidades persigue el favorecer el retorno venoso, sin interferir con la función respiratoria.

INGESTA Y EXCRETA (CONTROL DE LÍQUIDOS)

Se hace registro preciso de los líquidos que ingresan y salen del paciente, cuando menos por 24 horas. En enfermos operados de cirugía mayor, se continuará tanto tiempo como sea necesario para obtener el equilibrio de los líquidos.

Se debe indicar el ayuno en pacientes operados de abdomen y cirugía mayor hecha con anestesia general, pero otros enfermos operados con anestesia regional, no tienen la porque continuar el ayuno si tienen la vía oral expedita. En ellos se anota la dieta a seguir.

En los pacientes que han recibido líquidos intravenosos (parenterales), se hace una lista de los líquidos y el tiempo en que se deben pasar.

Se mide la cantidad de orina, vómitos succiones, sangrado, etc. Y se estima el volumen de las pérdidas insensibles (1000 ml. Por día en pacientes de 70 Kg).

Si el paciente no orina, Se inicia cateterismo vesical, usualmente de 6 horas después de la intervención y para ello se usa una sonda de Foley,

MEDICAMENTOS

Se anotan los fármacos que se usarán, las dosis precisas y las horas de su aplicación. Pueden ser narcóticos, sedantes, medicamentos antiéméticos, etc.

OXIGENOTERAPIA

Con este manejo de oxigenoterapia, se pretende aumentar la concentración de oxígeno en el aire inspirado. El aire alveolar a nivel del mar, es de 100 mm. De mercurio que es suficiente para asegurar una correcta hematosis, pero en el postoperatorio puede disminuir como resultado de la depresión respiratoria o de obstrucción respiratoria.

El objeto de la oxigenoterapia es elevar la presión parcial de oxígeno en el aire alveolar, pero no debe usarse como sustituto de las medidas necesarias para llevar la ventilación pulmonar a la normalidad.

MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN DEL OXÍGENO

Todos los métodos requieren una fuente de oxígeno que generalmente está entubado o en tanques provistos de reductores de presión, fluómetros y humidificadores.

MÁSCARA DE OXÍGENO

Se pueden obtener numerosos tipos de máscaras de hule o de plástico que tienen bolsas de reserva respiratoria para permitir elevar las concentraciones de oxígeno en el aire inspirado sin molestar al paciente.

La sala de recuperación está destinada a extensión de los cuidados clínicos que se hacen en la sala de operaciones.

En ella se cuenta con el equipo necesario para hacer frente a cualquier estado de urgencia y es un hecho comprobado que se puede prestar mejor asistencia a los pacientes en el período crítico del postoperatorio inmediato, cuando se cuenta en una zona, con los recursos y el personal especializado en su manejo.

La proximidad de la sala de operaciones disminuye el riesgo del traslado y permite el acceso directo a ella en caso de que alguna complicación requiera tratamiento operatorio.

El diseño preferido para ésta sala consta de una sola estancia amplia en la que se instalan varias camas-camillas y sin división con paredes o cubículos porque el espacio así se hace elástico, permitiendo la vigilancia de varios pacientes a la vez y las maniobras de urgencia se pueden hacer sin limitación de espacio.

Las separaciones temporales de un paciente con otro se logran con el uso de cortinas o biombos móviles.

Los pacientes infectados se separan en cubículos especiales.

Tiene la sala de recuperación áreas adjuntas para el almacén y mantenimiento de monitores, respiradores, desfibriladores, etc. Existe también un área de llegada de alimentos y gabinete de materiales sépticos y deshechos.

Los otros servicios se obtienen directamente del área gris de los quirófanos.

Tiene un área de acceso para los familiares y médicos consultores que visitan al paciente.

Los pisos son lavables, la iluminación y la ventilación deben ser adecuados, con una temperatura ambiente estable y controlable.

Hay lámparas móviles, sin sombra, para permitir iluminación de campos reducidos de trabajo.

Cada una de las camas tiene medios para hacer oxigenoterapia, inhaloterapia y monitorización completa de los pacientes.

En la sala de recuperación, el responsable del paciente continúa siendo el cirujano, aún cuando el personal especializado, intensivista, anestesiólogos y enfermeras especializadas hacen el manejo directo.

El paciente se recupera de la anestesia bajo la observación directa del equipo: cuando sus constantes y signos vitales se han estabilizado con recuperación completa de su estado de consciencia y reflejos respiratorios, se hace pasar el área de hospitalización en dónde continuará hasta ser dado de alta.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

SUCCIÓN

La selección y la esterilización del instrumental se termina antes de que el paciente llegue al quirófano. También deberá revisarse algún equipo básico para asegurarse de que funcione adecuadamente. Éste incluye el sistema de aspiración.

Frecuentemente, los aspiradores son utilizados tanto por el anesthesiólogo como por el cirujano. El anesthesiólogo puede desear evacuar el contenido gástrico o las secreciones excesivas de las vías respiratorias para mantener una vía aérea permeable. El cirujano reduce el cúmulo de sangre, de líquidos orgánicos y del líquido de irrigación, aspirándolos a través de la herida. Por lo tanto, en el quirófano debe haber dos unidades de succión.

REQUERIMIENTOS DIVERSOS

A algunos cirujanos les gusta tener las placas radiográficas preoperatorias a la mano, en el quirófano, antes de empezar la intervención. La enfermera debe llenar una solicitud para los estudios radiográficos con anterioridad y colocar suficientemente cerca un negatoscopio. El cirujano seleccionará las placas que se colocarán en el negatoscopio para revisarlas y compararlas durante la operación.

En ocasiones, durante la operación, pueden requerirse objetivos que generalmente no se incluyen en las tarjetas de procedimientos. El cirujano puede querer observar placas radiográficas anteriores mientras opera.

Situaciones de urgencia inesperada pueden requerir una transfusión de sangre no prevista, para lo cual se requerirá una jeringa y un tubo para pruebas cruzadas con objeto de tomar una muestra de sangre. Si la enfermera está al tanto de que puede encontrarse un tumor maligno durante la operación, podrá informar al

departamento de histopatología que se requerirá el examen de un corte congelado de tejido.

Otros requerimientos no siempre pueden anticiparse y prepararse antes de la operación. Sin embargo, la enfermera con experiencia en cirugía, "espera lo inesperado". Puede proporcionar elementos no previstos con rapidez, porque sabe dónde encontrarlos y como ofrecer servicios de apoyo cuando se necesitan.

La mesa de operaciones, que es un objeto de importancia enorme para la intervención, debe mantenerse en condiciones adecuadas de funcionamiento. Los anexos a la mesa, tales como manguitos acojinados, estribos y correas de seguridad, deben estar en el quirófano, en condiciones para su empleo inmediato. Un hábito que debe desarrollarse es comprobar si la mesa está asegurada en la posición adecuada antes de colocar al paciente, ya que pueden producirse lesiones si la mesa se mueve accidentalmente por no haberse asegurado previamente a la colocación del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- Am. Coll. of Surgeons: Comité de Cuidados Pre y Postoperatorios. Tratamiento pre y postoperatorio. Ed. Interamericana, 2ª Ed. México, 1973.
- Condon, R.E., Nyhus, L.I. M ; *Manual of Surgical Therapeutics*. Little Brown and Co. Boston, 1979.
- Contrato Colectivo de Trabajo Hospital A.B.C. y C.R.O.C. Enero 1999. P.p. 4 - 27.
- Johnson & Johnson de México S.A. de C.V Cuidados de Enfermería en el Quirófano. Año 1986. P.p. 9 - 20.
- Egdahl, R.H., et. Al; *Core Textbook of Surgery* Grune and Stratton Inc. Nueva York, 1972.
- Abel Archundia, Méndez Francisco. Educación Quirúrgica. Francisco Méndez Cervantes; Méndez Editores, México, D.F. P.p. 340.
- Archivo Clínico y Bioestadística del A.B.C. Año 1999 Enero- Agosto.
- Guía de Instalaciones del Hospital A.B.C.
- Guía de Localización de Servicios del Hospital A.B.C.
- Gius, J.A.: *Fundamentals of Surgery*, Year Book Medical Publishers Inc. Chicago, 1972.
- Introducción al Programa de Productividad Administrativa (PRODAM). Noviembre 1994. P.p. 13 - 52.

- Internet Hospital A.B.C. <http://www.abchospital.com>
- Manual de Bienvenida del Hospital A.B.C. P.p. 1-7.
- Matsumoto, T.: Pre and Postoperative Evaluation of Surgical Patients. Med. Examination Publishihngs Co. Inc. 1979.
- Ramón García. Pelayo y Gross Pequeño Larousse Ilustrado. Ediciones Larousse. Año 1987. P.p. 657.
- Schwartz, I.S.: *Principles of Surgery*. Mc. Graw-Hill Book Co. 3ª Ed. U.S.A., 1981.
- Simeone, F.A. y: Principios de Cuidados Preoperatorio del Paciente Quirúrgico. Ed. Interamericana, 10ª ed,
- Davis Christopher Sabiston Tratado de Patología Qurúrgica. Ed. Interamericana, 10ª ed. México, D.F. 1974.
- Williams, L.F., Jr.: Core Textbook of Surgery. Ed. Egdahl R.H. Grune and Stratton, New York, 1972.
- Wilson, J. L.: *Handbook of Surgery*. Lange Medical Publications, California. 1960.