

XI. DIRECCION Y RESPONSABILIDADES

INTRODUCCIÓN

Debemos considerar al Bloque Quirúrgico como un área intermedia porque está ligado directamente a todos los servicios donde se practica la cirugía. Es un sector complejo porque debe reunir una arquitectura adecuada que permita establecer áreas restringidas al tránsito general y una depuración ambiental correcta libre de microbios y gases tóxicos. No nos extendemos en este aspecto por haber sido tratado en los capítulos II y X.

El instrumental quirúrgico es numeroso y variado, requiere una cuantiosa inversión y debe renovarse periódicamente; su mantenimiento para una buena conservación es fundamental en el rendimiento de los mismos.

Debe existir una continua supervisión de las instalaciones generales o especiales: agua, vertederos, succiones, aprovisionamiento de oxígeno y gases anestésicos, electricidad, instalaciones hechas a prueba de explosión, intercomunicadores, aparatos de registros múltiples, puertas eléctricas o neumáticas y correcta climatización. Como es de suponer, este conjunto orgánico-funcional y, especialmente muy dinámico, exigirá la presencia de una estructura directiva acorde con las diferentes especialidades.

Bloque tipo

Creemos necesario identificar al Centro Quirúrgico de acuerdo a la categorización en niveles como lo establece la COMCAM, tema expuesto en el capítulo XIII de Acreditación, o su parecido con el de la Organización Panamericana de la Salud que juntamente con la Federación Latinoamericana de Hospitales, publicaron en enero de 1992.

Las pautas de acreditación no establecen la cantidad de quirófanos necesarios, pero sí tratan sobre el grado de complejidad. Creo oportuno dejar en claro que los mismos no deberán calcularse como clásicamente se establecía, de acuerdo al número de camas; es imprescindible relacionarlo con la complejidad, y fundamentalmente, con el número de pacientes a operar diariamente.

La relación se establecerá para un horario corrido de 12 horas diarias, con dos horas entre operaciones, que incluirá el tiempo utilizado para la limpieza. En el Nivel 3 (con más de cinco quirófanos) habría que disponer de uno para emergencias. En este caso se tendrá tantas salas como oferta de pacientes que en la urgencia existan, siempre que las mismas no se encuentren en el área establecida para esta

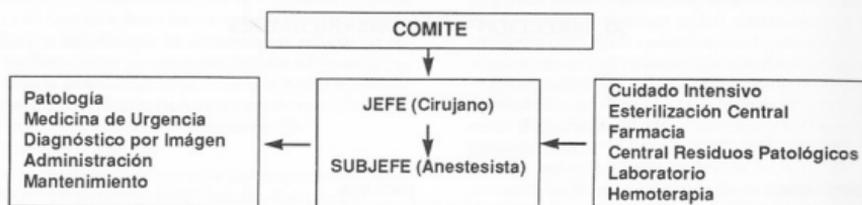
patología.

En relación al nivel del Bloque Quirúrgico se desarrollará un organigrama acorde. Este nos permitirá establecer las funciones de los integrantes del plantel.

A los efectos de elaborar una propuesta se idealizó un organigrama, tomando como modelo el de más alta complejidad que corresponde al Nivel 4. Para los niveles decrecientes se obtendrá una conducción en relación a los mismos, al número de quirófanos como se dijo y estarán en función a la cantidad de operaciones a realizar. En los hospitales departamentalizados, el Director del Departamento de Cirugía que concentra todas las especialidades quirúrgicas, deberá ser el responsable superior ante la Dirección del Hospital.

Teniendo en cuenta las características asistenciales de nuestro país, donde la relación profesionales médicos con enfermeros se encuentra invertida con respecto a otros más desarrollados, originado en la baja densidad de enfermería profesional y universitaria, he considerado la necesidad de establecer un comité que represente a todos los sectores comprometidos en la realización de tareas específicas y que estará compuesto por cirujano, anestesiólogo, enfermero, infectólogo, ingeniero jefe de mantenimiento; todos ellos en el rango máximo de su jerarquía. El infectólogo será la expresión del comité de infecciones del hospital, como el enfermero jefe dependerá con su rango del departamento de enfermería. Este comité tendrá como autoridad máxima al director del departamento de cirugía del hospital.





El comité dictará las normas. Como es lógico tendrá un jefe ejecutor de la conducción del área quirúrgica que será el jefe de quirófanos, el mismo recaerá en la persona que integra el comité como cirujano, además tendrá un segundo jefe, tarea que cumplirá el anestesiólogo. Ambas figuras deberán ser profesionales jerarquizados dentro del hospital.

El jefe y subjefe harán el enlace con otros servicios del hospital pero fundamentalmente con aquellos ligados muy estrechamente con funciones para el área quirúrgica, contándose el laboratorio, esterilización central, anatomía patológica, medicina de urgencia, diagnóstico por imágenes, cuidado intensivo, farmacia, hemoterapia, administración, mantenimiento, y central de residuos patológicos, mantendrá un nexo permanente con el jefe de enfermería y el infectólogo a cargo.

Jefe del quirófano central

La jefatura mantiene subordinación con el Director del Departamento correspondiente, hace cumplir las normas, recibe sugerencias, participa en la confección de la lista de operaciones, coordina con el anestesiólogo, que será el Jefe del Servicio de Anestesiología, el abastecimiento de medicamentos como los insumos propios de la especialidad. Además, mantiene reciprocidad con otros jefes de áreas, participa con el departamento de Docencia e Investigación y concurre a las reuniones de Ateneos Científicos. Muchas interacciones diarias son realizadas formalmente, otras son simples conversaciones telefónicas.

Hace todo lo posible para llevar adelante una actividad eficiente, se preocupa por identificar las necesidades del personal y de los materiales, los ingresos operados por un servicio potencial con médicos que no están acostumbrados a discutir estas variables, maneja todas las compras en base a un análisis de la relación costo - beneficio del servicio propuesto.

Debe tener una habilidad efectiva para comunicarse de persona a persona, en pequeños grupos o en grandes, poseer pensamiento conceptual, ser hábil para las negociaciones, los procesos políticos, los presupuestos y los pro-

nósticos; debe manejar los proyectos, el personal, los materiales, estar capacitado para hacer escritos técnicos, preparar gente y el planeamiento de procesos. Entre las funciones destacamos el desarrollo de nuevas tareas.

Por ser responsable del presupuesto, el jefe justifica mensualmente las variaciones producidas en el mismo y buscará innovaciones para disminuir el gasto mejorando el servicio a los pacientes y aumentando el uso de las salas de operaciones.

Desarrolla, implementa y evalúa programas para asegurar el cuidado del paciente en el área con asesoramiento por sectores del Hospital, por ejemplo: Directores de otras áreas, coordinadores de calidad de asistencia, el Infectólogo y su Comité para el mejor control de las mismas.

Implementa cambios para mejorar los problemas percibidos en los servicios de la región. Documenta actividades que confirman calidad en el área. Desarrolla y revisa planes de acción y procedimientos efectuados. Informa al Comité del Bloque Quirúrgico, sobre los cambios en la legislación de los servicios de las salas de operaciones que los afectan.

Equipo quirúrgico

Este equipo está constituido por un grupo humano compuesto por diferentes profesionales que hacen a la complejidad de la patología a intervenir; a su vez será los responsables del manejo del instrumental que se adecuará a las necesidades del caso.

Los diferentes sectores deberán funcionar armónicamente, y con una sistematización que cumplirá con normas para obtener como objetivo final un ambiente tranquilo y silencioso, en beneficio del enfermo a operar.

Una vez admitido el paciente, deberá ser informado adecuadamente y con mucha prudencia de todas las maniobras a que presuntamente podrá ser sometido para un correcto diagnóstico y posterior tratamiento quirúrgico. Se le hará llenar un formulario donde autorice el permiso que dará el paciente o los familiares legalmente responsables, para llevar a cabo la intervención, la anestesia y las transfusiones que se requieran, dejando constancia de que se

conocen los riesgos de las maniobras que se empleen y la autorización para extirpar, cambiar de posición o reparar los órganos o tejidos que sea necesario.

La lista de operaciones deberá ser programada con 24 hs. de anticipación en base a formularios diseñados expresamente, donde deben constar los integrantes del equipo (cirujanos, y anestesiólogos), operación proyectada, y presuntamente otros especialistas a consultar.

No nos extendemos respecto a las responsabilidades del anestesiólogo, infectólogo y enfermero por haberse tratado ampliamente en otros capítulos del relato.

El cirujano, el primer y segundo ayudante, serán los actores directos del desarrollo de la técnica operatoria a realizar; a cada uno de ellos le corresponde una responsabilidad, pero fundamentalmente, debe reunir una experiencia previa y antecedentes que lo acrediten para desarrollar una intervención programada, que deberá ser considerada por el servicio y supervisada por la autoridad del jefe.

El cirujano es responsable de todos los pasos que se ejecutan en la intervención; durante este período tendrá bajo sus órdenes al resto del personal. Verificará el expediente clínico y reconocerá al paciente previamente al ingreso a la sala de operaciones. Durante el acto quirúrgico permanecerá en la sala durante todo el tiempo que dure la intervención. Controlará las condiciones preoperatorias inmediatas del paciente antes de dejar el quirófano.

El primer ayudante será celoso controlador de todos los estudios realizados al paciente preoperatoriamente, solicitará la concurrencia de patólogos, laboratoristas u otros especialistas que sean necesarios. Será responsable de colaborar en el informe operatorio y los estudios posteriores a realizar. Junto con el anestesista, acompañará al paciente a la sala de recuperación anestésica. El segundo ayudante colaborará con el primer ayudante, se encargará del cuidado de la herida. Permanecerá en la sala de operaciones hasta que el cirujano le permita retirarse. Acompañará al enfermo cuando sea enviado a su habitación correspondiente. En el caso de médicos residentes comenzarán su tarea como Segundo Ayudante, y seguirán progresivamente ascendiendo hasta ocupar el sitio de cirujano cuando su capacitación fuera aprobada por su jefe directo y siempre asistido por el primer ayudante que será un cirujano experimentado.

CONTROL DE CALIDAD

Como en otras actividades de la producción, el control de calidad es imprescindible para adecuar un buen uso del presupuesto y permitir un mejor nivel de competencia.

Para lograrlo tendremos en cuenta los siguientes parámetros:

Quirófano:

- Período de tiempo que transcurre entre casos.
- Cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad.
- Incidentes con los pacientes.
- Período de tiempo entre hora planificada para la intervención quirúrgica y el momento real de la intervención.
- Extravío de los resultados de las pruebas preoperatorias en el momento de la intervención quirúrgica.
- Administración apropiada de los medicamentos.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Fallecimientos en el quirófano.
- Correlación entre un mismo equipo quirúrgico e infecciones en la herida operatoria.

Sala de recuperación posoperatoria:

- Cumplimiento con los criterios para dar de alta.
- Incidentes de los pacientes.
- Cumplimiento con los requisitos de la documentación.
- Cumplimiento con los procedimientos de controles de infecciones y de seguridad.
- Satisfacción del médico.
- Equivocaciones en la medicación.
- Evaluaciones apropiadas de los pacientes.¹

Finalmente se expresa la importancia de la permanente actualización de la organización y de los procedimientos quirúrgicos, obligándose a difundir los adelantos que surjan, adaptarse a los diferentes cambios de personal y equipos, que obligará a una mayor eficacia en las estrategias y tácticas para ofrecer una mejor calidad de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Latinoamericana de Hospitales: La garantía de calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Ed. Organización Pana-

mericana de la Salud. Serie HSD/SILOS. Enero 1992. Pág. 142.