

# Integración y coordinación del Servicio de Quirófano, la Unidad de Reanimación Postanestésica y la Central de Esterilización dentro del Área Quirúrgica en el Complejo Asistencial de Ávila

Martín Muñoz MS, García López S, Jiménez García ML  
Complejo Asistencial de Ávila.  
e-mail: [sonsolesmm60@gmail.com](mailto:sonsolesmm60@gmail.com)



M.ª Sonsoles Martín Muñoz.

---

## Resumen

El Complejo Asistencial de Ávila ha asumido durante estos años una serie de retos, entre los que encontramos la unión de varios centros y hospitales distribuidos por la provincia. Además, desde su formación, ha seguido planteando iniciativas que desarrollarán día a día una calidad asistencial próxima a la excelencia y una gestión apropiada para ello.

Entre estas iniciativas, cabe destacar la integración y formación del bloque quirúrgico bajo una misma supervisión, con el objetivo de aportar una mejora de la calidad asistencial y una gestión de recursos materiales y humanos óptima, persiguiendo en todo momento la mejora de las competencias de los profesionales que trabajan en dicho bloque.

Este proyecto ha sido, por tanto, la puesta en marcha del bloque quirúrgico del Complejo Asistencial de Ávila, formado por los Servicios de Quirófano, la Unidad de Reanimación Postanestésica y la Central de Esterilización, pasando de ser tres servicios con supervisiones y formas de trabajo diferentes, a un área quirúrgica unida y con un único objetivo, proporcionar una asistencia eficiente y de calidad al usuario.

Esta integración recayó en el año 2009, sobre las actuales supervisoras de Enfermería del bloque quirúrgico, que fueron poco a poco elaborando y llevando a cabo un conjunto de actividades que hiciera posible esta integración. A continuación desarrollaremos la metodología llevada a cabo y los resultados obtenidos con ella.

**Palabras clave:** Bloque quirúrgico, Integración de recursos materiales y humanos, Competencia profesional.

## Integration and coordination of Operating Room Service, Post-anesthesia Recovery Unit and CSSD in the Surgical Area on the Care Complex of Ávila

### Abstract

The Medical Assistance Complex of Avila has been working on an ambitious challenge, which includes the merging of different Assistance Complex of the region into a single coordinated one. In addition, since its foundation, it has continued planning and working on different initiatives to develop a daily high quality health care next to the excellence with an efficient management.

These initiatives include the training and integration of the surgical wing under one supervision with the purpose of providing a better health care and an optimal management of human and material resources. Always thinking to improve the professional skills of the surgery team.

Anyway, this project has meant the unification of the Surgery Block of the Medical Assistance Complex of Avila formed by the Operations area, the Post Anesthesia recovery area and the Sterilization area. Which means that three different ways of management and work have become one, with just one final goal: to provide a high quality and efficient health care.

This integration began back in 2009, under the leadership of the current nursing service supervisors of the Surgery Block, who had been planning and developing a set of activities to make this integration possible. In this document the methodology and its results will be explained.

**Key words:** Surgery Block, Integration of human and material resources, Professional skills.

---

### Introducción

El Complejo Asistencial de Ávila se formó en el año 2003; es por tanto una estructura organizativa de reciente creación.

Hasta entonces, las intervenciones quirúrgicas estaban distribuidas entre los dos hospitales que integraban este Complejo Asistencial: el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, que pertenecía al antiguo Insalud, y el Hospital Provincial, que pertenecía a la Diputación, teniendo cada uno de ellos

servicio de quirófano y sala de esterilización.

En el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles había un total de ocho quirófanos, reformados y renovados en el año 2000, donde se realizaban intervenciones programadas de lunes a viernes en horario de 08:00 a 15:00 horas, realizando por las tardes, noches y festivos, solo intervenciones de urgencias. Contaba también con una Central de Esterilización donde se llevaba a cabo el lavado de instrumental, su preparación y su esterilización con vapor, gas-



plasma u óxido de etileno. Esta central permanecía abierta de lunes a viernes de 08:00 a 22:00 horas, realizando el lavado de instrumental en el quirófano, cuando se utilizaba fuera de este horario.

Ambos servicios contaban con supervisoras diferentes llevando la gestión de recursos humanos y materiales, así como una dinámica de trabajo y forma independiente.

En el Hospital Provincial, hasta ese momento, se contaba con tres quirófanos en funcionamiento, que se utilizaban para intervenciones programadas en horario de mañana de lunes a viernes, derivando todas aquellas urgencias al Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Este Servicio disponía también de una sala anexa donde se realizaba el lavado y esterilización del instrumental por vapor. La supervisión de recursos humanos y materiales se llevaba a cabo mediante un responsable que dependía directamente de la dirección de Enfermería de dicho centro asistencial, por lo que eran servicios diferentes y equipos de trabajo distintos.

A partir del año 2003, comienza a disminuirse la carga de trabajo en el Servicio de Quirófano del Hospital Provincial, con el fin último de su cierre e integración de todo el personal y material en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Esta acción se irá desarrollando progresivamente entre los años 2003 y 2006.

Además de un Servicio de Quirófano y de Esterilización, el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles contaba con una Unidad de Reanimación Postanestésica, cuya supervisión y personal eran también independientes.

Debido al cierre del Servicio de Quirófano del Hospital Provincial, se produ-

ce un aumento de intervenciones, así como un incremento en la carga de trabajo, en el Área Quirúrgica del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, por lo que es necesario el comienzo de la programación en horario de tarde. Esto lleva consigo no solo el aumento de carga en quirófano, sino también en esterilización y reanimación, siendo una ardua tarea la gestión y organización de dichos servicios, aunque tuvieran un objetivo común.

Se crea en el año 2008 un segundo cargo de supervisión para el servicio de quirófano.

A partir de entonces, la dirección de Enfermería empieza a plantearse la posibilidad de unir estos tres Servicios bajo una misma supervisión y unificar el bloque quirúrgico, proponiéndolo finalmente a mediados del año 2009. Al objetivo común de los mismos, se le unía también una ubicación apropiada que posibilitaba de forma satisfactoria la integración de estos servicios, ya que se encontraban situados en la misma planta del hospital y de forma contigua.

Al integrar estos Servicios, dicha dirección tuvo en cuenta principios de gestión de calidad, tales como la creación de un ambiente laboral satisfactorio que lograra que el personal implicado llegara a involucrarse en el proyecto y participara en él, sin perder de vista al paciente en ningún momento, ya que es el primer beneficiado.

A comienzos del año 2010, se comunica a las dos supervisoras de quirófano la idea de la integración del bloque quirúrgico y se las propone como nuevas responsables del mismo.

Es así como comienza un plan de trabajo piloto, *para mejorar el funcionamiento de los servicios implicados*



(Quirófano, Esterilización y Reanimación Postanestésica) y maximizar la coordinación entre ellos. Consiguiendo así una racionalización de recursos, dando lugar al desarrollo de un bloque quirúrgico como unidad, cuyo producto final es la aportación de cuidados de calidad y excelencia al paciente, sin olvidarnos de una utilización eficiente de materiales y recursos.

## Material y métodos

Ante la propuesta de la dirección de Enfermería, a nosotras como supervisoras, se nos planteó una situación comprometida, estresante y desconocida, y nos asaltaron sentimientos de miedo, duda y desconfianza. Poco a poco esta situación comprometida era una realidad diaria, donde el estrés pasó a ser ilusión, la situación desconocida se convirtió en crecimiento profesional, los miedos en iniciativas, las dudas en actividades y la desconfianza en un reto personal.

Presentamos a continuación la metodología seguida en el desarrollo de nuestro proyecto:

### A. Recopilación de información

En primer lugar, comenzamos un proceso de aprendizaje formal de los Servicios que no conocíamos, recopilamos manuales de funcionamiento e información de los Servicios implicados, y registros de actividad diaria, ya que los conocimientos también provienen de la experiencia en situaciones tanto cotidianas como extraordinarias<sup>3-5</sup>.

### B. Comunicación

Informamos a todos los profesionales de dichos servicios (Quirófano, Esterilización y Reanimación Postanestésica), de la nueva situación y puesta en

marcha del Bloque Quirúrgico (BQ).

### C. Detección de problemas

Con toda la información recopilada, encontramos los siguientes problemas:

- Mal clima laboral entre los profesionales.
- Cajas de instrumental no actualizadas.
- Material suelto no funcionando.
- Presión de la Enfermería quirúrgica hacia el personal de la Central de Esterilización.
- Inseguridad de los profesionales de la Central de Esterilización debido al desconocimiento del instrumental.
- Reticencias al cambio.
- Disparidad en las formas de trabajo.

### D. Comienzo del plan de actuación

Como primera decisión, encomendamos una función añadida a una enfermera de quirófano; a partir de ese momento, dicha enfermera serviría de nexo entre los distintos servicios que forman el BQ, como canal de comunicación entre ellos; pasamos a llamarla enfermera de enlace<sup>1</sup>.

### E. Grupo de trabajo

Creamos un grupo de trabajo integrado por nosotras como supervisoras y la enfermera de enlace. En ocasiones puntuales, participaría en las reuniones del grupo la enfermera de esterilización.



La misión de este grupo de trabajo fue la implantación de nuevas actividades para desarrollar la integración del BQ y solventar los problemas detectados.

Desarrollamos el cronograma donde aparecerían las actividades y competencias de cada miembro del grupo, quedando encomendada la realización de un inventario del instrumental existente en el quirófano hasta ese momento, por parte de la enfermera de enlace. Las supervisoras se encargarían de la revisión de manuales de funcionamiento y estudio de cargas de trabajo durante el primer trimestre del año 2010.

En la primera reunión de grupo, procedimos a analizar los problemas detectados previamente, sin descartar la aparición de otros nuevos durante el desarrollo del proyecto<sup>1,2</sup>.

En reuniones sucesivas, fueron surgiendo un conjunto de actividades dirigidas a la resolución de estos problemas y su posterior puesta en marcha.

## F. Desarrollo de actividades

Programación formativa:

- Se realizó una reunión extraordinaria con cada uno de los Servicios integrantes del BQ, en la que recogimos información sobre la visión existente en cada Servicio con respecto a los otros. Se propuso también al personal la aportación y recogida de sugerencias.
- Durante los años 2010 y 2011 se programaron actividades formativas ajustadas a cada puesto de trabajo, realizando para ello sesiones de Enfermería teórico-prácticas en cada Servicio y conjuntas con todo el bloque.

- La enfermera de enlace realizó con el personal de la central de esterilización, una formación continuada durante el tiempo que duró su función (16 meses), sobre instrumental, utilidad y sobre todo la importancia de determinadas cajas de material quirúrgico que por su complejidad o por ser exclusivas requieren un tratamiento especial o urgente<sup>6,7</sup>.

### Primer semestre de 2010

1. *Elaboración de nuevos manuales* unificando criterios comunes, asegurando con ello la continuidad de cuidados al paciente, desde su entrada al BQ hasta su salida al lugar de destino.
2. *Realización de inventario y revisión* de todo el instrumental existente en quirófano hasta ese momento.
3. *Revisión de cajas de instrumental* que había por especialidad y contenido de las mismas con la intención de unificarlas.
4. *Traslado de instrumental de reposición* de quirófano a la central de esterilización, clasificándolo y dejando así mayor espacio para almacenamiento de material fungible en quirófano.
5. Debido al cierre de los quirófanos del Hospital Provincial e integración del personal y material en el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, recibimos gran cantidad de instrumental que tuvimos que *seleccionar y clasificar* para su puesta en funcionamiento dentro de nuestro Servicio de Quirófano.
6. *La enfermera de enlace* comenzó también a realizar su función como



canal de comunicación, siendo ella la encargada de recopilar sugerencias o problemas con el material en quirófano o esterilización y transmitir las después al personal pertinente, era también la encargada de informar al personal de la central de esterilización sobre el instrumental especial o necesario para determinadas intervenciones programadas.

7. Una vez realizado el inventario, pasamos a *unificar las cajas de instrumental*, de tal forma que, reuniéndonos con el personal y con la ayuda de la enfermera de enlace, llegamos a un consenso sobre lo que debían llevar los contenedores de instrumental según estuvieran destinados a una u otra intervención. En primer lugar, nos centramos en las cajas de apendicectomía y cesárea, ya que su uso era muy habitual en nuestro Servicio. Una vez hecha la unificación, realizamos el listado de las cajas y decidimos introducir dicho listado en los contenedores, con el fin de que resultara más fácil la introducción de la nueva forma de trabajo. Lo cual nos permitió llevar un seguimiento de los nuevos procedimientos. Procedimos del siguiente modo:

En los contenedores de apendicectomía y cesárea se introducía su listado correspondiente, envuelto en una bolsa especial de "esterilizado" (lo introducimos en la bolsa para evitar posibles problemas con las tintas del papel). En ese registro, aparecía el nombre de la persona de esterilización encargada y responsable de la realización de dicha caja. Una vez abierta la caja en el quirófano, la enfermera instrumentista debía confirmar que el contenido coincidía con el listado y al finalizar la intervención el material se

volvía a incorporar al contenedor y se firmaba en ese registro; si era necesario sustituir algún componente, se escribía en el apartado de observaciones. Por tanto, la caja regresaba a esterilización con el listado, y de esta forma se podía modificar o sustituir; esos registros se utilizaron hasta finales del año 2010 y fueron archivándose para su posterior control y valoración (*Check list* del material quirúrgico).

#### Segundo semestre de 2010

1. *Realización de los listados provisionales* de todas las cajas existentes (finalizando en el primer trimestre del 2011).
2. *Control mensual de registros de cesárea y apendicectomía* incorporadas en las cajas (marzo de 2010 a octubre de 2010).
3. *Asignación a las auxiliares de quirófano de la tarea* de limpieza de material e instrumental en turno de noche y fines de semana a la central de esterilización. En la central se encuentra la cadena de lavado, de este modo el proceso se realizará siempre de manera correcta y con las mismas garantías de seguridad, estando vigente a día de hoy<sup>9,10</sup>.
4. *Implementación de listados de instrumental*: aprovechando la codificación por colores de cada especialidad que teníamos previamente en quirófano, se fotocopiaron los listados en el color correspondiente a cada una de ellas y se colocaron en carpetas, distribuyéndolas entre los ocho quirófanos y esterilización, de tal forma que la accesibilidad a los listados fuese rápida y eficaz.

Esta implantación fue paulatina, comenzando a partir de junio de 2010 y



añadiendo aproximadamente un listado por especialidad a la semana hasta marzo de 2011.

5. *Evaluación y verificación mensual* por parte del grupo de trabajo, de los errores en las cajas de instrumental. Estableciendo para ello:

- La enfermera instrumentista, al recoger el instrumental utilizado, verificaba con ayuda de los listados que el contenido era correcto y firmaba en un indicador de esterilización, que después se pegaba al contenedor de instrumental con la fecha, firma legible y si estaba completo o incompleto, en este último caso se especificaba el tipo de incidencia.
- Cuando llegaba el contenedor a la central de esterilización, se procesaba. En el momento del lavado, se verificaba el indicador comprobando si estaba completo o no dicho contenedor, procediendo a su preparación también con ayuda de los listados y teniendo en cuenta las incidencias recogidas por la enfermera instrumentista.

### Año 2011

1. *Realización de modificaciones en los listados*, estas modificaciones surgieron durante su utilización diaria (primer semestre de 2011).
2. *Se comienzan a utilizar los listados definitivos* (segundo semestre de 2011).
3. Debido al aumento en el número de intervenciones y al desarrollo de nuevas tecnologías y técnicas quirúrgicas, surgió la necesidad de **realizar nuevas cajas de instrumental** para ser más funcionales y efectivos.

### Año 2012-2013

Como última actividad en desarrollo y de reciente implantación, podemos hablar de la realización de *fichas técnicas* de instrumental con una *breve explicación sobre su limpieza, preparación, esterilización y posterior almacenaje*. Esta iniciativa ha surgido del personal de Enfermería de la Central de Esterilización y se encuentra en pleno desarrollo en estos momentos<sup>9,11</sup>.

### G. Estudio

De cargas y puestos de trabajo de los Servicios a integrar, se deciden cambios estructurales y organizativos en la Central de Esterilización<sup>7,11</sup>.

### Resultados

Una vez desarrollado nuestro plan de actuación, enumeraremos ahora los resultados obtenidos:

- Realizada la revisión de manuales, la recogida y recopilación de información sobre los tres servicios, obtuvimos manuales de funcionamiento para los mismos, donde primara la continuidad de cuidados y mostrando especial interés en algunos puntos que hasta entonces habían quedado siempre en el aire (como por ejemplo la actuación de la enfermera circulante a la llegada a la Unidad de Reanimación Postanestésica con su paciente al encontrarse esta completa). Se elaboraron una serie de normas a seguir durante casos concretos que implicaran a los distintos servicios integrantes del BQ.
- Después de la realización de inventario de instrumental y contenedores, realizamos un total de 37 listados de cajas de diferentes especialidades.



- Resultados del *check list* de instrumental quirúrgico, comenzamos a trabajar con unos registros que introdujimos en las cajas de cesárea y apendicectomía con las que el grupo de trabajo llevó a cabo un seguimiento y valoración. Se trabajó con estos registros desde marzo de 2010 a octubre de 2010 y, tras revisar un total de 827 registros, obtuvimos los resultados que se muestran en la Figura 1.

Se puede observar que el 14% del total contenía algún error, que podía ser por falta de fecha, firma o simplemente no se había tenido en cuenta el registro. También observamos una disminución de errores en los registros a medida que pasaba el tiempo de utilización, a excepción del mes seis, que corresponde con Agosto; hemos separado los datos de quirófano y esterilización para su mejor interpretación.

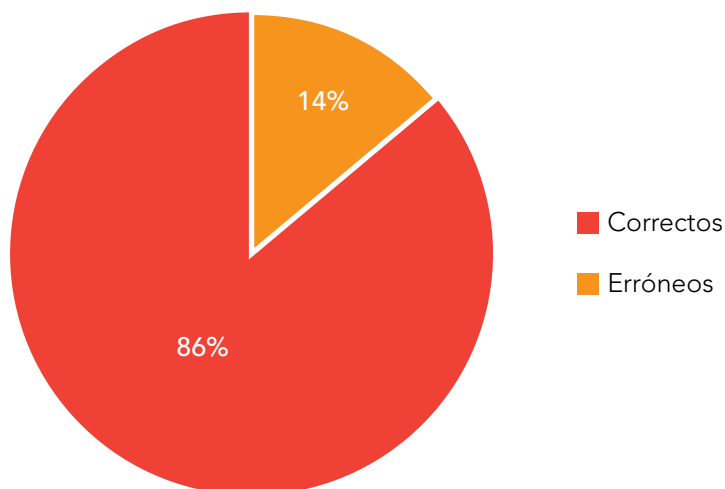
La Figura 2 muestra el registro de errores mensuales.

La Figura 3 muestra la comparación de errores entre Quirófano y Esterilización.

Una vez retirados estos registros, comenzamos ya con la utilización de los listados. En un primer momento se trabajó con listados provisionales y fuimos modificando y ajustando a las necesidades del personal e intervención y no comenzamos a trabajar con los definitivos hasta mediados del año 2011. Con la recogida de datos realizada durante el año 2012, obtuvimos que se esterilizaron un total de 20 060 contenedores a vapor, en los que aparecieron 171 fallos en la realización de las cajas por listado (por falta de firma, fecha o realización de la caja), habiendo por tanto un 0,85% de errores.

Después del estudio de cargas de la Central de Esterilización, en el cual, como indicador para evaluar posteriormente, tomamos el número de lavadoras que se ponían durante el día, establecimos tres franjas horarias de la siguiente manera:

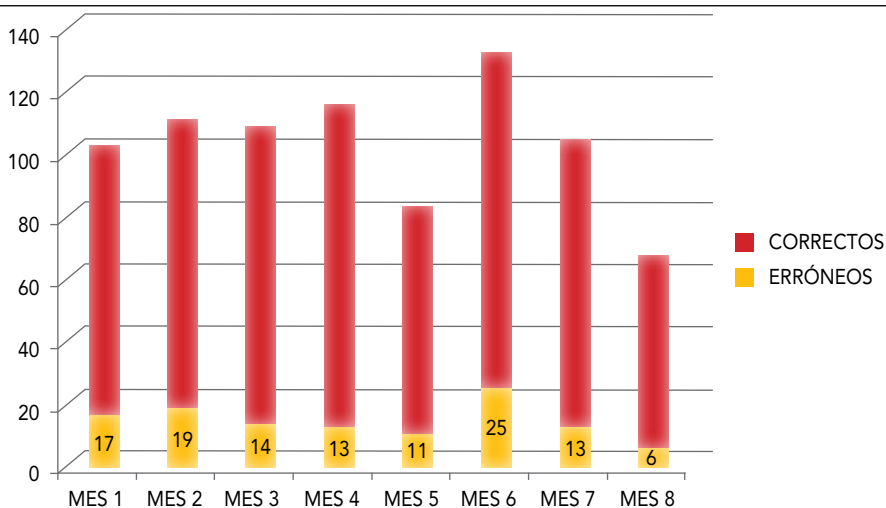
**Figura 1.** Relación registros correctos/erróneos





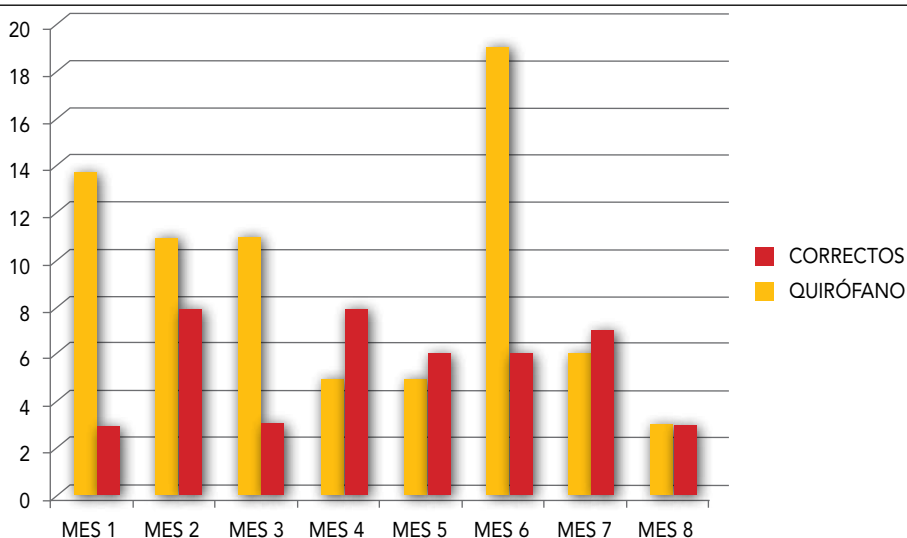


**Figura 2.** Registro de errores mensuales



- Primera franja: de 08:00h a 12:00 horas.
  - Segunda franja: de 12:00 a 16:00 horas.
  - Tercera franja: de 16:00 a 22:00 horas.
- El número de lavadoras nos indican en qué franja horaria hay más instrumental que procesar para su esterilización

**Figura 3.** Comparación de errores entre Quirófano y Esterilización





(lavado, preparación de contenedores, empaquetado, esterilización, almacenamiento y reparto).

Los datos nos indican que durante el año 2010 el reparto en porcentajes del número de lavadoras por franja horaria es el siguiente:

- Primera franja: 16,82.
- Segunda franja: 48,76.
- Tercera franja: 34,42.

Con estos datos, emprendimos acciones encaminadas a distribuir tareas y definir los puestos de trabajo, así como cambios estructurales para que fuese más eficaz, funcional y dinámico el desarrollo de la actividad diaria.

La estadística por meses se muestra en la Figura 4.

Realizamos también un estudio comparativo del aumento de intervenciones y cómo iba fluctuando el gasto en material y pequeño utillaje comprobando que, desde el año 2010 al 2011 habían aumentado en un 11,8% el número de intervenciones, mientras que el gasto supuso un -5,1%; de 2011 a 2012 el número de intervenciones disminuyó al 8,9% y la disminución del gasto supuso un -6,5% (Figura 5).

A finales del año 2012, se repartieron encuestas de satisfacción e integración entre el personal de Enfermería del BQ. A continuación incluimos las encuestas y los resultados obtenidos de estas.

La encuesta la realizaron un 70% de las enfermeras de quirófano, un 92,85% de las auxiliares de quirófano y un 77,7% de las auxiliares de esterilización.

## Encuestas

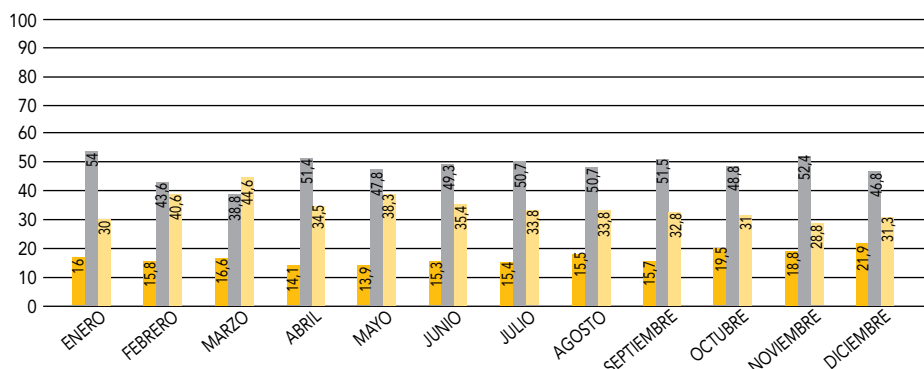
### Enfermeras de quirófano

Fecha DE inicio: 21-12-2012.

### Adecuación de la actividad y del programa desarrollado

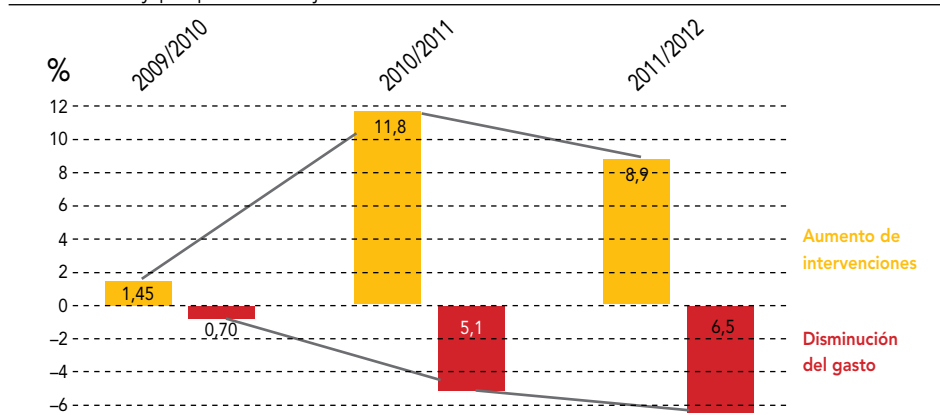
1. ¿Haces la caja según listado?                      Sí                      No

**Figura 4.** Estadística por meses





**Figura 5.** Estudio comparativo de aumento de intervenciones y fluctuación del gasto en material y pequeño utillaje



2. ¿Firmas las cajas de instrumental?  
Sí No

3. ¿Conoces mejor el contenido de las cajas al incorporar los listados?  
Sí No

4. ¿Notas que falta menos instrumental en las cajas al incorporar los listados?  
Sí No

5. ¿Crees que ha aumentado la carga de trabajo al incorporar los listados?  
Sí No

6. ¿Consideras positiva la incorporación de los listados?  
Sí No

7. ¿Consideras importante el papel que hizo la enfermera de enlace entre quirófano y esterilización?  
Sí No

8. ¿Crees que ha mejorado la relación entre el bloque quirúrgico (quirófano-esterilización-reanimación)?  
Sí No

### Análisis

El 90,5% sí hacía la caja de instrumental por listado. Un 100% firmaba las cajas de instrumental una vez terminada la intervención. El 85,7% conocían mejor el contenido de las cajas al realizarlas por listado. Un 9,5% no conocían mejor el instrumental que había en las cajas y un 4,7% no contestaron a esta pregunta.

El 76% notaron que faltaba menos instrumental en las cajas, un 14,28% no lo notaron y un 9,5% no contestaron a la pregunta. Con relación al aumento de las cargas de trabajo al incorporar los listados, un 76% contestó que sí había un aumento, un 19,4% contestó no y un 4,6% no contestó a la pregunta. Un 100% del personal consideró positiva la incorporación de los listados de instrumental en el BQ.

En relación a la figura de la enfermera de enlace entre quirófano y esterilización, un 95,23% la consideró positiva, un 4,76% no contestó a la pregunta. El 57,14% sí creía que mejoró las relaciones entre los profesionales de los dis-



tintos servicios que forman el BQ, el 19,23% no lo creía y el 23,8% no contestó.

### Auxiliares quirófano

Fecha de inicio: 21-12-2012.

#### Adecuación de la actividad y del programa desarrollado

1. ¿Te fijas cuando sacas las cajas de instrumental si lleva la firma de la enfermera?      Sí      No
2. ¿Notas que falta menos instrumental en las cajas al incorporar los listados?      Sí      No
3. ¿Crees que ha mejorado la relación con el servicio de esterilización?      Sí      No
4. ¿Consideras positiva la incorporación de los listados?      Sí      No
5. ¿Consideras importante el papel que hizo la enfermera de enlace entre quirófano y esterilización?      Sí      No
6. ¿Crees que ha mejorado la relación entre el bloque quirúrgico (quirófano-esterilización-reanimación)?      Sí      No

#### Análisis

El 92,30% sí se fijaba en que las cajas de instrumental estaban firmadas por las enfermeras, el 7,69% no se fijaba en las firmas. Un 84,60% notaba que faltaba menos instrumental en las cajas, un 15,38% no contesta.

Con respecto a la mejora con la central de esterilización, un 92,3% contestó sí y un 7,69% contestó no. Un 76,9% contestó que era positiva la incorporación

de los listados de instrumental y un 15,38% no contestó.

Del papel que realizó la enfermera de enlace, un 92,3% sí creía que fue importante y un 7,69% no lo creyó así.

Un 84,6% creía que habían mejorado las relaciones entre los profesionales del BQ y un 15,38% no creía que se hubieran mejorado.

### Auxiliares de esterilización

Fecha de inicio: 21-12-2012.

#### Adecuación de la actividad y del programa desarrollado

1. ¿Haces la caja según listado?      Sí      No
2. ¿Firmas las cajas de instrumental?      Sí      No
3. ¿Conoces mejor el contenido de las cajas al incorporar los listados?      Sí      No
4. ¿Notas que falta menos instrumental en las cajas al incorporar los listados?      Sí      No
5. ¿Crees que ha aumentado la carga de trabajo al incorporar los listados?      Sí      No
6. ¿Consideras positiva la incorporación de los listados?      Sí      No
7. ¿Consideras importante el papel que hizo la enfermera de enlace entre quirófano y esterilización?      Sí      No
8. ¿Crees que ha mejorado la relación entre el bloque quirúrgico (quirófano-esterilización-reanimación)?      Sí      No



## Análisis

El 100% realizaba las cajas por listado. El 100% firmaba las cajas de instrumental. El 100% conocía mejor el contenido de las cajas al realizarlas por listado. Un 55,5% notaba que la falta de instrumental en los contenedores había disminuido, un 28,22% no lo notaba y un 16,3% no contestaba.

En relación a la carga de trabajo al incorporar los listados, un 55,5% consideraba que había aumentado, un 28,22% no lo consideraba y un 16,3% no contestó.

El 100% consideró positiva la incorporación de los listados de instrumental. El 100% vio positiva la labor de la enfermera de enlace entre quirófano y esterilización.

En cuanto a la mejora de las relaciones entre los profesionales del BQ, un 71,4% consideraba que había mejorado, un 14,28% consideró que no y el 14,28 no contestó.

## Conclusión

A la vista de los resultados obtenidos, hemos llegado a las siguientes conclusiones, diferenciado en ellas las siguientes áreas:

- Repercusión a nivel de recursos humanos.
- Gestión de recursos económicos.
- Cómo ha influido todo ello en la mejora de la calidad asistencial y seguridad del paciente.

### Repercusión a nivel de recursos humanos

- En cuanto a los profesionales integrantes del BQ, con la implanta-

ción de las nuevas medidas de mejora, observamos por encima de todo el aumento de la seguridad y la motivación en su labor diaria que ha llevado consigo la aparición de iniciativas y métodos desarrollados por los propios trabajadores, aplicables a su trabajo para la obtención de un producto final *eficiente y de calidad*.

- Este aumento de la seguridad también ha mejorado el clima laboral, ocasionando una disminución de la tensión existente anteriormente y aumentando la comunicación entre los miembros del BQ, mediante el intercambio personal de sugerencias, ideas, propuestas, situaciones, sin necesidad de canales de transmisión artificial, humanizando la relación entre ellos.
- Observamos también un aumento de la motivación que, poco a poco, ha ido desplazando la reticencia al cambio e insatisfacción inicial para dar paso a la participación en una nueva forma de trabajo.
- Como supervisoras del BQ, para nosotras ha supuesto un reto personal y profesional que ha requerido esfuerzo y trabajo, pero también nos ha aportado satisfacción al ver la implicación de los profesionales en este proyecto.

### Gestión de recursos económicos

- Desde el punto de vista de la repercusión económica, la aplicación de las medidas ha llevado a un mayor control de recursos materiales y mayor fluidez y seguridad en la toma de decisiones.

Esta repercusión económica se ha visto reflejada en una disminución en el gasto destinado a material y pequeño



utillaje, pese a un incremento en el número de intervenciones según los datos recogidos desde 2009 hasta 2011, debido todo ello, a la mejor gestión, control y operatividad del material.

- La unificación y estandarización de contenedores de instrumental para un mismo proceso, ha permitido al personal de nueva incorporación un aprendizaje rápido y seguro y ha aumentado la competencia de los profesionales.
- La continuidad en el proceso del lavado de instrumental los 365 días del año garantiza la misma calidad en el tratamiento y procesado del material para todos los pacientes.

### ***Cómo ha influido todo ello en la mejora de la calidad asistencial en la seguridad del paciente***

Como conclusión final y sin olvidarnos nunca de ello, podemos hablar de una aportación de cuidados de excelencia al paciente a través de la continuidad de los mismos, de la optimización de recursos materiales y de un ambiente laboral correcto y apropiado que influye siempre en la labor del profesional.

### **Discusión**

La elaboración, aplicación y evaluación de este proyecto ha aumentado, desde nuestro punto de vista, la competencia de los profesionales, dando lugar a una mejora en la calidad asistencial al paciente desde que entra en el BQ hasta su salida a la unidad de destino.

Ha supuesto un reto importante aglutinar personal de dos hospitales diferentes, con disparidad en la dinámica de trabajo. Gracias a este importante proyecto, ha aumentado la motivación

de los profesionales y se ha producido la integración de los mismos en un bloque único.

Este proyecto también ha permitido medir la calidad asistencial, la satisfacción del personal y ha tenido una importante repercusión económica.

Finalmente, consideramos que es un proyecto abierto, puesto que el aumento de la mejora en la calidad asistencial no se ha de parar y la implicación de los profesionales supone nuevos retos y nos demuestra que somos competentes en la gestión y optimización de recursos materiales y humanos.

*La Enfermería es el mejor valor que tiene el sistema para mantener los cuidados, por ello es muy importante gozar de buena salud laboral, para que, cuidándonos, seamos capaces de mantener cuidados de calidad, a pesar de las adversidades.*

### **Bibliografía**

1. Cuevas C, Martínez I, Baltanás FJ. La Gestión por Competencias en Enfermería, 1.ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006.
2. Blanco Rodríguez JM. Introducción a la Gestión de Servicios de Enfermería. En: Curso Básico de Calidad Asistencial. Valladolid 14 de marzo de 2008. Global Cess, SR Consultores.
3. Peláez Ros B. Procedimientos de esterilización. Conceptos básicos. En: Criado Álvarez JJ, Peláez Ros B, Fereres Castiel J. Esterilización en Centros Sanitarios. Madrid: Fiscam; 2006. p. 13-27.
4. Andrade Lobato R, Peláez Ros B. El proceso de esterilización: concep-



- tos básicos. Madrid: Autoclave; 2007.
5. Steri España; Departamento Técnico de Steris España. La Esterilización Hospitalaria, 2.ª ed. Madrid; 1997.
  6. Costa Aguiar BG, Soares E, Costa da Silva A. Evolución de las centrales de material y esterilización: historia, actualidad y perspectivas de la Enfermería. En EG; 2009 [en línea] [consultado el 02/03/2012]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion2.pdf>
  7. Palanca Sánchez I, Ortiz Valdepeñas J, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL; Grupo de Expertos. Unidad central de esterilización: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
  8. Fereres Castiel J. Estructura de una central de esterilización: organización y ubicación arquitectónica. En: Criado Álvarez JJ, Peláez Ros B, Fereres Castiel J. Esterilización en Centros Sanitarios. Madrid: Fiscam; 2006. p. 87-90.
  9. Muñoz Albarracín RM, Aguilera Díaz P, Giro Sanabria I, Pacheco Román M, Roca Pascual MM. Experiencia de la formación especializada en esterilización. Todo Hospital. 2009 [en línea] [consultado el 15/03/2012]. Disponible en: <http://www.puntex.es/puntex/data.php?q=descargar>
  10. Farias Pérez A. Rol del enfermero/a en centrales de esterilización. 2011 [en línea] [consultado el 02/03/2012]. Disponible en: <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/ROL%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20CENTRALES%20DE%20ESTERILIZACION%20stgo2011.pdf>
  11. Criado Alvares JJ. Logística y gestión integral de la central de esterilización. Madrid: Autoclave; 2003: p. 35-7.