

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**SECRETARÍA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
***ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE***  
***CRÍTICO***



**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**  
**PROTOCOLO DE INTERVENCION PARA LA**  
**RECEPCION EN EL POST-QUIRURGICO**  
**INMEDIATO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE**  
**HEPATICO**

---

Tutora: Dra. María Cristina Cometto

Autora: Lic. Marcela Bordenave

Córdoba, Julio de 2016

## **AGRADECIMIENTO**

A todos los docentes de la *ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO*, quienes me guiaron durante el cursado y las practicas hospitalarias enriqueciéndonos con sus conocimientos.

A mis compañeros y su apoyo incondicional para concretar este periodo, fortaleciendo vínculos más allá de la profesión...

# INDICE

Datos de la Autora.....	4
Introducción.....	5
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Contexto de desarrollo.....	10
Recurso humano.....	11
Organización.....	11
Post-operatorio.....	12
Intervenciones de enfermería.....	14
Preparación de la unidad.....	15
Vestimenta.....	17
Cuidados generales.....	18
Prevención de infecciones.....	22
Indicador.....	24
Socialización.....	25
Bibliografía.....	26
Anexo.....	29

## **DATOS DE LA AUTORA**

Lic. Marcela Bordenave: egresada de la UNC, actualmente se desempeña en el servicio de UTI del Hospital Córdoba como enfermera operativa; también es parte del personal de recuperación post quirúrgica del paciente trasplantado intratoraxico.

# INTRODUCCION

...Donar puede salvar o mejorar la calidad de vida de hasta 10 personas... En Córdoba más de 1400 personas esperan un trasplante de órgano o tejidos. El E.Co.D.A.I.C impulsa, normaliza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en nuestra provincia, garantizando a la población el acceso equitativo al trasplante. Como marco regulatorio el E.Co.D.A.I.C tiene las leyes provinciales 8814/1999 y 9146/2004 orientando sus acciones a dar cumplimiento a la Ley Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos N° 24.193/1993 y ley complementaria 26.066/2005<sup>1</sup>.

En Córdoba, entre 1998 y 2007 se realizaron 172 trasplante de hígado, siendo la patología más frecuente la cirrosis hepatocelular tanto autoinmune como metabólica. Así trasplante hepático se ha convertido en un procedimiento muy dinámico que en la actualidad constituye el tratamiento de elección para un gran número de enfermedades hepatobiliares agudas y crónicas<sup>2</sup>.

El Hospital Córdoba, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, es una Institución de nivel III de complejidad, médico quirúrgica, que atiende pacientes adultos y ancianos y desde el año 2014 conformo un comité de trasplante hepático que trabaja interdisciplinariamente para que en breve tiempo se comience a realizar este tipo de trasplante.

Desde el Servicio de Enfermería considera imprescindible sistematizar el cuidado pre y post- operatorios para su personal, en el convencimiento que el conocimiento de estrategias, contribuye a resultados satisfactorios, tanto para el paciente; prolongando significativamente la sobrevida y mejorando su calidad de vida; como para la disciplina contribuyendo a acompañar los adelantos y desafíos de estos tiempos.

Este protocolo se realizó como guía de referencia para todos los integrantes del equipo de enfermería de trasplante hepático en el post-quirúrgico. No pretende sustituir a los excelentes textos y revistas específicas sobre trasplante hepático, los cuales pueden, y deben, ser consultados para una adicional y mayor información. Además, las recomendaciones aquí indicadas deben ser modificadas en la medida en la que surjan evidencias de una mejor práctica clínica<sup>3</sup>.

#### DEFINICIONES OPERACIONALES:

Trasplante: El trasplante de órganos es un tratamiento médico-quirúrgico complejo. Consiste en sustituir un órgano vital que ha dejado de funcionar por otro sano. Esta técnica, que está en constante evolución, viene desarrollándose con mucho éxito, siendo cada vez es más habitual. A través del trasplante de órganos y tejidos muchos pacientes sometidos a largos tratamientos han logrado mejorar su calidad de vida y recuperar las condiciones físicas óptimas para realizar una vida totalmente normal. Los trasplantes de órganos y tejidos son una realidad generada por los avances científicos del siglo XX. Debido a que son procedimientos en los que intervienen diferentes factores (científicos, sociales, morales, filosóficos, etc.) requieren de un marco jurídico que responda a su constante cambio y evolución. En nuestro país los trasplantes son una realidad que permite incrementar la esperanza de vida de muchas personas que están hoy a la espera de un órgano. Este moderno recurso terapéutico debe ser considerado en la actualidad un procedimiento de rutina asistencial en nuestro país. Su importancia ha trascendido la novedad de sus etapas iniciales, para constituirse, en nuestros días, en una práctica corriente que posibilita seguir con vida a muchas personas afectadas por distintas enfermedades.<sup>4</sup>

Trasplante hepático: El trasplante de hígado o trasplante hepático es el reemplazo de un hígado enfermo por un hígado sano alógrafo. La técnica más comúnmente usada es el trasplante ortotópico, es decir, que el hígado del

paciente enfermo es reemplazado por el hígado del donante en la posición anatómica original.

El trasplante de hígado es potencialmente aplicable a cualquier patología hepática, ya sea aguda o crónica, en donde exista una potencial pérdida de las funciones vitales del hígado (que puedan comprometer la vida del paciente), siempre y cuando además no existan otras condiciones que puedan resultar perjudiciales para el trasplante.

El hígado enfermo se extirpa a través de una incisión quirúrgica hecha en la parte superior del abdomen. El hígado donado se coloca en su lugar y se conecta a los vasos sanguíneos y a las vías biliares del paciente. Esta operación puede durar hasta 12 horas y requiere que el paciente reciba una gran cantidad de sangre a través de una transfusión.

En algunos casos, un donante vivo puede donar una parte de su hígado para un trasplante a un miembro de la familia.

Los mejores resultados del trasplante hepático se obtienen siguiendo los criterios de Milán, con supervivencias que exceden el 70% e índices de recidiva del 15% a 5 años.<sup>5</sup>

Post-operatorio Inmediato: Primeras 48 o 72 horas después de la cirugía. En el que se controlan los signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración, esto implica valorar la permeabilidad de las vías aéreas para descartar cualquier tipo de obstrucción. También en este período se prestará atención a la aparición de hemorragia tanto interna como externa que repercutirá en la frecuencia de pulso y en los valores tensionales.

Personal de Enfermería: Grupo disciplinar que presta servicio de cuidado y ayuda a pacientes en situación de salud o enfermedad.

La obra *Nursing in Today's World* señala que "la enfermería se ocupa de atender a la persona en diversas situaciones relativas a su salud. De modo que vinculamos la medicina con la curación del paciente, y la enfermería con los cuidados que recibe"<sup>6</sup>.

# JUSTIFICACION

El Hospital Córdoba dependiente de Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba desde el año 2014 formo el Comité de Trasplante Hepático. Así surge la necesidad de sistematizar el cuidado de enfermería para el abordaje de la atención en la sala de trasplante en el post- quirúrgico.



## **OBJETIVO GENERAL**

- Sistematizar el Cuidado de Enfermería durante el periodo post- operatorio inmediato de pacientes trasplante de hígado.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer los pasos necesarios para la Atención de Enfermería durante el post- operatorio inmediato de pacientes trasplantados hepático en el Hospital Córdoba.
- Socializar el protocolo para la Atención de Enfermería durante el post- operatorio inmediato de pacientes trasplantados hepático en el Hospital Córdoba.
- Evaluar el protocolo para la Atención de Enfermería durante el post- operatorio inmediato de pacientes trasplantados hepático en el Hospital Córdoba.

## CONTEXTO DE DESARROLLO

El Hospital Córdoba, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia del mismo nombre, fue fundado el 1 de julio de 1950. La actividad quirúrgica fue muy intensa desde el principio, todas las especialidades médicas adquirieron un rápido desarrollo y sus servicios ganaron un sólido prestigio en la provincia y noroeste del país.

La Cirugía abdominales se realizaron desde la fundación de esta institución, perfeccionándose la técnica quirúrgica y avanzando en el conocimiento de los cuidados de enfermería.

El servicio de Cirugía General durante más de dos décadas anhelo realizar trasplante hepático en la institución, pero estaban dadas las condiciones edilicias para llevarlo a cabo. Enfermería paralelamente a estos acontecimientos se capacito en varias oportunidades para estar a la altura de las circunstancias, si este anhelo se hacía realidad.

Recién en el año 2014 después de realizada la obra de reestructuración y edificación del Instituto Modelo de Alta Complejidad (IMAC); que incluía la remodelación edilicia de los quirófanos centrales y los servicios críticos fue posible conformar el Comité de Trasplante Hepático y desde ese momento se trabaja para que en un futuro cercano se realice el primer trasplante. Con la intervención del Servicio de Cirugía General para el pre-operatorio, y el post-operatorio mediato; el Servicio de Quirófano Central para la fase trans-operatoria y la Unidad de Cuidados Intensivos para la fase post-operatoria inmediata.

La sala para recuperación del post-quirúrgico inmediato del trasplante hepático se encuentra en el segundo piso del Hospital Córdoba, en el mismo piso que el área de quirófanos, dentro de la UTI, cabe destacar que esta sala se utiliza solamente para recuperación de trasplantes intratoraxicos, y será utilizada para los futuros trasplantes hepáticos.

La sala cuenta con una dotación de 4 camas ortopédicas, un office de enfermería, dos baños, una sala de estar y un compartimento al ingreso de la sala con pileta y despender de jabón para el lavado de manos.

Cada cama está equipada en la cabecera con bocas para suministro de oxígeno, aire comprimido y aspiración. También cuenta con luces centrales, luz de cabecera, pie de sueros, bombas de infusión, ventiladores mecánicos, desfibrilador, electrocardiograma, carro de paro, medicación varia en el office de enfermería, baños equipados para el manejo del paciente trasplantado.

## RECURSOS HUMANOS

Las competencias requeridas para el Personal de Enfermería son:

- Cognoscitivas: o sea aquellas referidas a conocimientos generales y específicos sobre nefrología, con una alta capacidad de resolución de problemas y estrategias cognoscitivas que le permitan tomar decisiones acertadas.
- Técnicas: son las habilidades y destrezas adquiridas para el cumplimiento de las actividades propias de la función.
- Humanas y sociales: son las aptitudes y actitudes requeridas para la comunicación, las relaciones interpersonales y la cooperación con otros miembros del equipo de salud, pares, pacientes y familiares. Y la responsabilidad en el desempeño de la tarea, haciendo énfasis en la atención humanizada con el paciente.

## ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Por prestar servicios en ámbitos dependientes del Ministerio de Salud, el Personal del servicio se regirá por la Ley 7625 que integra el Equipo de Salud Humana.

La organización del trabajo de Enfermería esta dado específicamente por el servicio de Enfermería de la Institución y el Programa Nacional de Garantía de Calidad del año 1996, Resolución Ministerial 194/95 propuso la Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería; señalando que la dotación de Personal de Enfermería disponible para pacientes de cuidados críticos es de un puesto por paciente.

**EL POSTOPERATORIO**

**CUIDADOS INMEDIATOS DE  
ENFERMERIA EN UTI**

**PRESENTACION DE  
INTERVENCIONES**

En la Unidad de Cuidados Intensivos existe la posibilidad de que ingrese un paciente dentro del programa de trasplante hepático en diferentes circunstancias:

- ✓ Para control en el post-trasplante inmediato.
- ✓ Para control preoperatorio (fundamentalmente las hepatitis Fulminantes)
- ✓ Para realización de una técnica o tratamiento una vez trasplantados.
- ✓ Problemas médico-quirúrgicos en el post-trasplante tardío que precisa de reingreso.

En este protocolo se analiza la actuación a seguir en el cuidado del post-trasplante inmediato.

El paciente sometido a trasplante de hígado presenta necesidades terapéuticas y complicaciones que obligan a ser controlado durante el post-operatorio inmediato<sup>7</sup>.

### **Personal médico**

Un médico de la UTI y un médico que pertenecerá al Comité de Trasplante Hepático del Hospital, colaborando con el resto de Servicios del Centro en el control y seguimiento de los trasplantes de hígado.

Tras la notificación de la realización de un trasplante, el equipo médico responsable de común acuerdo con el supervisor asistencial organizará y adecuarán los medios precisos para el seguimiento y asistencia al paciente.

### **Personal de enfermería**

En el área de recepción de los trasplantes de hígado está previsto una dotación de 2 enfermeras en las primeras 24 hs. para el cuidado de los pacientes ingresados en dicho área.

De acuerdo a la ocupación de dicho área asistencial, la supervisión puede adecuar más o menos personal atendiendo a las circunstancias concretas del momento.

Intervenciones de enfermería en el post-operatorio inmediato:

- 1. Preparación de la unidad de recepción del paciente trasplantado.***
- 2. Utilización del equipo de vestimenta.***
- 3. Cuidados generales de enfermería al paciente trasplantado.***
- 4. Cuidados generales para evitar potenciales infecciones.***

**1. Preparación de la unidad de recepción del paciente trasplantado:**

<b>Intervenciones</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Observaciones</b>
Supervisar la limpieza de la sala, equipamiento material y unidad de pacientes. A través del uso de paños húmedos.	I B	Los pisos, paredes, cortinas, muebles, deben ser limpiables. No porosos.
<p>Controlar el medio ambiente en la sala de trasplante a través de lista de verificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ventilación.</li> <li>✓ Climatización.</li> <li>✓ Luces centrales, de la cabecera de la cama y de emergencia.</li> <li>✓ Fuentes de toma de corriente.</li> </ul>	<p>II B</p> <p>III B</p> <p>III B</p>	<p>Se recomienda la utilización de filtro HEPA.</p> <p>De 20° a 26 ° C.</p> <p>Humedad de 30 a 60 %</p>
Revisar del correcto funcionamiento del tablero de gases (oxígeno, aspiración, aire comprimido) a través de lista de verificación.	III B	

<b>Intervenciones</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Observaciones</b>
Revisar el correcto funcionamiento de: monitor, bombas de infusión, desfibrilador, electrocardiograma, marcapaso a través de lista de verificación.	III B	Se recomienda patetas autoadhesivos para desfibrilador.
Revisar de carro de paro a través de lista de verificación: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Provisión de medicamentos.</li> <li>✓ Provisión de material descartable.</li> <li>✓ Funcionamiento de laringoscopio y ambu.</li> </ul>	II A	Según norma de American Heart Association.
Control de equipamiento, mobiliario, insumos biomédicos a través de lista de verificación.	II A	
Revisar provisión de medicación a través de lista de verificación.	II A	



## **2- Utilización del equipo de vestimenta:**

<b>Intervenciones</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Observaciones</b>
Lavado de mano.	I A	
Colocar el uniforme de trabajo limpio cada vez que ingrese a la sala de trasplante.	III B	
La higiene personal del personal afectado al trasplante debe realizarse lo más pronto al horario de ingreso a la sala de trasplante.	III B	
Utilizar el equipo de vestimenta de ropa estéril cuando deba permanecer en la sala de trasplante para la atención del paciente.	II A	
Colocar la ropa estéril en el siguiente orden: Gorro Bata Barbijo Bolsas de naylon en los pies Guantes estériles.	II A	Retirar en el mismo orden
Cambiar de inmediato el equipo de protección si existe exposición a cualquier contaminante.	II A	

### ***3-Cuidados generales de enfermería al paciente trasplantado:***

El paciente llega de quirófano con:

- Uno o más catéteres arteriales.
- Swan Ganz
- Tubo oro traqueal
- Sonda Nasogástrica.
- Drenajes abdominales: 2 sub frénicos, 1 sub hepático y puede traer drenaje de kehr.
- Uno o más catéteres venosos centrales.
- Uno o más catéteres periféricos.

Intervenciones	Nivel de evidencia	Observaciones
Lavado de manos.	I A	
Monitorizar cada 15 minutos durante las primeras 4 horas: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TA.</li> <li>✓ Presión de arteria pulmonar.</li> <li>✓ Gasto cardiaco.</li> <li>✓ FC.</li> <li>✓ FR.</li> <li>✓ T°.</li> <li>✓ Sat. de O2.</li> </ul>	III B	Adecuar controles a las necesidades del paciente.
Monitorizar cada 30 minutos hasta las primeras 24 Hs.	III B	Adecuar controles a las necesidades del paciente.
Monitorizar cada 2 horas , pasada las primeras 24 hs.	III B	Adecuar controles a las necesidades del paciente.
Lavado de manos.	I A	
Verificar permeabilidad de drenajes, sonda nasogástrica, sonda vesical.	I A	
Cuantificar drenajes y diuresis cada 30 min en las primeras 4 hs del ingreso del paciente trasplantado. Luego se realiza horario por 24 Hs.	III B	Adecuar controles a las necesidades del paciente.

<b>Intervenciones</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Observaciones</b>
Lavado de mano	I A	
Cambiar los sachet de soluciones parenterales que trae de quirófano.	III B	
Controlar el ciclado de las soluciones por bomba de infusión.	III B	
Control de glucemia cada 4 Hs.	III A	Adecuar a las necesidades del paciente.
Realizar medicación según indicación médica.	I A	Teniendo en cuenta recomendaciones para medicación segura.
Realizar balance hidroelectrolítico parcial cada 4 Hs. Y uno total a las 24 Hs del ingreso del paciente	II A	

<b>Intervenciones</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Observaciones</b>
Realizar balance hidroelectrolítico parcial de 8 hs . y uno total de 24 Hs luego del primer día.	II B	
Medición de la PIA por turno de enfermería.	II B	Si está por encima de 25 cm H2O y compromiso de la diuresis plantearemos paracentesis implantación de catéter intrabdominal.
Realizar registros e informes de enfermería en forma clara, legibles. Colocar firma y sello.	II A	

5. Cuidados generales para evitar potenciales infecciones:

*El personal que padezca infecciones víricas en fase aguda, lesiones cutáneas exudativas o sea portador nasal de estafilococo se abstendrá de penetrar en el área de trasplantes.*

Intervenciones	Nivel de evidencia	Observaciones
Lavado de manos	I A	
La utilización de guantes no excluye el lavado de mano.	I A	
Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.	C	
Realizar curación diaria de la herida quirúrgica con gasa y solución salina 0,9 %	B	
No limpiar las heridas con limpiadores cutáneos o agentes antisépticos (povidona yodada, solución de hipoclorito sódico, agua oxigenada, ácido acético). Son citotóxicos para el tejido.	E	
Las presiones de irrigación de entre 8 y 13 psi son efectivas para reducir la infección y la inflamación sin causar trauma tisular.	B	

Intervenciones	Nivel de evidencia	Observaciones
Realizar higiene bucal cada 12 Hs con Nistatina.	II A	
Cambiar guías para infusión parenteral cada 24 Hs.	I A	
Controlar de sitio de punción de catéter arterial.	I B	No permanecerá más de 72 Hs.
Cambiar sitio de punción venosa periférica cada 72 Hs.	I B	Se admite hasta 96 Hs
Retirar lo antes posible cualquier Catéter intravascular que ya no sea indispensable.	II A	
Lavado de manos.	I A	
Curación con técnica aséptica sitio de punción venosa central. Utilizar “parches transparentes” y cambiarlo cada 7 días.	II A	Si fuera necesario antes. Si presenta manchas, roturas, humedad, etc.
Utilizar sábanas estériles cada vez que se lo cambien al paciente.	C	

**INDICADOR: PORCENTAJE DE ADHESION DE LAS INTERVENCIONES PARA EL CUIDADO EN EL POST-QUIRURGICO DEL PACIENTES CON TRASPLANTE HEPATICO.**

Área relevante	Hospitalización
Dimensión	Adhesión a las intervenciones del protocolo para el cuidado del paciente con trasplante hepático.
Tipo de indicador	-Proceso
Objetivo	Disminuir la variabilidad en los cuidados de enfermería en el post-quirúrgico inmediato del paciente con trasplante hepático.
Formula	$\frac{\text{Nº de pacientes trasplantados con adhesión al protocolo}}{\text{Nº total de pacientes trasplantados}} \times 100$
Explicación de términos	<p>-Numerador: Pacientes trasplantados con adhesión a las intervenciones del protocolo.</p> <p>-Denominador: Total de pacientes trasplantados hepáticos</p>
Fuente de datos	Registro de enfermería
Responsables de obtención de datos	Jefe del servicio de enfermería de UTI
Población	Pacientes trasplantados hepáticos.
Periodo de obtención	Anual



# SOCIALIZACION

El presente protocolo será socializado por medio de:

- Capacitación planificada intra servicio de enfermería afectada a la recuperación del trasplante hepático.
- Comité de seguridad de pacientes.
- Comisión de calidad.
- Capacitación incidental al personal afectado a la recuperación del trasplante hepático.

# BIBLIOGRAFIA

1. INCUCAI - Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante.Registros. Consultado 22-6-16.Arg.www.incucal.gov.ar. Arg.
2. Real Academia Española (2014). «trasplante». “*Diccionario de la lengua española* “(23ª edición). Madrid: Espasa. Consultado 5-4-16. www.rae.es.
3. Busuttil R, Klintmalm G. “*Transplantation of the liver*”. Elsevier-Saunders, Philadelphia, 2005.
4. J. Berenguer, P. Parrilla. “*Trasplante Hepático*” 2008 Elsevier Espana. ISBN: 978-84-8086-310-0.2009.
5. *Liver Transplantation*. Wiley Interscience. Publicacion mensual de la ILTS y la AASLD.
6. *PAI Trasplante Hepático 2010*. Conserjería de Salud de Andalucía. CAT.
7. *Documentos consenso SETH*. Consultado 3-6-16. www.sethepatico.org
8. American National Standard Association for the advancement of medical Instrumentation – ANSI/AAMI. ST 79:2006.Consultado mayo 2016. Disponible en: <http://marketplace.aami.org/eseries/scriptcontent/docs/Preview%20Files%5CST790607>.
9. Assac, C.; Costa, G.”Manual “Técnico de Limpieza y Desinfección de Superficies Hospitalarias e Manejo de Residuos”. Rio de Janeiro: IBAM/CONLURB, 2010. 28 p. Consultado 18-5-16 <http://conlurb.rio.rj.gov.br/download>.
10. Asociación Brasileira de Normas Técnicas. NBR 7256. “Tratamiento del aire en establecimientos asistenciales de salud “(EAS) – requisitos para proyectos e ejecución de instalaciones. Rio de Janeiro, 2005. Boyce, J.M. Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. J Hosp Infect, v. 65, p.50-54, 2007.
11. Denton, M.; Wilcox, M.H.; Parnell, P.; Green, D.; Keen, V.; Hawen, P.M.; “Role of environmental cleaning in controlling an outbreak of *Acinetobacter baumannii* on a neurosurgical “intensive care unit. J Hosp Infect., v.56, p. 106-110, 2004.

12. Fernandes, A.T. et al. "Infecciones Hospitalaria e suas interfaces na Área da Salud". Son Paulo: Atheneu, 2000. GARNER, J.S. The hospital infection control practices advisory committee. Guideline for isolation precautions in hospital. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, v.17, p. 54-80, 1996.
13. Hinrichsen, S.L. et al. "Limpieza Hospitalar: Importancia no Control de Infecciones". In: HINRICHSEN, S.L. Bioseguridad e Control de Infecciones. Riesgo Sanitário Hospitalar. Rio de Janeiro: Medsi, 2004, p. 175-203.
14. Noskin, G.A.; Bernad, P.; o col. "Persistent contamination of fabric covered furniture by vancomycin-resistant enterococci: implications for upholstery selection in hospitals". *Am J Infect Control*, v.28, p.311-313, 2000.
15. Oliveira, A. "Infecciones Hospitalares, Epidemiologia", *Prevención e Control*. Rio de Janeiro: Medsi, 2005. p. 290.
16. Pelczar, M.J. et al. "Microbiología, conceitos e aplicações". Son Paulo: Makron Books, 1997.
17. Ray A.J; Hoyen C.K; Das S.M; Taub , T.F; Eckstein , E.C; Donskey , C.J. "Nosocomial transmission of vancomycin-resistant enterococci from surfaces". *JAMA*, v. 287, p. 1400-1401, 2002.
18. Rutala, W.A.; Weber, D.J. "The benefits of surface disinfection". *American Journal Infection Control*, v.32, p. 226-231, 2004.
19. Sample, M.L.; Grabel D.; "An Outbreak of VancomycinResistant Enterococci in a Henatology–Oncology" Unit: Control by Patient Cohorting and Terminal Cleaning of the Environment. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v.23, p.468 – 469, 2002
20. Guidelines for preventing opportunistic infection among hematopoietic stem cell transplant recipients; *MMWR. Weekly Report*. DC: October 20, 2000/Vol 49/No RR-10
21. Chloe L.Thio MD et al;" Refinements of environmental assessment during an outbreak investigation of invasive aspergillosis in a leukemia and bone marrow transplant unit". *Infection control and hospital epidemiology*. Enero 2000;vol 21;No 1;18-23

22. Albery C; "Relationship between environmental fungal contamination and the incidence of invasive aspergillosis in haematology patients". Journal of hospital infection; 2001; Vol 48:198-206
23. Jane D. Siegel et al; CDC Report; Guideline for isolation precautions: "Preventing Transmission of infectious Agents" HealthCare Settings 2007. <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>. Consultado junio 2016.

# ANEXO



## Sala de Trasplante      Lista de Verificación



AMBIENTE FÍSICO	Si	No
Temperatura ambiental 24º		
Desinfección de la sala 3 veces antes del ingreso del paciente		
Control de funcionamiento del: Panel eléctrico central		
Luces de la sala		
Gases y aspiración central		
MOBILIARIO	Si	No
Cama terapéutica con ambas barandas		
Colchón 1		
Colchón de aire con motor 1		
Soportes fijos de cama para sueros 2		
Pie de sueros 4		
Mesas móviles chicas de acero 3		
Mesas para el paciente 2		
Lámpara de cabecera 1		
Lámparas de pie 2		
Heladera 1		
Contenedores de residuos 6		
Sillas 4		
Armarios 2		
Percheros 2		
Carro de curación 2		
Carro de paro		
APARATOLOGÍA	Si	No
Monitor1:		
Cables paciente:		
✓ monitoreo cardiaco		
✓ temperatura		
✓ oximetría de pulso		
✓ manguito de presión no invasivo		
Monitor 2:		
✓ transductor de presión 2		
✓ capsulas para transductor 2		
✓ porta capsula 2		
Bombas de jeringa 2		
Bombas de infusión volumétricas 10		
Electrocardiograma		
Fuente de Marcapaso transitorio con cables 1		
Desfibrilador 1		
Ventilador Mecánico 1		

<b>MATERIALES DESCARTABLES</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Batas estériles		
Campos estériles		
Ambos estériles		
Botas		
Barbijos		
Gorros		
Sábanas estériles		
Colchas estériles		
Cubrecamas estériles		
Jeringas 1cc		
Jeringas 5cc		
Jeringas 10cc		
Jeringas 20cc		
Jeringas 60cc pico fino		
Jeringas 60cc pico grueso		
Catéter periférico nº 22		
Catéter periférico nº 20		
Catéter periférico nº 18		
Catéter periférico nº 16		
Catéter periférico nº 18		
Agujas subcutáneas		
Agujas endovenosas		
Agujas intramusculares		
Trocar		
Agujas de punción nº 19		
Perfus macrogoteo		
Perfus microgoteo		
Set de bomba		
Set de bomba fotosensible		
Pt 26		
PC 100		
Llave de 3 vías		
Sondas k 10		
Sonda k 11		
Sonda k 29		
Sonda Foley 16		
Sonda Foley 16 siliconada		
Sonda Foley 18		
Sonda Foley 18 siliconada		
Sonda Foley 20		
Sonda Foley 20 siliconada		
Bolsa colectora de orina		
Frascos de urocultivo		
Bolsa de colostomía		

<b>MATERIALES DESCARTABLES</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Bolsa de ileostomía		
Cinta adhesiva hipoalergénica		
Parches anti-escaras		
Lino 100		
Lino 80		
Lino 40		
Lino 20		
Guantes estériles		
Guantes de examen		
Bisturíes		
Electrodos		
Caja de flebotomía		
Caja de punción		
Caja de curación		
Descartadores de material cortopunzante		
Material poroso:		
• Gasas		
• Apósitos		
• Apósitos 30x30		
• Vendas		
• Paños		
Alcohol al 70%		
Alcohol en gel		



CARRO DE PARO	SI	NO
<b><u>MEDICACIÓN:</u></b>		
Adrenalina 30 ampollas		
Atropina 30 ampollas		
Bicarbonato de sodio 10 sachets		
Midazolam 10 ampollas		
Fentanilo 10 ampollas		
Amiodarona 10 ampollas		
Digoxina 10 ampollas		
Glucosado hipertónico al 50% 10 ampollas		
Gluconato de calcio 10 ampollas		
Sulfato de Magnesio 10 ampollas		
Lidocaína 2% con epinefrina solución 2 frascos		
Lidocaina 2% sin epinefrina solución 2 frascos		
Agua destilada 25 ampollas		
Succinilcolina 2 frascos		
Heparina 1 frasco		
Hidrocortisona 100 mg 5 frascos		
Hidrocortisona 500 mg 2 frascos		
Adenosina 5 ampollas		
Dexametasona 8 mg 10 ampollas		
Protamina 2 ampollas		
Flumazenil 2 ampollas		
<b><u>SOLUCIONES:</u></b> Solución fisiológica		
Dextrosa		
Voluvent		
Bicarbonato		
<b><u>INSUMOS GENERALES :</u></b>		
Laringoscopio		
Valva Media		
Valva Corta		
Tubo Endotraqueal nº6 .cant 2		
Tubo Endotraqueal nº 6 ½. Cant 2		
TuboEndotraqueal nº 7. Cant 2		
Tubo Endotreaqueal nº 7 ½. Cant 2		
TuboEndotreaqueal nº 8. Cant 2		
Tubo Endotreaqueal nº 8 ½. Cant 2		
Guía de Eschmann		
Jeringas de 5ml		
Jeringas de 10ml		
Jeringas de 20ml		
Jeringas de 60 ml		
Agujas intradérmica		
Agujas endovenosas		
Agujas intramusculares		

<b>EQUIPO DE TÓRAX</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Tubuladuras K227</b>		
<b>Conectores en Y</b>		
<b>Conectores biconicos</b>		
<b>Campanas de drenaje</b>		
<b>Clamps de tubo</b>		
<b>EQUIPO DE VIA CENTRAL</b>		
<b>Catéter de doble lumen</b>		
<b>Llave de 3 vías</b>		
<b>Domo</b>		
<b>Macro</b>		
<b>Pt 26</b>		
<b>Heparina</b>		
<b>Solución Fisiológica</b>		
<b>Tegaderm</b>		
<b>SOLUCIONES</b>		
<b>Pervinox jabonoso</b>		
<b>Pervinox solución</b>		
<b>Nitrofurazina</b>		
<b>Agua oxigenada</b>		
<b>Solución fisiológica</b>		
<b>Solución de Dextrosa 5%</b>		
<b>Solución de Dextrosa 10%</b>		
<b>Solución de Dextrosa 25%</b>		
<b>Solución de Dextrosa 50%</b>		
<b>Lactato de Ringer</b>		
<b>Voluvent</b>		
<b>Agua Destilada</b>		
<b>Clorhexidina jabonosa</b>		
<b>Vaselina liquida</b>		
<b>Vaselina solida</b>		
<b>Aquasonicultrasoundtransmission gel</b>		
<b>HOJAS DE REGISTRO</b>		
<b>Hojas de enfermería</b>		
<b>Hojas de procedimientos invasivos</b>		
<b>Hojas de indicaciones medicas</b>		
<b>Hojas de Epicrisis</b>		
<b>Hojas de anamnesis</b>		
<b>Hojas de evolución</b>		
<b>Hojas de laboratorio</b>		
<b>Hojas de Hematologia</b>		
<b>Hojas de recetario</b>		
<b>Hojas de medicamentos por vía de excepción</b>		