

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Atención al paciente quirúrgico

Proceso Asistencial Integrado



JUNTA DE ANDALUCÍA

Atención al paciente quirúrgico,

Proceso Asistencial Integrado

ATENCIÓN al paciente quirúrgico [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / autores, Jiménez López, Ignacio (coordinador) ... [et al.]. -- 1ª ed.. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 42 p.

1. Atención al paciente 2. Procedimientos quirúrgicos operativos 3. Calidad de la atención de salud 4. Guía de práctica clínica 5. Andalucía
I. Jiménez López, Ignacio II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

W 84



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

1ª edición 2014

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Maquetación: Artefacto

Autores:

Jiménez López, Ignacio (Coordinador)

Anestesiólogo. Jefe de Sección de Anestesiología y Reanimación. Director de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Bloque Quirúrgico. Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Álvarez Fernández, Rosa María

Técnica Superior de la Función Administrativa. Atención a la ciudadanía. Hospital de Valme. Sevilla

Bachiller Burgos, Jaime

Urólogo. Jefe de Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios. Bormujos. Sevilla.

Caba Barrientos, Fernando

Anestesiólogo. Jefe de Sección de Anestesiología. Coordinador de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio. Unidad de Gestión Clínica Bloque Quirúrgico. Hospital de Valme. Sevilla.

Cano Serrano, Elena

Anestesióloga. Unidad de Anestesiología. Hospital San Cecilio. Granada.

Cuellar Obispo, Encarnación

Anestesióloga. Dirección. Hospital Alta Resolución de Benalmádena. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Málaga.

Docobo Durantez, Fernando

Cirujano. Jefe de Sección de CMA. UGC de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Domínguez Guerrero, Francisca

Enfermera. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla

Espinosa Guzmán, Eduardo

Cirujano. Director de la UGC de Cirugía General. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Guerra de Hoyos, Juan Antonio

Internista. Director del Plan Andaluz de atención a las personas con dolor. Servicios de Apoyo. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Hinojosa Jiménez, Antonio

Anestesiólogo. Unidad de Anestesiología. Hospital de Málaga. Málaga.

Jiménez Cardoso, Sergia

Enfermera. Responsable de Cuidados de la UGC Bloque Quirúrgico. Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

López Moraleda, Inmaculada

Enfermera. UGC Bloque Quirúrgico. Hospital de Valme. Sevilla.

Martínez Tellería, Alberto

Anestesiólogo. Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación. Director de la UGC Bloque Quirúrgico. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Mora Banderas, Ana María

Enfermera. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Málaga.

Moreno Villar, Amparo

Farmacéutica. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén.

Perea Baena, Carmen

Enfermera. UGC Bloque Quirúrgico. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Ras Luna, Javier

Médico de Familia. Técnico Asesor de la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

Rivas Sánchez, Mónica

Enfermera Hospital de Día Quirúrgico. Hospital de Poniente. Almería.

Santos Rubio, María Dolores

Farmacéutica. UGC Farmacia Hospitalaria. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Sanz Amores, Reyes

Médica de Familia. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Apoyo metodológico. Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla

Zamora Navas, Plácido

Traumatólogo. UGC de Aparato Locomotor. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Conflicto de interés:

Los autores han declarado que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Revisión externa:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)
Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Colaboradores:

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA): Carlos Gil, Ana María. Molina Linde, Juan Máximo
Servicio Andaluz de Salud (SAS): Goicoechea Salazar, Juan. Raposo Triano, María Fernanda
Sociedades Científicas: ASAC, SATO, SAGO, AAU, SOANNE, AAEAR, AADAC, ASANEC, ASENHOA, SAMFYC, AACOMF, SACPRES, SACCV, SACVA.

Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.

En estos años, también, se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades, las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC, intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de como se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Calidad,
Innovación y Salud Pública

Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 15

Descripción general / 17

Componentes: Profesionales, actividades,
características de calidad / 19

Competencias específicas del equipo profesional / 31

Representación gráfica: Representación Global / 33

Indicadores / 35

Anexo 1 / 39

- A. Modelo de Estratificación de Riesgo Hemorrágico y Trombótico
- B. Intervalos de seguridad para la anestesia neuroaxial

Bibliografía / 41

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave, responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

	Recomendación
<p>Se establecerá la prioridad clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía Urgente • Cirugía Preferente • Cirugía Electiva-Programada 	AG
Se realizará valoración de las dificultades técnicas potenciales (vía aérea, técnicas loco-regionales, colocación y posición quirúrgica, cuantificación del riesgo (Clasificación ASA))	AG
Se planificará la conciliación medicamentosa de los tratamientos crónicos del paciente con la adecuada preparación preoperatoria, con especial atención al manejo de los fármacos que alteran la hemostasia	AG
Se cumplimentará el Listado de Verificación Quirúrgica durante el procedimiento quirúrgico, verificando todos los aspectos de seguridad con el paciente y los profesionales implicados	AG
Se realizará una correcta valoración del riesgo y se aplicarán las recomendaciones establecidas para la adecuada profilaxis perioperatoria de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEVE)	AG
Se aplicará la correcta Profilaxis Antibiótica perioperatoria recomendada por las Guías de Antibioterapia de cada centro	AG
Se realizará una adecuada valoración del dolor y se aplicarán las pautas recomendadas en cada centro para el control del Dolor Perioperatorio	AG
Se contactará con el paciente en las primeras 24 horas tras alta hospitalaria para valorar su situación y decidir su seguimiento en domicilio o asistencia al Centro de Salud	AG

Estamos ante la descripción de un nuevo Proceso Asistencial Integrado (PAI), que surge de la transformación de un Proceso Asistencial de Soporte en uno nuevo, clave para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como es la Atención al Paciente Quirúrgico.

Describimos desde la indicación quirúrgica hasta el alta, independientemente de la prioridad de la intervención. Por lo que en el diseño del PAI, juega un papel fundamental una serie de dimensiones transversales que conforman las principales novedades a destacar y centrándonos siempre en aquellas actividades que aportan un verdadero “valor” para nuestros pacientes.

Abordamos el proceso quirúrgico desde el prisma de la seguridad clínica en el entorno quirúrgico para garantizar la seguridad de nuestros pacientes frente a errores que causen morbilidad y/o mortalidad evitables. El recorrido a través de múltiples profesionales y entornos diferentes, hace necesario introducir aquellas medidas oportunas para una adecuada transferencia de información.

Se ha incorporado igualmente, la atención integral al dolor como dimensión transversal en todo su recorrido, ampliando la visión tradicional reactiva y limitada al postoperatorio a un enfoque preventivo desde el comienzo del proceso. Los cuidados de enfermería, estando presentes en las distintas etapas del recorrido del paciente, así como la estrategia de Uso Racional y Adecuado del Medicamento como dimensión transversal a todo el proceso.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, era necesario describir un proceso eficiente y responsable, con el paciente y con el sistema. Dando respuesta a lo que nuestros usuarios nos demandan y entienden como buen servicio de salud, en sus grandes atributos: Curación, Cuidados, Seguridad y Confort.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con la atención al paciente quirúrgico. Para ello se utilizaron las principales bases de datos referenciales: Medline, Embase, Fisterra, Alberta Medical Association Guidelines, Guisalud, Science Citation IndexI, Canadian Medical Association Infobase, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Athens, Guideline Advisory Committee of the Ontario Medical Association and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care,

National Health Medical Research Council (Australia) y Guidelines and Protocol Advisory Committee (GPAC) del Ministerio de Salud, hasta noviembre de 2012.

Se incluyeron aquellas guías de práctica clínica que estuvieran relacionadas con la atención al paciente quirúrgico. Fueron excluidos los estudios que no fueran guías de práctica clínica o que no abordasen específicamente el tema objeto de estudio. Una vez obtenida la lista de referencias, se procedió a la selección de las guías de práctica clínica que serían utilizadas para aportar evidencia científica de calidad. Los criterios empleados para la selección de las guías de trabajo incluidas en el presente trabajo fueron los siguientes:

- Tipo de estudio: Guías de práctica clínica.
- Tipo de participantes: Pacientes sometidos a cirugía (pre, peri y post).
- Tipo de Intervención: atención al paciente.

Se llevó a cabo una revisión de títulos y resúmenes de todas las referencias para establecer si estos trabajos cumplían o no los criterios de inclusión acordados. Se obtuvieron las guías completas de las referencias que cumplían los criterios de inclusión o de aquellas que carecían de datos suficientes en el título y en el resumen para tomar una decisión clara sobre su inclusión.

Posteriormente, las guías que cumplieron estos criterios fueron evaluadas para establecer su calidad y extraer sus resultados. Para evaluar la calidad de los trabajos incluidos se utilizó la herramienta AGREE, una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a la evaluación de la calidad metodológica de guías de práctica clínica disponible en el siguiente enlace <http://www.agreertrust.org/resource-centre/>. Esta herramienta consta de 23 ítems claves organizados en seis áreas y en los que se mide mediante una escala de 4 puntos la intensidad con la que cada ítem ha sido cumplido. Las guías de práctica clínica seleccionadas fueron utilizadas como fuente de evidencia que sustentara las recomendaciones recogidas en el PAI "Atención al paciente quirúrgico" que habían sido identificadas como áreas de incertidumbre. Las áreas de incertidumbre del PAI se identificaron conforme a los siguientes criterios:

- Recomendaciones o afirmaciones que no se acompañaban de su correspondiente fuente de evidencia, con el objetivo de asignársela o, en su defecto, recomendar a los autores la inclusión de la misma.
- Recomendaciones que presentaban su correspondiente nivel de evidencia y grado de recomendación y que eran susceptibles de ser actualizadas.

La estrategia de búsqueda y la evaluación de la calidad de los artículos incluidos en la elaboración del PAI, se encuentran disponibles en la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), a ellos se puede acceder mediante correo electrónico: aetsa.csalud@juntadeandalucia.es

Para la elaboración de las recomendaciones, se han utilizado los criterios del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING)¹

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dicha guía.

Grados de recomendación

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

Buena práctica clínica

✓	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor
---	--

La fuerza de la recomendación: Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño (GRADE)²

FUERTE A FAVOR * (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados Poca variabilidad esperada en la práctica clínica
DÉBIL A FAVOR (Se sugiere)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían una alternativa Es necesaria ayuda para tomar la decisión Probable variabilidad en la práctica clínica

* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

Definición funcional:

Conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado.

Límite de entrada:

Persona en la que se confirma el diagnóstico de presunción de su proceso y se establece la indicación quirúrgica.

Límite final:

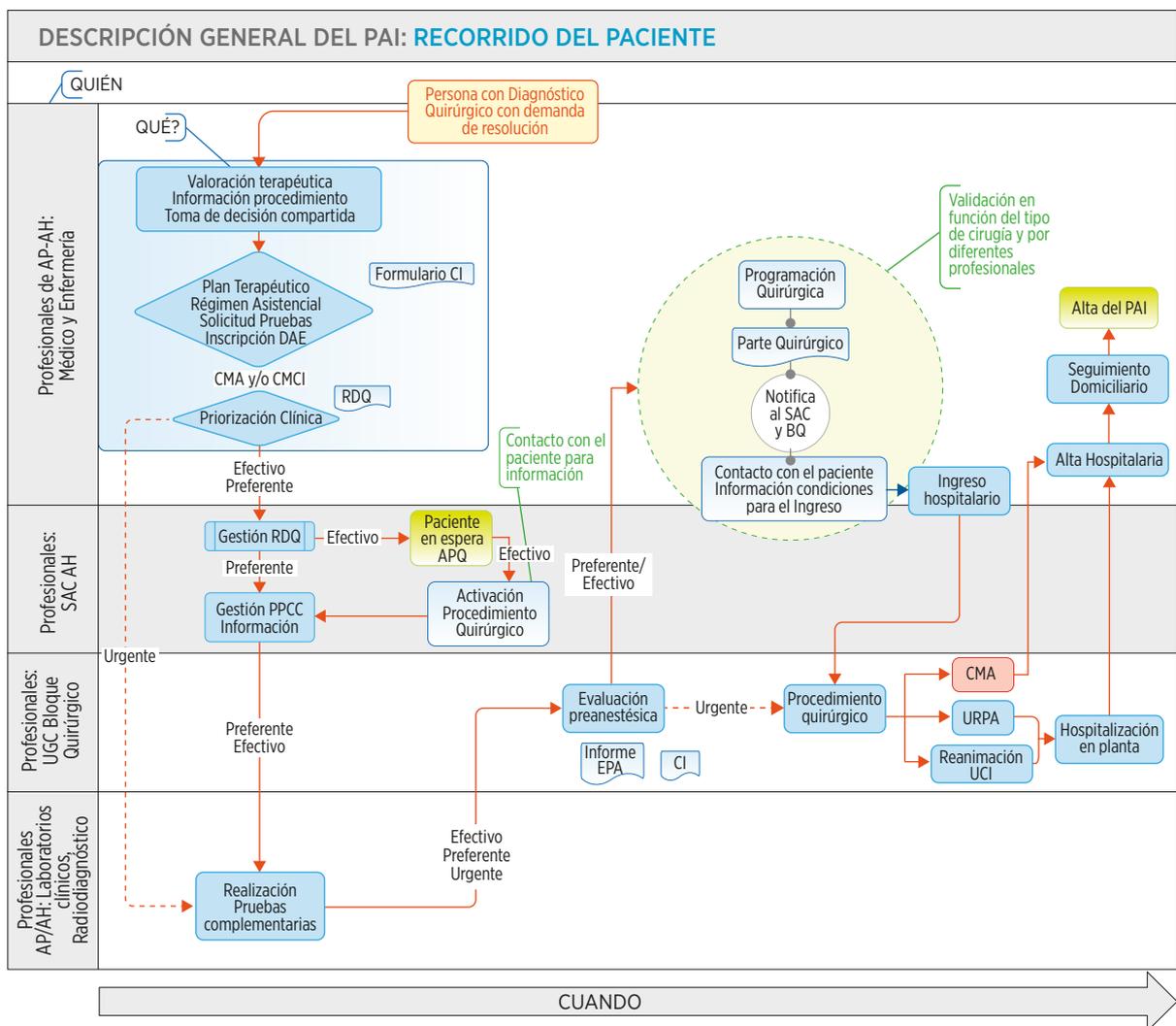
- Resolución del procedimiento indicado, entendiendo como tal, el alta del episodio por parte de su Cirujano de referencia.
- Salida voluntaria del paciente de forma explícita a través de la revocación de su consentimiento para cualquiera de los procedimientos indicados.
- Comorbilidad que justifique la salida de Lista de Espera Quirúrgica.

Límites marginales:

- El Parto normal
- La Cirugía Menor Ambulatoria (cma) que se realiza en Atención Primaria (AP)

Descripción general

La descripción general del PAI Atención al Paciente Quirúrgico (APQ) se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente: los profesionales que la desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente.



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO.

Para las distintas fases que se derivan del recorrido del paciente, se han identificado los profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse, y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata, de incorporar solo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
 - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ y/o la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESP)⁴.
 - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información**^(5,6):
 - Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo, que debe recibir el/la paciente, familia y/o representante legal.
 - Se identificarán con ⁷ las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía
 - > Uso de formulario de Consentimiento Informado (CI) escrito del Catálogo de formularios del SSPA⁸
 - > Proceso de planificación anticipada de decisiones
 - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA)
- **El uso adecuado de medicamentos**, se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.
- **Los cuidados de enfermería**, se describen mediante la identificación, principalmente, de los resultados a conseguir Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁹.

Médico y Enfermera de Atención Hospitalaria (AH)

Actividades	Características de calidad
<p>1º VALORACIÓN TERAPÉUTICA Y PRIORIZACIÓN CLÍNICA</p>	<p>1.1 Se aplicarán medidas para verificar la identidad inequívoca de la persona .</p> <p>1.2 Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la realización de exploración física  .</p> <p>1.3 Se confirmará el diagnóstico de presunción valorando la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias realizadas, se descartarán contraindicaciones y se establecerá la indicación quirúrgica teniendo en cuenta tanto el propio diagnóstico, como los determinantes personales y familiares del paciente.</p> <p>1.4 Se establecerá la prioridad clínica (URGENTE, PREFERENTE Y/O ELECTIVA-PROGRAMADA)* teniendo en cuenta los siguiente factores ^(AG)</p> <ul style="list-style-type: none">• El diagnóstico quirúrgico• Consideraciones relevantes de seguridad del paciente:<ul style="list-style-type: none">- Toma de medicación específica (anticoagulantes-antiagregantes, betabloqueantes, etc.)- Alergias farmacológicas, látex, contrastes yodados, etc.,- Riesgos identificados en el paciente, intrínsecos y extrínsecos que pudieran tener relevancia en el proceso de planificación quirúrgica y acto quirúrgico . <p>1.5 Si la PRIORIDAD CLÍNICA es ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none">• Cirugía Urgente*:<ul style="list-style-type: none">- Se activará el procedimiento quirúrgico de forma inmediata.- Se remitirá al paciente directamente a la realización de pruebas complementarias preanestésicas si procede.- Se contactará con el Servicio de Anestesiología para estudio preanestésico (EPA) urgente e intervención quirúrgica.• Cirugía Preferente**:<ul style="list-style-type: none">- Se activará el procedimiento quirúrgico de forma inmediata.- Se le gestionarán las citas para Pruebas Complementarias y Estudio Preanestésico con prioridad preferente, preferiblemente en acto único• Cirugía Electiva*** - Programada<ul style="list-style-type: none">- La activación del procedimiento en estos pacientes se basarán en:<ul style="list-style-type: none">• Los tiempos de garantías.• Criterios de eficiencia quirúrgica- Se le gestionarán las citas para Pruebas Complementarias y Estudio Preanestésico. <p>1.6 Se solicitarán, en caso de ser necesario las pruebas complementarias pertinentes para estudio preanestésico (EPA) ^(AG)10:</p> <ul style="list-style-type: none">• Electrocardiograma en pacientes con:<ul style="list-style-type: none">- Diabetes

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Dolor torácico - Insuficiencia cardiaca congestiva - Fumador - Enfermedad vascular periférica - Intolerancia al ejercicio - Obesidad mórbida • Estudio de coagulación en pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> - Historia de anomalías de coagulación - Tratamiento con anticoagulantes - Necesidad de anticoagulación postoperatoria, para valorar niveles basales • Hemoglobina: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con historia de anemia o pérdidas sanguíneas • Potasio: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes en tratamiento con: digoxina, diuréticos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA) • Radiología de tórax: <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con signos o síntomas sugestivos de enfermedad cardiovascular o respiratoria inestable o de novo. <p>1.7 Los cuidados de enfermería irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad • NOC: 1806 Conocimiento: recursos sanitarios • NOC: 1814 Conocimiento: Procedimiento terapéutico. <p>1.8 (i) Se informará al paciente y/o familia o representante legal sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los riesgos y beneficios de los procedimientos a realizar. Se entregará el formulario de CI escrito (catálogo de formularios de CI).  • Sobre hábitos saludables (tabaco, dieta, ejercicio físico, etc.) • Que en el caso de que el tratamiento recomendado no se encuentre en la cartera de servicios del centro, la posibilidad de ser remitido a otro centro. • Los derechos que le asisten en el SSPA.¹¹ • La comunicación de incidencias que puedan afectar a la realización de procedimientos e intervención quirúrgica facilitándole un número telefónico

*Cirugía Urgente: Es aquella que se debe realizar sin demora para salvar la vida, una extremidad o la capacidad funcional comprometida.

** Cirugía Preferente: Es aquella que se debe hacer para evitar la discapacidad permanente o la muerte, pero puede ser aplazada por un periodo de tiempo limitado

***Cirugía Electiva - Programada: Aquella que se realiza para corregir una patología que no amenaza la vida y se efectúa a demanda del paciente y de acuerdo con el cirujano y en las instalaciones oportunas

Anestesiólogo y Enfermería

Actividades	Características de calidad
2º ESTUDIO PREANESTÉSICO	<p>2.1 Se recomienda realizarlo entre los 60 días y las 24 horas previas para procedimientos programados o en el plazo exigido por la priorización clínica en caso de procedimiento urgente ^(AG)</p> <p>2.2 Se aplicarán medidas para verificar la identidad inequívoca de la persona .</p> <p>2.3 Se confirmará, con la participación activa del paciente, el procedimiento quirúrgico a realizar, el sitio, lateralidad o zona a intervenir, verificando su correspondencia con los datos registrados en la Historia de Salud .</p> <p>2.4 Se evaluará el estado de salud del paciente mediante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Entrevista clínica:<ul style="list-style-type: none">- Antecedentes médicos, quirúrgicos y transfusiones- Antecedentes anestésicos personales y familiares- Medicación habitual, hábitos tóxicos, y alergias• Exploración física• Resultados de las pruebas complementarias solicitadas <p>2.5 Se realizará ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none">• Valoración de las dificultades técnicas potenciales<ul style="list-style-type: none">- Vía aérea ^{(AG)12}- Venoclisis periférica y central- Técnicas loco-regionales- Colocación en posición quirúrgica• Cuantificación del riesgo preoperatorio mediante Clasificación ASA ^{(AG)13} <p>2.6 Planificación de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Conducta preoperatoria• Plan anestésico• Prevención de náuseas y vómitos ^{(AG)14} <p>2.7 Se establecerá pauta analgésica perioperatoria teniendo en cuenta ^(AG)</p> <ul style="list-style-type: none">• Tipo de procedimiento quirúrgico• Presencia e intensidad del dolor utilizando escalas validadas• Presencia de ansiedad-depresión con escala validada• Tratamientos analgésicos previos y sus resultados<ul style="list-style-type: none">- Factores individuales de riesgo de dolor postoperatorio- Dolor postoperatorio en cirugías previas- Se planificará el tratamiento analgésico intra y postoperatorio

Actividades

Características de calidad

2.8 (i) Se informará a la/el paciente y/o a la familia y/o representante legal, y se comprobará que el/la paciente ha comprendido la información sobre el procedimiento que se va a realizar y se entregará el formulario (ix) de CI escrito, dejando constancia documental en la Historia de Salud, sobre:

- Procedimiento específico
- Los riesgos, beneficios y alternativas relacionadas con el plan anestésico planificado
- La analgesia postoperatoria
- Resultados de las pruebas complementarias
- Recomendaciones preoperatorias:
 - Ayuno preoperatorio (AG)15
 - Educación para el dolor
 - Conciliación de la medicación crónica habitual (AG) Documento de apoyo

2.9 Se reflejara en la Historia de Salud “Informe Preanestésico”:

- Toda la información recogida durante la evaluación y sus resultados en términos de riesgo, prescripciones, recomendaciones preoperatorias, así como cualquier información relevante para su programación definitiva, instrucciones y observaciones preoperatorias, incluyendo:
 - Premedicación ansiolítica
 - Profilaxis antiemética
 - Revisión de la medicación crónica habitual (AG) Documento de apoyo
 - Terapia con betabloqueantes preventiva si procede (AG)16
 - Manejo de Antiagregantes y Anticoagulantes e intervalos de seguridad en caso de anestesia neuroaxial **Anexo 1**
 - Necesidad de hemoderivados (AG)17
 - Profilaxis antibiótica y antiendocarditis bacteriana, según protocolo de profilaxis antibiótica aprobado por la comisión de infecciones y antibioterapia del centro.
 - Profilaxis Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) (AG)18
 - Pauta analgésica perioperatoria y analgesia preventiva
 - Que ha comprendido la información sobre el procedimiento que se va a realizar y se ha entregado el formulario de CI escrito

LA EVALUACIÓN PREANESTÉSICA DESCRITA DEBERÁ SER ADAPTADA A LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. (AG)19

Cirujano, Enfermera

Actividades	Características de calidad
3º RECEPCIÓN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN	<p>3.1 Se verificará la identidad inequívoca de la persona (Δ).</p> <p>3.2 Se verificará la fecha y hora de la intervención quirúrgica en la agenda de quirófano.</p> <p>3.3 Se comprobará en la Historia de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico.• Procedimiento quirúrgico a realizar.• Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias.• Los riesgos identificados (paciente de alto riesgo, procesos intercurrentes y alérgicos) (Δ).• Registro del consumo de fármacos de forma habitual o esporádica para la conciliación terapéutica (Δ).• Que se ha informado al paciente del procedimiento quirúrgico a realizar y se ha comprobado que lo ha comprendido y se dejó constancia documental en la Historia de Salud.• La existencia de registro documental del procedimiento (Formulario de CI (bx)).• Que se ha realizado tipaje y screening de anticuerpos irregulares para una eventual transfusión sanguínea. <p>3.4 Se aplicarán y comprobará el cumplimiento de las recomendaciones preoperatorias</p> <p>3.5 Se aplicarán medidas para la profilaxis tromboembólica teniendo en cuenta la clasificación de riesgo de ETV (AG)</p> <p>3.6 En circuito CMA se comprobará la existencia de acompañantes, medios de transporte y teléfono de contacto.</p> <p>3.7 En esta fase los cuidados de enfermería irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none">• NOC 1814. Conocimiento procedimiento terapéutico• NOC 1211. Nivel de miedo

Cirujano, Enfermera y Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
<p>4^º BLOQUE QUIRÚRGICO</p>	<p>4.1 Se verificará la identidad inequívoca del paciente (Δ).</p> <p>4.2 Se valorará estado general del paciente, catéteres, drenajes, tracciones, etc. y se preguntará por alergias conocidas (al látex, en particular)</p> <p>4.3 Se verificará:</p> <ul style="list-style-type: none">• Normas de ayuno (AG)15.• La retirada de esmaltes y maquillaje• La ausencia de prótesis dental o audífonos, lentillas y otros objetos personales• En su caso, el corte del vello y medidas higiénicas habituales <p>4.4 Se realizará venoclisis o comprobación de la permeabilidad de esta</p> <p>4.5 Se comprobará en la Historia de Salud del paciente (AG):</p> <ul style="list-style-type: none">• El procedimiento quirúrgico a realizar.• Informe preoperatorio de anestesia y pruebas cruzadas.• Pruebas complementarias• Aplicación de órdenes preanestésicas indicadas.• Profilaxis tromboembólica indicada• Profilaxis antibiótica según guía del centro en los procedimientos quirúrgicos que la requieran.• Profilaxis de náuseas y vómitos en caso de riesgo (AG)15• Existencia de Formulario de CI del procedimiento quirúrgico a realizar (⊗) <p>4.6 Se verificará con el/la paciente la correcta aplicación del check- list de verificación quirúrgica (Δ) dejando constancia en la Historia de salud (AG)</p> <p>4.7 En esta fase los cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none">• NOC 1402. Autocontrol de la Ansiedad• NOC 1404. Autocontrol del Miedo• NOC 1814. Conocimiento: Procedimiento Terapéutico• NOC 1902. Control del riesgo• NOC 2102. Nivel de dolor• NIC 2930. Preparación quirúrgica• NIC 2920. Precauciones quirúrgicas

Cirujano, Enfermera y Anestesiólogo

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="183 235 375 347">5º INTERVENCIÓN QUIRURGICA</p>	<p data-bbox="406 235 1141 275">5.1 Se llevará a cabo el acto Anestésico y Quirúrgico planificado</p> <p data-bbox="406 286 1141 327">5.2 Una vez finalizado el acto quirúrgico se cumplimentará ^(AG):</p> <ul data-bbox="454 337 1361 1001" style="list-style-type: none"><li data-bbox="454 337 845 378">• Registro de actividad quirúrgica<li data-bbox="454 384 861 425">• Registro de implantes quirúrgicos<li data-bbox="454 431 1361 746">• Registro anestésico que recogerá:<ul data-bbox="478 470 1361 746" style="list-style-type: none"><li data-bbox="478 470 734 511">- Tipo de intervención<li data-bbox="478 517 1252 558">- Facultativos que realizan el procedimiento quirúrgico y anestésico<li data-bbox="478 564 710 605">- Técnica anestésica<li data-bbox="478 611 1045 652">- Dispositivos de control de la vía aérea utilizados<li data-bbox="478 658 1109 699">- Nivel de invasividad y tipo de monitorización utilizada<li data-bbox="478 705 1165 746">- Balance de fluidos tanto electrolitos como hemoderivados<li data-bbox="478 752 957 793">- Posibles complicaciones perioperatorias<li data-bbox="454 752 1361 833">• La identificación y preparación de las muestras biológicas intraoperatorias, y se procederá al envío al Servicio de Anatomía Patológica para su análisis.<li data-bbox="454 840 1332 880">• El protocolo quirúrgico y toda la documentación que genera la intervención<li data-bbox="454 887 1361 968">• La indicación de cuidados y tratamientos postoperatorios conforme a protocolos descritos para cada proceso<li data-bbox="454 974 1361 1015">• La solicitud de pruebas complementarias adicionales si se considera necesario. <p data-bbox="406 1022 1361 1103">5.3 (i) Se informará a familiares y/o representante legal del desarrollo de la intervención quirúrgica, y la situación del paciente.</p> <p data-bbox="406 1113 1361 1226">5.4 Se trasladará al paciente a la unidad asistencial adecuada, en función del tipo de intervención y las condiciones del mismo, garantizando la intimidad, el confort y la seguridad (Δ).</p> <p data-bbox="454 1236 1361 1318">Los pacientes en régimen de CMA podrán ser trasladados directamente a la URM si cumplen los siguientes criterios ^(AG):</p> <ul data-bbox="454 1328 1361 1584" style="list-style-type: none"><li data-bbox="454 1328 1061 1369">• Despierto, alerta, orientado y respondiendo ordenes<li data-bbox="454 1375 670 1416">• Dolor controlado<li data-bbox="454 1422 702 1463">• Sin sangrado activo<li data-bbox="454 1469 1077 1510">• Signos vitales sin requerir intervención farmacológica<li data-bbox="454 1516 734 1557">• Sin náuseas ni vómitos<li data-bbox="454 1563 1204 1604">• Posibilidad de mantener la cabeza levantada durante 5 segundos <p data-bbox="406 1610 1361 1692">5.5 Se garantizará la transmisión de la información entre los diferentes prestadores de la atención sanitaria durante el recorrido quirúrgico (Δ).</p>

Anestesiólogo y Enfermera

Actividades	Características de calidad
6º INGRESO EN UCMA/URPA	<p>6.1 Se realizará ingreso en la unidad de recuperación correspondiente teniendo en cuenta ^(AG):</p> <ul style="list-style-type: none">• Criterios de ingreso en UCMA:<ul style="list-style-type: none">- Pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria sin complicaciones perioperatorias• Criterios de ingreso en Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA):<ul style="list-style-type: none">- Pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor con Ingreso <p>6.2 Se aplicarán medidas para evitar la infección:</p> <ul style="list-style-type: none">• Se realizará higiene adecuada de manos y uso correcto de guantes  .• Asociadas a dispositivos de riesgo (vías centrales y periféricas, sondajes urinarios, ventilación mecánica) <p>6.3 Se realizará:</p> <ul style="list-style-type: none">• Test de Aldrete ^{(AG)20}• Monitorización según Unidad de Cuidados (URPA,UCI):<ul style="list-style-type: none">- Función respiratoria- Función cardiocirculatoria• Evaluación Neurológica y Neuromuscular• Evaluación y tratamiento del dolor perioperatorio.• Localización y evaluación del estado de apósitos quirúrgicos• Identificación de drenajes, localización, cantidad, permeabilidad y del estado de las bolsas colectoras• Recepción y comprobación de la Hoja de Ruta Quirúrgica y del Registro de Anestesia <p>6.4 En esta fase los cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none">• NOC 2303. Recuperación posterior al procedimiento• NOC 2102. Nivel de dolor• NOC 1211. Nivel de ansiedad (paciente y familia)• NOC 2008. Estado de comodidad <p>6.5 En función de la evolución de la/el paciente se realizará el Alta por la Unidad de Recuperación Postquirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si el paciente se ha intervenido en régimen de CMA:<ul style="list-style-type: none">- Se verificará el estado óptimo del paciente y criterios de alta correspondientes (Criterios de Chung adaptados de alta en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria) ^{(AG)21} 

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizará informe de Alta (Informe único de Alta) que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo en pacientes - (i) Se informará verbalmente al paciente y/o familia de los contenidos del informe de Alta, comprobando la comprensión de los mismos. - Se gestionarán las citas para consultas de seguimiento. - Se garantizará la transmisión de información entre diferentes ámbitos de atención (AP-AH) - Se establecerá contacto telefónico con el paciente a las 24 horas de la intervención a fin de comprobar la normal evolución y resolver posibles dudas sobre el postoperatorio

Cirujano y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>7º</p> <p>HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRURGICA</p>	<p>7.1 Se realizará valoración individual y aplicación del Plan de Cuidados propio de la Unidad y específico del proceso quirúrgico realizado</p> <p>7.2 Se asegurará la continuidad en la valoración y tratamiento del dolor durante la hospitalización</p> <p>7.3 En esta fase los cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 1605. Control del dolor • NOC 2008. Nivel de comodidad • NOC 1824. Conocimiento: cuidados en la enfermedad • NOC 1813. Conocimiento: Régimen Terapéutico • NOC 0311. Preparación para el alta: vida independiente • NOC 0312. Vivir con apoyo • NOC 2202. Preparación del cuidados familiar domiciliario <p>7.4 (i) Se informará a la/el paciente y/o familia sobre el seguimiento de su proceso</p> <p>7.5 Se realizará informe de Alta (Informe único de Alta) que incluirá el plan de cuidados, plan de tratamiento, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le entregará a la/el paciente en el momento del Alta Hospitalaria. • (i) Se informará verbalmente al paciente y/o familia de los contenidos del Informe único de Alta, comprobando la comprensión de los mismos reforzando los aspectos relacionados con el seguimiento y la adhesión al tratamiento.

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Se garantizará la transmisión de información entre diferentes ámbitos de atención (AP-AH) (⚠) • Ser gestionará nueva cita para seguimiento

Médico y Enfermera AP-AH

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">8º SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>8.1 En las primeras 24 horas, tras el alta hospitalaria, se contactará telefónicamente con el paciente, para valorar su situación. Según el resultado se decidirá seguimiento domiciliario o asistencia al Centro de Salud (CS).</p> <p>8.2 Se aplicarán medidas para la verificación inequívoca de la persona (⚠)</p> <p>8.3 Se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Ⓜ) Informar al paciente y/o familiar sobre: <ul style="list-style-type: none"> - La continuidad de cuidados en el CS, si el paciente puede desplazarse, o en domicilio, si permanece inmovilizado. - Del procedimiento específico para la prevención de la infección de localización quirúrgica con especial atención al cuidado de heridas. • Realizar valoración integral de cuidados y dar recomendaciones sobre medidas preventivas de carácter general en pacientes de bajo riesgo y generales y específicas en aquellos pacientes con riesgo de caída para modificar o tratar las condiciones que incrementan el riesgo. <p>8.4 Los cuidados de enfermería en domicilio estarán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NOC 0208. Nivel de movilidad • NOC 2008. Nivel de comodidad • NOC 1609. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión • NOC 1092. Control del riesgo

Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se han venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los y las diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos los profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su proceso asistencial, se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los usuarios y en el desarrollo individual de los profesionales.

Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

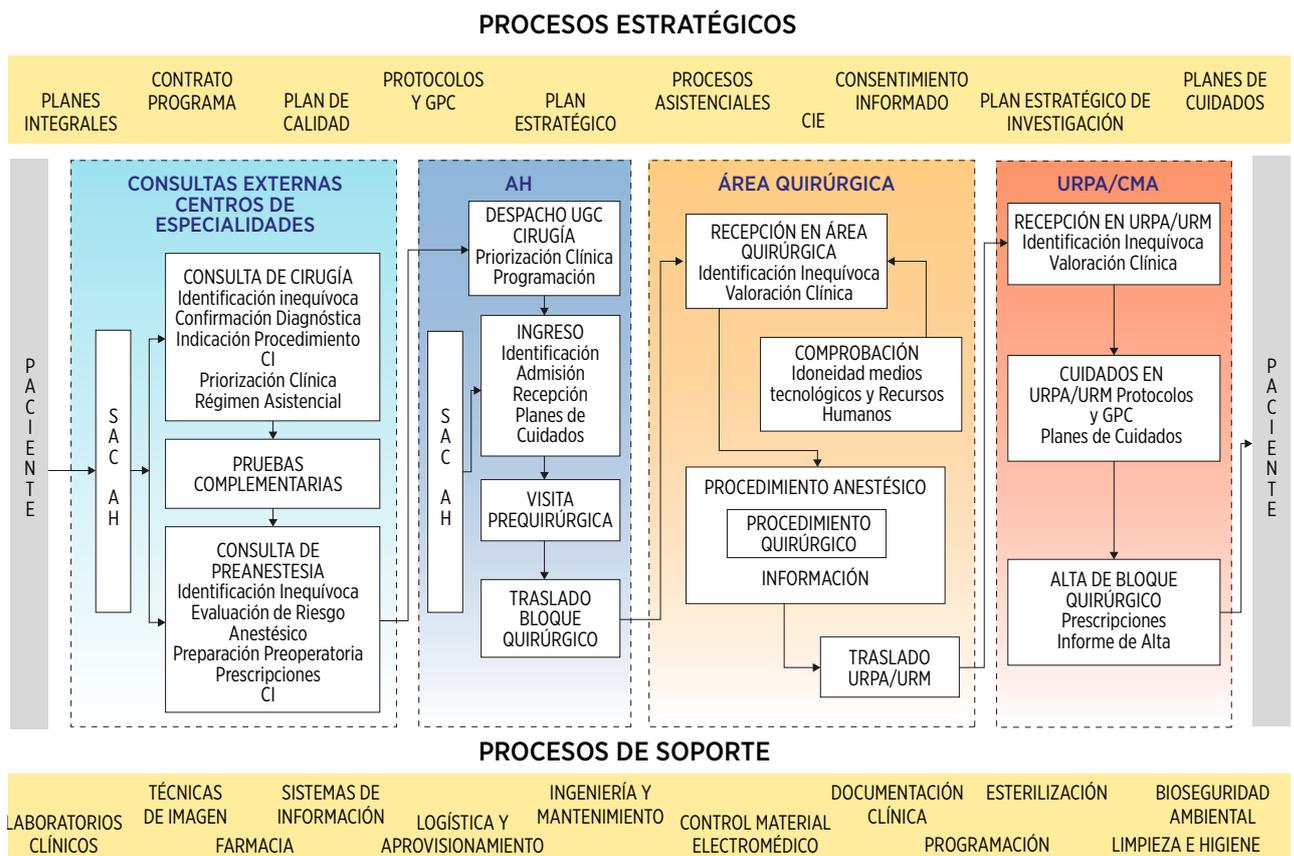
A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas

Representación Gráfica del PAI

La representación global del Proceso Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (AP-AH), y la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria, Atención Hospitalaria. La continuidad de la asistencia al paciente/familia y la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

► Representación global



DENOMINACIÓN	Número de suspensiones/desprogramaciones en intervenciones ya programadas en parte quirúrgico
FÓRMULA	Número de intervenciones quirúrgicas que son suspendidas habiendo sido programadas en parte quirúrgico x 100 / Número total de intervenciones quirúrgicas programadas
DEFINICIÓN	Total de intervenciones quirúrgicas no realizadas por suspensión o desprogramación.
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Conocer el número de suspensiones/desprogramaciones quirúrgicas
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con indicación quirúrgica programada tanto electiva como urgente independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	Parte Quirúrgico/Registro de Actividad Quirúrgica
PERIODICIDAD	Mensual
ESTÁNDAR	Población adulta: < 4% Población pediátrica: < 8%

DENOMINACIÓN	Manejo del dolor perioperatorio
FÓRMULA	Número de pacientes quirúrgicos a los que se ha prescrito tratamiento para el dolor perioperatorio según establece el PAI x 100 / Número de pacientes quirúrgicos intervenidos
DEFINICIÓN	Existencia y utilización de protocolos para el manejo del dolor perioperatorio según el tipo de cirugía, incluyendo la CMA
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El manejo del dolor perioperatorio en el paciente quirúrgico debe realizarse siempre.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Paciente con procedimientos quirúrgicos electivos o urgentes independientemente del régimen asistencial.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud
PERIODICIDAD	Semestral
ESTÁNDAR	> 90 %

DENOMINACIÓN	Incidencia de enfermedad tromboembólica venosa postoperatoria
FÓRMULA	Número de pacientes que han sufrido un episodio de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar* x 100 / Número de pacientes quirúrgicos mayores de 18 años dados de alta **
DEFINICIÓN	Casos de embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria en pacientes quirúrgicos
TIPO DE INDICADOR	Resultados
DIMENSIÓN	Seguridad del paciente
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Conocer la incidencia de la ETV como complicación postoperatoria para evaluar la efectividad de la prescripción profiláctica y su correcta indicación.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos electivos o urgentes independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar
ACLARACIONES	Se excluyen las altas con ETV preexistente y los códigos CDM 14 (Embarazo, parto y puerperio). *Código CIE-9-MC en cualquier campo diagnóstico secundario **GDRs específico

DENOMINACIÓN	Incidencia de sepsis en el periodo postoperatorio
FÓRMULA	Número de pacientes quirúrgicos con una estancia superior a tres días que ha sufrido una sepsis durante su periodo postoperatorio* x 100 / Número de pacientes quirúrgicos mayores de 18 años y una estancia superior a tres días, dados de alta**
DEFINICIÓN	Casos de sepsis en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos programados con una estancia superior a tres días
TIPO DE INDICADOR	Resultado
DIMENSIÓN	Seguridad del paciente
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Conocer la incidencia de infección postoperatoria en pacientes quirúrgicos con estancia superior a tres días
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos programados
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar
ACLARACIONES	Se excluyen altas con sepsis o infección preexistente (en diagnóstico principal o secundario presente al ingreso), códigos de inmunosupresión o cáncer, códigos CDM 14 y estancias menores de 4 días. *Código CIE-9-MC en cualquier campo diagnóstico secundario **GDRs específico

DENOMINACIÓN	Presencia de hematoma/hemorragia en el periodo postoperatorio
FÓRMULA	Número de pacientes intervenidos quirúrgicamente que presentaron hemorragia o hematoma durante el postoperatorio* x 100 / Número de pacientes mayores de 18 años dados de alta por intervención quirúrgica**
DEFINICIÓN	Casos de hematoma/hemorragia que requiere de un procedimiento para su resolución
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Seguridad del paciente
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Conocer la incidencia de complicaciones hemorrágicas de los procedimientos quirúrgicos
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con procedimientos quirúrgicos electivos o urgentes independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Anual
ESTÁNDAR	A determinar
ACLARACIONES	<p>* Altas con código CIE-9-MC de hematoma o hemorragia postoperatoria en cualquier campo diagnóstico secundario y código CIE-9-MC de control postoperatorio de la hemorragia o drenaje de hematoma en cualquier campo de procedimiento.</p> <p>** Altas definidas por GRDs específicos y un código CIE-9_MC de procedimiento que requiere quirófano</p> <p>Se excluyen las altas con condición preexistente de hematoma o hemorragia postoperatoria y aquellas cuyo único procedimiento que requiera quirófano sea el control postoperatorio de la hemorragia o drenaje postoperatorio del hematoma y las altas CDM 14 (Embarazo, parto y puerperio)</p>

DENOMINACIÓN	Reingresos hospitalarios de pacientes intervenidos con CMA
FÓRMULA	Numero de pacientes con reingreso hospitalario tras ser intervenidos en régimen de CMA x 100 / Número de paciente intervenidos en régimen de CMA
DEFINICIÓN	Pacientes con ingreso hospitalario intervenidos con régimen de CMA y dados de alta previamente
TIPO DE INDICADOR	Proceso
DIMENSIÓN	Efectividad
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	Conocer el número de pacientes y causas de reingreso hospitalario tras una intervención quirúrgica realizada con intención ambulatoria
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con indicación de intervención quirúrgica electiva o urgente independientemente del régimen asistencial
FUENTE DE DATOS	CMBD
PERIODICIDAD	Mensual
ESTÁNDAR	<p>Población adulta: < 3 %</p> <p>Población pediátrica: < 4 %</p>

A. Modelo de estratificación de riesgo hemorrágico y trombótico

Se basará en la relación riesgo/beneficio que comprende la estratificación del riesgo hemorrágico de la intervención así como el riesgo tromboembólico derivado de la eventual suspensión de la medicación.

	BAJO	MODERADO	ALTO
Riesgo hemorrágico	Procedimientos quirúrgicos que no suelen precisar transfusión y en que el sangrado no pone en riesgo la vida ni el resultado de la cirugía: cirugía menor, biopsia, extracción dentaria, cirugía del segmento anterior del ojo, etc.	Procedimientos quirúrgicos riesgo elevado de transfusión: cirugía cardíaca, cirugía mayor ortopédica/visceral/ORL/uroológica/reconstructora	Procedimientos quirúrgicos con riesgo de sangrado en un espacio cerrado y/o que pueden poner en riesgo el resultado de la cirugía: neurocirugías, cirugía espinal, cirugía del polo posterior del ojo.
Riesgo trombótico (Tratamiento con antiagregantes)	Más de 6 meses tras IAM, cirugía coronaria, coronariografía percutánea, stent metálico o ACV Más de 12 meses en caso de complicaciones	Entre 6 y 24 semanas tras IAM, cirugía coronaria, coronariografía percutánea, stent metálico o ACV 6-12 meses en caso de complicaciones o DM o baja FE Más de 12 meses tras stent farmacológico	Menos de 6 semanas tras IAM, cirugía coronaria, coronariografía percutánea, stent metálico o ACV Menos de 6 meses complicaciones Menos de 12 meses tras stent farmacológico
Riesgo trombótico (Tratamiento con anticoagulantes orales)	PORTADORES DE VÁVULA CARDIACA		
	Bioprótesis cardíaca sin FA ni otros factores de riesgo para ACV	Bioprótesis cardíaca con: FA, ACV previo, HTA, DM, ICC, > 75 años	Cualquier prótesis mitral, antiguas válvulas aórticas, ACV < 6 meses
	FIBRILACIÓN AURICULAR		
	Puntuación CHADS2 0-2 sin otro factor de riesgo ni ACV previo	Puntuación CHADS2 3-4	Puntuación CHADS2 5-6 ACV 3 meses Enfermedad valvular reumática
	TROMBOEMBOLISMO VENOSO		
Episodio único de ETEV < 12 meses sin otro factor de riesgo	ETEV hace 3-12 meses ETEV reciente (<3 meses) Trombofilia sin otro factor de riesgo TVP recurrente Enfermedad neoplásica activa Trombofilia tipo: • Factor V de Leiden heterocigoto • Mutación heterocigótica del factor II	ETEV reciente (< 3 meses) Trombofilia tipo: • Déficit de proteína C, S o Antitrombina • Anticuerpos antifosfolípidos • Alteraciones múltiples	

ACV: Accidente cerebrovascular. DM: Diabetes Mellitus. ETEV: Enfermedad tromboembólica venosa. FA: Fibrilación auricular. FE: Fracción de eyección. ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva. TVP: Trombosis venosa profunda

Fuente: Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Fang MC, Go AS, Halperin JL, Lip GY, Manning WJ; American College of Chest Physicians Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest. 2008 Jun;133(6 Suppl):546S-592S.²²

B. Intervalos de seguridad para la anestesia neuroaxial

Se recomienda que se tenga en consideración las dosis y los intervalos de tiempo entre la administración del fármaco y la realización del bloqueo y/o retirada del catéter, que deberá coincidir con los niveles más bajos de efecto antitrombótico.

Tiempo (horas)	Tiempos de seguridad (en horas)			
	Fármaco → A.Regional	A.Regional → Fármaco	Fármaco → Retirada Catéter	Retirada Catéter → Fármaco
HBPM dosis/día	1			
Profiláctica	10-12	6-8	≥ 10	2
Terapéutica	≥ 24	6-8	≥ 10	2
HBPM dosis/día	2			
Profiláctica	10-12	24	No recomendado*	2
Terapéutica	≥ 24	24	No recomendado*	2
HNF	4 (TPTa < 1,5)	1	2-4 (TPTa < 1,5)	1
Acenocumarol	3 días + INR < 1,5	< 24 (INR < 1,5)	INR < 1,5	24
Rivaroxabán	NP	6-10	22-26	6
Apixabán	NP	4-6	26-30	4-6
Fondaparinux	NP	6	36	12
Dabigatrán	NP	1-4	NP	1-4
Argatroban	4	2	4	2
Hirudinas	8-10	2-4	8-10	2-4
AAS	No necesario	Tras Anest. Regional	No necesario	Tras retirada
AINes	No necesario	Tras Anest. Regional	No necesario	Tras retirada
Clopidogrel	Recomendable 7 días	Tras Anest. Regional	Recomendable 7 días	Tras retirada
Prasugrel	7-10 días	6	7-10 días	6
Ticagrelor	3 días (2-5)	****	****	****
Ticlopidina	Recomendable 14 días	Tras Anest. Regional	Recomendable 14 días	Tras retirada
Abciximab	48	≥4 semanas**	48	≥4 semanas
Eptifibatide / Tirofiban	8-10	≥4 semanas**	8-10	≥4 semanas
Cilostazol	42 (5 días***)	5	42 (5 días)	5
Epoprostenol	1 hora	****	****	****
Iloprost	3 horas	****	****	****
Trombolíticos	Contraindicado****	Mínimo 10 días	**	Mínimo 10 días

NP: no procede (al usarse solo el postoperatorio, o no estar indicado), aunque se están evaluando nuevas indicaciones de estos fármacos que en futuras actualizaciones podrán obligar a modificar este apartado; *Con esta pauta no está recomendado el uso de catéteres epidurales; **No se aconseja realizar ninguna intervención quirúrgica en el mes siguiente a su administración; ***Recomendado por el fabricante; ****No hay datos sobre el período de seguridad. Se han incluido los nuevos anticoagulantes fondaparinux, dabigatrán y rivaroxabán en las tablas, aunque todavía no existen suficientes datos. Si no se indica otra cosa los números de la tabla indican horas.

Fuente: Ferrandis R Actualización de los tiempos de seguridad en anestesia regional. Rev Esp Anestesiología Reanimación 2010;57 (S1):S10-S12²³

Bibliografía

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: A guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; c2001-2013 [citado 18/02/2014]. URL: <http://goo.gl/B4ETBH>
2. GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [s.l.]: GRADE; c2005-2013 [citado 18/02/2014]. URL: <http://goo.gl/3cH4w>
3. Organización Mundial de la Salud. Nueve soluciones para la seguridad del paciente. [Internet] Washington: Ginebra: OMS; 2007 [citado 20/02/2014]. URL: <http://goo.gl/CTh6Vc>
4. Barrera-Becerra C, Bejarano-Rojas MD, Cortés-Martínez C, Fernández-de la Mota E, Fernández-Santiago E, Lacida-Baro M, et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006 [citado 20/02/2014]. URL <http://goo.gl/nQt0io>
5. Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Boletín Oficial del Estado nº. 274. (15-11-2002) [citado 03/03/2002]. URL: <http://goo.gl/YqaQi>
6. ORDEN de 8 de julio de 2009, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado. [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 152, [citado 03/03/2014] http://www.comcordoba.com/contenidos/adjuntos/BOJA_2009-08-06_N152_Consentimiento_informado.pdf
7. Simón-Lorda P, Esteban-López S, (Coord). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014 [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011 [citado 24/02/2014]. URL: <http://goo.gl/DTv0x1>
8. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Catálogo de formularios de consentimiento Informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. [citado 27/02/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/temas/salud/derechos/consentimiento.html>
9. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E (editoras). 4ª ed. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier 2009 Barcelona
10. National Institute for Health and Care Excellence. Preoperative tests: The use of routine preoperative tests for elective surgery [internet]. London: Developed by the National Collaborating Centre for Acute Care. June 2003. [citado 20.02.2014]. URL: <http://goo.gl/BpfWyg>
11. Orden 24 de agosto de 2004, por el que se desarrolla el Decreto 127/2003 de 13 de mayo por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm 173 [citado 20.02.2014]. URL: <http://goo.gl/T3jdPr>
12. Diaz-Alersi R. Guía para la vía aérea difícil. Revista electrónica de Medicina Intensiva. Debate nº. 6. Vol 2 nº 11, noviembre 2002. URL: <http://remi.uninet.edu/debate/DEBATE0600.htm>
13. Relative value guide. ASA Physical Status Classification System [internet] American Society of Anesthesiologists.. 2013. [citado 20.02.2014]. URL: <http://goo.gl/Ahb5u8>
14. Gomez-Arnau J.I Aguilar, J.L, Novaira P, Bustos F, et al. Recomendaciones de prevención y tratamiento de

- las náuseas y vómitos postoperatorios y/o asociados a las infusiones de opioides. Rev.Esp. Anesthesiol. Reanim [internet] 2010; 57: 508-524. [citado 20.02.2014]. URL: http://revista.sedolor.es/pdf/2011_01_06.pdf
15. Practice Guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures.[internet] American Academy Of Pediatric Dentistry. 2011. [citado 20.02.2014] <http://www.alabmed.com/uploadfile/2014/0418/20140418113419217.pdf>
 16. Evaluation and care for noncardiac surgery. Guideline perioperative cardiovascular.[internet]. Journal of the American College of Cardiology 2007;50: 127 ACCA/AHA 2007 [citado 20.02.2014]. URL: <http://goo.gl/yT3xgh>
 17. Practice guideline for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies. Anesthesiology 2006; 105: 198-208 <http://goo.gl/7HHEDp>
 18. Jobin S, Kalliainen L, Adebayo Z, Card R, Christie B, Haland T, Hartman M, et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Venous thromboembolism prophylaxis. [internet] Update November 2012 [citado 20.02.2014]. URL: <http://goo.gl/48xKG3>
 19. Li Ern Chen, MD; Chief Editor: Harsh Grewal, MD, FACS, FAAP. Evaluation of the pediatric surgical patient. [internet] Up Date: MAY 29, 2010. [citado 20.02.2014]. URL: <http://goo.gl/qneQk0>
 20. Test de recuperación postanestesia en cirugía ambulatoria (Aldrete) [Internet].Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud. 2007 [citado 20.02.2014]. URL: <http://goo.gl/FTX7FN>
 21. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. [internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. URL: <http://www.ulceras.net/publicaciones/guiaCMA.pdf>
 22. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Fang MC, Go AS, Halperin JL, Lip GY, Manning WJ; Antithrombotic therapy in atrial fibrillation [internet].American College of Chest Physicians American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) Chest. 2008 Jun;133(6 Suppl):546S-592S. [citado 20.02.2014]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18574273>
 23. Ferrandis R Actualización de los tiempos de seguridad en anestesia regional. Rev Esp Anesthesiol Reanim [Internet] 2010;57 (S1):S10-S1.[citado 20.02.2014]. URL: <https://www.sedar.es/images/stories/documentos/fondosredar/volumen57/suplemento/suplenero.pdf>

