

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como modalidad asistencial ha tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos quirúrgicos que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional. Más de 1.000.000 de procedimientos quirúrgicos fueron realizados mediante esta modalidad en España en 2005, representando el 31% de todas las intervenciones de cirugía mayor.

El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 1993 una guía de CMA que, publicada en 1993, contribuyó al desarrollo y difusión de esta modalidad de atención dentro del Sistema Nacional de Salud. Estos nuevos Estándares y Recomendaciones revisan y actualizan la guía publicada en 1993, teniendo un alcance más integral, al incorporar aspectos como los relativos a los derechos, garantías y seguridad del paciente, líneas prioritarias para la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, y beneficiándose de la experiencia acumulada, nacional e internacional, en el uso y extensión de la CMA.

Los Estándares y Recomendaciones de la Unidad de CMA no tienen un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación; su objetivo es poner a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, gestores -públicos y privados- y profesionales, criterios para profundizar en la generalización de este tipo de unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la de la eficiencia en la prestación de los servicios, por lo que los Estándares y Recomendaciones atienden a aspectos relativos a los derechos y garantías de los pacientes; la seguridad del paciente; la organización y gestión; la estructura física y recursos materiales; los recursos humanos; y la calidad asistencial, de las Unidades de CMA.



Manual

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Estándares y recomendaciones

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Estándares y recomendaciones



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO: 351-08-088-0

NIPO LÍNEA: 351-08-089-6

Depósito Legal: M-44786-208

Imprime: Tintas&Papel Comunicación Gráfica

<http://www.060.es>

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

Estándares y recomendaciones



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



Grupo de Trabajo para la elaboración de Estándares y Recomendaciones de la UCMA

Coordinación

- Enrique Terol García. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Inés Palanca Sánchez. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Grupo de expertos

- Filadelfo Bustos Molina. Presidente de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Servicio Anestesiología C. Hospitalario de Toledo.
- Jordi Colomer Mascaró. Cirujano General.
- Maria-Dolors Estrada Sabadell. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Cataluña.
- María Cruz Isar Santamaría. Vocal enfermería de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. C. Hospitalario de Toledo.
- Alfredo Jiménez Bernadó. Cirugía General. Coordinador UCMA del Hospital Lozano Blesa, de Zaragoza.
- Ignacio Landa García. Asociación Española de Cirujanos. Servicio de Cirugía General. Hospital 12 de Octubre, de Madrid.
- Juan Murube del Castillo. Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología. Profesor Emérito Universidad de Alcalá de Henares.
- Francisco Muñoz Negrete. Sociedad Española de Oftalmología. Servicio de Oftalmología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Profesor titular de Oftalmología de la Universidad de Alcalá de Henares.
- Juan Carlos de la Pinta García. Anestesiólogo. Responsable de la UCMA. Fundación Jiménez Díaz, de Madrid.
- José León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto.
- Antonio Planas Roca. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, de Madrid.
- Santiago Revuelta Álvarez. Cirujano General. Hospital Sierrallana de Torrelavega, Cantabria.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

- Susana Arroyo Velasco. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Almudena Martín Cruz. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- María Isabel Moreno Portela. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dirección Técnica

- Javier Elola Somoza. Director Técnico del Proyecto. Elola Consultores.
- José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad.
- Justo M. Menéndez Fernández. Elola Consultores.

Apoyo Administrativo y Logístico

- Alberto Segura Fernández-Escribano. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Índice

1. Introducción	13
2. Análisis de situación	15
3. Derechos y garantías de los pacientes	25
4. Seguridad del paciente	31
5. Organización y gestión	33
6. Estructura y recursos materiales	59
7. Recursos humanos	77
8. Calidad	83
9. Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones	85
10. Anexos	87
Anexo 1. Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes del SNS en 2005	88
Anexo 2. Índice de sustitución de procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005)	90
Anexo 3. Modelo de Consentimiento Informado para UCMA	92
Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA	93
Anexo 5. Listado B de procedimientos susceptibles de CMA	97
Anexo 6. Listado C de procedimientos considerados de cirugía menor ambulatoria o realizados preferentemente en gabinetes de endoscopia, salas de cura u otras salas de tratamiento y diagnóstico	105
Anexo 7. Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes (ASA)	107
Anexo 8. Esquema de circulación de pacientes en el proceso de atención de una UCMA	108
Anexo 9. Recomendaciones antes de la intervención en la UCMA	111
Anexo 10. Solicitud de pruebas complementarias	112
Anexo 11. Criterios de alta	116
Anexo 12. Equipamiento de la UCMA	118
Anexo 13. Criterios para la selección de indicadores de calidad de las UCMA	129
Anexo 14. Criterios de dimensionado de los recursos	131
Anexo 15. Programa funcional de espacios de una UCMA de 4 quirófanos	139
Anexo 16. Estudio de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el Listado A (Anexo 4)	146
Anexo 17. Definiciones	152
Anexo 18. Abreviaturas	156
Bibliografía	157

Índice de tablas

Tabla 2.1.	Actividad de procedimientos ambulatorios en 17 países desarrollados	21
Tabla 5.1.	Tipos de UCMA	38
Tabla 5.2.	Circulación de pacientes en el proceso de atención en una UCMA. Acceso	42
Tabla 5.3.	Circulación dentro de la UCMA. Consulta	43
Tabla 5.4.	Circulación dentro de la UCMA. Día de la intervención	44
Tabla 5.5.	Circulación después de la CMA	46
Tabla 5.6.	Circulación de pacientes en el proceso de atención en una UCMA. Alternativas tras la intervención	47
Tabla 5.7.	Manual de normas de acceso a la UCMA	50
Tabla 5.8.	Manual de normas de intervención en la UCMA	51
Tabla 5.9.	Manual de normas de salida de la UCMA	52
Tabla 5.10.	Manual de funcionamiento administrativo de la UCMA	53
Tabla 6.1.	Características estructurales de la Unidad Funcional Clínico-Administrativa	65
Tabla 6.2.	Características estructurales de la Unidad Funcional Quirúrgica	68
Tabla 6.3.	Características estructurales de la Unidad Funcional de Readaptación al Medio	73
Tabla 6.4.	Programa genérico de locales de la UCMA	74
Tabla 8.1.	Indicadores de calidad de la UCMA	85
Tabla A.10.1.	Criterios para la solicitud de pruebas complementarias para la evaluación preoperatoria en cirugía programada	115
Tabla A.10.2.	Criterios para la solicitud de pruebas complementarias para la evaluación preoperatoria en programa de CMA	116
Tabla A.11.1.	Test de Aldrete modificado (alta de Despertar/URPA)	116
Tabla A.11.2.	Criterios clínicos de alta en la UCMA	116
Tabla A.11.3.	Criterios de Chung (adaptado) de alta en la UCMA	117
Tabla A.13.1.	Indicadores de calidad de las UCMA. IAAS	129
Tabla A.13.2.	Indicadores de calidad de las UCMA. Índices de sustitución y ambulatorización	130
Tabla A.14.1.	Ejemplo 1. Cálculo del número esperado de procedimientos de CMA a realizar en un año (a partir de la frecuentación global de procedimientos de CMA)	132
Tabla A.14.2.	Ejemplo 2. Cálculo del número esperado de procedimientos de CMA a realizar en un año (a partir de información más detallada de un área específica)	133

Tabla A.14.3. Ejemplo 3. Cálculo del número de quirófanos CMA (exclusivamente en turno de mañana)	135
Tabla A.14.4. Ejemplo 4. Cálculo del número de quirófanos (con cirugía programada en turnos de mañana y tarde)	135
Tabla A.14.5. Ejemplo 5. Cálculo del número de puestos de readaptación al medio	137
Tabla A.14.6. Ejemplo 6. Cálculo del número de consultas de anestesia	138
Tabla A.15.1. Programa funcional	139
Tabla A.16.1. Resumen de resultados ANOVA	148
Tabla A.16.2. Tiempos quirúrgicos por procedimientos	149
Tabla A.16.3. Tiempos quirúrgicos por GRD	150

Índice de ilustraciones

Figura 6.1.	Señalización de la sala de espera de la UCMA	63
Figura 6.2.	Vestuarios de pacientes junto a la espera general de acceso a la unidad de CMA	64
Figuras 6.3 y 6.4.	Boxes de preanestesia y despertar de CMA: detalle de equipamiento en cabecera y el box anexo destinado a pediatría	67
Figura 6.5.	Acceso a quirófano de CMA, en un bloque quirúrgico	67
Figura 6.6.	Circulación interior de una zona de readaptación al medio con boxes para sillones y camas en fachadas y control de la unidad central	70
Figuras 6.7, 6.8 y 6.9.	Box de zona de readaptación al medio con cama y silla para el acompañante. Detalles de los equipos en cabeceras de puestos de readaptación al medio (camas)	71
Figuras 6.10 y 6.11.	Puesto de control de enfermería de la Unidad de readaptación al medio; señalización de boxes	71
Figuras 6.12, 6.13 y 6.14.	Almacén de material fungible, oficio limpio y carros de medicación y curas, localizados en proximidad al puesto de control de enfermería de la unidad	72
Figuras 6.15 y 6.16.	Zona de sillones en readaptación al medio y espacio para la recuperación de la cirugía pediátrica	72
Figura 6.17.	Sillón en zona de readaptación al medio, con mampara que permite una cierta privacidad dentro del recinto abierto	73

1. Introducción

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria han tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos quince años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos quirúrgicos que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional. Lo relativamente novedoso de esta modalidad asistencial; su importante diseminación; la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales, funcionales, etc. que tienen; así como sus notables repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, la identifican como una de las unidades en las que prioritariamente se deben elaborar criterios de calidad y seguridad, así como su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión, en el marco de los objetivos y acciones contemplados en el **Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud**¹.

El Ministerio de Sanidad y Consumo encargó la elaboración, en 1992, de una guía de la Cirugía Mayor Ambulatoria² (CMA) que, publicada en 1993, tuvo un notable impacto, contribuyendo al desarrollo y difusión de esta modalidad de atención dentro del Sistema Nacional de Salud, adelantándose a la publicación de otras guías sobre CMA incluso de sistemas sanitarios con una importante tradición en el desarrollo de este tipo de instrumentos, como el National Health Service, que publicó en el mismo año su guía de la Unidad de CMA³.

Estos nuevos estándares y recomendaciones revisan y actualizan la guía publicada en 1993, teniendo un alcance más integral, al incorporar nuevos aspectos, como los relativos a los derechos, garantías y seguridad del paciente, líneas prioritarias para la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, desarrolladas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Estrategia 7), y beneficiándose de otras guías, publicadas en nuestro país o fuera de nuestras fronteras, así como de la experiencia nacional e internacional en el uso y extensión de la CMA.

El objetivo de los estándares y recomendaciones de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es poner a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, gestores —públicos y privados— y profesionales, criterios para profundizar en la generalización de este tipo de unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la de la eficiencia en la prestación de los servicios, por lo que los estándares y recomendaciones atienden a aspectos relativos a:

- a) Los derechos y garantías de los pacientes.
- b) La seguridad del paciente.
- c) La organización y gestión del Centro o Unidad de CMA.
- d) La estructura física y recursos materiales de las Unidades de CMA.

- e) Los recursos humanos de las Unidades de CMA.
- f) La calidad asistencial.
- g) La revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de las Unidades de CMA.

Los estándares y recomendaciones de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria *no tienen un carácter normativo*, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

La Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha dirigido el proceso de elaboración de los estándares y recomendaciones de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria dentro del marco establecido por el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Para la elaboración de los estándares y recomendaciones se ha contado con un Grupo de Expertos seleccionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en base a la experiencia y conocimiento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance de los estándares y recomendaciones, así como nominados —con el mismo criterio— por las Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales de mayor relevancia en la utilización de las técnicas de CMA y desarrollo de este tipo de Unidades.

La Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha contado asimismo con la colaboración de un grupo de apoyo, que ha actuado de secretaría del Grupo de Expertos; seguimiento de los trabajos; apoyo técnico en las reuniones de Grupo de Expertos; elaboración del análisis de situación; revisión de los documentos elaborados por los expertos y análisis de evidencia; y colaboración con la Dirección General de la Agencia de Calidad en la elaboración de los distintos borradores y del documento final.

A lo largo de los estándares y recomendaciones se proporcionan las referencias bibliográficas que se han considerado relevantes. Se destacan algunas recomendaciones «fuertes» en el sentido de que están amparadas bien por requisitos normativos, o por una evidencia suficientemente sólida a criterio del Grupo de Expertos que ha colaborado en la redacción del documento. Cuando se realizan estas recomendaciones se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.

2. Análisis de situación

La CMA es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende una demanda determinada de servicios de salud (cartera de servicios) para lo que requiere de unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios. La definición de CMA que se utiliza en estos estándares y recomendaciones es la expuesta en el Real Decreto 1277/2003: «procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario».

Asimismo, el Real Decreto 1277/2003 define como Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.2.5.4), los «centros sanitarios dedicados a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario».

El desarrollo de las Unidades de CMA en nuestro entorno es reciente y ha determinado actualizaciones normativas para su autorización y registro, así como adaptaciones del sistema de información sanitaria y desarrollo de indicadores para medir esta actividad. La puesta en marcha de los procedimientos quirúrgicos en la modalidad ambulatoria ha sido progresiva, alcanzando algunos de ellos un nivel elevado de ambulatorización.

En este capítulo se realiza un breve análisis de situación de la regulación (habilitación, acreditación y guías o recomendaciones) de las Unidades —aspectos estructurales, organizativos y de gestión— de CMA en España y en el ámbito internacional, así como de la propia actividad de la CMA (aspectos asistenciales: actividad y resultados).

2.1. Regulación las Unidades de CMA en España

2.1.1. Autorización y registro

Tanto la Administración General del Estado como la totalidad de Comunidades Autónomas disponen de legislación relativa a la autorización y registro de centros sanitarios. La legislación analizada incluye la normativa (leyes, decretos y órdenes) estatal ⁽¹⁾ y de las CC.AA.

⁽¹⁾ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; RD 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Toda la legislación se refiere con carácter general a centros y servicios sanitarios. En relación con ellos, existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

Desde la aparición del RD 1277/2003, 10 CC.AA. han modificado su legislación autonómica para adaptarla a esta nueva realidad normativa, en tanto que las otras 7 mantienen la previa. Dos Comunidades Autónomas han desarrollado y puesto en marcha sistemas de acreditación de centros posteriores al RD 1277/2003.

La Comunidad de Aragón, mediante Orden 8 de marzo de 2006 (BOA n.º 36 de 27/03/2006), que regula los centros con actividad quirúrgica con y sin internamiento, en su Anexo II establece los requisitos para la autorización de centros y servicios sanitarios donde se practique la cirugía mayor ambulatoria.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha ha publicado la Orden de 29/06/2007, sobre Autorizaciones Administrativas de Centros y Servicios de Cirugía (DOCM de 12 de julio de 2007), que incluye a los Centros y Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Las restantes unidades de CMA en España fundamentan su funcionamiento, desde el punto de vista administrativo, en la autorización del centro hospitalario del que dependen, o bien disponen de una autorización genérica como centro sanitario sin internamiento, si no están encuadrados en una organización sanitaria más amplia. En estos supuestos, no están sometidos a más requisitos que los vigentes para la autorización de centros.

2.1.2. Acreditación

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son aún escasas. Sólo cuatro CC.AA. disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios basados en evaluación externa y voluntaria: Cataluña, Andalucía, Galicia y Extremadura. En algunos casos existen programas de acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades (p.e., trasplante de órganos, reproducción asistida, hemoterapia, formación continuada de profesionales, etc.), en CC.AA. como Madrid o País Vasco. No existe actualmente en marcha en España ningún sistema de acreditación específicamente dirigido a los centros o unidades de CMA.

2.1.3. Guías y recomendaciones

Como se ha señalado anteriormente, no existe —con la excepción de las Comunidades Autónomas de Aragón y Castilla-La Mancha— legislación específica en

España acerca de los requisitos que han de cumplir las unidades o centros de CMA, debiendo cumplir la normativa general. Sin embargo, existen tres guías que, sin tener carácter estrictamente normativo, desarrollan un conjunto de recomendaciones que orientan la toma de decisiones. Una de esas guías fue elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1993 y durante años fue la única de referencia².

El Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña⁴ elaboró, en 2002, una Guía de CMA que tiene por objeto la definición de criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas, fuera del área quirúrgica. Simultáneamente, la Consejería de Salud de Valencia⁵ desarrolló en 2002 otra Guía de CMA, centrada en la elaboración de circuitos y protocolos de actuación.

Osakidetza encargó y publicó en 2001 un proyecto que, bajo el formato de Proyecto de investigación comisionada, elaboró un documento («Cirugía Mayor Ambulatoria en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud»)⁶, con el triple objetivo de analizar la variabilidad en el uso de la cirugía mayor ambulatoria en los Hospitales de Osakidetza, conocer las opiniones de los profesionales implicados y realizar recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

2.2. Regulación de las Unidades de CMA en otros países

2.2.1. Regulación de las Unidades de CMA en los EE.UU.

Los centros de CMA (Ambulatory Surgery Centers) son en los EE.UU. uno de los proveedores de atención sanitaria más regulados. El modelo utilizado es de acreditación. Medicare ha certificado el 85% de los centros de CMA, y 43 estados exigen la acreditación para autorizarlos. Estos estados especifican los criterios que han de cumplir los ASC⁷. Tanto la administración estatal como Medicare evalúan y supervisan el cumplimiento de los estándares⁸. Todos los centros que quieran concertar actividad con Medicare deben someterse al proceso de acreditación. Aproximadamente un 85% la obtienen, lo que les habilita para realizar actividad para Medicare y obtener el reembolso de la misma.

Además de las inspecciones estatales y federales, muchos centros de CMA se someten de forma voluntaria a procesos de acreditación por «pares». Existen varios organismos acreditadores (Accreditation Association for Ambulatory Health Care, The Joint Commission of Hospital Accreditation —JCHA—, American

Association for the Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities, y American Osteopathic Association —AOA—). Las cuatro organizaciones están reconocidas por Medicare por su rigurosa exigencia de los más altos niveles de calidad.

La JCHA tiene una norma específica para los centros de CMA⁹. Se trata de un documento extenso, de 387 páginas que tiene en cuenta los objetivos nacionales de seguridad de pacientes (2007 National Patients Safety Goals), y que incluye dos grupos de requisitos y estándares: las funciones centradas en el paciente y las funciones de la organización. Los estándares de la JCHA se ciñen a los procesos, y no incluyen los aspectos relativos a la estructura, a su diseño, dimensionamiento, equipamiento, ni programa de locales.

2.2.2 Regulación de las Unidades de CMA en el Reino Unido

El National Health Service (NHS) dispone de abundante normativa reguladora de las Unidades de CMA, tanto en lo relativo a la estructura e instalaciones como a los procesos, procedimientos y programas de mejora de la calidad.

Desde el punto de vista de la estructura y las instalaciones, la Health Building Note 52 (*Day Surgery Unit*)^{3,10} es la aplicable tanto a diseño de nuevos edificios como a la adaptación o ampliación de los preexistentes, ubicados en hospitales generales. Esta *guía realiza recomendaciones sobre el diseño y funcionamiento general, circulación de pacientes, equipamiento, locales, espacios, instalaciones, y criterios de dimensionado y diseño para las unidades.*

Desde el punto de vista organizativo y de funcionamiento, el NHS ha desarrollado una guía para orientar a los responsables de las unidades a mejorar la atención y hacerla más eficiente¹¹.

La Healthcare Commission ha realizado recientemente una revisión de la CMA en los hospitales del NHS¹², concluyendo que «la CMA tiene ventajas considerables para pacientes, ciudadanos y el NHS». Asimismo el Real Colegio de Anestesiólogos británico ha elaborado un conjunto de criterios de buena práctica¹³.

2.3. Actividad de CMA en España e internacional

2.3.1. La CMA en el Sistema Nacional de Salud

La CMA comienza su desarrollo en España en los inicios de los años 90 con alguna experiencia previa aislada. El primer trabajo publicado sobre resultados de Ci-

rugía Mayor Ambulatoria es el de Rivera et al¹⁴, de 1988. E. Sierra¹⁵, uno de los precursores de esta modalidad asistencial en España, publicó en 2001 una recomendable revisión del desarrollo de la CMA en España, a los 10 años de la puesta en funcionamiento de la pionera unidad de Viladecans. La primera unidad autónoma de CMA se crea en Barcelona en 1990 (Viladecans)¹⁶, y en 1992 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el Hospital de Toledo.

En 1991 el Ministerio de Sanidad y Consumo da un importante impulso a la CMA. Instrumentos de esta iniciativa son la «Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria»² y el pago por proceso de la CMA en los contratos-programa del Insalud de 1992^{17,18}. A partir de la publicación de la Guía del MSC se produce una notable expansión de la CMA por todo el Sistema Nacional de Salud, creándose en 1994 la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. En 2005 la CMA representó para los hospitales del Sistema Nacional de Salud el 40,5% de las cirugías mayores practicadas¹⁹.

El Instituto de Información Sanitaria de la Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo) ha proporcionado, sobre la base de datos del CMBD del Sistema Nacional de Salud de 2005, los datos que se recogen en los Anexos 1 y 2. Para aquellos procedimientos quirúrgicos que en mayor número se realizan de forma ambulatoria en el SNS (índice de sustitución), el Índice de Sustitución es del 63%.

El rango del Índice de Sustitución ⁽²⁾ entre las 17 Comunidades Autónomas más Ceuta y Melilla, variaba ampliamente desde el 78,6% de La Rioja hasta el 40,35% de la Comunidad Autónoma con la tasa más baja, con un índice medio de sustitución del 63,3%.

En una encuesta realizada para la IASS en 7 Comunidades Autónomas referida al ejercicio de 2005²⁰, el Índice de Sustitución para 29 procedimientos quirúrgicos era del 63,18%, validando el cálculo del Índice de Sustitución sobre la base de los datos facilitados por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En conclusión, basado en los datos de 2005 sobre la situación de 1993:

- Ha existido un notable progreso en la difusión y extensión de las técnicas de CMA en el SNS desde la publicación de la Guía de CMA en 1993 hasta la actualidad.
- Los procedimientos sobre el cristalino son, con notable diferencia sobre el resto (representan el 35,5% sobre el total), los procesos de CMA más frecuentes, con un Índice de Sustitución global para el SNS del 91,9%.

⁽²⁾ $IS = (\sum \text{GRD quirúrgicos Potencialmente Ambulatorios realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD potencialmente ambulatorios realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}) \%$. El cálculo de este índice requiere la definición de una «cesta» de procesos quirúrgicos potencialmente ambulatorios (véase también: Capítulo 7. Calidad y Anexo 4. Listado A de Procedimientos susceptibles de CMA).

- Para el conjunto de 28 procedimientos potencialmente ambulatorios seleccionados, el Índice de Sustitución del SNS se sitúa en el 63%.
- El índice de sustitución es todavía bajo para algunos procedimientos potencialmente ambulatorios con frecuentaciones hospitalarias altas, como por ejemplo, la hernia inguinal, el aborto o procedimientos de Otorrinolaringología (amigdalectomía, por ejemplo).
- Existe una notable variación en la penetración de la CMA (medida por el Índice de Sustitución) entre Comunidades Autónomas (40-79%).

2.3.2. La CMA en el ámbito Internacional

En una encuesta realizada por la IAAS (International Association of Ambulatory Surgery) sobre la actividad de procedimientos ambulatorios (incluye CMA pero también procedimientos diagnósticos como la artroscopia, la broncoscopia o la colonoscopia) en 2003²¹ se recogen datos de 17 países. La experiencia internacional muestra que en muchos países la utilización de las técnicas de procedimientos resolutivos ambulatorios es más frecuente que en España. Mientras en España la proporción de procedimientos realizados mediante técnicas ambulatorias sobre el total de procedimientos era en 2003 del 39%, y el índice de sustitución se situaba en el 54%, las tasas en otros países, incluidos aquellos con sistemas sanitarios similares al nuestro (Servicios Nacionales de Salud), eran notablemente superiores: En el Reino Unido, según datos del NHS, ya en el año 2000 la mayoría de los procedimientos incluidos en el programa de CMA tenían índices de sustitución superiores al 60%, y en muchos casos (como la hernia inguinal o las cataratas, dos de los procesos más frecuentes por su alta prevalencia), por encima del 80%. Ese mismo año, la Healthcare Commission estimó que más de 120.000 procesos atendidos mediante cirugía convencional con ingreso podían haber sido realizados en unidades de CMA. En el ejercicio 2005-2006, de los 7.215.286 procedimientos quirúrgicos atendidos en los hospitales del NHS en Inglaterra, el 52% lo fueron como CMA²². De una «cesta» de los 25 procedimientos principales seleccionados por el NHS, que debieran ser normalmente realizados mediante CMA, el índice de sustitución en 2005 alcanzó el 67,6%. Este dato aún está lejos del objetivo del 75% fijado en el Plan de Salud del Departamento de Salud de Inglaterra de 2000²³. La tasa global de cancelaciones fue del 14% ⁽³⁾, aunque en algunos centros llegó al 33%.

En los EE.UU. la Foundation for Ambulatory Surgery in America²⁵ estima que el 84% de todas las intervenciones se realizan mediante CMA. Sin embargo, la AHRQ²⁶, en su informe de 2003, informa que se realizaron en hospitales comu-

⁽³⁾ Son cifras muy altas. En la UCMA del Hospital Universitario de Zaragoza, el índice de cancelaciones es del 4%²⁴.

Tabla 2.1. Actividad de procedimientos ambulatorios en 17 países desarrollados		
Países	Porcentaje/ Total	Porcentaje/ I. Sustitución
Alemania 2003	37,00	60,70
Australia 2003	40,50	74,00
Bélgica 2004	30,00	
Canadá 2002	87,70	84,40
Dinamarca 2004	55,20	79,30
Escocia 2003	39,00	66,00
España 2003 (*)	28-44	54,00
Finlandia 2003	37,00	62,40
Francia 2003		44,90
Holanda 2002	49,60	68,80
Italia 2002	29,00	41,00
Noruega 2003	48,00	68,00
Polonia 2003	2,40	
Portugal 2003	10,70	18,50
Reino Unido 2003		62,50
Suecia 2002	50,00	66,70
USA 2003 (Medicare)		83,50
(*) 6 Comunidades Autónomas.		
Fuente: Toftgaard C. «World Wide Day Surgery Activity 2003». The IAAS Survey on Ambulatory Surgery.		

nitarios (85% del total de hospitales del país) 7.574.100 intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 51,7% lo fueron mediante cirugía mayor ambulatoria. El coste medio de cada proceso ambulatorio fue de 5.600 USD, mientras que en la cirugía con hospitalización el coste medio fue de 28.300 USD. El proceso más frecuentemente realizado es la cirugía de cataratas, con o sin implante de lente, los procesos sobre músculos y tendones, amigdalectomía y adenoidectomía, extirpación de menisco, hernia inguinal o femoral y colecistectomía. El 90% de los procedimientos tuvieron naturaleza terapéutica y el 10% diagnóstica.

Desde la perspectiva de la calidad y de la eficiencia existe un consenso generalizado sobre la calidad, seguridad y eficiencia de la CMA como modalidad asistencial. Sierra, refiriéndose a la unidad de CMA del Hospital de Viladecans, señala que «las complicaciones observadas fueron escasas y leves, los ingresos inesperados por debajo del 2%, la mortalidad nula, y la satisfacción y la aceptación general fueron óptimas por parte de todos los implicados en las últimas encuestas por encima del 96%», haciendo referencia también al menor coste unitario de la intervención¹⁵.

2.3.3. Actividad de CMA en España y en el ámbito internacional. Conclusiones

El Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente un resumen del «estado del arte» en relación con la Cirugía Mayor Ambulatoria²⁷. Sus conclusiones, coincidentes con las de la Healthcare Comisión²³, señalan los siguientes aspectos para impulsar el desarrollo de la CMA⁽⁴⁾:

Resultados asistenciales

- Aunque existen muy pocos estudios comparando la cirugía mayor ambulatoria con la cirugía con ingreso, aquellos que se han realizado demuestran que no existen diferencias significativas en los resultados. Estos estudios, así como otros no-randomizados demuestran que la CMA es una modalidad asistencial segura cuando se siguen los protocolos clínicos y los principios organizativos.
- La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a la intervención de CMA es extraordinariamente baja (alrededor de 0,01%) y en la mayor parte de los casos no tiene relación con el propio acto quirúrgico²⁸. La incidencia de morbilidad mayor directamente asociada con la CMA es menor de 1%. En una importante serie publicada en España, la tasa de mortalidad fue muy baja (1/25.553 pacientes), así como la tasa de reingresos desde domicilio (0,15%)²⁹.
- Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales³⁰.
- La tasa de consultas no planificadas durante los 30 días siguientes a la intervención se sitúa entre el 0,28% y el 1,5%.
- Los ingresos hospitalarios no planificados pueden ser reducidos mediante protocolos clínicos.
- Los trastornos postoperatorios más comunes son leves, siendo los más frecuentes: dolor, náuseas, vómitos, vértigo, cansancio, cefalea y dolor de garganta. La presencia de estos síntomas puede afectar el tiempo de permanencia y alta y, posteriormente, causar dificultades para reasumir las actividades cotidianas.

Resultados sociales

- Los estudios demuestran un alto grado de satisfacción del paciente (o parental en el caso de niños) con la CMA. La satisfacción del paciente puede ser optimizada mediante:

⁽⁴⁾ El texto que sigue, basado en las dos fuentes citadas (23 y 27), es de elaboración propia.

- Un buen control del dolor, las náuseas y vómitos en el postoperatorio.
- Tiempos de espera pre-quirúrgicos cortos.
- Buen trato al paciente y ambiente confortable.
- Evitar que el paciente sienta que se le da el alta prematuramente o se le fuerza al alta.
- Seguimiento telefónico al día siguiente.

Resultados económicos

- Los costes hospitalarios de la CMA son entre el 25% y 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento.
- Los beneficios económicos de la CMA incluyen los siguientes:
 - Evita estancias hospitalarias, lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir las listas de espera.
 - Libera recursos de hospitalización convencional para casos más urgentes y complejos.
 - En las Unidades de CMA específicas (véase, en capítulo 4, tipología de Unidades) se mejora la programación quirúrgica, se reduce el número de cancelaciones quirúrgicas (al no competir con casos más urgentes y/o la necesidad de camas hospitalarias) y, por tanto, se aumenta el rendimiento de quirófano.
 - Disminuye las necesidades de personal, al no ser generalmente necesaria la pernocta en el hospital.
 - Utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del bloque quirúrgico.

3. Derechos y garantías de los pacientes

Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA, o en los Centros de CMA ⁽⁵⁾, deberán observar y respetar los derechos de los pacientes recogidos en la legislación sanitaria vigente. En este Capítulo se recogen con cierto detalle aspectos sobre la Información a pacientes y familiares de esta modalidad asistencial y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa y que deben de ser tenidos en cuenta en este tipo de unidades y, en su caso, en los establecimientos sanitarios en donde se ubican.

3.1. Información a pacientes y familiares. Consentimiento informado

La información suministrada a los pacientes debe ser precisa, clara y suficiente e incluir los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la UCMA.
- Información detallada sobre el procedimiento de CMA.
- Consentimiento informado.
- Instrucciones y recomendaciones.

3.1.1. Información sobre las características generales de la UCMA

La información de acogida (folleto, tríptico) **se recomienda que incluya, al menos, una descripción de las diferentes fases por las que va a pasar el paciente y advertencias o consejos especiales.** La inclusión de fotografías de la UCMA, puede ayudar tanto a la comprensión como a la aceptación de esta modalidad asistencial.

⁽⁵⁾ Estos criterios son de aplicación a los Centros y Establecimientos Sanitarios en donde existan Unidades de CMA (U.63 Cirugía mayor ambulatoria), y aplicados —en lo que corresponda— a la propia Unidad, así como a las unidades independientes (C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria).

Una versión reducida del folleto de acogida podría distribuirse en las zonas de admisión/recepción y espera de los hospitales y centros de salud, para que la población general conozca de la existencia de esta modalidad asistencial y facilite su aceptación.

3.1.2. Información detallada sobre el procedimiento de CMA

La información aportada al paciente será específica para cada procedimiento, recomendándose que conste de los siguientes apartados:

- Noción elemental sobre la patología quirúrgica.
- Nociones elementales sobre la intervención.

3.1.3. Consentimiento informado

Es recomendable que cada procedimiento incluido en la cartera de servicios de CMA disponga de un documento escrito de consentimiento informado ⁽⁶⁾. Se recomienda añadir un documento específico de las unidades de CMA ⁽⁷⁾.

3.1.4. Instrucciones y recomendaciones

Debe facilitarse al paciente la siguiente información por escrito:

- Instrucciones para la noche anterior a la intervención.
- Listado para revisar antes de acudir a la Unidad CMA y ser intervenido.
- Instrucciones para el momento de llegar a la UCMA.
- Instrucciones para el postoperatorio inmediato.
- Instrucciones post-alta: deben estar adaptadas a cada procedimiento. La información debe cubrir todas las incidencias que el paciente pueda sufrir en su domicilio o alojamiento alternativo, y tiene que ir acompañada de la medicación/cuidados que se deben administrar, así como un teléfono de contacto para resolver cualquier duda

⁽⁶⁾ Por ejemplo, los de la Asociación Española de Cirujanos, para la cirugía general³¹.

⁽⁷⁾ Véase el Anexo 3. Modelo de Consentimiento Informado para UCMA.

- Datos sobre acceso a recursos de atención continuada vinculados con la Unidad de CMA/Hospital.

3.2. Garantías de los derechos de los pacientes

Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, deberán disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el epígrafe anterior:

- a) La cartera de servicios.
- b) El plan de acogida.
- c) El código ético.
- d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica.
- e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) Las historias clínicas.
- g) Procedimiento sobre Instrucciones Previas.
- h) Los informes de alta médica.
- i) Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- j) El libro de reclamaciones y sugerencias.
- k) La póliza vigente de seguros.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte de los pacientes o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en los apartados d), e) e i).

A continuación se desarrollan algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados a) Cartera de Servicios; f) Historias Clínicas, e i) Informes de Alta Médica, están contemplados en el Capítulo 5. Organización y Gestión, de estos estándares y recomendaciones.

3.2.1. Plan de acogida del paciente

Los Hospitales dispondrán de un Plan de Acogida destinado a los pacientes ingresados. Las Unidades de CMA pueden contar con un Plan de Acogida destinado a sus pacientes, en el que se recoja la información general señalada en los apartados 3.1.1, 3.1.2 y 3.1.4, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes del paciente.

3.2.2. Código ético

Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, dispondrán de un Código ético adaptado al mismo, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad, de acuerdo con la deontología profesional.

3.2.3. Guías de práctica clínica

Las Unidades de CMA dejarán constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica que se apliquen en los servicios sanitarios que están autorizados a prestar, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

3.2.4. Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos deberá someterse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

3.2.5. Lista de precios

En todos los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, deberá existir una lista de precios a disposición de los usuarios, que deberá ser comunicada a la Administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

3.2.6. Reclamaciones y sugerencias

1. Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, tendrán a disposición de los usuarios hojas de reclamaciones y sugerencias que permitan a los usuarios/pacientes dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas al funcionamiento que estimen convenientes.
2. Su existencia se señalará de forma visible y su situación debe hacer posible su identificación y uso.
3. Los usuarios de las Unidades de CMA tienen derecho a obtener res-

puesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la Administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.

4. Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

3.2.7. Seguro de responsabilidad

1. Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, deberán disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.
2. Los centros y establecimientos sanitarios privados en donde existan Unidades de CMA o en los Centros privados de CMA, deberán disponer de póliza de seguro de responsabilidad acorde con su actividad para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños a los pacientes de los que deban responder.

3.2.8. Archivo de pólizas

Los centros y, en su caso, los profesionales sanitarios por cuenta propia deberán conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas.

4. Seguridad del paciente

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a la seguridad del paciente durante su asistencia en la UCMA.

4.1. Infecciones nosocomiales

1. Las Unidades de CMA dispondrán de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes de conformidad con las disposiciones vigentes.
2. A tales efectos, se elaborará un protocolo que incluya los aspectos relativos a higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica quirúrgica, prevención y gestión de accidentes ligados a la exposición de sangre, situaciones y tipos de aislamiento de enfermos y riesgos de infecciones en procedimientos invasivos.
3. Las unidades de CMA deberán acreditar la disponibilidad de medios suficientes para el cumplimiento efectivo de esta obligación.

4.2. Alertas epidemiológicas

En los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, existirá un dispositivo de alerta epidemiológica conectado con las autoridades sanitarias competentes, de acuerdo con la normativa vigente.

4.3. Gestión de fármacos

1. En los centros de CMA existirá un procedimiento sobre el almacenamiento, empaquetado, identificación, manipulación y prescripción de los medicamentos, con especial atención a los de alto riesgo en su manipulación y administración, y al control de su caducidad.
2. Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o los Centros de CMA, se atenderán a las obligaciones específicas impuestas por la legislación del medicamento.

4.4. Identificación de pacientes

1. En los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, existirá un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de pacientes.
2. Dicho sistema debe permitir comprobar la identidad de los pacientes antes de realizar la intervención quirúrgica o de administrar medicamentos y hemoderivados, y previamente a cualquier procedimiento diagnóstico.

4.5. Gestión de seguridad

1. Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, deberán velar por el cumplimiento de las medidas de seguridad, calidad y adecuación tecnológica, así como de la gestión de riesgos para los pacientes.
2. En los centros sanitarios clasificados como C.1 ⁽⁸⁾ según el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, dependiendo de la dirección asistencial, existirá una Comisión o, en su caso, una unidad encargada de la identificación y registro de los efectos adversos que se produzcan como consecuencia de la atención sanitaria, así como la aplicación y evaluación de acciones de mejora en relación con los mismos.

4.6. Plan de Autoprotección

1. Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA, o en los Centros de CMA, tendrán implantado un Plan de Autoprotección que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.
2. El Plan de Autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencia y las medidas de implantación y actualización.

⁽⁸⁾ C.1 Hospitales (centros con internamiento): centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria (Anexo II. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios).

5. Organización y gestión

Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) se definen como «una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad»^{2,32}. En el capítulo 2 se definieron los conceptos de CMA y de Centros de CMA.

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a los distintos atributos de las UCMA como organización: procedimientos susceptibles de CMA, cartera de servicios de las UCMA, criterios de inclusión de pacientes, organización y funcionamiento de la unidad y los aspectos relativos a la gestión de pacientes.

Es preciso, antes de entrar en los atributos organizativos de las UCMA, hacer énfasis en que la experiencia acumulada y la evolución de las técnicas operatorias y anestésicas obligan a hacer un cambio en la indicación de CMA desde la aproximación clásica: «¿este paciente es susceptible de CMA?» a otra más actual «¿existe alguna justificación para hospitalizar a este paciente?».

La CMA debe ser considerada como la norma y la primera alternativa de modalidad asistencial para pacientes con los procedimientos quirúrgicos que aparecen en los listados A y B (Anexos 4 y 5).

5.1. Selección de procedimientos

Cada UCMA debe seleccionar los procedimientos que incluya en su cartera de servicios. A continuación se exponen los criterios más comúnmente aceptados para la selección de procedimientos a incorporar en la cartera de servicios de una UCMA.

Se incluyen clásicamente como procedimientos susceptibles de CMA a aquellos integrados en los niveles II y algunos del tipo III de la clasificación de Davis³³, basada en el tipo de atenciones o en la vigilancia postoperatoria:

Tipo I: Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio.

Tipo II: Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.

Tipo III: Los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio.

Tipo IV: Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio.

En el nivel II de la clasificación de Davis se agrupan los procedimientos históricamente considerados como mayores, en los cuales los avances de las técnicas quirúrgicas y anestésicas han permitido realizarlos de forma ambulatoria. Estos procesos requieren atenciones postoperatorias específicas, sin embargo no suficientemente intensivas ni prolongadas como para requerir el ingreso hospitalario.

Estos procedimientos se agrupan dentro del Listado A (Anexo 4), y se recomienda que sean los utilizados para comparar el Índice de Sustitución entre hospitales y Servicios de Salud dentro del Sistema Nacional de Salud.

El nivel III está integrado por los procesos que requieren un cuidado más prolongado en el entorno hospitalario. Alguno de estos procedimientos podrían incluirse en la CMA generalmente en aquellas unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) unidas estrechamente a un hospital o ubicadas dentro de él. Se ha seleccionado un conjunto de estos procedimientos (Listado B —Anexo 5—) que podrían ser abordados mediante CMA.

Los procedimientos de nivel I no deben ser considerados como CMA y se recomienda que se realicen fuera de las costosas instalaciones y recursos de las UCMA, en la propia consulta, salas de curas o quirófanos para cirugía menor ⁽⁹⁾.

El listado C (Anexo 6) recoge un listado de este tipo de procedimientos, incluyendo la pruebas diagnóstico-terapéuticas que se realizan fuera del área quirúrgica.

La inclusión de pacientes clasificados como ASA III ⁽¹⁰⁾, además del control de su enfermedad, depende de factores asociados con la técnica quirúrgica y anestésica que serán abordados más adelante.

⁽⁹⁾ La Guía de Cirugía Ambulatoria, editada por el Departament de Sanitat i Seguretat Social, de la Generalitat de Catalunya, en 2002, propone un conjunto de criterios para el desarrollo de esta actividad, que no es objeto de los estándares y recomendaciones presentes.

⁽¹⁰⁾ ASA III, según la American Society of Anesthesiology, paciente que sufre alguna alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida como «en determinado grado».

5.2. Cartera de servicios

Cada Unidad de CMA debe definir su cartera de servicios, es decir: la oferta de procedimientos quirúrgicos que se realizan en ella, en función de las necesidades asistenciales de su área de influencia —o de la demanda que el estudio de mercado haya identificado satisfacer—, de las características organizativas y de gestión del establecimiento sanitario en donde esté situada, y de la experiencia de sus profesionales.

Las UCMA deben revisar periódicamente, en base a su experiencia y la evolución científica y tecnológica, su cartera de servicios.

El conjunto de procedimientos que pueden conformar la cartera de servicios de las UCMA propuestos en estos estándares y recomendaciones tiene por objeto orientar sobre aquellos procedimientos que mayoritariamente deberían resolverse mediante esta modalidad asistencial así como establecer bases homogéneas para poder comparar el Índice de Sustitución.

Con el objetivo de delimitar un conjunto de procedimientos susceptibles de CMA, que permita la comparación del Índice de Sustitución entre hospitales y Servicios de Salud dentro del Sistema Nacional de Salud, se ha optado por listar GRDs específicos (Anexo 4. Listado A), lo que presenta el inconveniente de incluir en un mismo GRD procesos susceptibles y no susceptibles de CMA, y como ventajas las siguientes:

1. Definiciones y descripciones unívocas y universales para el mismo GRD.
2. Sistema de Información SNS: comparabilidad entre hospitales y servicios de salud, dentro del Sistema Nacional de Salud (base de datos de GRD del Sistema Nacional de Salud) e, incluso, con sistemas sanitarios de otros países.
3. Aproximación homogénea a la comparación de los costes.

5.3. Criterios de inclusión de pacientes

La UCMA debe disponer de un manual para la inclusión de pacientes, que deberá contemplar los aspectos generales que se relacionan a continuación, adaptados a los procedimientos incorporados a su cartera de servicios.

a) Aspectos fisiológicos

Los pacientes subsidiarios de CMA tienen que encontrarse en los grados I y II de la clasificación de la *American Society of Anesthesiologists* (Anexo 7). Algu-

nos pacientes de grado III podrían programarse para CMA, evaluando de forma individualizada los beneficios y los riesgos de la asistencia ambulatoria (por ejemplo, ASA III sin descompensación en los últimos 3 meses).

En términos absolutos, la edad no se considera un criterio de carácter excluyente.

Se recomienda no incluir en programas de CMA a niños nacidos a término menores de 6 meses y a niños nacidos prematuros menores de un año, por el riesgo de presentar apnea postoperatoria.

La edad avanzada no se considera un criterio de exclusión, debiéndose evaluar la edad biológica y no la cronológica.

La CMA es ideal para niños/as, pues la estancia de noche es frecuentemente la parte más estresante de su asistencia. Los niños/as deben ser tratados de forma diferenciada de los adultos, por ejemplo mediante unidades específicas o reservando una o varias sesiones quirúrgicas de la UCMA. Deberán recibir atención de enfermería (readaptación al medio) en áreas pediátricas, con zonas de juego disponibles. Las intervenciones deberán ser realizadas por cirujanos y anestesistas con adecuada experiencia en la atención de niños.

La obesidad severa se considera como una contraindicación que tiene que ser valorada de forma individualizada. Los pacientes con Índice de Masa Corporal por encima de 30 (Obesidad I) y de 35 (Obesidad II) deberán ser valorados individualmente. Los pacientes con Obesidad tipo III con Índice de Masa Corporal por encima de 40 (obesidad mórbida) tienen contraindicados los procedimientos de CMA salvo excepciones puntuales que deberán ser evaluadas.

Se aconseja excluir a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes que, por su patología de base, no puedan someterse a tratamiento profiláctico ⁽¹¹⁾; los pacientes con antecedentes personales o familiares de coagulopatías, complicaciones anestésicas en intervenciones anteriores, hipertermia maligna y muerte súbita deben ser valorados en función de cada caso.

A los pacientes con antecedentes personales de miopatías, neuropatías o las personas con problemas de drogodependencia activa, se tendrá que evaluar muy esmeradamente la inclusión en un programa de CMA.

⁽¹¹⁾ Existen protocolos específicos para anticoagulantes en algunas unidades, procediéndose a la suspensión controlada de los mismos, 3 días antes de la intervención, analítica de coagulación previa a la cirugía, y reanudación de la terapia pasadas 6 horas del final de la operación. Así mismo cuando se realiza facoemulsificación con anestesia tópica no es preciso suprimir el tratamiento con anticoagulantes en la mayoría de los casos³⁴.

b) Aspectos psicológicos

Los pacientes deben aceptar el procedimiento quirúrgico ofertado por la unidad de CMA. Están excluidos como candidatos para programas de CMA:

- Los pacientes incapaces de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento, a excepción de que asuma la responsabilidad el adulto acompañante.
- Los pacientes con un sustrato patológico psiquiátrico que les impida colaborar.

c) Aspectos del entorno del paciente

El paciente tiene que disponer de la atención de un adulto responsable durante su estancia de readaptación al medio, el traslado a su domicilio y, al menos, durante las primeras 24 horas del postoperatorio.

El tiempo de acceso a la UCMA desde el domicilio del paciente en un vehículo convencional tiene que ser razonable, siendo recomendable que no sea superior a una hora, aunque casos seleccionados, especialmente cuando se practican técnicas anestésicas y quirúrgicas poco agresivas, pueden realizarse de forma segura en pacientes con domicilios más alejados de las UCMA³⁵.

El paciente tiene que disponer de teléfono y de las condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad, confort e higiene en el lugar de convalecencia, que no dificulten una recuperación adecuada.

Las condiciones de entorno no deben ser un obstáculo para que el procedimiento se realice en la UCMA, derivando posteriormente al paciente a un alojamiento concertado (residencia de pacientes; alojamiento hotelero) que reúna las condiciones exigidas a un domicilio.

La inclusión de un paciente en un programa de CMA exige, en consecuencia:

- Aceptación del paciente después de una adecuada información.
- Proceso de inclusión del paciente claramente definido.
- Accesibilidad adecuada al servicio de la CMA y lugar de convalecencia.

Todas estas condiciones deben evaluarse en la consulta inicial de CMA.

5.4. Estructura y tipologías de las UCMA

Existen varias clasificaciones de tipología administrativa de las UCMA^{36,37}, entre las que se ha seleccionado la siguiente, que utiliza la relación física y organizativa con el hospital como criterios de clasificación (Tabla 4.1.):

Tabla 5.1. Tipos de UCMA

Tipo	Organización	Estructura
Unidades Integradas Tipo I	• Dependencia de servicios quirúrgicos. • Responsable o Coordinador.	• Totalmente compartida con recursos hospitalarios. • Admisión diferenciada.
Tipo II	• Organización independiente. • Doble dependencia Unidad-Servicios Quirúrgicos.	• Quirófanos dentro del bloque general, pero con asignación específica a CMA. • Admisión diferenciada. • Zona de readaptación al medio diferenciada.
Unidades Autónomas	• Similar a II.	• Propia y delimitada arquitectónicamente en el diseño del hospital.
Unidades Satélites	• Similar a II.	• Separada físicamente del hospital.
Unidades independientes	• Organización propia. • Ninguna relación orgánica con el hospital.	• Propia, integrada en un centro de asistencia sanitaria sin internamiento (C.2. R.D. 1277/2003), o centro de CMA (C.2.5.4. R.D. 1277/2003).

- Unidades integradas (incluidas organizativa y físicamente dentro de los hospitales):
 - Tipo I: Se comparten todos los recursos con el resto del hospital.
 - Tipo II: Existe una organización independiente pero se comparten elementos —quirófanos— con el resto del hospital.
- Unidades autónomas: Organización independiente y delimitación arquitectónica con el resto del hospital.
- Unidades satélites: Dispuestas en edificios más o menos alejados del hospital general pero con una dependencia administrativa del mismo.
- Unidades independientes («freestanding»): Organización y estructura totalmente independiente de un hospital general. Se puede corresponder con un «Centro de CMA» (C.2.5.4. del R.D. 1277/2003), o estar

integradas en otros tipos de centros de carácter ambulatorio, como los «centros de alta resolución».

Probablemente las tipologías más adecuadas son las unidades autónomas y satélites, siendo asimismo las que tienen la relación costo-efectiva³⁸ más favorable. Las Unidades Integradas Tipo II pueden ser una solución adecuada para hospitales con restricciones estructurales que han puesto en funcionamiento la Unidad de CMA, aunque esta tipología no se recomienda en general para los nuevos hospitales, aunque la decisión debe tener en cuenta el volumen de actividad esperado. Por el contrario, las UCMA Integradas Tipo I, que comparten quirófanos y utilizan salas de hospitalización convencional, son menos eficientes y no son recomendadas¹¹, la tasa de ingresos hospitalarios en este tipo de unidades puede aumentar significativamente³⁹.

Se recomienda que los proyectos de reforma y/o ampliación y los nuevos hospitales incluyan en su diseño Unidades Autónomas.

En cuanto a las unidades independientes, dada su elevada inversión y poca flexibilidad, requieren un estudio riguroso de su viabilidad técnica, asistencial y económica. La separación física y funcional del hospital de apoyo favorece la restricción, tanto de los criterios de selección de pacientes como de procedimientos. El mismo razonamiento puede ser aplicable a las unidades satélites que están muy distantes (más de 20' en transporte urgente) al hospital del que dependen.

Unidades de CMA con recuperación prolongada

En algunas UCMA se están introduciendo formas organizativas y de gestión que permiten aumentar su cartera de servicios incorporando procesos más complejos (aunque su incidencia en número y porcentaje sobre el total es todavía muy limitada) que pueden requerir estancias hospitalarias (al menos una pernocta —cirugía de menos de 23 horas— y hasta 48-72 horas —cirugía de «corta estancia»—)⁴⁰. Las unidades de CMA que han organizado sus recursos para atender pacientes que, permaneciendo menos de 24 horas, generan una estancia de hospitalización, se han denominado por la IASS⁴¹ como «UCMA con recuperación prolongada». Otra justificación aducida para que las UCMA desarrollen una «recuperación prolongada» es la posibilidad de prolongar las sesiones quirúrgicas vespertinas, sin embargo en este caso la solución más adecuada es disponer de un alojamiento residencial alternativo (hotel de pacientes).

Las ventajas e inconvenientes de estas formas organizativas y de gestión de las UCMA no están suficientemente evaluadas. El Departamento de Salud del Reino Unido¹¹ señala que las UCMA con recuperación prolongada pueden reducir la «cirugía mayor ambulatoria “verdadera”» si no se utiliza adecuadamente,

pues clínicos y pacientes pueden elegir generar una estancia en la unidad porque esta opción está disponible; este problema podría ser evitado discriminando las camas de hospital de día de las de 23 horas. El factor crítico de las UCMA con «recuperación prolongada» es el de la gestión del personal de enfermería, debiéndose evaluar cuidadosamente el coste-beneficio y la carga de trabajo que puede justificar el mantenimiento de un control de enfermería nocturno para la carga de cuidados (número de pacientes y necesidad de cuidados) previsible.

Unidades de CMA con programas de «cirugía de corta estancia»

Los programas complementarios de «cirugía de corta estancia» en las UCMA están planteados para aumentar la complejidad de los procesos que pueden ser atendidos en los quirófanos propios de las UCMA autónomas. Si una vez realizado el procedimiento y la recuperación, el paciente no cumple los criterios de alta previamente establecidos para ir a su domicilio o alojamiento alternativo, pasaría a hospitalización convencional polivalente, bien a una «unidad de corta estancia», si existe como tal, o a una unidad general⁴⁰.

El factor crítico en las Unidades de CMA con programas de «cirugía de corta estancia» es que al variar (potencialmente, aunque en la práctica actual en España sea muy limitada) la complejidad de los procesos atendidos las necesidades de recursos físicos (por ejemplo: quirófanos, puestos de reanimación postanestésica, puestos de readaptación al medio) y humanos (cirujanos —número y tiempos quirúrgicos—; personal de enfermería en control de reanimación y readaptación) pueden variar notablemente, pudiendo afectar a la calidad de la unidad y su eficiencia de gestión. Asimismo es posible que el desarrollo de estos programas pueda estar paliando carencias organizativas, de gestión y técnico-asistencial en las áreas de cirugía con hospitalización convencional.

De conformidad con la definición dada por el Real Decreto 1277/2003 a la cirugía mayor ambulatoria, que es la utilizada en estos estándares y recomendaciones, el paciente que habiendo sido intervenido en una UCMA tenga que pernoctar en el hospital (área de «recuperación prolongada», «unidad de corta estancia» u otra unidad de hospitalización convencional polivalente) genera, a efectos del sistema de información y registro, estancia.

Por los motivos señalados, estos estándares y recomendaciones no establecen recomendaciones en relación con las UCMA con recuperación prolongada o con los programas complementarios de cirugía de corta estancia. Las experiencias existentes en la actualidad deberán ser evaluadas cuidadosamente antes de la próxima revisión de estos estándares y recomendaciones para poder establecer recomendaciones basadas en la evidencia.

5.5. Organización de la UCMA

La descripción de la organización de la UCMA se articula en relación con el proceso de atención al paciente: acceso a la Unidad, circulación dentro de la UCMA y derivaciones post-alta de la UCMA. Las tablas que incorpora este apartado tienen por objeto esquematizar los pasos de este proceso, que sirve de base no sólo para ordenar los aspectos organizativos y de gestión, sino también los funcionales y estructurales que se desarrollan en el Capítulo 6. En el Anexo 8 se recoge un esquema integrado de circulación de pacientes.

A lo largo del seguimiento del manejo del paciente en el entorno y dentro de la UCMA se dan alternativas organizativas y de gestión distintas. Cada organización sanitaria y, dentro de ellas, las UCMA, deberán priorizar las alternativas más adecuadas a su sistema organizativo y de gestión.

Estos estándares recomiendan algunas alternativas de gestión de pacientes, persiguiendo los siguientes objetivos:

- Facilitar el acceso a las UCMA de todos los pacientes que se puedan beneficiar de esta modalidad asistencial.
- Promocionar el papel del nivel de atención primaria tanto en la captación como en el seguimiento de los pacientes.
- Utilizar las tecnologías de la información para evitar desplazamientos innecesarios de pacientes (gestión de agendas), o repetición de pruebas complementarias (historia única de Área), etc.
- Evitar que las condiciones de «entorno» impidan la práctica de esta modalidad asistencial a pacientes que cumplen con el resto de los criterios.

5.5.1. Acceso a la UCMA

Los objetivos fundamentales, en cuanto a la accesibilidad, son: 1. facilitar el servicio a todos los pacientes susceptibles de CMA; 2. que el número de rechazos en la inclusión de pacientes en el programa de CMA sea el menor posible. Ambos objetivos están ordenados por prioridad y el objetivo de captación prevalece sobre el de minimizar los rechazos.

El acceso a la UCMA se puede hacer por tres vías:

- 1. Desde Atención Primaria.** Los profesionales de Atención Primaria deben conocer la cartera de servicios y los criterios de inclusión de pacientes de la UCMA de referencia, debiendo remitir (o mejor aún, citar mediante las agendas abiertas de consultas externas de las UCMA) a los especialistas de

la UCMA a los pacientes que los cumplen. El desarrollo de protocolos entre las UCMA y los profesionales de atención primaria pueden facilitar la inclusión de pacientes en los programas de CMA.

Asimismo, se debe suministrar al médico general o pediatra la información acerca de la fecha de intervención en la UCMA.

2. **Consultas quirúrgicas.** Todos los profesionales de las mismas deben conocer perfectamente la cartera de servicios y los criterios de selección de pacientes de la UCMA de referencia. Todo paciente con procesos susceptibles de CMA (listado A y B), que cumplan los criterios de selección de pacientes deben ser remitidos a la unidad.
3. **Listas de espera.** Pacientes en listas de espera con diagnósticos incluidos en el listado A pueden ser remitidos a la consulta externa propia de la UCMA.

Tabla 5.2. Circulación de pacientes en el proceso de atención en una UCMA. Acceso			
Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Referencia	- Desde Atención Primaria. - Desde consultas quirúrgicas. - Desde Listas de espera Quirúrgicas.	- Diagnóstico del proceso y de la indicación quirúrgica. - Selección previa.	- Evitar rechazo de pacientes en el UCMA. - Conocimiento detallado de: — Cartera de Servicios de la UCMA. — Criterios locales de selección.
A: UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			

5.5.2 Circulación dentro de la UCMA

Consulta de UCMA

- Existencia de una consulta específica y diferenciada de CMA, con área administrativa propia y con procesos de admisión diferenciados. La zona de consulta debe contemplar, al menos, la consulta de anestesia y de enfermería de la UCMA. Los pacientes se seleccionan, en general, en las diversas consultas de los especialistas quirúrgicos y de ahí pasan a la consulta de Anestesia, donde se confirma o rechaza la selección, pero existen UCMA que incorporan las consultas de los especialistas quirúrgicos de la Unidad.

- En la consulta se debe proporcionar una información exhaustiva al paciente y a los familiares, así como el consentimiento informado ⁽¹²⁾.

Tabla 5.3. Circulación dentro de la UCMA. Consulta			
Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Consulta	Consulta específica de CMA.	• Evaluación clínica e indicación. • Evaluación anestésica. • Selección del paciente. • Información a paciente y familiares. • Firma de Conformidad. • Consentimientos Informados. • Realización de Pruebas Complementarias ⁽¹³⁾.	• Confortabilidad. • Criterios de selección. • Historia clínica común. • Información oral y escrita.
	Área administrativa de CMA.	• Admisión del paciente. • Cita para pruebas complementarias (si procede).	• Evitar traslados innecesarios. • Tiempos de espera cortos.
24/48 horas antes de la intervención ⁽¹⁴⁾	Área administrativa de CMA.	• Cita de intervención adaptada a cada paciente. • Confirmación telefónica de la cita. • Recordar Actividades preparación preoperatoria (Anexo 9).	• Evitar cancelaciones. • Evitar ineficiencias en la sesión quirúrgica (si existe cancelación: llamar a pacientes en lista de espera).

⁽¹²⁾ «Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente». Art. 8.2. de la Ley 88/2002 Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

⁽¹³⁾ El paciente no debe ser citado de nuevo para pruebas complementarias, debiéndose realizar el mismo día de su evaluación-selección, evitando un desplazamiento innecesario.

⁽¹⁴⁾ La llamada de teléfono a las 24-48 h. antes de la intervención no se realiza en muchas UCMA, salvo al comienzo del funcionamiento de éstas. La Healthcare Commission (Reino Unido) sugiere que «puede» realizarse si la admisión en la UCMA se realiza con más de seis semanas tras la evaluación inicial y cita para cirugía, para evitar cancelaciones²³.

Preparación, intervención, despertar y readaptación al medio

Para la adecuada atención de los pacientes dentro de la UCMA en el día de la intervención son requisitos organizativos imprescindibles:

- Una asignación diferenciada de horarios quirúrgicos para la CMA, sin interferencias posibles con la actividad programada o de urgencias del hospital.
- La decisión conjunta del cirujano y el anestesista (cada uno en su responsabilidad) del alta del paciente.
- La búsqueda del confort tanto para el paciente como para sus cuidadores.
- La diferenciación de las zonas físicas de acceso y espera dentro del bloque quirúrgico y tras el procedimiento.

Tabla 5.4. Circulación dentro de la UCMA. Día de la intervención			
Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Ingreso	Área administrativa de CMA.	• Recepción del paciente. • Confirmación de la cita y proceso.	• Locales de pacientes y Admisión diferenciada de la hospitalización.
Preparación	Zona de preparación.	• Confirmación del cumplimiento de actividades. • Evaluación anestésica prequirúrgica. • Preparación específica.	• Confortabilidad.
Intervención	Quirófano de CMA.	• Intervención.	• Horarios quirúrgicos independientes. • Evitar interferencias de otras actividades en la CMA.
Despertar	Despertar convencional.	• Despertar.	• No es paso imprescindible. Técnicas de <i>fast-track</i> permiten en ocasiones a enfermos intervenidos con anestesia loco-regional y general, pasar directamente al área de readaptación al medio.

Tabla 5.4. Circulación dentro de la UCMA. Día de la intervención (continuación)			
Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Readaptación al medio	Zona de readaptación al medio.	• Readaptación al medio. • Contacto con familiares. • Control exhaustivo del paciente. • Cuidar del familiar (futuro cuidador). • Criterios de seguridad post-alta cumplidos. • Valoración precoz de complicaciones potenciales futuras. • Evaluación anestésica y quirúrgica pre-alta. • Firma por parte del equipo quirúrgico: Cirujano - Anestesiista. • Instrucciones al alta al paciente y acompañante. • Alta u hospitalización si precisa. • Revisión organizada: día y hora, en CMA o consultas de referencia.	• Confortabilidad. • Criterios estrictos de seguridad al alta. • Instrucciones post-alta precisas. • Clara definición de los cuidados post-CMA. • Definición de responsabilidades en los cuidados.
A: DOMICILIO			

5.5.3. Circulación tras practicarse la CMA

El paciente será dado de alta a su domicilio —o, en su caso, alojamiento alternativo— y sólo en un pequeño porcentaje de casos, por necesidad de prolongar los cuidados específicos, puede requerir ingreso hospitalario convencional. Las alternativas que se ofrecen al paciente tras la intervención dependen fundamentalmente de:

- El resultado técnico de la intervención quirúrgica.
- Las condiciones del paciente.
- La organización de cada tipo de Unidad.

Es recomendable realizar encuestas a los usuarios, tanto para conocer el grado de aceptación y satisfacción del método, como para el diagnóstico de problemas de desarrollo del servicio.

Tabla 5.5. Circulación después de la CMA			
Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Domicilio (o alojamiento alternativo)	• Domicilio del paciente. • Alojamiento alternativo (residencia de pacientes; plaza hotelera concertada).	• Control telefónico en las primeras 24 horas. • Convalecencia.	• Cumplimiento de los criterios de entorno. • Facilidad de contacto con CMA y evacuación.
Seguimiento	• Consulta de CMA/a. primaria/quirúrgica.	• Seguimiento convencional postoperatorio.	• Conseguir la satisfacción final del paciente. • Bases de datos para monitorización.

5.5.4. Requisitos organizativos imprescindibles

En función de las necesidades derivadas del proceso integrado de atención al paciente incluido en un programa de CMA, se consideran requisitos imprescindibles los siguientes:

- El diseño de un horario de funcionamiento y una programación de los procedimientos que evite al máximo los ingresos hospitalarios por problemas administrativos (altas tardías, cierre del fin de semana, etc.).
- La disponibilidad de camas en hospitalización convencional (en función de la actividad, véase Anexo 14 a estos estándares y recomendaciones: Criterios de Dimensionado de Recursos de las Unidades de CMA).
- La responsabilidad directa de la UCMA durante todo el proceso, aunque otras estructuras sanitarias pueden prestar apoyos puntuales (Atención Primaria, Servicio de Urgencias, Unidades de Hospitalización Convencional, Unidades de Cuidados Intensivos, etc.).
- El cumplimiento riguroso de los Criterios de Alta.
- La confirmación de los requisitos necesarios del entorno del paciente, incluyendo la disponibilidad de alojamiento alternativo.
- La especificación minuciosa de los cuidados post-alta y seguridad de la comprensión por parte del paciente y de su acompañante cuidador.
- Delimitación clara de las actuaciones en caso de problemas post-quirúrgicos:
 - Teléfono de contacto con responsabilidad de la UCMA.
 - Motivos de necesidad de atención médica.
 - Situaciones y formas de actuación en casos de urgencia.
 - Lugar de referencia para recibir atención médica.
- La implantación de un sistema de información adecuado para monitorizar los resultados de la actividad.

Tabla 5.6. Circulación de pacientes en el proceso de atención en una UCMA. Alternativas tras la intervención

Alternativa de situación	Destino
Valoración pre-alta	
a) Adaptación al medio y cumplimiento de los criterios de seguridad post-alta.	Domicilio.
b) Necesidad de prolongación de cuidados (no adaptación o no cumplimiento de criterios).	Hospitalización (tiempo de hospitalización según problema).
c) Problemas administrativos (retraso en el alta, no seguridad en el entorno del paciente, etc.).	• Alojamiento alternativo (recomendado en esta circunstancia). • Hospitalización < 23 horas (alternativo, en camas asignadas a UCMA).
En domicilio	
a) Convalecencia sin problemas.	Seguimiento normal.
b) Problemas o sensación percibida de éstos.	• Atención médica y decisión: — Contacto telefónico con UCMA (recomendado), o — Asistencia en domicilio, o — Asistencia en Servicio de Urgencias.
c) Situación de emergencia.	Atención en servicio de urgencias.
Seguimiento (Según protocolo ajustado al tipo de procedimiento y de UCMA)	
a) Revisiones completas en consulta CMA.	Consulta de UCMA.
b) Primera revisión en Consulta de CMA.	Primera Consulta de UCMA y después Atención Primaria (recomendado).
c) Revisión completa en origen.	Primera consulta origen (si c. quirúrgica), después Atención Primaria.

5.6. Estructura de gestión

Con independencia de su tipología, las UCMA requieren una rigurosa estructura de gestión, incluyendo un clínico responsable y un responsable de enfermería. Uno de estos responsables u otro miembro de la unidad debe asumir el papel de responsable de calidad de la misma.

Se requerirá, al menos, un administrativo con experiencia para dar soporte al responsable clínico y de enfermería, gestionar las admisiones y la lista de espera.

Deberán estar claramente definidas las dependencias del personal de la UCMA cuando esté sujeto a más de una.

Dado que las UCMA pueden llegar a absorber más del 50% de la actividad quirúrgica, es recomendable que estén representadas en el Consejo/Comité de Dirección del Hospital.

Las UCMA, especialmente las integradas tipo II, autónomas y satélites, deben tender a configurarse como centros de gestión dentro del respectivo hospital.

Para ello es aconsejable asignar un responsable —puede ser a tiempo parcial— de cada uno de los servicios «horizontales» del hospital (económico-financiero, personal, servicios generales, etc.) como apoyo de la unidad.

5.7. Manual de organización y funcionamiento

La UCMA deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje:

- a) El Organigrama de la Unidad.
- b) La disposición física de la Unidad y los recursos estructurales y de equipamiento de que dispone.
- c) El Manual de Normas:
 - Descripción de cada uno de los actos del proceso asistencial.
 - Los protocolos necesarios y los puntos de introducción de éstos en el circuito asistencial.
 - La líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.
- d) La Cartera de Servicios.

En el manual se respetarán los requisitos generales organizativos previamente descritos.

El manual deberá ser abierto y actualizable según las modificaciones en la Cartera de Procedimientos o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran.

A) Organigrama

Existirá un responsable clínico y un responsable de enfermería:

Las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada uno de los miembros de la UCMA, tendrán que estar definidas.

La interferencia funcional con otras estructuras del entorno deberá evitarse (Servicios Clínicos, Servicios Administrativos, etc.), definiéndose claramente las respectivas dependencias cuando el personal de la UCMA esté sujeto a más de una.

B) Disposición física de la Unidad

El Manual de Organización y Funcionamiento deberá incluir:

- La disposición física de la Unidad y sus interrelaciones con otras áreas del hospital.
- Los recursos estructurales existentes al servicio de la CMA y el equipamiento disponible.

C) Manual de normas

La UCMA deberá disponer de un manual de normas que se ajuste a los requisitos organizativos y en el que estén descritos secuencialmente los actos del proceso asistencial, los protocolos necesarios y los puntos de inclusión en el circuito, así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

A continuación se esquematizan los requisitos estructurales, organizativos y los protocolos a lo largo del circuito asistencial, siguiendo el esquema de flujo de pacientes descrito en el apartado 5.5:

Tabla 5.7. Manual de normas de acceso a la UCMA

Acto	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
Consulta Inicial de CMA • Historia y evaluación por cirujano. • Evaluación anestésica. • Evaluación condiciones entorno. • Selección para CMA. • Información para CMA.	Local específico de consulta	• Selección de pacientes. • Selección de procedimientos. • Evaluación entorno (previsión alojamiento alternativo). • Protocolo de solicitud de pruebas complementarias (Anexo 10). • Consentimientos informados (firmado por anestesista, cirujano y paciente). • Conformidad con normas de UCMA.	• Cirujano. • Anestesista. • Enfermería.
Filiación para CMA • Realización de pruebas complementarias (si procede). • Cita (día y hora) de intervención.	Admisión específica	• Información sobre preparación preoperatoria.	• Administrativo. • Cirujano. • Enfermería.

Tabla 5.8. Manual de normas de intervención en la UCMA

Acto	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
Confirmación telefónica de la cita	Admisión específica		• Administrativo.
Recepción en la UCMA • Confirmación de cita, identidad del paciente y proceso.	• Admisión específica. • Área de recepción. • Zona de espera general (Confortable e independiente de hospitalización). Administrativo.		• Administrativo. • Enfermería.
Preparación genérica • Confirmación de cumplimiento de instrucciones. • Entrega de objetos personales.	Aseo y vestuario específico • Aseo y vestuario. • Custodia de objetos personales (taquillas).	• Preparación preoperatoria (confirmación).	• Enfermería.
Evaluación anestésica prequirúrgica	Preparación anestésica o antequirófano	• Valoración global preanestésica.	• Anestesista.
Preparación específica		• Protocolo de Preparación específica (si precisa).	• Enfermería.
Intervención	Quirófanos/Sesiones Quirúrgicas específicamente destinadas a CMA	• Protocolo de procedimiento quirúrgico. • Protocolo de procedimiento anestésico.	• Cirujano. • Anestesista. • Enfermería.
Despertar	Zona de despertar no necesariamente independiente	• Despertar convencional.	• Anestesista. • Enfermería.
Readaptación al medio	Zona de readaptación al medio independiente (Contacto directo y estancia confortable con familiares).	• Genérico de Seguridad pre-alta: — Conexión al medio. — Funciones vitales. — Control dolor. — Control de Sangrado.	• Enfermería.
Decisión de alta o ingreso (pernocta) • Evaluación de enfermería, cirujano y anestesista. • Confirmación de entorno domiciliado adecuado del paciente. • Instrucciones postalta.	Zona de readaptación al medio	• Criterios Alta (Anexo 11). • Instrucciones postalta. • Definición de apoyo desde la UCMA 24 horas siguientes (teléfonos de contacto). • Definición de seguimiento post-alta (recomendaciones médico/enfermera de Atención Primaria responsable).	• Cirujano. • Anestesista. • Enfermería.

Tabla 5.9. Manual de normas de salida de la UCMA

Acto	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
Alta o Ingreso	Zona de readaptación al medio.	- Alta anestesia. - Informe clínico quirúrgico.	- Anestesista. - Cirujano.
Alta a domicilio/ alojamiento alternativo	- Domicilio/alojamiento alternativo adecuado. - Atención médica disponible, 24 horas (apoyo UCMA).	- Informe de Alta. - Información post-alta: - Cuidados. - Vigilancia. - Tratamiento del dolor. - Síntomas de alerta. - Líneas de atención: - Asistencia convencional. - Atención urgente.	UCMA según peculiaridades organizativas.
Ingreso Hospitalario	Unidad de enfermería de Hospitalización Convencional.		UCMA + Recursos de hospitalización según organización.
Revisión	Local de consulta (específico de CMA o no).	- Base de datos de CMBD y GRD. - Base de datos de seguimiento. - Encuesta de satisfacción.	UCMA o referente del paciente.

Tabla 5.10. Manual de funcionamiento administrativo de la UCMA

Actividad	Requisitos estructurales	Procedimientos	Profesionales que intervienen
• Gestión de fármacos. • Gestión de materiales. • Facturación. • Contabilidad. • Sistema de información.	• Farmacia (almacén y local de farmacia central). • Almacén general y de productos farmacéuticos. • Sistema de Información.	• Filiación y entidad que se hace cargo de la prestación. • Contabilidad general y analítica. • Adquisición y petición de materiales (pactos de consumo). • Facturación y cobro.	• Administrativo. • Responsable Enfermería.

5.8. Sistema de información

Salvo en las Unidades Independientes (*freestanding*) el sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la UCMA:

- Gestión de Pacientes:
 - Filiación.
 - Citación.
 - Admisión.
 - Alta y codificación (CMBD) (CIE-9-MC). Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas tienen una base de datos de las altas hospitalarias codificadas por CMBD, que son agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La base de datos de las Altas atendidas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud está disponible en la red (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/resumenAltas>). Dentro de esta base de datos está diferenciada la correspondiente a la CMA (procesos que no generan ingreso).

Se recomienda que esta base de datos incorpore la actividad privada, incluida la de aquellos hospitales que no pertenecen a las redes de utilización pública de los respectivos Servicios de Salud.

- Gestión de la Historia Clínica.
- Gestión Económico-Administrativa y de Servicios Generales ⁽¹⁵⁾:
 - Almacén (pactos de consumo, gestión de stocks, solicitudes de compra, etc.).
 - Farmacia (sistema de prescripción electrónica; unidosis).
 - Contabilidad.
 - Esterilización.
 - Gestión de Personal (ILT, incidencias, permisos, sustituciones, etc.).
- Evaluación (Cuadro de Mando):
 - Costes por proceso (contabilidad analítica).
 - Encuestas de satisfacción.
 - Indicadores de actividad.
 - Indicadores de calidad.
 - Indicadores de rendimiento.

5.9. Gestión de pacientes

5.9.1. Admisión

Salvo en las Unidades Independientes (*freestanding*), la admisión estará integrada en la general del centro, si bien las actividades y funciones de admisión deberán ser desarrolladas, de forma idónea (Unidades Integradas Tipo II, Unidades Autónomas y Unidades Satélites) por la unidad de apoyo administrativo de la UCMA. Los aspectos relativos a Documentación e Historia Clínica, Registro de Pacientes, Informe de Alta y protección de datos afectan (salvo en las UCMA «*freestanding*») al hospital al que está vinculada la UCMA.

⁽¹⁵⁾ En todas las unidades, salvo en las independientes, la gestión económico-administrativa estará centralizada, realizando algunas gestiones dentro de la unidad. La UCMA (integrada tipo II, autónoma o satélite) debe configurarse como un centro de gestión, siendo aconsejable que exista una asignación específica (puede ser a tiempo parcial) de responsables de los servicios económico-administrativos y de los servicios generales, como soporte de la unidad.

5.9.2. Documentación clínica

La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sea su formato y soporte. Entre otros, comprenderá: la historia clínica del paciente, el/los consentimiento/s informado/s, las instrucciones previas, en su caso, y los informes de ingreso, traslado y alta médica.

La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados a partir de la terminación de cada proceso asistencial.

5.9.2.1. Historia clínica

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y tenderá a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada Servicio de Salud establezca.

La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización, que incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

5.9.2.2. Registro de pacientes atendidos

En el registro de pacientes atendidos se hará constar los datos necesarios para la identificación inequívoca del paciente, su proceso asistencial y financiación del tratamiento. Como mínimo se registrarán los siguientes datos:

- Identificación del hospital o centro.
- Identificación del paciente, nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Residencia.
- Financiación y, en su caso, número de tarjeta sanitaria.
- Fecha de ingreso o de prestación de la asistencia.
- Circunstancias del ingreso o de la prestación de la asistencia.
- Proceso.
- Procedimiento.
- Fecha de traslado, si lo hubiere, y el lugar de destino.
- Fecha de alta médica.
- Circunstancias del alta.
- Identificación del médico responsable del alta.

5.9.2.3. Informe de alta

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por la UCMA del informe de alta médica a que se refiere la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica ⁽¹⁶⁾.

5.9.3. Protección de datos sanitarios

5.9.3.1. Obligaciones y derechos

Los datos de carácter personal relativos a la salud de los pacientes tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas organizativas, procedimentales y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

⁽¹⁶⁾ Disposición transitoria única. Informe de alta. «El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley».

5.9.3.2. Sujeto responsable de los ficheros

Todos los centros y establecimientos garantizarán la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados.

Los centros sanitarios designarán la persona responsable de los ficheros automatizados que se comunicará a la Administración competente.

El responsable del fichero y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

5.9.3.3. Confidencialidad de los datos

Todo paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

5.9.3.4. Cesión de datos

La cesión de los datos relativos a los pacientes requerirá en todo caso, el consentimiento expreso de los afectados, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

6. Estructura y recursos materiales

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a las condiciones estructurales y funcionales de las UCMA: programa funcional, equipamiento e instalaciones. En los Anexos 14 a 16 de los estándares y recomendaciones se desarrollan aspectos estrechamente vinculados con este capítulo: dimensionado (Anexo 14), un ejemplo de programa funcional de espacios para una unidad autónoma (Anexo 15) y una estimación de los tiempos quirúrgicos para aquellos procedimientos quirúrgicos incluidos en el Listado A del Anexo 4 (Anexo 16).

6.1. Programa funcional

Cada Unidad de CMA deberá tener definido su programa funcional y estructura organizativa dentro de los tipos de Unidades que se han descrito.

El programa funcional contemplará los criterios de necesidad del desarrollo de la CMA que incluyen:

- Análisis demográfico del entorno (con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la Unidad y los criterios de selección de pacientes) o el estudio del mercado para los establecimientos privados.
- Estudio de demanda teórica de CMA atendiendo al volumen de procedimientos incluidos en el Listado A. Deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración del servicio de la Unidad en su entorno, una vez se encuentre a pleno funcionamiento.
- Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de la UCMA (definición de una nueva infraestructura o modificación de la ya existente).
- Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia.
- Estudio de necesidad de personal y de equipamiento de la UCMA atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios existente en el hospital.
- La Unidad describirá su funcionamiento con referencia al manual de normas y dispondrá de esquemas de circulación de pacientes, personal, familiares y material.
- La Unidad tendrá definido su circuito asistencial (acceso de los pacientes, el tránsito dentro de la Unidad, las alternativas a su salida, etc.), las for-

mas de asistencia médica postalta y las relaciones funcionales con el resto de las estructuras de su entorno (Servicios Quirúrgicos, Servicios Centrales, Servicios de Urgencias, Atención Primaria, etc.).

- La Unidad desarrollará el plan funcional de acuerdo con las peculiaridades de su organización.
- La Unidad efectuará un estudio de viabilidad en el que se reflejará, tanto el presupuesto necesario en infraestructura, equipamiento, personal y mantenimiento para realizar las actividades, como el impacto económico-sanitario de su actividad en la institución de quien dependa.

Como se ha mencionado en el apartado 5.4 de estos estándares y recomendaciones, se desaconseja el desarrollo de unidades integradas, recomendándose que, cuando sea posible, en proyectos de reforma y/o ampliación y siempre en los nuevos hospitales se diseñen unidades autónomas. Por este motivo este apartado dedicado a Programación Funcional se referirá en todo momento a las Unidades de CMA autónomas, siendo aplicable también a las unidades satélites. En el Anexo 14 se ofrecen criterios para el dimensionado de las UCMA y en el 15 un ejemplo de Programa Funcional para una unidad autónoma con cuatro quirófanos.

6.1.1. Aspectos estructurales de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

Las UCMA requieren una serie de recursos estructurales y de equipamiento, que estarán fundamentalmente en relación con las características de la actividad clínica programada y con el grado de autonomía que con respecto a los recursos ya existentes se precise disponer.

Dada la consolidación y avance de la CMA, se considera que las condiciones estructurales de las Unidades deberían responder a los requisitos apuntados en estos estándares y recomendaciones, dando prioridad a las UCMA autónomas sobre otros diseños. Se debe resaltar que los criterios contenidos en estos estándares y recomendaciones, incluyendo los funcionales, deben adaptarse a cada realidad concreta. Las decisiones en cuanto a la estructura funcional de las UCMA deben estar condicionadas por la forma organizativa y de gestión que cada UCMA adopte y, en especial, a la organización y gestión de los recursos humanos en la secuencia de actos (asistenciales y administrativos) que se deben desarrollar durante todo el proceso, así como a los condicionantes —si existen— estructurales del centro.

Para desarrollar la estructura de una unidad, conviene recordar la secuencia de funciones y actos reseñada anteriormente:

- 1) Acceso físico.
- 2) Admisión.
- 3) Atención preoperatoria.
- 4) Intervención Quirúrgica.
- 5) Despertar.
- 6) Readaptación al medio.

Para la realización de estas funciones conviene diferenciar tres áreas o unidades clínico-funcionales principales:

- El **área clínica y administrativa**, que incluirá la consulta específica de CMA, las estructuras administrativas y las zonas de espera y descanso de pacientes y familiares.
- El **área funcional quirúrgica**, que incluirá la zona de preparación y el bloque quirúrgico convencional (quirófano y despertar).
- El **hospital de día quirúrgico** (área de readaptación al medio).

El diseño de todas las áreas deberá tener en cuenta siempre la posibilidad de actividad de CMA en pacientes pediátricos.

A continuación se realiza una descripción de Unidades Estructurales Funcionales basada en la circulación idónea de pacientes, y en la secuencia de actos realizados sobre un paciente tributario de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Este concepto secuencial deberá ser la directriz del diseño arquitectónico de la unidad, si bien éste obviamente se adaptará a las estructuras previas de las que partan, pero observando los postulados de secuencia de los actos de circulación que constituyen la base de la Unidad bien planificada.

1) Área clínica y administrativa

En la tabla 6.1 se describen secuencialmente sus características:

1.a) Acceso

Las características de la atención de la CMA plantean la necesidad de un alto grado de accesibilidad:

- La señalización exterior deberá facilitar el acceso a la Unidad y es recomendable la existencia de un aparcamiento específico, dada la necesidad de uso de vehículo particular para realizar el desplazamiento y la organización por citas puntuales.
- Es deseable la localización de la UCMA en plantas con acceso al mismo nivel que el exterior y con recorrido lo más corto y legible posible en el caso de que el acceso sea compartido.

- El diseño responderá a la normativa de accesibilidad para minusválidos y al Código Técnico de la Edificación (DB-SU).
- El acceso del personal es deseable que esté diferenciado del de los pacientes y acompañantes.
- La entrada y salida de suministros y material (lencería, farmacia, desechos, etc.) deberá estar diferenciada en todos los casos.

1.b) Recepción y admisión

En todos los tipos de Unidad será imprescindible la existencia de un área de recepción y de admisión específicas. Esta área incorporará el espacio necesario para la atención al paciente y a sus acompañantes (deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad) durante el proceso de admisión en el que se realiza la filiación, determinación de citas, organización de listas y previsión de fallidos, comunicaciones con los pacientes, etc.

El área administrativa contará con el equipamiento necesario para desarrollar eficazmente su actividad (ofimática, informática, e-mail, teléfonos, fax, contestador automático para atención fuera de horario) y prever espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos informativos, etc.

1.c) Consulta y zona de personal

Dentro de la Unidad Clínica y Administrativa, la atención preoperatoria consiste en el diagnóstico y selección del paciente tras la evaluación clínica, así como en suministrar la información pertinente y obtener el consentimiento del paciente.

Estas funciones se desarrollan en las áreas de consulta cuyo número estará en relación con el volumen de actividad y con el horario de funcionamiento. En el Anexo 14 a estos estándares y recomendaciones se desarrollan los criterios de dimensionado.

En el área clínica administrativa se consideran incluidos los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales, docentes y el descanso.

El personal dispondrá de aseos específicos así como espacio para vestuario en función del sistema organizativo adoptado y la existencia o no, en su caso, de una zona próxima de ese recurso en el hospital.

El espacio destinado para el material de limpieza de la unidad, podrá situarse en el área general de aseos.

1.d) Espera

El área clínica y administrativa deberá poseer un espacio para espera específica

de familiares y pacientes, que puede ser común a la espera durante la intervención. Esta zona de espera será confortable y estará dotada de aseos, teléfono y fuente automática de agua fría. Puede plantearse televisión o vídeo según la actividad pediátrica.



Figura 6.1. Señalización de la sala de espera de la UCMA

El dimensionamiento de la zona de espera dependerá de la actividad prevista y de las características socioculturales de la población, debiendo contar en condiciones normales con una previsión de 1,5 asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad.

Debe diseñarse una zona de espera-juegos infantil.

1.e) Vestuarios de pacientes

Los vestuarios podrán estar ubicados en el área clínica y administrativa o bien en el área quirúrgica dependiendo del diseño de la unidad.

Los vestuarios serán diferenciados (hombres, mujeres) y deberán contar con espacio suficiente para taquillas que permitan la custodia de ropa y objetos personales y tendrán lavabos e inodoro (1 cada 10 pacientes), no siendo imprescindible la existencia de bañeras ni duchas.



Figura 6.2. Vestuarios de pacientes junto a la espera general de acceso a la unidad de CMA.

2) Área Funcional Quirúrgica

La denominada Área Funcional Quirúrgica agrupa los locales de preparación preoperatoria, el quirófano, y el despertar. No se incluye el vestuario prequirúrgico dado que funcionalmente no se considera como necesariamente integrado en el área quirúrgica. En la tabla II se describen secuencialmente sus características.

2.a) Zona de Atención Preoperatoria

En esta zona se realizan las funciones de confirmación del proceso y del cumplimiento de las instrucciones preoperatorias, evaluación anestésica y preparación específica (rasurado, venoclisis, etc.).

El acceso desde el vestuario deberá cumplir los requisitos ya citados de desplazamientos y circulación.

Esta zona se puede diseñar según modelos alternativos y fundamentalmente dependientes de la estructura previa.

La zona de atención preoperatoria puede compartir el control de enfermería con la zona de readaptación al medio. Este diseño tiene la ventaja de compartir personal y equipamiento y evita la «dispersión» de los pacientes, por el contrario requiere un diseño minucioso para obviar los problemas de interferencias en atención y cruce de pacientes. Si se opta por la alternativa de compartir el control de

Tabla 6.1. Características estructurales de la Unidad Funcional Clínico-Administrativa		
Ámbito	Función	Características estructurales
ACCESO	Acceso.	- Señalización exterior adecuada. - Deseable aparcamiento específico. - Recorrido corto si el acceso es compartido. - Facilitar acceso para minusválidos. - Acceso diferenciado de material y suministros.
ADMISIÓN	Admisión.	- Espacio adecuadamente dimensionado. - Garantizar cierto grado de privacidad.
RECEPCIÓN	Atención al paciente.	- Equipamiento adecuado para las tareas: ofimática, e-mail, informática, teléfonos, contestador automático, fax, etc. - Almacén y archivo de documentación específica.
CONSULTA Y ZONA PERSONAL	- Evaluación clínica. - Diagnóstico. - Selección. - Información. - Apoyo.	- Número de consultas en función del rendimiento. - Despachos y salas de reunión del personal. - Aseos específicos del personal. - Vestuarios específicos de personal según la disposición del hospital. - Circulación diferenciada del personal. - Material de limpieza en área general de aseos.
ESPERA	Espera y descanso de pacientes y de familiares.	- Confortabilidad (posibles largas esperas). 1,5 cómodos asientos por paciente que se encuentre en cualquier área de la Unidad. - Aseos. - Teléfono. - Televisión/vídeo (optativos). - Fuente automática de agua fría.
VESTUARIOS DE PACIENTES	- Cambio de ropa preoperatorio. - Custodia de objetos personales.	- Localización en área clínica o quirúrgica. - Diferenciados (hombres, mujeres). - Tendrán lavabo e inodoro (1 cada 10 pacientes). - No imprescindibles duchas ni baños. - Taquillas (número según actividad).

enfermería con la zona de readaptación al medio, se deberán tomar en consideración los siguientes aspectos:

- Se debe asegurar la absoluta separación visual y la privacidad de ambas áreas, que a su vez deberán tener un adecuado control visual por parte de la enfermería.
- Se deben establecer flujos unidireccionales, evitando los cruces de circulaciones.

Si se opta por un control de enfermería común, éste debe ser abierto y cumplir como pivote de las relaciones intrahospitalarias de la Unidad. Dispondrá de todos los apoyos, medicación, curas, alimentación, limpio, lencería y sucio, comunes con la zona de adaptación al medio.

Si se contempla la actividad pediátrica, se considera conveniente que el diseño permita a los adultos responsables acompañar al paciente el mayor tiempo posible, así como que se tengan en cuenta los requisitos específicos de los niños.

Se considera necesaria la previsión de espacio de almacenamiento de equipos médicos portátiles, para que no se encuentren a la vista generando ansiedad innecesaria.

La entrada y salida de material y suministros y la circulación de personal deberá ser diferenciada.

2.b) Pre-anestesia o Antequirófano

La anestesia se realizará de acuerdo con la forma de organización elegida (antequirófano, quirófano, etc.). Se tiende a disponer de una zona común para todos los quirófanos de la Unidad. Es posible compartir esta zona con la de despertar/URPA.

2.c) Bloque quirúrgico

La función de esta zona es tratar al paciente seleccionado y deberá ser idéntico a los quirófanos convencionales en diseño, equipamiento y apoyos.

El acceso desde la zona de preparación deberá cumplir los requisitos ya citados de desplazamiento y circulación.

El quirófano tiene los mismos requerimientos de instalaciones que los del bloque quirúrgico general (40 m² con lado menor no inferior a 6 m), así como el equipamiento quirúrgico convencional.

Dado que el quirófano es utilizable por diferentes especialidades, se deberá plantear el diseño que permita la utilización de instrumental específico (de ORL, ortopedia, oftalmología, cirugía endoscópica, etc.) y efectuar previsión de espacio para el almacenamiento de este utillaje.

El número de quirófanos mínimo para conseguir la operatividad y eficiencia de una UCMA es de 2.



Figuras 6.3 y 6.4. Boxes de preanestesia y despertar de CMA: detalle de equipamiento en cabecera y el box anexo destinado a pediatría.

En esta zona se dispondrá de los apoyos necesarios para el funcionamiento de la actividad quirúrgica: vestuarios de personal, zona de preparación de cirujanos, material estéril, almacén general y de equipos, y oficios.



Figura 6.5. Acceso a quirófano de CMA, en un bloque quirúrgico

2.d) Despertar/Unidad de Recuperación Post-Anestésica

En esta zona se realiza la monitorización de las funciones vitales hasta conseguir un nivel de vigilia y de constantes que permitan trasladar al paciente a la zona de readaptación al medio.

El despertar es idéntico al del bloque quirúrgico general y deberá dimensionarse de acuerdo con: 1. la mayor actividad de los quirófanos de CMA; 2. el tiempo medio previsto de permanencia en despertar, y 3. la posibilidad, como se ha mencionado, en el apartado 5.5.2. (flujos de pacientes) de que el paso por despertar no sea imprescindible; técnicas de *fast-track* permiten en ocasiones a enfermos intervenidos con anestesia loco-regional y general, pasar directamente al área de readaptación al medio. En el Anexo 14 se incluyen criterios para el dimensionado de los recursos necesarios.

El puesto de despertar tendrá espacio suficiente para poder acceder desde la cabecera y los laterales, con un mínimo de 80 cm por cada lado de la cama, siendo la superficie mínima por puesto de 10 m² útiles. Dispondrá de un control de enfermería con buena visibilidad de todos los pacientes.

Como las zonas de despertar suelen estar adyacentes al quirófano, en general, no se plantearán problemas de acceso en las zonas que utilicen estructuras previas de bloque quirúrgico. Sin embargo, la salida hacia la zona de readaptación al medio cumplirá con los requisitos genéricos de desplazamiento y circulación.

Tabla 6.2. Características estructurales de la Unidad Funcional Quirúrgica		
Ámbito	Función	Características estructurales
PREPARACIÓN PREOPERATORIA	• Confirmación del proceso. • Evaluación preanestésica. • Información preoperatoria. • Preparación específica.	• Apoyos de control de enfermería. • Boxes o locales de preparación específicos. • Si el control enfermería es común con Readaptación al Medio, debe tener las siguientes características: — Separación visual y la privacidad de ambas áreas. — Adecuado control visual por parte de la enfermería. — Evitar los cruces de circulación de los pacientes entre preanestesia y readaptación.

Tabla 6.2. Características estructurales de la Unidad Funcional Quirúrgica (continuación)

Ámbito	Función	Características estructurales
ANTEQUIRÓFANO/ PREANESTESIA	Técnicas de anestesia loco-regional, con o sin sedación.	Tendencia a un espacio común para todos los quirófanos de la Unidad, o antequirófano o quirófano. Una posibilidad es compartir con despertar/URPA.
BLOQUE QUIRÚRGICO	- Procedimiento anestésico. - Intervención quirúrgica.	- Número mínimo de quirófanos para eficiencia: 2. - Requerimientos comunes con quirófano convencional: 40 m² útiles, con lado menor no inferior a 6 m ⁽¹⁷⁾. - Nivel de equipamiento equivalente al menos a quirófanos generales. - Equipamiento específico según definición de actividad (por especialidades). - Circulaciones definidas dentro del bloque general. - Vestuarios de personal. - Preparación de cirujanos. - Espacio para material estéril. - Reserva de espacios suficientes para almacén de equipamiento específico y material fungible.
DESPERTAR/ URPA	Despertar inmediato postoperatorio.	- Despertar convencional (10 m² útiles por puesto). - Dimensionado según volumen de actividad y mezcla (mix) de procedimientos. - Control de enfermería.

⁽¹⁷⁾ Se trata de dimensiones recomendadas. Las normas para la autorización administrativa de estos servicios de algunas Comunidades Autónomas contemplan requisitos mínimos menos exigentes.

3) Área de Hospital de Día Quirúrgico (readaptación al medio)

Esta zona cumple unas funciones primordiales dentro del concepto de la Cirugía Mayor Ambulatoria y se basan en las premisas de confortabilidad, seguridad y contacto con la familia.

Se completa aquí la monitorización previa al alta, se efectúa una evaluación prealta con todos los requisitos de seguridad por parte del cirujano y el anestesiista, y se suministran tanto la información como las instrucciones precisas para la adecuada convalecencia. En los casos en los que sea menester, se indicará el ingreso hospitalario convencional.



Figura 6.6. Circulación interior de una zona de readaptación al medio con boxes para sillones y camas en fachadas y control de la unidad central.

El diseño se contempla dentro de las alternativas ya descritas en el apartado de la preparación preoperatoria, sirviendo aquí la descripción de los requisitos del puesto de enfermería.

El entorno de esta zona será diáfano, y la iluminación preferentemente será natural.

El dimensionado de esta zona es importante y está en función del grado de actividad quirúrgica (Anexo 14).

El puesto de la zona de readaptación al medio se define como el área en donde se atiende a un paciente y que debe contar con espacio suficiente para al-



Figuras 6.7, 6.8 y 6.9. Box de zona de readaptación al medio con cama y silla para el acompañante. Detalles de los equipos en cabeceras de puestos de readaptación al medio (camas)

bergar una cama o sillón confortable, luz en cabecera adecuada, provisión posible de oxígeno y aspiración (que podrán ser portátiles) y asiento para un acompañante, así como asegurar la suficiente privacidad que no interfiera con la seguridad del paciente.



Figuras 6.10 y 6.11. Puesto de control de enfermería de la Unidad de readaptación al medio; señalización de boxes.

Se deberá asegurar, tras el alta, un desplazamiento corto y confortable hasta la salida, previendo una zona de recogida por el vehículo de traslado al domicilio junto a la salida de la Unidad.



Figuras 6.12, 6.13 y 6.14. Almacén de material fungible, oficio limpio y carros de medicación y curas, localizados en proximidad al puesto de control de enfermería de la unidad.

Un programa genérico de locales, con esquema de zonas de unidad autónoma, (un ejemplo concreto de UCMA autónoma de 4 quirófanos se recoge en el Anexo 15 a estos estándares y recomendaciones) queda configurado de la siguiente forma:



Figuras 6.15 y 6.16. Zona de sillones en readaptación al medio y espacio para la recuperación de la cirugía pediátrica.



Figura 6.17. Sillón en zona de readaptación al medio, con mampara que permite una cierta privacidad dentro del recinto abierto.

Tabla 6.3. Características estructurales de la Unidad Funcional de Readaptación al Medio		
Ámbito	Función	Características estructurales
READAPTACIÓN AL MEDIO	• Restablecimiento de funciones vitales. • Retorno a la conexión con el entorno. • Cumplimiento de los requisitos prealta. • Evaluación prealta por cirujano y anestesisista. • Información a paciente y familiares.	• Hospital de día quirúrgico, con las siguientes características: — Confortabilidad. — Dimensionado según actividad (0,75 puestos por paciente y día). — El puesto debe permitir la compañía de familiares. — Conexión con hospital general (administrativa y física). — Aseos pacientes. — Aseos adaptados. • Control de Enfermería, con sus apoyos: — Despacho supervisor. — Oficio limpio. — Oficio sucio. — Oficio limpieza. — Oficio comida. — Almacén lencería. — Espacio de almacén de equipos portátiles.
	• Alta.	• Circulación y acceso a la salida con características idénticas a las ya descritas.

Tabla 6.4. Programa genérico de locales de la UCMA

Zona	Local
ACCESO, RECEPCIÓN Y ADMISIÓN	1. Entrada y vestíbulo. 2. Recepción. 3. Secretaria y Admisión. 4. Despacho información. 5. Espera general. 6. Espera - juegos infantil. 7. Aseo público. 8. Aseo adaptado.
CONSULTAS Y ZONA DE PERSONAL	9. Consulta. 10. Despacho clínico. 11. Despacho de responsable de la Unidad. 12. Sala polivalente. 13. Aseos y vestuarios.
PREOPERATORIO Y READAPTACIÓN AL MEDIO	14. Vestuarios pacientes. 15. Aseo pacientes. 16. Aseo adaptado. 17. Preparación pacientes. 18. Control de enfermería. 19. Estar de personal. 20. Readaptación al medio. 21. Oficio limpio. 22. Oficio sucio. 23. Oficio de limpieza. 24. Oficio de comidas. 25. Almacén de equipos. 26. Almacén de lencería. 27. Sillas de ruedas. 28. Despacho supervisión.
BLOQUE QUIRÚRGICO DE CMA	29. Acceso. 30. Control. 31. Preanestesia/Antequirófano. 32. Quirófano. 33. Preparación cirujanos. 34. Vestuarios personal quirúrgico. 35. Vestuarios limpieza. 36. Subcentral estéril. 37. Almacén material. 38. Oficio de limpieza. 39. Oficio sucio. 40. Despacho de personal. 41. Descanso de personal. 42. Almacén de equipos. 43. Almacén Rx portátil. 44. Almacén general. 45. Control. 46. Despertar.

6.2. Equipamiento e instalaciones

En el Anexo 14 de estos estándares y recomendaciones se desarrollan los criterios de dimensionado, y en el Anexo 15 el Programa Funcional, incluido el Programa de Locales, características de las instalaciones y equipamiento de una UCMA autónoma o satélite «tipo» con cuatro quirófanos.

Los criterios y recomendaciones contenidos en ambos Anexos pueden servir de ayuda para planificar el equipamiento de una UCMA, que tiene —en términos genéricos— que disponer del equipamiento propio de un bloque quirúrgico convencional, y que se recoge en el Anexo 12.

6.3. Material sanitario. Esterilización

Los centros sanitarios deberán controlar el almacenamiento, distribución del material e instrumental sanitario, con especial atención a su caducidad.

Todos los centros sanitarios deberán disponer de un espacio seguro destinado al almacenamiento de material e instrumental sanitario, adecuado en su capacidad a las necesidades de los mismos y que permita su clasificación y control.

Los centros sanitarios deberán garantizar el uso adecuado del material estéril. El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible en ningún caso su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización así como la fecha límite de utilización.

Todo material o instrumental no desechable que atravesase la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adaptado a sus características.

En las UCMA autónomas y satélites se recomienda que exista una subcentral de esterilización, mientras que en los Centros de CMA deberá definirse un área de esterilización con espacios diferenciados según nivel de contaminación y con definición de circuitos de material limpio y sucio.

Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para los profesionales y los pacientes.

6.4. Protocolos de limpieza

Todos los centros y establecimientos sanitarios deberán mantenerse en óptimas condiciones de limpieza e higiene en sus dependencias, instalaciones, equipamiento y material e instrumental sanitario.

Existirá un protocolo de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de la UCMA, que atienda a sus especificidades. Este protocolo estará acompañado del contrato de prestación de servicio que garantice su cumplimiento, salvo que se acredite su ejecución por medios propios.

Asimismo, deberá existir un protocolo de limpieza, desinfección y, en su caso, de esterilización del equipamiento, material e instrumental sanitario no desechable.

6.5. Gestión de residuos sanitarios

Los centros y establecimientos tienen la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.

A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios, adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal de la UCMA.

7. Recursos humanos

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a la gestión de personal: aspectos de carácter administrativo (registro, titulación, etc.), formación y criterios orientadores para el cálculo de los recursos necesarios.

7.1. Registro de personal sanitario

En los centros y establecimientos deberá existir un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

7.2. Expediente personal

Todos los centros y establecimientos dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral. Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

7.3. Titulación

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables ⁽¹⁸⁾. El personal necesario en una unidad de CMA responde a las siguientes funciones y titulaciones:

⁽¹⁸⁾ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Responsable de la Unidad: Función a realizar por un Facultativo Especialista de Anestesia o de alguna de las especialidades quirúrgicas. Las funciones generales del Responsable de la Unidad son:

- Organizar a un conjunto de profesionales sanitarios, de diversas especialidades, en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una adecuada utilización de los recursos asignados.
- Programar la unidad adecuando la demanda a los recursos disponibles.
- Controlar la calidad de la unidad.

En todo momento se deberá conocer públicamente quien es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad.

Cirujanos: Facultativos especialistas de cada una de las especialidades que participen en la UCMA.

Anestesiólogos: Facultativos especialistas en Anestesiología y Reanimación.

Enfermería (quirófanos, reanimación, readaptación al medio y consultas): Diplomado Universitario en Enfermería.

Auxiliares de Enfermería: Auxiliares de quirófano, readaptación al medio y consultas.

Celador: Celador del hospital.

Secretaría: Administrativo con la titulación correspondiente, similar al resto del hospital.

7.4. Responsable sanitario

Durante el tiempo que permanezcan abiertas, las UCMA deberán estar atendidas por su responsable o por otros profesionales en los que delegue.

7.5. Identificación y diferenciación del personal

Los centros y establecimientos sanitarios adoptarán las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación de su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que les permita conocer quién los atiende.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales mediante su uniforme y será identificado mediante una tarjeta personal en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta estuviere previamente definida.

7.6. Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, los centros facilitarán al personal sanitario, en función de su categoría profesional, los siguientes recursos:

- a) El acceso a la historia clínica de sus pacientes.
- b) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- c) Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas de la unidad asistencial.
- d) La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- e) Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

7.7. Formación de pre y postgrado⁴²

7.7.1. Objetivos a desarrollar en los próximos años

La enseñanza de la Medicina y la formación de especialistas deberá abarcar en los próximos años no solo las nuevas modalidades de asistencia, como la cirugía sin ingreso, sino también las tendencias de la Medicina actual, el empleo coste-efectivo de los avances tecnológicos, el control de calidad, la competencia entre proveedores de servicios, la elaboración de vías y guías clínicas, en definitiva, deberá adaptarse a las técnicas de la gestión clínica. En relación con la CMA se deberían alcanzar los siguientes objetivos:

1. Aprovechar el gran volumen de pacientes de la CMA para las prácticas de los estudiantes de Medicina.

2. Formar a los residentes en los diversos elementos que componen el circuito funcional de la CMA.
3. Contribuir, aprovechando los dos objetivos anteriores, a difundir los principios básicos de la asistencia sanitaria gestionada.

7.7.2. Plan de formación en CMA para el pre y postgrado

Los estudiantes de Medicina y los Médicos Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria, de una manera general, y los residentes de las especialidades quirúrgicas, en particular, deberán conocer los elementos diferenciales de la CMA. La formación de postgrado se ajustará a los programas aprobados por las respectivas Comisiones Nacionales de Especialidad; la troncalidad prevista en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en actual desarrollo, hace recomendable que se planificara la enseñanza común de la CMA en los dos primeros años.

La enfermería deberá estar formada e instruida en esta modalidad de atención sanitaria previamente al desarrollo de su trabajo, debido al volumen de pacientes y diversidad de patologías.

7.8. Formación continuada

La UCMA debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada y de investigación y docencia de sus profesionales sanitarios.

La UCMA dispondrá de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos en seguridad y calidad, adaptado a sus características.

Los Servicios de Salud deben facilitar el conocimiento de esta modalidad asistencial y el funcionamiento de las UCMA por los profesionales sanitarios de Atención Primaria (médico/as y enfermero/as).

Los Servicios de Salud y otras organizaciones sanitarias deben colaborar con los anestelistas y cirujanos en el desarrollo de la CMA frente a la cirugía con hospitalización convencional. Para ello, se debe proveer, cuando se requiera:

- Entrenamiento específico para el cirujano y anestesta en las técnicas de CMA y cirugía mínimamente invasiva, así como sobre las ventajas de estas técnicas para los pacientes.
- Oportunidades para asistir y practicar en la UCMA de referencia.
- Incentivos locales.

7.9. Criterios para el cálculo de los recursos necesarios

Los recursos de personal que se consideran necesarios varían en función de la cartera de servicios de la Unidad, así como de los criterios organizativos y de gestión de la misma. Los criterios que se exponen a continuación tienen, por tanto, un carácter indicativo, y corresponderían a una UCMA autónoma en una hospital con gestión electrónica de la historia clínica y del resto de los componentes de la gestión clínica y administrativa.

- Cada equipo quirúrgico deberá disponer, al menos, de un/a especialista quirúrgico, de un/a anestesiólogo/a y dos enfermero/as, uno como instrumentista y otro como circulante (1,5 enfermero/as y 0,5 auxiliares de enfermería por quirófano que esté en funcionamiento).
- La zona de recuperación postanestésica (en ocasiones también realiza las funciones de antequirófano) debe disponer de un/a enfermero/a y un/a auxiliar de enfermería por cada tres y cuatro, respectivamente, pacientes que se estén asistiendo en esta zona. El número de pacientes asistidos en la zona de recuperación postanestésica puede no ser igual al número de pacientes intervenidos, pues prácticamente todos los pacientes a los que se han intervenido con anestesia local y loco-regional pasan directamente a la sala de readaptación al medio. Se estima que el tiempo medio de permanencia en esta zona es de 1 hora.
- La zona de readaptación al medio debe disponer de un/a enfermero/a y un/a auxiliar de enfermería por cada ocho y doce, respectivamente, pacientes atendidos en esta zona. Se estima que el tiempo medio de permanencia en esta zona es de 3 horas.

Se recomienda la gestión integrada del personal de enfermería, asignando recursos a las zonas de reanimación postanestésica y de readaptación al medio en relación con las necesidades de cuidados en cada zona y momento. La estructura física de la UCMA debe favorecer esta forma de organización.

- Personal de apoyo no sanitario. Salvo excepciones en UCMA de gran tamaño, en caso de dedicación plena, será suficiente con la asignación de un/a auxiliar administrativo ⁽¹⁹⁾. La dotación de celadores deberá ajustarse a la tipología de la unidad y a su volumen de actividad.

⁽¹⁹⁾ Esta previsión de necesidades de personal puede variar al alza dependiendo del nivel de informatización del centro y de la distribución de procesos administrativos de soporte y estructurales entre la UCMA y otras unidades del hospital.

8. Calidad

8.1. Acreditación

El Comité de Acreditación de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria ha desarrollado un Manual de Acreditación, que ha sido validado en siete UCMA⁴³ y puede servir de referencia para los organismos o agencias de acreditación reconocidos.

8.2. Indicadores de calidad

Se ha seleccionado, de conformidad con los criterios que se recogen en el Anexo 13, un conjunto de 9 indicadores, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 8.1. Indicadores de calidad de la UCMA

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la UCMA	1. Cancelación de procedimientos.	% [(cancelaciones/pacientes citados)].
	2.1. Reintervención no planificada en el mismo día.	% [(reintervenciones/pacientes operados)].
	2.2. Pernocta no planificada.	% [(pacientes que pernoctan sin estar planificado ⁽²⁰⁾ /pacientes operados)].
	2.3. Consulta urgente.	% [(urgencias/pacientes operados)].
	2.4. Reingresos hospitalarios.	% [(ingresos/pacientes operados)].
	2.5. Índice de complicaciones ajustadas por riesgo.	N.º de pacientes con complicaciones/N.º esperado de pacientes con complicación en función del riesgo de complicación de cada paciente individual.
Eficiencia del sistema	3. Índice de Sustitución procesos. Listado A.	% [($\sum$ GRD —Listado A— realizados de forma Ambulatoria/ $\sum$ GRD Quirúrgicos —Listado A— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria)]
	4. Índice de Ambulatorización.	% [($\sum$ GRD quirúrgicos realizados de forma Ambulatoria/ $\sum$ GRD quirúrgicos totales)].
Calidad percibida por el usuario de la UCMA	5. Índice de Satisfacción.	% en cada categoría de respuesta.

Como se ha señalado en el epígrafe 2.3.3. existen muy pocos estudios comparando la cirugía mayor ambulatoria con la cirugía con ingreso. Antes de la próxima revisión de los estándares y recomendaciones de la UCMA se realizará un estudio sobre la incidencia de efectos adversos en las UCMA, comparándolo con los resultados en hospitalización convencional para el mismo tipo de procesos.

⁽²⁰⁾ Excluye a aquellos pacientes que por condiciones del entorno y no disponiendo de alojamiento residencial alternativo se planifica su ingreso en camas de hospitalización convencional asignadas a la UCMA.

9. Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones

Desde la publicación de la Guía de Cirugía Mayor Ambulatoria por el Ministerio de Sanidad y Consumo hasta la actualidad han transcurrido trece años, en los que se han producido cambios muy importantes no sólo en relación con las UCMA sino también en la organización y gestión del sistema sanitario. Los escenarios de futuro señalan que estos cambios pueden ser todavía más profundos impulsados por los avances técnico-científicos, en las tecnologías de la información y comunicaciones, y en las formas de organizar y gestionar los servicios sanitarios. No se debería volver a producir un silencio tan prolongado en el tiempo, por lo que se recomienda que **se realice una revisión y actualización de estos estándares y recomendaciones en un plazo no superior a diez años**, que puede ser inferior si los cambios que se generen hacen preciso modificar aspectos relevantes y/o recomendaciones «fuertes».

Se recomienda, asimismo, que se **actualicen los listados A y B de procedimientos (Anexos 4 y 5) a realizar en las UCMA, al menos cada cinco años**.

Aunque la calidad y la eficiencia de la CMA están ampliamente contrastadas, a lo largo del proceso de debate para la elaboración de estos estándares y recomendaciones se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UCMA en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que los próximos estándares recojan, además de los tópicos abordados en esta, los siguientes:

- El análisis de la totalidad de altas de CMA codificadas mediante el CMBD y agrupadas por procesos/procedimientos (GRD o agrupador que utilice el conjunto del Sistema Nacional de Salud), incluyendo las realizadas en el **sector privado**.
- Un estudio sobre **efectos adversos** comparando la incidencia de los mismos en las UCMA frente a la hospitalización convencional para el mismo tipo de procedimientos, complejidad y riesgo.
- Una actualización del estudio sobre los **tiempos quirúrgicos** de los procedimientos incluidos en el Listado A, que se ha incorporado a estos estándares y recomendaciones.
- Una **evaluación** de las experiencias en las UCMA con «recuperación pro-

longada» y vinculadas a programas de «cirugía de corta estancia». Esta evaluación debería realizarse antes de que se diseminaran este tipo de formas organizativas y de gestión sin la suficiente información sobre sus costes y beneficios.

- Un estudio sobre los **costes de producción** de las UCMA en España, comparando diferentes tipologías.
- Un análisis sistemático de los **indicadores de calidad** de las UCMA, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el apartado 8.2 de estos estándares y recomendaciones.
- La **elaboración de un documento de consenso**, basado en la evidencia, **sobre solicitud de pruebas preoperatorias en pacientes incluidos en programas de CMA.**

10. Anexos

- Anexo 1. Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes del SNS en 2005.
- Anexo 2. Índice de Sustitución de procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005).
- Anexo 3. Modelo de consentimiento informado para UCMA.
- Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA.
- Anexo 5. Listado B de procedimientos susceptibles de CMA.
- Anexo 6. Listado C de procedimientos considerados de cirugía menor ambulatoria o realizados preferentemente en gabinetes de endoscopia, salas de cura u otras salas de tratamiento y diagnóstico.
- Anexo 7. Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes (American Society of Anesthesiologists).
- Anexo 8. Esquema de circulación de pacientes en el proceso de atención de una UCMA.
- Anexo 9. Recomendaciones antes de la intervención en la UCMA.
- Anexo 10. Solicitud de pruebas complementarias.
- Anexo 11. Criterios de Alta.
- Anexo 12. Equipamiento de la UCMA.
- Anexo 13. Criterios para la selección de indicadores de calidad de las UCMA.
- Anexo 14. Criterios de dimensionado de los recursos.
- Anexo 15. Programa funcional de espacios de una UCMA de 4 quirófanos.
- Anexo 16. Estudio de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el Listado A (Anexo 4).
- Anexo 17. Definiciones.
- Anexo 18. Abreviaturas.

Anexo 1. Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes del SNS en 2005

GRD AP	Descripción	Casos Amb.	Casos Hosp.	(%)
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMÍA	204.499	18.088	91,9
270	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T. SUBCUTÁNEO & MAMA SIN CC	85.713	7.891	91,6
40	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17	27.508	4.338	86,4
6	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO	22.106	3.499	86,3
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	20.720	33.336	38,3
266	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ÚLCERA CUTÁNEA, CELULITIS SIN CC	18.744	5.751	76,5
359	PROC. SOBRE ÚTERO & ANEJOS POR CA. <i>IN SITU</i> & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	15.325	42.198	26,6
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	15.271	17.147	47,1
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S. ARTICULACIÓN SIN CC	14.551	11.686	55,5
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	13.996	14.821	48,6
364	DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	12.956	6.512	66,6
231	EXCISIÓN LOCAL & ELIMINACIÓN DISP. FIJACIÓN INTERNA EXC. CADERA & FÉMUR	12.462	14.730	45,8
55	PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	10.977	21.625	33,7
267	PROCEDIMIENTOS DE REGIÓN PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	10.801	5.481	66,3
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMÍA SIN CC	10.593	22.310	32,2
342	CIRCUNCISIÓN EDAD>17	10.437	194	98,2

60	AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD<18	9.544	10.656	47,2
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	8.666	7.021	55,2
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	8.251	15.093	35,3
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	8.094	17.615	31,5
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	7.994	5.197	60,6
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	7.169	10.564	40,4
381	ABORTO CON DILATACIÓN & LEGRADO, ASPIRACIÓN O HISTEROTOMÍA	7.082	32.991	17,7
343	CIRCUNCISIÓN EDAD<18	6.530	1.425	82,1
232	ARTROSCOPIA	6.056	3.433	63,8
Total SNS		576.045	333.602	63,33
Total de casos ambulatorios, total de casos con hospitalización y tasa de ambulatorización de los GRD ambulatorios más frecuentes (n.º casos ambulatorios/total, expresado en %).				
Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.				

Anexo 2. Índice de sustitución de procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005)

GRD AP	Descripción	Casos Amb.	Casos Hosp.	I. Sostitu. (%)
351	ESTERILIZACIÓN, VARÓN	15.288	75	99,5
342	CIRCUNCISIÓN EDAD>17	10.437	194	98,2
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMÍA	204.499	18.088	91,9
40	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17	27.508	4.338	86,4
6	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO	22.106	3.499	86,3
343	CIRCUNCISIÓN EDAD<18	6.530	1.425	82,1
61	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	2.112	477	81,6
362	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR ENDOSCOPIA	3.925	1.537	71,9
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	622	301	67,4
364	DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	12.956	6.512	66,6
41	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD<18	3.978	2.008	66,5
267	PROCEDIMIENTOS DE REGIÓN PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	10.801	5.481	66,3
232	ARTROSCOPIA	6.056	3.433	63,8
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	7.994	5.197	60,6
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	5.070	3.428	59,7
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACIÓN SIN CC	14.551	11.686	55,5

42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	8.666	7.021	55,2
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	13.996	14.821	48,6
60	AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD<18	9.544	10.656	47,2
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	15.271	17.147	47,1
231	EXCISIÓN LOCAL & ELIMINACIÓN DISP. FIJACIÓN INTERNA EXC. CADERA & FÉMUR	12.462	14.730	45,8
361	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROTOMÍA	999	1.332	42,9
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	7.169	10.564	40,4
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	20.720	33.336	38,3
340	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	2.039	3.673	35,7
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC	527	1.711	23,5
59	AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD>17	1.022	3.786	21,3
494	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	1.399	22.866	5,8
Total SNS		483.250	83.629	63,02
Total de casos ambulatorios, total de casos con hospitalización e índice de sustitución de los GRD seleccionados.				
Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.				

Anexo 3. Modelo de Consentimiento Informado para UCMA ⁽²¹⁾

He sido informado de las características de la CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, bajo anestesia general, regional o local, con la peculiaridad de poder volver a casa con mi familia, si procede, el mismo día de la intervención.

El médico me ha explicado los riesgos comúnmente conocidos y las alternativas existentes, insistiendo además en:

1. Organizar la vuelta a casa con la compañía de una persona responsable.
2. No tomar alcohol en las 24 horas siguientes a la intervención.
3. No conducir ningún tipo de vehículo hasta después de las 24 horas siguientes a la anestesia.
4. Mi deber de llamar al Hospital o a mi médico para comunicarle cualquier anomalía de mi recuperación.
5. La posibilidad de que el médico prolongue la hospitalización en caso de surgir complicaciones.
6. Posponer decisiones importantes o trascendentes durante las primeras 24 horas, si esto es posible.

Por tanto autorizo a la Unidad de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA del Hospital _____ a realizar este tipo de tratamiento quirúrgico.

PACIENTE/ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE

MÉDICO

⁽²¹⁾ Jiménez A. Documento-Consentimiento Informado UCMA. Hospital Clínico de Zaragoza.

Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA ⁽²²⁾

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁴
351	ESTERILIZACIÓN, VARÓN	Es un GRD médico que agrupa a pacientes varones ingresados para esterilización.
342	CIRCUNCISIÓN EDAD>17	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años a los que se les ha practicado una circuncisión.
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMÍA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención sobre el cristalino como: facoemulsificación y aspiración de catarata, inserción de prótesis de cristalino al mismo tiempo de la extracción de la catarata o cualquier tipo de extracción extracapsular de cristalino. Estas intervenciones pueden tener asociada una vitrectomía.
40	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención extraocular como: dacriocistorrinostomía, escisión de pterigion, resección o recesión de músculos extraoculares, escisión del saco lagrimal, intubación del conducto nasolagrimal o reparaciones de párpados.
6	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se es ha practicado una liberación del túnel carpiano.
343	CIRCUNCISIÓN EDAD<18	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años a los que se les ha practicado una circuncisión.
61	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado una miringotomía con drenaje transtimpánico.
362	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR ENDOSCOPIA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica o para esterilización, a las que se les ha practicado una esterilización por sección o ligadura tubárica bilateral realizada exclusivamente por vía endoscópica.
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención sobre el iris como: ciclocrioterapia, ciclofotocoagulación, iridoplastia, corioplastia u otros procedimientos antiglaucoma excepto trabeculectomía.

(22) Se han agrupado por orden descendente en Índice de sustitución (rango: 99,5 a 5,8%).

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁴
364	DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica, excepto neoplasia maligna, a las que se les ha practicado una biopsia o legrado sobre cérvix o útero, conización de cérvix o implante radioactivo.
41	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD<18	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención extraocular como: dacriocistorrinostomía, escisión de pterigion, resección o recesión de músculos extraoculares, escisión del saco lagrimal, intubación del conducto nasolagrimal o reparaciones de párpados.
267	PROCEDIMIENTOS DE REGIÓN PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por quiste pilonidal o ciertas enfermedades de la piel de región perianal a los que se les ha practicado extirpación de quiste pilonidal o algún procedimiento sobre la región perianal. Hay que destacar que la mayoría de los pacientes a los que se les ha practicado una intervención sobre la región perianal (como drenaje de absceso, fistulectomía o reparación de esfínter anal) se clasifican en el GRD 158 «Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC» de la CDM 6 «Enfermedades y trastornos del aparato digestivo».
232	ARTROSCOPIA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una artroscopia diagnóstica. No se incluyen en este GRD los pacientes a los que se les ha practicado una corrección a través de una artroscopia.
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISSION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad no maligna de la piel, tejido subcutáneo o mama como mastopatía fibroquística, neoplasia benigna o inflamación mamaria a los que se les ha practicado una biopsia o escisión local de lesión mamaria.
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicado una herniorrafia inguinal, crural, umbilical o ventral. Se incluyen los pacientes con herniorrafia bilateral.
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S.ARTICULACIÓN SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre mano o muñeca excepto intervenciones articulares mayores. Las más frecuentes son: fasciectomía de la mano, escisión de ganglión, reparación de dedo en resorte, sutura de tendón, escisión de tendón, reducción de fractura con fijación interna, escisión de lesión de tejido blando o injerto óseo.

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁴
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención intraocular como: trabeculectomía, vitrectomía mecánica, extracción de vítreo o queratoplastia perforante.
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se les ha practicado una extirpación de venas varicosas, ligadura venosa o inyección de agente esclerosante en vena.
60	AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD<18	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por una enfermedad ORL a los que sólo se les ha practicado una amigdalectomía, una adenoidectomía o ambas.
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre el pie como: excisión de hallux valgus, reparación de dedo en martillo o en garra, alineación metatarsal o artrodesis interfalángicas.
231	EXCISIÓN LOCAL & ELIMINACIÓN DISP. FIJACIÓN INTERNA EXC. CADERA & FÉMUR	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de tibia, peroné, cúbito, radio o húmero como: escisión local de lesión ósea, extracción de dispositivo de fijación interna o extracción de hueso para injerto.
361	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROTOMÍA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica o para esterilización a las que se les ha practicado o bien una laparoscopia, o bien, una esterilización por sección o ligadura tubárica bilateral, salvo que ésta se realice por vía endoscópica.
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre tejidos blandos (excepto de la mano) como: sutura tendinosa, escisión de tejido blando, revisión de muñón, plastia de tendón, bursectomía o tenotomía.
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicado una herniorrafia inguinal o crural. Se incluyen los pacientes con herniorrafia bilateral.
340	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, escisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁴
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención mayor sobre el pulgar o sobre una articulación de mano u otra intervención sobre mano o muñeca. Las más frecuentes son: artroplastia de pulgar o fasciectomía de la mano. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
59	AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD>17	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad ORL a los que sólo se les ha practicado una amigdalectomía, una adenoidectomía o ambas.
494	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad hepatobiliar a los que se les ha practicado una colecistectomía por vía laparoscópica sin exploración del conducto biliar.

Anexo 5. Listado B de procedimientos susceptibles de CMA

Una forma de aproximarse a este listado B es analizar aquellos procesos que, en la base de datos de GRD del Sistema Nacional de Salud tienen un índice de ambulatorización superior al 25% y no están incluidos en el Listado A. Los resultados de este análisis se muestran en la tabla siguiente ⁽²³⁾:

GRD	GRD AP	Amb.	Hosp.	% Amb.
365	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	1.559	784	66,54
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	4.663	3.291	58,62
62	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	5.125	4.915	51,05
315	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE RIÑÓN & TRACTO URINARIO	3.141	3.683	46,03
268	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTÁNEO & MAMA	1.606	2.169	42,54
293	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. SIN CC	323	455	41,52
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA	4.896	6.897	41,52
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	2.605	3.684	41,42
408	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROC. QUIRÚRGICO	735	1.120	39,6
344	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	299	471	38,83
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	206	339	37,80
477	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	2.184	3.756	36,77
461	PROC. QUIRÚRGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	1.875	3.320	36,09

⁽²³⁾ Los GRD 270 (Otros procedimientos sobre piel, tejido subcutáneo o mama, sin complicaciones); 187 (extracciones o reposiciones dentales); y 266 (Injerto de piel y/o desbridamiento, excepto por úlcera cutánea, celulitis sin complicaciones), no se consideran de CMA, sino cirugía menor.

GRD	GRD AP	Amb.	Hosp.	% Amb.
363	DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN & RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA	1.248	2.244	35,74
394	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMOPOYÉTICOS	1.416	2.561	35,60
125	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	4.506	9.053	33,23
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	1.084	2.250	32,51
55	PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	10.977	23.143	32,17
51	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMÍA	128	286	30,92
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	2.964	6.737	30,55
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMÍA SIN CC	10.593	24.756	29,97
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	8.094	19.047	29,82
8	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFÉRICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO SIN CC	1.819	4.304	29,71
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ÓRBITA	542	1.331	28,94
269	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTÁNEO & MAMA CON CC	375	1.000	27,27
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	8.251	22.305	27,00
118	REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	790	2.160	26,78
117	REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	256	729	25,99
339	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	2.375	6.793	25,91
56	RINOPLASTIA	2.099	6.200	25,29
359	PROC. SOBRE ÚTERO & ANEJOS POR CA. IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	15.325	45.936	25,02
		102.059	215.719	47,31

Otros posibles procedimientos son aquellos que no estando incluidos en el listado A ni teniendo un índice de ambulatorización en el Sistema Nacional de Salud superior al 25%, han sido recomendados en otros sistemas. A continuación se relacionan algunos procedimientos incluidos como posiblemente ambulatorios en el Anexo B por la Audit Commission del National Health Service ⁽²⁴⁾, no listados anteriormente. Como la Audit Commission lista procedimientos concretos y no GRD, se ha añadido el código del GRD, así como su definición y descripción:

Procesos susceptibles de CMA		
GRD AP	Definición Proceso ⁽²⁵⁾	Descripción GRD
311	RESECCIÓN TRANSURETRAL DE TUMOR DE VEJIGA (PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC)	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención por vía transuretral excepto prostatectomía. Las más frecuentes son: biopsia vesical, resección de lesión vesical o extracción de obstrucción de uréter o pelvis renal (todas ellas por vía transuretral).
290	TIROIDECTOMÍA PARCIAL (PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES)	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad endocrina, nutricional o metabólica a los que se les ha practicado una intervención tiroidea como: tiroidectomía parcial o total, biopsia tiroidea o reimplante tiroideo o paratiroideo.
260	MASTECTOMÍA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC (MASTECTOMÍA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC)	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por neoplasia maligna de mama a los que se les ha practicado una intervención como: extirpación del tumor sin mastectomía total, cuadrantectomía o biopsia abierta de mama con o sin reconstrucción de mama en el mismo ingreso.
337	PROSTATECTOMÍA POR LÁSER (PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL SIN CC)	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una prostatectomía transuretral.
261	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA (PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EXCISIÓN LOCAL)	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad no maligna de la piel, tejido subcutáneo o mama a los que se les ha practicado una intervención mamaria excepto biopsia y excisión local. Las más frecuentes son: mamoplastia de reducción, reconstrucción mamaria, cuadrantectomía, implante mamario o mastectomía subcutánea.

De esta doble aproximación, se proponen los siguientes GRD a incluir dentro del listado B:

⁽²⁴⁾ The Audit Commission «Basket of 25» no incluidos en el Listado A, o «Anexo B»¹. En «descripción de procedimiento» se recoge de forma textual el procedimiento incluido en el Listado B de la «Audit Comisión».

⁽²⁵⁾ Se ha optado por definir el procedimiento a incluir y, entre paréntesis, la definición del proceso —GRD—. La descripción del GRD puede contemplar la inclusión de otros procedimientos no susceptibles de CMA.

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁵
365	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica a las que se les han practicado intervenciones diversas como: laparotomía exploradora, relaparotomía, biopsia peritoneal, liberación de adherencias, reparación de fístula vesical u otras intervenciones vesicales.
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado ex-cisión de lesión dental, labial, lingual o bucal, gingivoplastia, alveoloplastia, apicectomía o biopsia de lengua.
62	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado una miringotomía con drenaje transtimpánico.
315	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE RIÑÓN & TRACTO URINARIO	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención como: creación de fístula arteriovenosa para diálisis o de fístula cutáneooperitoneal, angioplastia percutánea en arterias periféricas, biopsia ósea, laparotomía o laparoscopia.
268	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS SOBRE PIEL, T. SUBCUTÁNEO & MAMA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad de la piel, tejido subcutáneo o mama a los que se les ha practicado una intervención plástica sobre estas estructuras como: relajación de cicatriz o contractura de piel o reparación de pirámide nasal, párpado, boca, conducto auditivo externo o pabellón de la oreja.
293	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad endocrina, nutricional o metabólica a los que se les han practicado intervenciones diversas como: cirugía de timo, biopsia ósea o linfática, ciertas intervenciones oculares o palpebrales, ciertas reparaciones vasculares o digestivas, trasplante pancreático o implantación de bomba de infusión.
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica a las que se les ha practicado una intervención como: drenaje de absceso vulvar, amputación de cérvix, vulvectomía uni o bilateral o reparación de fístulas colo y rectovaginales.
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: corrección de hipo-epispadias, liberación de estenosis de uretra u otras reparación uretrales, corporoplastia, corpoplicatura, biopsia de pene o amputación o reimplantación de pene.

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁵
408	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROC. QUIRÚRGICO	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno mieloproliferativo o neoplasia mal diferenciada a los que se les ha practicado una intervención no mayor como: destrucción de lesión de vejiga, biopsia transuretral o excisión de lesión de mama o piel.
344	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una neoplasia maligna del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: destrucción transuretral de lesión vesical, biopsia o excisión de ganglios linfáticos, biopsia abierta prostática u ósea, procedimientos sobre uretra, inserción de bomba de infusión o implante de elementos radioactivos. Sin embargo, no se clasifican en este GRD los pacientes con neoplasias del aparato reproductor masculino a los que se les haya practicado una prostatectomía (excepto transuretral) o una disección radical de ganglios linfáticos ilíacos o periaórticos pues se clasifican en los GRD 334 o 335. Si se les ha practicado una prostatectomía trasuretral se clasifican en los GRD 336 o 337.
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	Es un GRD quirúrgico que agrupa a los pacientes ingresados por cualquier enfermedad oftálmica a los que se les ha practicado una intervención ocular y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad mayor. Entre éstos últimos, los más frecuentes son: dehiscencia de herida operatoria, insuficiencia respiratoria, oclusión carotídea o infarto agudo de miocardio.
477	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha realizado una intervención menor que no tiene relación con el motivo por el que ingresaron.
461	PROC. QUIRÚRGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se ha intervenido y que ingresaron por una circunstancia que, sin ser una enfermedad actual, influye en su estado de salud. Un ejemplo es el caso de un paciente que ingresa por sospecha de una enfermedad que se descarta y se le ha practicado una laparoscopia.
363	DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN & RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una neoplasia ginecológica maligna primaria, secundaria, in situ o de comportamiento incierto a las que se les ha practicado una biopsia o legrado sobre cérvix o útero, conización de cérvix o implante radioactivo.
394	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMOPOYÉTICOS	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades hematológicas, del sistema hematopoyético o inmunológicas a los que se les ha practicado una intervención como: biopsia o extirpación de ganglios linfáticos, biopsia o extirpación del timo, mediastinoscopia, laparoscopia o laparotomía exploradora. Los diagnósticos que más frecuentemente motivan el ingreso de estos pacientes son adenopatía o linfadenitis inespecífica o tuberculosa.

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁵
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención sobre uretra como: liberación de estenosis de uretra y otras plastias uretrales, uretrotomía, meatotomía uretral, incisión periuretral o sutura de laceración uretral.
55	PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado una intervención ORL como: miringoplastia, decorticación de cuerdas vocales, resección submucosa de tabique nasal o estapedectomía.
51	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMÍA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado una intervención sobre glándulas salivares, excepto sialoadenectomía, como: excisión de lesión salival, biopsia abierta de glándula o conducto salival, marsupialización de quiste de glándula salival o cierre de fístula salival.
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención sobre retina como: indentación escleral con implante, resección de esclerótica, pneumoretinopexia u otros procedimientos de reparación del desprendimiento y desgarro retiniano como crioterapia o fotocoagulación.
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMÍA SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicado una intervención como: drenaje de absceso perianal, hemorroidectomía, fistulectomía anal o revisión de enterostomía.
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicado una herniorrafia ventral o umbilical.
8	PROCED. SOBRE N. CRANEALES & PERIFÉRICOS & OTROS PQ S. NERVIOSO SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del sistema nervioso a los que se les ha practicado una intervención sobre nervios craneales o periféricos excepto liberación del túnel carpiano. Las más frecuentes son: excisión de nervio craneal o periférico, descompresión o lisis de adherencias de nervios o ganglios periféricos, suturas o transposición de nervio o implantación de neuroestimulador espinal.
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ÓRBITA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención sobre la órbita como: extracción del contenido del ojo, evisceración del globo ocular, enucleación del ojo con o sin implante o reparación de herida en órbita.

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁵
269	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T. SUBCUTÁNEO & MAMA CON CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad de la piel, tejido subcutáneo o mama a los que se les han practicado procedimientos diversos como: extirpación local o destrucción de lesión de piel y tejido subcutáneo, incisión de pared abdominal, amputaciones, extirpación de nódulos linfáticos axilares, inserción de dispositivo de acceso vascular o braquiterapia sobre la mama. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: metástasis, gangrena, infección o hematoma postoperatorios o diabetes complicada.
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de rodilla (excepto implantación de prótesis) como: meniscectomía, reparación de ligamentos cruzados, patelectomía, sinovectomía o artrodesis de rodilla. Algunas de estas intervenciones pueden haber sido realizadas por vía artroscópica.
118	REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se les ha practicado una sustitución del generador de marcapasos cardíaco.
117	REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se les ha practicado una inserción, sustitución, revisión, recolocación o extracción de electrodo de marcapasos, revisión de la bolsa de marcapasos, revisión del generador o su retirada. No se incluyen en este GRD los pacientes a los que se les ha sustituido el generador de marcapasos.
339	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, excisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.
56	RINOPLASTIA	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado una intervención nasal como: rinoplastia, septoplastia (excepto resección submucosa de tabique nasal), revisión de rinoplastia o reconstrucción nasal total.
359	PROC. SOBRE ÚTERO & ANEJOS POR CA. IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica, excepto neoplasia maligna que no sea in situ, a las que se les ha practicado una intervención como: histerectomía abdominal con o sin doble anexectomía, anexectomía uni o bilateral, ovariectomía total, parcial o en cuña o excisión de lesión de útero o de ovario. Los motivos de ingreso más frecuentes son: mioma uterino, quiste o tumor benigno de ovario o endometriosis.

Procesos recomendados		
GRD AP	Definición Proceso	Descripción GRD ⁴⁵
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención por vía transuretral excepto prostatectomía. Las más frecuentes son: biopsia vesical, resección de lesión vesical o extracción de obstrucción de uréter o pelvis renal (todas ellas por vía transuretral).
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES (CIRUGÍA DE LOS ADENOMAS PARATIROIDEOS)	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una obesidad a los que se les ha practicado una intervención como: gastroenterostomía, by-pass gástrico proximal, mamoplastia reductora u otras plastias reductoras.
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES (TIROIDECTOMÍA PARCIAL) ⁴⁶	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad endocrina, nutricional o metabólica a los que se les ha practicado una intervención tiroidea como: tiroidectomía parcial o total, biopsia tiroidea o implante tiroideo o paratiroideo.
260	MASTECTOMÍA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por neoplasia maligna de mama a los que se les ha practicado una intervención como: extirpación del tumor sin mastectomía total, cuadrantectomía o biopsia abierta de mama con o sin reconstrucción de mama en el mismo ingreso.
337	PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL SIN CC	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una prostatectomía transuretral.
261	PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EXCISSION LOCAL	Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad no maligna de la piel, tejido subcutáneo o mama a los que se les ha practicado una intervención mamaria excepto biopsia y excisión local. Las más frecuentes son: mamoplastia de reducción, reconstrucción mamaria, cuadrantectomía, implante mamario o mastectomía subcutánea.

Anexo 6. Listado C de procedimientos considerados de cirugía menor ambulatoria o realizados preferentemente en gabinetes de endoscopia, salas de cura u otras salas de tratamiento y diagnóstico

Cirugía menor ambulatoria se puede definir como la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad, incluidos dentro del tipo I de la clasificación de Davis, que se practican con anestesia local o troncular, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, y que no requieren ningún cuidado especial (readaptación al medio) en el postoperatorio³³. Son procedimientos que tradicionalmente se han realizado en las consultas externas y áreas de urgencias.

Asimismo, no se consideran procedimientos de CMA los siguientes:

Exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas intervencionistas³²:

- Embolizaciones.
- Biopsias endocavitarias.
- Dilataciones de conductos en general (no lagrimal).
- Exploraciones con contraste endovenoso o intradural (LCR).
- Amniocentesis.
- Histerografías.
- Minilegrados.
- Punción drenaje, pericardiocentesis (radiología intervencionista).
- Resonancia magnética o TAC en bebés, comatosos o toda persona incapaz de colaborar.
- Procedimientos relativos a la transferencia de embriones.
- Procedimientos de neurología por punción.
- Electroterapia.

Exploraciones e intervenciones en locales de consulta/sala de curas

- Colposcopia.
- Histeroscopia.
- Operaciones menores con anestesia local o troncular.

Endoscopias

- Broncoscopia.
- Colonoscopia.
- Cistoscopia.

Esófago - Gastro - Duodenoscopia.
Sigmoidoscopia.

Procedimientos que se realizan en Hospitales de Día

Quimioterapia.
Transfusión sanguínea.
Tratamiento del dolor.
Urodinamia.

Anexo 7. Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes (American Society of Anesthesiologists)⁴⁶

ASA I: Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.

ASA II: Paciente que sufre alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes ligera, hipertensión sistémica leve o moderada,...).

ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida, en determinado grado, (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo,...).

ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria,...).

ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aún realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.

Anexo 8. Esquema de circulación de pacientes en el proceso de atención de una UCMA

Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Referencia	- Desde Atención Primaria. - Desde consultas quirúrgicas. - Desde Listas de espera Quirúrgicas.	- Diagnóstico del proceso y de la indicación quirúrgica. - Selección previa.	- Evitar rechazo de pacientes en el UCMA. - Conocimiento detallado de: — Cartera de Servicios de la UCMA. — Criterios locales de selección.
A: UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
Consulta	Consulta específica de CMA.	- Evaluación clínica e indicación. - Evaluación anestésica. - Selección del paciente. - Información a paciente y familiares. - Firma de Conformidad. - Consentimientos Informados. - Realización de Pruebas Complementarias ⁽²⁶⁾.	- Confortabilidad. - Criterios de selección. - Historia clínica común. - Información oral y escrita.
	Área administrativa de CMA.	- Admisión del paciente. - Cita para pruebas complementarias (si procede). - Cita de intervención adaptada a cada paciente.	- Evitar traslados innecesarios. - Tiempos de espera cortos.
24/48 horas antes de la intervención	Área administrativa de CMA ⁽²⁷⁾ .	- Confirmación telefónica de la cita. - Recordar Actividades preparación preoperatoria (Anexo 9).	- Evitar cancelaciones. - Evitar ineficiencias en la sesión quirúrgica (si existe cancelación: llamar a pacientes en lista de espera).

(26) El paciente no debe ser citado de nuevo para pruebas complementarias, debiéndose realizar el mismo día de su evaluación-selección, evitando un desplazamiento innecesario.

(27) La llamada de teléfono a las 24-48 h. antes de la intervención no se realiza en muchas UCMA, salvo en el comienzo de éstas. La Healthcare Comission (Reino Unido) sugiere que «puede» realizarse si la admisión en la UCMA se realiza con más de seis semanas tras la evaluación inicial y cita para cirugía, para evitar cancelaciones²⁴.

Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Día de la Intervención			
Ingreso	Área administrativa de CMA.	• Recepción del paciente. • Confirmación de la cita y proceso.	• Locales de pacientes y Admisión diferenciada de la hospitalización.
Preparación	Zona de preparación.	• Confirmación del cumplimiento de actividades. • Evaluación anestésica prequirúrgica. • Preparación específica.	• Confortabilidad.
Intervención	Quirófano de CMA.	• Intervención.	• Horarios quirúrgicos independientes. • Evitar interferencias de otras actividades en la CMA.
Despertar	Despertar convencional.	• Despertar.	• No es paso imprescindible. Técnicas de fast-track permiten en ocasiones a enfermos intervenidos con anestesia raquídea y general, especialmente esta última, pasar directamente al área de readaptación al medio.
Readaptación al medio	Zona de readaptación al medio.	• Readaptación al medio. • Contacto con familiares. • Control exhaustivo del paciente. • Cuidar del familiar (futuro cuidador). • Criterios de seguridad post-alta cumplidos. • Valoración precoz de complicaciones potenciales futuras. • Evaluación anestésica y quirúrgica pre-alta. • Firma por parte del equipo quirúrgico: Cirujano - Anestesiista. • Instrucciones al alta al paciente y acompañante. • Alta u hospitalización si precisa. • Revisión organizada: día y hora, en CMA o consultas de referencia.	• Confortabilidad. • Criterios estrictos de seguridad al alta. • Instrucciones post-alta precisas. • Clara definición de los cuidados post-CMA. • Definición de responsabilidades en los cuidados.

Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
A: DOMICILIO			
Domicilio (o alojamiento alternativo)	• Domicilio del paciente. • Alojamiento alternativo (residencia de pacientes; plaza hotelera concertada).	• Control telefónico en las primeras 24 horas. • Convalecencia.	• Cumplimiento de los criterios de entorno. • Facilidad de contacto con CMA y evacuación.
Seguimiento	• Consulta de CMA/a. primaria/quirúrgica.	• Seguimiento convencional postoperatorio.	• Conseguir la satisfacción final del paciente. • Bases de datos para monitorización.
Alternativas de circulación de pacientes tras la intervención:			
Alternativa de situación		Destino	
Valoración pre-alta			
a)	Adaptación al medio y cumplimiento de los criterios de seguridad post-alta.	Domicilio.	
b)	Necesidad de prolongación de cuidados (no adaptación o no cumplimiento de criterios).	Hospitalización (tiempo de hospitalización según problema).	
c)	Problemas administrativos (retraso en el alta, no seguridad en el entorno del paciente, etc.).	• Alojamiento alternativo (recomendado en esta circunstancia). • Hospitalización < 23 horas (alternativo, en camas asignadas a UCMA).	
En domicilio			
a)	Convalecencia sin problemas.	Seguimiento normal.	
b)	Problemas o sensación percibida de éstos.	• Atención médica y decisión: — Contacto telefónico con UCMA (recomendado), o — Asistencia en domicilio, o — Asistencia en Servicio de Urgencias.	
c)	Situación de emergencia.	Atención en servicio de urgencias.	
Seguimiento (Según protocolo ajustado al tipo de procedimiento y de UCMA).			
a)	Revisiones completas en consulta CMA.	Consulta de UCMA.	
b)	Primera revisión en Consulta de CMA.	Primera Consulta de UCMA y después Atención Primaria (recomendado).	
c)	Revisión completa en origen.	Primera consulta origen (si c. quirúrgica), después Atención Primaria.	

Anexo 9. Recomendaciones antes de la intervención en la UCMA

RECORDAR

- La medicación que debe tomar el día anterior, si ha sido prescrita.
- El lugar y forma de acceso a la UCMA.
- Hora de llegada a la UCMA y hora prevista de intervención.
- Normas generales: ducha, no portar joyas, guardar prótesis, no maquillarse cara ni uñas.
- No ingerir alimentos desde las seis horas antes de la cirugía y no ingerir líquidos desde dos horas antes de la intervención.
- Es recomendable que el paciente tome su medicación habitual con una mínima cantidad de agua, excepto si el anestesista o el cirujano recomiendan lo contrario.
- No olvidarse del título de derecho a la prestación (por ejemplo: Tarjeta Individual Sanitaria).
- Acudir acompañado de un adulto que se responsabilice de acompañar al paciente a su domicilio o alojamiento alternativo.

PREGUNTAR

- Si tiene fiebre.
- Si está embarazada (mujeres entre 15 y 50 años).
- Si tiene alguna duda, en cuyo caso se le darán todas explicaciones necesarias.
- Si tiene fiebre u otro síntoma de malestar, está embarazada o se da otra circunstancia que pueda eventualmente contraindicar la intervención, se debe contactar con el cirujano responsable del paciente o con el responsable de la UCMA, para comprobar si existe motivo o no para suspender la intervención quirúrgica.

OFRECER

- Teléfono de contacto de la UCMA.
- Transmitir seguridad y confianza.

Anexo 10. Solicitud de pruebas complementarias^{47,48}

Cuestionario de consenso para facilitar la identificación de pacientes asintomáticos:

- ¿Tiene alguna molestia no relacionada con el motivo de la intervención?
- ¿Tiene alguna enfermedad distinta de la causa de la cirugía?
- ¿Puede subir 10 escalones sin fatigarse?
- ¿Puede estar tumbado sin perder el aliento?
- ¿Tiene tos?
- ¿Nota pitidos o ruidos en el pecho?
- ¿Se le hinchan alguna vez los tobillos?
- ¿Siente dolor en el pecho al realizar un esfuerzo?
- ¿Alguna vez ha experimentado hemorragia excesiva en cirugías previas, traumatismos u operaciones dentales, o ha presentado hematomas ante traumatismos leves?
- ¿Han tenido Vd. o sus familiares algún problema con la anestesia?
- ¿Tiene algún tipo de alergia?
- ¿Ha ingerido algún tipo de medicamento en los 3 últimos meses?
- ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día?
- ¿Toma bebidas alcohólicas habitualmente?
- ¿Cuál es la fecha del último período menstrual?
- ¿Consume sustancias tóxicas diferentes del alcohol o tabaco?
- ¿Cree que podría transmitir alguna enfermedad infecciosa como hepatitis, VIH, etc.?
- ¿Ha sufrido alguna vez vértigos, mareos o pérdida de conciencia?

Tabla A.10.1. Criterios para la solicitud de pruebas complementarias para la evaluación preoperatoria en cirugía programada

Prueba	Pacientes asintomáticos
• ECG	• ≥ 60 años. • > 40 años sin ECG. • Fumadores de más de un paquete diario. • Obesos con IMC $> 30\%$.
• Rx Tórax	• 60 años. • Obesos IMC $> 30\%$. • Fumadores ≥ 20 cigarrillos/día. • Bocio moderado o grande.
• Hemograma	• > 60 años. • Mujeres en edad fértil. • Cirugía potencialmente hemorrágica.
• Hemostasia	• Anamnesis con sospecha de problemas de coagulación. • Tratamiento con fármacos que alteran la hemostasia. • Bebedor de ≥ 500 c.c. de vino/día o equivalente (> 60 gr de alcohol/día). • Anestesia espinal (opcional).
• Bioquímica	• Perfil bioquímico general (glucemia, perfil renal y hepático) sólo en > 40 años.
Pacientes sintomáticos	
• ECG	• Patología cardíaca. • Enfermedad sistémica posiblemente asociada a cardiopatía. • Tratamiento con fármacos potencialmente cardiotoxicos.
• Rx Tórax	• Patología respiratoria o cardiovascular. • Neoplasias evolucionadas. • Enfermedades sistémicas con posible afección torácica.
• Hemograma	• Enfermedad sistémica (o síntomas indicativos) con posible repercusión hematológica (anemia, poliglobulia, etc.). • Hipertensión arterial.
• Hemostasia ⁽²⁸⁾	• Enfermedades relacionadas con alteración de la hemostasia. • Existencia de síntomas sugestivos de alteración de la hemostasia.
• Bioquímica	• Síntomas indicativos de enfermedad sistémica. • Tratamiento con diuréticos, corticoides o digitálicos.
• Análisis de orina	• Sólo en los casos indicativos de infección urinaria.

⁽²⁸⁾ **Pruebas de hemostasia antes de la anestesia espinal.** Opcional: no existe consenso pues el 60% opina Sí y el 40% opina No. Analizando aisladamente las opiniones de los anestesiólogos, los resultados son similares (52,9% Sí y 47,1% No). Tras revisar este tema en particular, se observa que no existe evidencia científica que apoye la realización de estas pruebas antes de la anestesia espinal.

Validez de las pruebas complementarias (siempre que no se haya modificado el estado físico del paciente):

- Pacientes ASA I y II: 6 meses.
- Pacientes ASA III y IV: 3 meses.

La solicitud de pruebas complementarias establecida por consenso entre cirujanos y anestelistas, promovida por la Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos, que es el documento recogido más arriba, se atiene a los procedimientos realizados en modalidad ambulatoria y de cirugía con hospitalización convencional. Papaceit y otros⁴⁹, basándose en una revisión de la literatura, realizan las siguientes recomendaciones y conclusiones en relación con los pacientes incluidos en programas de CMA:

1. Valor primordial e inexcusable de la historia clínica, anamnesis y exploración física para la evaluación anestésica preoperatoria.
2. La petición rutinaria de pruebas preoperatorias en pacientes asintomáticos parece que no contribuye de manera significativa al hallazgo de patología no sospechada, cambios en el manejo pre/perioperatorio ni en la prevención de complicaciones perioperatorias.
3. Como norma general la solicitud de pruebas preoperatorias debe hacerse de forma selectiva sobre la base del tipo de intervención quirúrgica propuesta y la patología asociada al paciente, recogida mediante la revisión de la historia clínica, anamnesis y exploración física.

Estos autores recomiendan las siguientes pruebas en paciente asintomáticos incluidos en programa de CMA:

Tabla A.10.2. Criterios para la solicitud de pruebas complementarias para la evaluación preoperatoria en programa de CMA			
	Anestesia general o regional		Sedación, VAM, bloqueos periféricos
	Varones	Mujeres	
< 1 año	Hb	Hb	
1-40 años		Hb	
> 40 años	ECG	Hb	
> 50 años	ECG	ECG Hb	
> 60 años	ECG Rx Tórax Hb Glucemia? Creatinina?	ECG Rx Tórax Hb Glucemia? Creatinina?	ECG? Rx Tórax? Hb? Glucemia? Creatinina?
VAM: vigilancia anestésica monitorizada; ?: Indicación dudosa.			

La propuesta de Papaceit y otros, aunque referida a la CMA, no es, a diferencia del documento de la Sociedad Española de Cirujanos, un documento de consenso, señalando los autores la necesidad de estudios preferentemente randomizados para conseguir en el futuro evidencias científicas y normas estrictas de vía clínica.

Se recomienda que el Ministerio de Sanidad y Consumo promueva la elaboración de un documento de consenso, basado en la evidencia, sobre solicitud de pruebas preoperatorias en pacientes incluidos en programas de CMA, en el que participen las Sociedades Científicas más implicadas en la realización de procedimientos mediante esta modalidad asistencial.

Anexo 11. Criterios de alta

Tabla A.11.1. Test de Aldrete modificado ⁵⁰ (alta de Despertar/URPA)		
Modalidad	Puntos	Criterio
Actividad	2	Mueve las 4 extremidades.
	1	Mueve dos extremidades.
	0	No mueve las extremidades.
Respiración	2	Respira y tose normalmente.
	1	Disnea o respiración limitada.
	0	Apnea.
Circulación	2	T.A. $\pm$ 20% nivel preanestésico.
	1	T.A. $\pm$ 20-50% nivel preanestésico.
	0	T.A. $\pm$ 50% nivel preanestésico.
Saturación	2	SpO ₂ > 92% con aire ambiente.
	1	Necesario O ₂ suplementario para mantener SpO ₂ > 90%.
	0	SpO ₂ < 92% con O ₂ suplementario.
Conciencia	2	Completamente despierto.
	1	Despierta al llamarlo.
	0	No responde.

Tabla A.11.2. Criterios clínica de alta en la UCMA
Criterios clínicos de alta de la UCMA 1. Signos vitales estables durante al menos 1 hora. 2. Ausencia de depresión respiratoria. 3. Estar consciente y orientado. 4. Tolerar líquidos*. 5. Micción espontánea*. 6. Vestirse y caminar sin dificultad. 7. No presentar náuseas ni vómitos. 8. Dolor controlable con analgesia oral. 9. Apósitos revisados sin sangrado. 10. Comprender las instrucciones postoperatorias. 11. Aceptar el alta. 12. Presencia de un adulto responsable.
* Criterios no obligatorios. Fuente: Bustos F, Gutierrez JM. UCMA Toledo, adaptado de Korttilla, K⁵¹.

Tabla A.11.3. Criterios de Chung⁵² (adaptado) ⁽²⁹⁾ de alta en la UCMA		
Aspecto	Puntos	Criterio
Constantes vitales	2	± 20% nivel preoperatorio.
	1	± 20-40% nivel preoperatorio.
	0	± 50% nivel preoperatorio.
Deambulación	2	Sin ayuda.
	1	Con ayuda.
	0	No deambula/mareo.
Nauseas/Vómitos	2	Ausentes.
	1	Mínimos.
	0	Abundantes.
Dolor	2	Ausente o mínimo.
	1	Moderado.
	0	Severo.
Herida operatoria	2	Normal.
	1	Apósito algo manchado.
	0	Herida sangrante.
Micción	2	Normal.
	1	Precisó sondaje evacuador.
	0	No orina espontáneamente.
Ingesta de líquidos	2	Normal.
	0	No puede ingerir líquido (criterio no obligatorio).
Puntuación total: ≥ 12 ⇒ Alta.		
Puntuación total: < 12 puntos o algún criterio obligatorio 0 ⇒ Ingreso.		

⁽²⁹⁾ Adaptados por A. Jiménez. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», de Zaragoza. Criterios utilizados al alta en el área de Readaptación al medio, para permitir el alta domiciliaria.

Anexo 12. Equipamiento de la UCMA ⁽³⁰⁾

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Zona Acceso, Recepción, Admisión	
Entrada y vestíbulo	• Sin equipamiento específico.
Recepción <i>Acogida de pacientes y familiares.</i> <i>Trámites administrativos de registro y alta.</i>	• Estaciones de trabajo/ordenadores. • Impresora láser. • Mueble mostrador. • Cajoneras. • Estanterías. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Teléfono. • Papelera.
Secretaria y Admisión <i>Apoyo administrativo para la UCMA.</i>	• Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora láser. • Mesas de despacho con cajonera. • Teléfono. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural.
Despacho información <i>Para información de pacientes y familiares.</i>	• Sillón ergonómico con ruedas. • Sillas sin ruedas. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Estación de trabajo/ordenador. • Teléfono. • Cuadro. • Papelera.
Espera general <i>Para pacientes y acompañantes.</i>	• Sillas/sillones. • Bancadas de tres plazas. • Cuadros. • Mesas bajas. • Perchas. • Papeleras.

⁽³⁰⁾ Se evitan referencias numéricas, pues el número de equipos dependen del número de quirófanos, así como de otras variables estructurales y funcionales.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Espera - juegos infantil <i>Espera específica para niños.</i>	• Mesas redondas infantiles. • Sillas para niños. • Decoración infantil. • Papeleras. • Juegos infantiles. • Televisor.
Aseo público <i>Servicios higiénicos para visitas y pacientes.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
Aseo adaptado <i>Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
Consultas y Zona de Personal	
Consulta <i>Con zona de exploración y de despacho-consulta.</i>	• Armario de consulta. • Sillas sin ruedas. • Vitrina metálica alta con puertas correderas. • Sillón ergonómico con ruedas. • Camilla exploración. • Cuadro. • Diverso instrumental de consulta, según las especialidades. • Linterna de lápiz. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Luz frontal. • Esfingomanómetro digital portátil. • Báscula-talla. • Impresora láser. • Fonendoscopio. • Foco de exploración. • Teléfono. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de jabón.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Despacho clínico <i>Zona de trabajo para médicos.</i>	• Estanterías de madera. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Pizarra mural. • Percha. • Papelera. • Impresora láser. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Cuadros. • Cañón de proyección. • Armarios archivo. • Mesas modulares de trabajo con cajonera. • Mesa circular de reuniones. • Sillas sin ruedas. • Teléfonos.
Despacho de responsable de la Unidad	• Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.
Sala polivalente <i>Sesiones, seminarios, docencia.</i>	• Percha. • Armario archivo. • Cañón de proyección. • Cuadro. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Estantería de madera. • Papelera. • Pizarra mural. • Sillón ergonómico con ruedas. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Sillas de aula con brazo para escribir.
Aseos y vestuarios de personal <i>Servicios higiénicos para personal y espacio para cambio de ropa y depósito de objetos personales.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón. • Taquillas individuales. • Bancos.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Preoperatorio y Readaptación al Medio	
Vestuarios de pacientes <i>Cambio de ropa y depósito de objetos personales.</i>	• Taquillas individuales. • Bancos.
Aseo pacientes <i>Servicios higiénicos para pacientes, junto a vestuarios.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
Aseo adaptado <i>Servicio higiénico para pacientes, adaptados para minusválidos.</i>	• Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
Preparación pacientes <i>Preparación del paciente próximo al vestuario. Incluidos en una zona común, abierta.</i> <i>(Este espacio puede no existir y utilizarse para esta función la sala de preanestesia).</i>	• Camillas de exploración. • Armario mural para material fungible. • Sillas sin ruedas. • Mesas auxiliares. • Mueble clínico con piletta y almacenamiento inferior.
Control de enfermería <i>Localizado en una posición central dentro de la zona de readaptación al medio. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común.</i>	• Mueble mostrador. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Impresora láser. • Armario archivo. • Cuadro. • Estanterías metálicas • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Teléfono. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Reloj de pared con fecha. • Plafón de avisos.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Estar de personal <i>Para descanso del personal.</i>	• Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con piletta, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Teléfono. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.
Readaptación al medio <i>Para restablecimiento de funciones vitales y retorno a la conexión con el entorno.</i> <i>Situada en zona próxima a la espera general y salida de la Unidad, en sala diáfana, con los puestos distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos ellos desde el control de enfermería.</i>	• Sillones de tratamiento. • Balones de resucitación autoinflables. • Caudalímetros. • Vacuómetros. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.). • Mesa cigüeña para comer. • Papeleras con tapa basculante de 25 l. • Monitor multiparamétrico. • Sillas sin ruedas.
Oficio limpio <i>Almacén de material limpio y reparación de fármacos.</i>	• Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble piletta y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm. • Frigorífico. • Dispensador de toallas de papel. • Carro de curas con cajones. • Papelera con tapa basculante de 25 l.
Oficio sucio <i>Almacenaje de ropa sucia y basura.</i>	• Mueble de doble piletta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Carro portacontenedores instrumental. • Cubos para clasificación de residuos. • Encimera. • Estanterías metálicas. • Vertedero (equipamiento fijo).
Oficio de limpieza <i>Para útiles y productos de limpieza.</i>	• Estanterías metálicas. • Mueble de doble piletta y basura.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Oficio de comidas <i>Para la preparación de alguna bebida y/o alimento al paciente durante su readaptación al medio.</i>	• Armario para vajilla. • Frigorífico. • Microondas. • Mueble escurridor, doble pileta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.
Almacén de equipos <i>Para aparataje y equipos.</i>	• Estanterías metálicas.
Almacén de lencería <i>Para ropa limpia.</i>	• Carros de lencería para ropa limpia. • Estanterías metálicas.
Sillas de ruedas <i>Almacén de sillas de ruedas.</i>	• Sillas de ruedas para transporte de enfermos.
Despacho supervisión	• Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.
Bloque Quirúrgico de CMA	
Acceso <i>Asociado a la zona de vestuarios de pacientes y local de preparación preoperatoria.</i>	• Sin equipamiento específico.
Control <i>Localizado en una posición central dentro de la zona de preanestesia. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común.</i>	• Mueble mostrador. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Impresora láser. • Armario archivo. • Cuadro. • Estantería metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Teléfono. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Reloj de pared con fecha. • Plafón de avisos.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Preanestesia/Antequirófano <i>Para preanestesia. En sala común, aunque también podrían ser puestos individuales para quirófano (antequirófanos).</i> <i>Punto de agua. Conexiones informáticas.</i>	• Camas eléctricas con accesorios. • Mesas auxiliares. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Carro de medicación. • Carro de parada. • Monitores multiparamétricos. • Desfibrilador con palas de adulto y pediátricas. • Balón de resucitación autoinflable. • Bombas de infusión. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Armario mural para material fungible. • Mueble clínico con piletta y almacenamiento inferior. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Dispensador de jabón. • Vitrina de ambiente estéril.
Quirófano	• Bomba de infusión anestesia. • Criocoagulador. • Caudalímetro. • Carro para suturas. • Carro material y medicación específico intervención. • Carro de parada. • Carro de anestesia. • Brazo satélite con pantalla TFT. • Bisturí armónico-ultracisión. • Bisturí eléctrico. • Bisturí bipolar para dermatología. • Instrumental para endocirugía. • Bases para bombas TCI. • Artroscopio. • Dotación de instrumental angiología y cirugía vascular. • Cámara de televisión. • Panel técnico con pantalla de plasma. • Diverso utillaje de quirófano. • Mesa instrumental en curva. • Desfibrilador con palas de adulto. • Mesa preparación campo. • Mesa quirúrgica universal con accesorios. • Microscopio quirúrgico para Oftalmología. • Monitor multiparamétrico modular control ECG, TA y sao2, etc. • Motor de dacriocistorinostomía. • Mesa de mayo estándar.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
	• Oftalmoscopio indirecto. • Mesa de mayo hidráulica. • Rectoscopio. • Silla quirúrgica. • Sistema extracción de gases. • Taburete alto con respaldo. • Tonómetro. • Torres de laparoscopia. • Vacuómetro. • Videoproctoscopio. • Oftalmoscopio directo. • Dotación de instrumental para urología. • Dotación de instrumental para cirugía general. • Dotación de instrumental para cirugía pediátrica. • Dotación de instrumental para dermatología. • Dotación de instrumental para ginecología. • Dotación de instrumental para oftalmología. • Mesa instrumental en L. • Dotación de instrumental para traumatología. • Mesa de acero inox. para instrumental 1200. • Dotación de motores para traumatología con accesorios. • Dotación de instrumental para ORL. • Mesa auxiliar de mayo. • Cubetas con base de ruedas. • Contenedor de ropa. • Electroimán. • Facoemulsificador con accesorios, incluido vitreotomo anterior. • Lámpara de quirófano 3 cuerpos (central+satélite). • Inversor de imágenes. • Impresora láser. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Teléfono. • Equipo de anestesia con oximetría, capnografía, respirador, hemod. • Mesa de acero inoxidable para instrumental. • Sistema de aspiración. • Balón autoinflable con reservorio de O₂. • Equipo intubación de la vía aérea. • Sistemas de calentamiento activo del paciente. • Calentador y presurizador de fluidos. • Reloj.
Preparación cirujanos <i>Desinfección y colocación de guantes y mascarillas.</i>	• Dispensador de cepillos quirúrgicos. • Dispensador de jabón quirúrgico. • Estantería metálica. • Lavamanos quirúrgicos con fotocélula termostatazada. • Reloj. • Secador de manos automático.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Vestuarios personal quirúrgico <i>Filtros de acceso a zona limpia para personal quirúrgico.</i>	• Espejo. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Percha. • Dispensador de jabón. • Dispensador de papel. • Taquilla. • Banco. • Escobilla. • Toallero.
Vestuarios limpieza <i>Filtros de acceso a zona limpia para personal auxiliar y de limpieza.</i>	• Espejo. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Percha. • Dispensador de jabón. • Dispensador de papel. • Taquilla. • Banco. • Escobilla. • Toallero.
Subcentral estéril <i>Para esterilizaciones puntuales.</i>	• Conjunto de cestos para instrumental. • Miniclave. • Lavadora termodesinfectadora de instrumental. • Lavadora de instrumental. • Estantería metálica. • Carro de transporte. • Esterilizadores en frío. • Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm.
Almacén material <i>Para material estéril.</i>	• Estantería metálica. • Conjunto de contenedores apilables. • Carro portacontenedores de instrumental. • Sistema combinado de estanterías con cestas de acero inoxidable.
Oficio de limpieza <i>Para útiles y productos de limpieza.</i>	• Estanterías metálicas. • Mueble de doble pileta y basura.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Oficio sucio <i>Almacenaje de ropa sucia y basura.</i>	• Mueble de doble pileta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Carro portacontenedores instrumental. • Cubos residuos. • Encimera. • Estanterías metálicas. • Vertedero (equipamiento fijo).
Despacho de personal	• Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.
Descanso de personal <i>Para descanso del personal.</i>	• Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con pileta, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Teléfono. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.
Almacén de equipos <i>Para aparataje y equipos.</i>	• Estanterías metálicas.
Almacén Rx portátil <i>Para almacenaje de Equipos portátiles de RX e intensificadores de imagen.</i>	• Equipos de portátiles de Rx. • Intensificadores de imagen.
Almacén general <i>Para utillaje quirúrgico, prótesis, material fungible.</i>	• Estanterías metálicas. • Sistema de almacenamiento de doble cajetín.

Relación de equipos	
Local	Equipamiento
Control <i>Localizado en una posición central dentro de la zona de despertar. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común.</i>	• Mueble mostrador. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Impresora láser. • Armario archivo. • Cuadro. • Estanterías metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Teléfono. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Reloj de pared con fecha. • Plafón de avisos.
Despertar <i>Reanimación de pacientes intervenidos.</i>	• Camas eléctricas con accesorios. • Mueble para medicación y material. • Vacuómetro. • Reloj de pared con fecha. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Bomba perfusión. • Carro de parada. • Carro medicación urgencia. • Caudalímetro. • Desfibrilador con palas de adulto y recién nacido. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Estantería metálica. • Impresora láser. • Material vario (sistema de rieles, ganchos techo, etc.). • Central de telemetría. • Monitor multiparamétrico. • Balón de resucitación autoinflable. • Teléfono. • Respirador volumétrico con capnografía. • Bomba-jeringa de infusión. • Cabecero para box de paciente crítico con accesorios. • Diverso instrumental. • PDA's de gestión de cuidados. • Dispensador de cepillos quirúrgicos. • Dispensador de jabón quirúrgico. • Lavamanos quirúrgicos con fotocélula termostataizada. • Secador de manos automático. • Espirómetro. • Aspirador gástrico. • Calentador de líquidos. • Sistemas de calentamiento activo del paciente. • Sistemas de soporte para perfusión y material sanitario.

Anexo 13. Criterios para la selección de indicadores de calidad de las UCMA

En la Asamblea General de la IAAS, celebrada en 2003 en la ciudad de Boston (Estados Unidos), se seleccionaron 5 indicadores, derivados de las referencias clínicas australianas y francesas.

Estos cinco indicadores se resumen en la siguiente tabla:

Tabla A.13.1. Indicadores de calidad de las UCMA. IAAS		
Indicador	Descripción	Cálculo
1. Suspensión de procedimientos.		% [(cancelaciones/pacientes citados)].
1.1. No comparecencia del paciente.	- Aparición de un proceso agudo o intercurrente. - Decisión del paciente - Motivos administrativos. - Otros (explicar).	% [(cancelaciones por no comparecencia del paciente/pacientes citados)].
1.2. Cancelación después de acudir el paciente a la UCMA.	- Problema médico pre-existente. - Aparición de un proceso agudo o intercurrente. - Motivos administrativos. - Otros (explicar).	% [(cancelacionesdespués de acudir a la UCMA/pacientes citados)].
2. Reintervención no planificada en el mismo día.		% [(reintervenciones/pacientes operados)].
3. Pernocla no planificada ⁽³¹⁾ .	- Motivos quirúrgicos. - Motivos anestésicos. - Motivos administrativos.	% [(pacientes que pernoctan sin estar planificado ⁽³¹⁾ /pacientes operados)].
4. Consulta urgente.	24 horas. 24 horas y < 28 días.	% [(urgencias/pacientes operados)].
5. Reingresos hospitalarios.	24 horas. 24 horas y < 28 días.	% [(ingresos/pacientes operados)].

El 14 de marzo del 2007, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo presentó ante el Consejo Interterritorial los Indicadores Clave del Sistema Nacional de

⁽³¹⁾ Excluye a aquellos pacientes que por condiciones del entorno y no disponiendo de alojamiento residencial alternativo se planifica su ingreso en camas de hospitalización convencional asignadas a la UCMA.

Salud⁵³, capaces de proporcionar información integrada y sistemática del sistema sanitario. Dentro de estos indicadores se encuentra la Tasa de Ambulotorización de los procedimientos quirúrgicos (global y para determinados procedimientos), que es definida como la relación entre los procedimientos quirúrgicos ambulatorios y el total de procedimientos quirúrgicos, expresada por cien y medida anualmente⁵⁴. Esta tasa, para determinados procedimientos seleccionados (índice de Sustitución), está incluida en estadísticas internacionales (Eurostat, European Health Care Indicators y OCDE).

Tabla A.13.2. Indicadores de calidad de las UCMA. Índices de sustitución y ambulotorización		
Indicador	Definición	Cálculo
1. Índice de Sustitución.		
1.1. Índice de Sustitución procesos Listado A.	Mide la eficacia de la UCMA en la captación de procesos potencialmente ambulatorios.	$\% \left[\frac{\sum \text{GRD —Listado A— realizados de forma Ambulatoria}}{\sum \text{GRD Quirúrgicos —Listado A— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}} \right]$.
1.2. Índice de Sustitución procesos Listado B.	Mide la eficacia de la UCMA en el desarrollo de técnicas y procedimientos de cirugía de día y mínimamente invasiva.	$\% \left[\frac{\sum \text{GRD —Listado B— realizados de forma Ambulatoria}}{\sum \text{GRD Quirúrgicos —Listado B— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}} \right]$.
3. Índice de Ambulotorización.	Mide el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital.	$\% \left[\frac{\sum \text{GRD quirúrgicos realizados de forma Ambulatoria}}{\sum \text{GRD quirúrgicos totales}} \right]$.

Por último, se deben realizar encuestas de satisfacción que permitan evaluar la calidad aparente o percibida por el usuario. Para hacer comparables las encuestas de satisfacción entre UCMA, se podría utilizar la formulación de la pregunta y de la contestación conforme a la metodología del Barómetro Sanitario⁵⁵:

- ¿En general, la atención que ha recibido en la UCMA ha sido...?
1. Muy buena.
 2. Buena.
 3. Regular.
 4. Mala.
 5. Muy mala.
 6. N.S./N.C.

Anexo 14. Criterios de dimensionado de los recursos

1. Introducción

La determinación de las dimensiones básicas de los recursos asistenciales de una Unidad de CMA depende de factores demográficos (estructura de la población atendida), epidemiológicos (morbilidad), clínicos (criterios de indicación quirúrgica y de sustitución de cirugía con hospitalización por CMA) y de gestión (utilización de la capacidad productiva disponible).

Se trata, en todo caso, de establecer las necesidades mediante la estimación de la demanda esperable y de adecuar a las mismas las dimensiones de los recursos ajustadas a un perfil de productividad previamente establecido.

2. Estimación del número esperado de procedimientos de CMA que se realizarán en un año

Para ello debe establecerse, en primer lugar, el número esperado de procedimientos de CMA (Proc. CMA) que se realizarán en la Unidad a lo largo de un año.

Para unidades de CMA que tienen adscrita una población de referencia, este valor puede estimarse a partir del análisis estadístico de su distribución y su proyección al momento elegido como horizonte de la planificación.

A partir de esta población, deberá considerarse la frecuentación quirúrgica (Fr. Q) definida como la tasa de utilización de CMA por cada mil personas cubiertas en un año.

El número esperado de procedimientos de CMA (Proc. CMA) resulta inmediatamente de los valores anteriores:

$$\text{Proc. Quir.} = \text{Población} \times \frac{\text{Fr. Q}}{1.000}$$

Donde:

Proc. Quir. es el número total procedimientos quirúrgicos realizados en un año en el área de referencia, y

Población es el número de habitantes de dicha área.

$$\text{Proc. Quir. Prog.} = \text{Proc. Quir.} \times \% \text{ Proc. Quir. Prog}$$

Donde:

Proc. Quir Prog. es el número total procedimientos quirúrgicos programados realizados en un año en el área de referencia,

% Proc. Quir. Prog. es el porcentaje de procedimientos quirúrgicos programados sobre el total de procedimientos quirúrgicos realizados en un año en dicha área.

y, finalmente:

$$\text{Proc. CMA} = \text{Proc. Quir. Prog.} \times \% \text{ CMA}$$

Donde:
% CMA es el porcentaje de procedimientos quirúrgicos tipificados como CMA sobre el total de los procedimientos quirúrgicos programados.

3. Ejemplos de cálculo del número esperado de procedimientos de CMA que se realizarán en un año

La estimación de estos parámetros dependerá, en la práctica, de la información disponible. A continuación se muestran dos ejemplos:

Tabla A.14.1. Ejemplo 1. Cálculo del número esperado de procedimientos de CMA a realizar en un año (a partir de la frecuentación global de procedimientos de CMA) <i>En el Capítulo 2 de estos estándares y recomendaciones, en los puntos 1.3.3.1 y 1.3.3.2 se describen, respectivamente, las tendencias de la CMA tanto en el Sistema Nacional de Salud como en el ámbito internacional. A partir de esta información, el número esperado de procedimientos de CMA que se realizarán en un año puede calcularse de la siguiente manera:</i> • Fuentes de información <i>La Estadística de Establecimientos sanitarios con régimen de internado (www.msc.es/stadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/home.htm), que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo ofrece información anual sobre la actividad quirúrgica programada en los hospitales, desglosada por su dependencia patrimonial (Sistema Nacional de Salud, otros públicos y privados con y sin fin de lucro) y por el tipo de procedimiento quirúrgico (con hospitalización, CMA y resto de intervenciones ambulatorias). Las cifras oficiales de población están disponibles en el Padrón municipal (www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe260&O=inebase&N=&L) publicado por el Instituto Nacional de Estadística, organismo que ofrece, así mismo, las proyecciones de población con horizonte para 2017 y 2060 (www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp251&O=inebase&N=&L).</i> • Procedimiento de cálculo <i>A partir de estos datos, mediante el procedimiento de cálculo descrito, puede considerarse para 2005, año al que corresponde la última información publicada, una frecuentación global de CMA de 22,43, que, en 2017, considerando una tasa de crecimiento de la frecuentación quirúrgica en torno al 2% interanual y un índice de sustitución del 50%, sería de 33,67%. Así, para un área de 250.000 habitantes se tendría, aproximadamente, una estimación de 8.400 procedimientos de CMA.</i>
--

Tabla A.14.2. Ejemplo 2. Cálculo del número esperado de procedimientos de CMA a realizar en un año (a partir de información más detallada de un área específica)

El dimensionado de los recursos asistenciales es uno de los elementos clave de la planificación funcional de centros sanitarios y, en especial, de los hospitales.

La complejidad de la infraestructura hospitalaria y la necesidad de optimizar las relaciones funcionales entre las diferentes unidades y servicios requiere un análisis detallado de las necesidades.

El ejemplo que se desarrolla a continuación está adaptado de un Plan Funcional realizado en 200x (se ha modificado la información demográfica a fin de preservar la identidad del hospital) y muestra los resultados desglosados por especialidades y referidos a una población hipotética (pero con la misma estructura que en el caso original) de 250.000.

Para que los resultados sean comparables con el caso anterior, los cálculos se han referido al mismo horizonte temporal, 2017, y se ha considerado, además, la misma tasa de crecimiento interanual de la frecuentación quirúrgica, 2%, pero un índice de sustitución mayor.

Los resultados obtenidos a partir de la actividad quirúrgica del año x, tomado como base para la planificación funcional son los siguientes:

	Población	Interven-Frecuen-		Frecuen- tación estimada total	Porcentaje programada		Porcen- taje urgente/ ingre- sadas	Intervenciones 2017			
		ciones	2004		Con ingreso	CMA		Totales	Progra- madas e ingreso	CMA	Urgen- tes
Angiología y Cirugía Vascular	250.000	260	1,04	2,10	85	15	20	525	357	79	89
Cirugía General y Digestivo	250.000	4.985	19,94	25,00	60	40	20	6.250	3.000	2.500	750
Oftalmología	250.000	2.083	8,33	11,00	12	88	20	2.750	264	2.420	66
O.R.L.	250.000	1.033	4,13	5,00	30	70	20	1.250	300	875	75
Traumatología	250.000	1.460	5,84	10,00	65	35	20	2.500	1.300	875	325
Urología	250.000	1.383	5,53	6,00	60	40	20	1.500	720	600	180
Ginecología	112.300	1.329	11,83	15,00	50	50	20	1.685	674	842	168
TOTAL		12.531						16.460	6.615	8.191	1.654

4. Estimación del número esperado de procedimientos de CMA que se realizarán en un año en Unidades sin población de referencia

En Unidades de CMA que no tengan un área adscrita, Proc. CMA se estimará a partir de herramientas de naturaleza diferente, que podrán ser estadísticas —series históricas— o económicas -análisis de la posición de mercado en relación con otras unidades competidoras, planes de negocio, etc.

5. Cálculo del número de quirófanos

Para calcular el número de quirófanos (Q) necesarios para atender el número esperado de procedimientos de CMA a realizar en año han de considerarse los siguientes parámetros, que configuran el perfil de utilización de la capacidad productiva tomado como horizonte de la planificación:

- Tiempo Disponible de Quirófano (TDQ), que debe coincidir con el período en que pueden programarse pacientes para la realización de procedimientos de CMA y con el tiempo de funcionamiento efectivo de los quirófanos de CMA.

El Tiempo Disponible de Quirófano vendrá dado, a su vez, por la siguiente expresión:

$$TDQ = N.^{\circ} \text{ horas/sesión} \times N.^{\circ} \text{ sesiones/semana} \times N.^{\circ} \text{ semanas/año}$$

Donde:

N.º horas/sesión es el número previsto de horas de funcionamiento por cada sesión quirúrgica,

N.º sesiones/semana es el número previsto de sesiones quirúrgica por semana, y

N.º semanas/año es el número previsto de semanas en que funcionarán los quirófanos a lo largo del año.

- Ocupación de Quirófanos (OQ), que será un porcentaje del TDQ expresado como:

$$OQ = \left(\frac{TUQ}{TDQ} \right) \times 100$$

Donde:

TUQ es el tiempo de quirófano efectivamente utilizado en la realización de procedimientos de CMA

Bajo estos parámetros,

$$Q = \left(\frac{\text{Proc. CMA} \times T \text{ Proc. CMA}}{TDQ \times OQ} \right)$$

Tabla A.14.3. Ejemplo 3. Cálculo del número de quirófanos CMA (exclusivamente en turno de mañana)

Para los 8.400 procedimientos de CMA que se han obtenido como resultado en el ejemplo 1 y considerando:

- Sesiones quirúrgicas de 7 horas,
- 5 sesiones por semana (de lunes a viernes en turno, exclusivamente, de mañana),
- 50 semanas al año,
- 70% de ocupación de quirófano, y
- 45' de tiempo medio de duración de los procedimientos de CMA resulta que el número necesario de quirófanos es $5,14^1 \approx 6$

¹ Conviene resaltar que el redondeo al alza sugerido en este ejemplo tiene por objeto fijar un margen adicional de seguridad. Desde punto de vista, la planificación tiene por objeto, a) establecer una dimensión de los recursos asistenciales **suficiente** para atender la demanda futura (aun cuando, como siempre sucede, su comportamiento resulte difícilmente previsible, y b) fijar objetivos de gestión tendentes a optimizar la capacidad disponible.

Tabla A.14.4. Ejemplo 4. Cálculo del número de quirófanos (con cirugía programada en turnos de mañana y tarde)

Para los mismos 8.400 procedimientos de CMA del ejemplo anterior, y considerando:

- Sesiones quirúrgicas de 7 horas en turno de mañana y de 4 horas en turno de tarde (o dos sesiones de 6 horas cada una)
- 5 sesiones por semana, de lunes a viernes, en turno de mañana, y, otras 4 sesiones en turno de tarde
- 247 días al año,
- 70% de ocupación de quirófano, y
- 45' de tiempo medio de duración de los procedimientos de CMA. Resulta un número necesario de quirófanos de 2,9 a 3-4

El resultado introduce la siguiente reflexión:

La frecuentación quirúrgica en España es sensiblemente inferior a la de otros países desarrollados, incluso con Servicios Nacionales de Salud, y que el índice de sustitución en España está aún lejos del que tienen EE UU o Canadá y otros países (Cap. 2); asimismo la evolución futura de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, así como el desarrollo de los modelos de gestión clínica, posiblemente permitirán un aumento significativo de los procedimientos susceptibles de CMA y, en definitiva, del número total de intervenciones realizadas bajo esta modalidad asistencial.

Desde este punto de vista y bajo condiciones análogas a las mostradas en este ejemplo, conviene recordar que la experiencia (Guía 1993) ha demostrado que las previsiones pueden ser cortas, y analizar la posibilidad de diseñar la Unidad de CMA que incluyera espacios disponibles como margen de seguridad de forma que, si resultara necesario, pudiesen acometerse ampliaciones futuras.

En este caso, debería considerarse, pues, siempre que exista disponibilidad de espacio (por ejemplo, en el programa funcional de nuevos hospitales) la posibilidad —en el ejemplo— de un cuarto quirófano, además de todos aquellos otros recursos básicos y auxiliares que correspondan a este incremento de la capacidad productiva, calculados según los criterios que se desarrollan en el siguiente punto.

Se recomienda la utilización de los quirófanos de las Unidades de CMA en sesiones de mañana y de tarde.

6. Dimensionado de otros recursos asistenciales básicos de la Unidad de CMA: puestos de readaptación al medio, consultas...

En el Anexo 14 de estos estándares y recomendaciones se han incluido un Programa Funcional de Espacios indicativo de una Unidad de CMA bastante frecuente para hospitales con un importante volumen de intervenciones de CMA.

Los espacios contemplados en este programa (en general, en cualquier programa) pueden clasificarse, según su naturaleza, en dos grupos: recursos asistenciales básicos, cuyas dimensiones configuran la capacidad productiva de la Unidad (quirófanos, puestos de readaptación al medio..), y espacios auxiliares (salas de espera, despachos..), cuyo número y superficie vienen determinadas por las dimensiones de los recursos asistenciales básicos.

Entre estos, además de los quirófanos, se encuentran los siguientes:

- Puestos de recuperación postanestesia: 2 por quirófano ⁽³²⁾.
- Puestos de readaptación al medio (*PRM*), para cuyo dimensionado han de considerarse los siguientes parámetros:
 - Número de procedimientos de CMA a realizar en la Unidad a lo largo de un año (**Proc. CMA**).
 - Tiempo medio de estancia en el puesto de readaptación al medio (*TME*).
 - Tiempo disponible de puestos de readaptación al medio (*TDPRM*), que viene dado por la expresión:

$$TDPRM = N.^{\circ} \text{ días/año} \times N.^{\circ} \text{ horas func./día}$$

Donde:

N.º días/año es el número de días en que funcionará la Unidad a lo largo del año, y

N.º horas func./día es el número de horas en que funciona la Unidad cada día

- Ocupación de los puestos de readaptación al medio (*OPRM*)

⁽³²⁾ Este es un criterio adoptado de la programación funcional del bloque quirúrgico convencional. La necesidad de puestos de recuperación efectivos puede ser notablemente menor, pues prácticamente todos los pacientes a los que se han intervenido con anestesia local —lo que generalmente supone más del 50% de los pacientes intervenidos en una UCMA— pasan directamente a la sala de readaptación al medio.

A partir de estos parámetros se puede calcular el número de puestos de readaptación al medio necesarios, que será:

$$PRM = \left(\frac{Pr oc. CMA \times TME}{TDPRM \times OPRM} \right)$$

Tabla A.14.5. Ejemplo 5. Cálculo del número de puestos de readaptación al medio

Para los 8.400 procedimientos de CMA de los ejemplos anteriores, y considerando:

- 3 horas de estancia media en los puestos de readaptación al medio
- 247 días de funcionamiento al año
- 12 horas de funcionamiento al día.
- 70% de ocupación

resulta que el número necesario de puestos (sillones/camas) es 12,15 ≈ 13

- Consultas (C), para cuyo dimensionado han de considerarse los siguientes parámetros:

- Número de procedimientos de CMA a realizar en la Unidad a lo largo de un año (**Proc. CMA**).

- Número medio de consultas por procedimiento de CMA (**N.º Cons./Proc.**)

- Número total de consultas de CMA (**N.º Cons. CMA**), que será:

$$N.º Cons. CMA = N.º Cons/Proc. \times Proc. CMA$$

- Tiempo medio estimado por consulta de CMA (**T Cons. CMA**).

- Tiempo disponible de consultas de CMA (**TDCCMA**), que viene dado por la expresión:

$$TDCCMA = N.º días/año \times N.º horas cons./día$$

Donde:

N.º días/año es el número de días en que funcionará la Unidad a lo largo del año, y

N.º horas cons./día es el número de horas de consulta de CMA cada día

- Ocupación de las consultas de CMA (**OCCMA**),

A partir de estos parámetros se puede calcular el número consultas necesarias, que será:

$$C = \left(\frac{Nº Cons.CMA \times TCons.CMA}{TDCCMA \times OCCMA} \right)$$

Ejemplo del cálculo del número de consultas

Tabla A.14.6. Ejemplo 6. Cálculo del número de consultas de anestesia ⁽³³⁾
<i>Para los 8.400 procedimientos de CMA de los ejemplos anteriores, y considerando:</i> • <i>1,2 consultas por cada procedimiento de CMA</i> • <i>20' por consulta</i> • <i>247 días de funcionamiento al año.</i> • <i>6 horas de funcionamiento al día.</i> • <i>70% de ocupación</i> <i>resulta que el número necesario de locales de consulta es 2,70 ≈ 3</i>

⁽³³⁾ Se deben considerar también las consultas de enfermería y, en su caso, las de especialistas quirúrgicos que pasen la consulta en la UCMA, por lo que para la UCMA considerada debería considerarse un número mínimo de cuatro.

Anexo 15. Programa funcional de espacios de una UCMA de 4 quirófanos

En relación con el desarrollo de esquemas ergonómicos de locales y dimensiones críticas de los principales locales de la unidad se ha optado por desarrollar, a título indicativo, un Programa Funcional de Espacios, que puede corresponder a una unidad autónoma (o satélite, aunque sin contemplar los espacios correspondientes al sistema de evacuación), de cuatro quirófanos, que es una solución bastante frecuente para hospitales con un importante volumen de intervenciones de CMA ($\approx$ 8.400-11.500 intervenciones/año ⁽³⁴⁾):

Tabla A.15.1. Programa funcional					
UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)					
Zona	Local	Superficie útil	n.º	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
ACCESO, RECEPCIÓN Y ADMISIÓN	Entrada y vestíbulo	30	1	30	Espacio diáfano.
	Recepción	12	1	12	Acogida de pacientes y familiares. Trámites administrativos de registro y alta. La recepción dispondrá de un buen control visual del acceso y se situará junto a la zona de espera de pacientes y acompañantes, así como al despacho de información. El mostrador no debe plantearse como una barrera; dispondrá de una zona baja accesible para personas en silla de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.
	Secretaría y Admisión	18	1	18	Apoyo administrativo para la UCMA. Relacionada con la recepción y con la zona interior de preparación del paciente. Incluye, en su caso, espacio para carro de historias clínicas, así como medios de comunicación. Conexiones informáticas y telefónicas.
	Despacho información	12	1	12	Para información de pacientes y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	Espera general	80	1	80	Para pacientes y acompañantes. Estará situada próxima al acceso y con fácil relación con la zona de consulta y vestuarios de pacientes. Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones de la UCMA. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría. Fuente de agua fría.

⁽³⁴⁾ Véase Anexo 14. Criterios de Dimensionado.

Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)					
Zona	Local	Superficie útil	n.º	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	Espera - juegos infantil	18	1	18	Espera específica para niños, con una zona de juego (interior y exterior). Conexión de TV.
	Aseo público	6	2	12	Servicios higiénicos para visitas y pacientes. Con lavabo e inodoro.
	Aseo adaptado	5	1	5	Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro. Incluye mostrador para limpieza y aseo de niños.
	Total zona acceso			199	
CONSULTAS Y ZONA DE PERSONAL	Consulta	18	4	72	Con zona de exploración y de despacho-consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío.
	Despacho clínico	18	1	18	Zona de trabajo para médicos, con conexiones informáticas y telefónicas.
	Despacho de responsable de la Unidad	14	1	14	Zona de trabajo para médicos, con conexiones informáticas y telefónicas.
	Sala polivalente	24	1	24	Sesiones, seminarios, docencia. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	Aseos y vestuarios de personal	12	2	24	Servicios higiénicos para personal y espacio para cambio de ropa y depósito de objetos personales. Situados en la zona de acceso desde la circulación interna del hospital. Con lavabo e inodoro.
	Total zona consultas			152	Debe existir una zona de acceso diferenciado para el personal desde la circulación interna del hospital, que servirá asimismo para el tráfico de ingresos (en su caso), hospital de día pediátrico (en su caso) y suministros.
PREOPERATORIO Y READAPTACIÓN AL MEDIO	Vestuarios pacientes	16	2	32	Cambio de ropa y depósito de objetos personales.
	Aseo pacientes	4	2	8	Servicios higiénicos para pacientes, junto a vestuarios. Con lavabo e inodoro.
	Aseo adaptado	5	1	5	Servicio higiénico para pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro. Integrado en el bloque de aseos para pacientes.
	Preparación pacientes	12	4	48	Preparación del paciente próximo al vestuario. Incluidos en una zona común, abierta. (Este espacio puede no existir y utilizarse para esta función la sala de preanestesia).

Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional					
UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)					
Zona	Local	Superficie útil	n.º	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	Control de enfermería	18	1	18	Localizado en una posición central dentro de la zona de readaptación al medio. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Con comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
	Estar de personal	18	1	18	Para descanso del personal, junto al control; incluye pequeño oficio. Iluminación natural. Con conexión telefónica y punto de agua.
	Readaptación al medio	200	1	200	Para restablecimiento de funciones vitales y retorno a la conexión con el entorno. Situada en zona próxima a la espera general y salida de la Unidad, en sala diáfana, con los puestos distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos ellos desde el control de enfermería. Zona dotada de iluminación natural y condiciones ambientales que colaboren en la recuperación del paciente. Ventanas con posibilidad de bloqueo y posición para limpieza y ventilación. Cada puesto estará dotado de sillón de tratamiento y tendrá espacio para acompañante durante la recuperación del paciente. Cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío. Con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad del paciente). Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera. Pre-instalación de TV y música. Conexiones informáticas.
	Oficio limpio	10	1	10	Almacén de material limpio y reparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble pileta.
	Oficio sucio	8	1	8	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua. Incluye espacio para clasificación avanzada de residuos.
	Oficio de limpieza	4	1	4	Para útiles y productos de limpieza. Con punto de agua.
	Oficio de comidas	8	1	8	Para la preparación de alguna bebida y/o alimento al paciente durante su readaptación al medio. Frigorífico, microondas y encimera con fregadero de dos senos y escurridor.
	Almacén de equipos	8	1	8	Para aparataje y equipos. En espacio específico que contribuya a la seguridad y a la reducción de tensiones.
	Almacén de lencería	6	1	6	Para ropa limpia.
	Sillas de ruedas	2	1	2	Almacén de sillas de ruedas.

Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional					
UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)					
Zona	Local	Superficie útil	n.º	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	Despacho supervisión	14	1	14	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	Total zona			389	
BLOQUE QUIRÚRGICO CMA	Acceso	20	1	20	Asociado a la zona de vestuarios de pacientes y local de preparación preoperatoria. Dotado de puertas automáticas, de acero inoxidable.
	Control	8	1	8	Localizado en una posición central dentro de la zona de preanestesia. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Con comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
	Preanestesia/ Antequirófano	12	4	48	Para preanestesia. En sala común (aunque también podrían ser puestos individuales para cada quirófano). Incluye almacenamiento de accesorios de anestesia, material estéril, y fluidos de infusión. Cada puesto tendrá un mínimo de 4 tomas eléctricas, una toma de aire comprimido medicinal y una, de vacío. Punto de agua. Conexiones informáticas.
	Quirófano	42	4	168	La superficie útil mínima de cada quirófano será de 40 m ² , con una altura libre mínima de 3 m y con unas dimensiones que permitirán trazar un círculo de 6 m de diámetro alrededor de la mesa del quirófano. Las paredes y techos serán de materiales duros, no porosos, impermeables, lavables e ignífugos, sin grietas, continuos y sin brillos, no habrá rieles ni elementos susceptibles de acumular suciedad y los elementos de pared serán empotrados. El suelo será lavable semiconductor, conectado a toma de tierra, sin puntos y sin ángulos entre paramentos verticales y horizontales. Sin ventanas. Las puertas deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, preferiblemente de accionamiento automático y correderas con riel externo. Cada quirófano tendrá dos cuadros idénticos de toma de gases y cada uno con tomas de protóxido de nitrógeno, aire comprimido medicinal, oxígeno (2), CO ₂ , vacío y extracción de gases anestésicos (EGA). En cada quirófano habrá un cuadro para control de la presión de los gases, dotado de sistema de alarma. Se contará con fuentes de luz cerradas para la iluminación ambiente del quirófano. Si se utiliza lámparas fluorescentes para este fin, se tomarán las medidas necesarias para evitar interferencias entre los equipos de encendido y los aparatos de electromedicina.

Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional					
UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)					
Zona	Local	Superficie útil	n.º	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					Cada quirófano contará, como mínimo, con doce tomas eléctricas monofásicas con toma de tierra de 16 amperios. Habrá, como mínimo, por quirófano una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipos de radiodiagnóstico y láser, si los hubiere, debidamente identificada. Se utilizarán, preferentemente, brazos articulados móviles para anestesia y cirugía. Anclaje para lámpara. Protección contra riesgos eléctricos. Iluminación ambiental de, al menos 1.000 lux y en la mesa de 25.000 lux. Condiciones de climatización de la UNE 100173 (instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales), ASHRAE; AIA. Condiciones técnicas de un quirófano general (RITE). Protecciones especiales (Rx, laser,...) en función del uso del quirófano. Los espacios de los equipos de las instalaciones deben ubicarse en un nivel distinto al del bloque, preferentemente en cubiertas. Conexiones informáticas y telefónicas.
Preparación cirujanos		10	4	40	Desinfección y colocación de guantes y mascarillas. Contigua al quirófano, estará separada de la circulación general de pacientes de la unidad de bloque quirúrgico. Contará, como mínimo, con dos puntos de agua por quirófano, provistos de grifo quirúrgico de accionamiento no manual, dispensadores antisépticos, un secador de manos automático y reloj. Espacio con posibilidad de compartirse por cada dos quirófanos.
Vestuarios personal quirúrgico		30	2	60	Filtros de acceso a zona limpia para personal quirúrgico. Con un diseño de esclusa desde el exterior del bloque a la circulación interna del personal dentro del mismo. Zona de aseo con lavabo inodoro y ducha.
Vestuarios personal de limpieza		20	1	20	Filtros de acceso a zona limpia para personal auxiliar y de limpieza. Con un diseño de esclusa desde el exterior del bloque a la circulación interna del personal dentro del mismo. Zona de aseo con lavabo inodoro y ducha.
Subcentral estéril		18	1	18	La producción del material estéril de la Unidad se realiza fuera de la misma. Se dispondrá de una pequeña subcentral para la esterilización urgente de instrumental para esterilizaciones puntuales. Con instalaciones para el funcionamiento de la subcentral. Encimera para esterilizador de sobremesa. Tomas eléctrica y punto de agua.
Almacén material		20	1	20	Para material estéril. Con presión positiva, climatizador con filtros absolutos.
Oficio de limpieza		4	1	4	Para útiles y productos de limpieza. Con punto de agua.
Oficio sucio		8	1	8	En relación con la salida de sucio de quirófanos. Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua. Incluye espacio para clasificación avanzada de residuos.

Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)					
Zona	Local	Superficie útil	n.º	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	Despacho de personal	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	Descanso personal	24	1	24	Para descanso del personal, junto al control; incluye pequeño oficio. Iluminación natural. Con conexión telefónica y punto de agua.
	Almacén de equipos	20	1	20	Para aparataje y equipos.
	Almacén Rx portátil	8	1	8	Para almacenaje de Equipos portátiles de RX e intensificadores de imagen. Con tomas eléctricas para la revisión de los equipos.
	Almacén general	20	2	40	Para utillaje quirúrgico, prótesis, material fungible.
	Control	18	1	18	Localizado en una posición central dentro de la zona de despertar. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Con comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
	Despertar	80	1	80	Reanimación de pacientes intervenidos. Relacionado con la salida del paciente del quirófano y próximo a la zona de readaptación al medio. Las puertas de acceso deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, siendo aconsejable su accionamiento automático. Cada puesto tendrá 8 tomas eléctricas monofásicas de 16 amperios y una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipo de radiología, debidamente identificada. Cada puesto tendrá un sistema de alumbrado individual. Diseño abierto accesible al personal responsable de la anestesia. Con posibilidad de separación mediante cortinas. Cada cama debe disponer de tomas eléctricas, gases medicinales, oxígeno y vacío y espacio suficiente para que se pueda acceder al paciente por la cabecera y los laterales, con un mínimo de 80 cm por cada lado de la cama, además de las necesidades de circulación general, siendo la superficie mínima por puesto de 10 m². Conexiones informáticas y telefónicas.
	Total preop y readapt.			616	No se establece un esquema único de circulación de personal, paciente y suministros (estéril y sucio) dentro del bloque quirúrgico, pudiendo ser válidos diferentes tipos siempre que se cumplan los criterios de renovación y circulación del aire entre los distintos locales que incluye el bloque y se cumplan los protocolos de limpieza de personal, instrumental y equipos. La superficie construida final se encuentra relacionada con el esquema de circulaciones internas adoptado para el bloque quirúrgico. Ha de considerarse la evidente ausencia de relación entre cualquier esquema de distribución interna del bloque y su incidencia en la infección nosocomial, por lo que se recomienda un diseño lo más simple posible, que resulte comprensible por parte de todos los usuarios del bloque.

Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional		
Zona	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
TOTAL UNIDAD CMA	1.356	Los locales deberán cumplir la legislación vigente en materia de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas. Las condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación de los locales serán las adecuadas para que quede garantizado el correcto desarrollo de las actividades que en ellos se realizan. Deberán cumplir las medidas de protección y seguridad que establece la normativa vigente. El diseño de la Unidad debe ser secuencial, sin cruces ni interferencias entre los distintos usuarios y con un ambiente accesible y amigable que colabore en mitigar las tensiones asociadas a una intervención quirúrgica. El mobiliario de la Unidad debe transmitir un ambiente residencial alejado de una imagen clínica estricta. Los pasillos por los que circulen pacientes y que comuniquen unas zonas con otras deberán tener unas dimensiones mínimas de 2 metros de ancho. Instalaciones: Eléctrica: cumplirá todos los requisitos prescritos en el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión. Cada quirófano tendrá su propio panel de aislamiento, que se situará fuera de quirófano y en lugar fácilmente accesible, con protección de sobretensiones, transformador de aislamiento y monitor de detección de fugas. Todas las tomas eléctricas de quirófano pasarán por el panel de aislamiento y estarán repartidas, como mínimo, en cuatro circuitos. Contará con equipos autónomos de iluminación de emergencia que garanticen el suministro de la potencia, como mínimo, durante dos horas a plena carga de: la lámpara central del quirófano y equipos de asistencia vital del mismo, las tomas de corriente del quirófano con la excepción de RX y LASER, y un mínimo de 2 tomas de cada puesto en la sala de preanestesia y todas las redes eléctricas de la sala de despertar. Climatización: El sistema de climatización, en conjunto, mantendrá distintas sobrepresiones para garantizar una corriente de aire hacia el exterior. Los conductos del sistema de climatización serán de chapa, con una rugosidad máxima de 0,3 mm y con registros laterales (mínimo una cada 5 m) para permitir su limpieza. Las tomas de aire exterior del climatizador deben estar alejadas de las salidas de gases, humos, malos olores u otras fuentes de perturbación del aire, al menos 8 m, y, si se sitúan en fachada estarán, al menos, a 2 m de altura respecto al nivel de la calle. El sistema de climatización expuesto se describe para el área limpia de la unidad de bloque quirúrgico; en el resto de áreas deberá incorporar sistemas de climatización del tipo «todo aire externo» con filtrado de aire. La climatización de la unidad de bloque quirúrgico en área limpia será de tipo «todo aire externo» sin recirculación, distinguiéndose dentro del área limpia dos zonas: zona limpia propiamente dicha, a la que se aplicarán los criterios que se describen de climatización, excepto la presencia de filtros absolutos, y, zona estéril, que corresponde a los quirófanos. Cada uno de los quirófanos contará con un equipo terminal de tratamiento de aire y control independiente de los otros. Se recomienda disponer de un control de temperatura individual en cada quirófano. El sistema de climatización garantizará un mínimo de 15-20 renovaciones/hora. Las condiciones de temperatura serán regulables en el rango de 20 a 24 °C, con una humedad relativa situada en el entorno del 45-60%, para ello se contará con un equipo humidificador por vapor. La Unidad de Tratamiento de Aire (UTA) contará con un sistema escalonado de filtración, mediante los siguientes tipos de filtros: un prefiltro de eficacia 25%, un filtro de alta eficacia o eficacia 90%, un filtro absoluto HEPA de eficacia 99,97%. Existirá un sistema de detección de filtros sucios, mediante sondas de presión diferenciada o elementos similares y con un indicador situado en lugar visible. El filtro absoluto se podrá instalar en el climatizador o en las salidas del aire a quirófano, previo a las rejillas. Los quirófanos estarán en sobrepresión en relación con las zonas colindantes a los mismos, siendo el caudal de aire de impulsión en orden al 15% superior al aire de extracción. El aire se impulsará por el techo y se extraerá por la parte inferior de los locales mediante varias rejillas situadas a una altura mínima de 15 cm del suelo terminado. Los niveles de ruido producidos por el aire de impulsión y extracción en el quirófano no serán superiores a 40 dBA. Se recomienda en quirófanos la incorporación de un filtrado bacteriológico, mediante lámparas germicidas de radiación ultravioleta (UV), y un analizador de muestras de aire para permitir el control de la calidad del mismo. Gases y vacío: Se dispondrá de canalizaciones fijas de suministro de gases y vacío de uso médico desde el almacenamiento exterior a la unidad de bloque quirúrgico. Todas las tomas estarán perfectamente identificadas mediante señalización universal. Contará con una red informática. La superficie construida de la unidad (en función del modelo de circulación dentro del bloque quirúrgico) se estima en 1,3 veces el valor de la superficie útil programada. En este caso, la superficie construida de la Unidad sería de 1.716 m².

Anexo 16. Estudio de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el Listado A (Anexo 4)

La programación quirúrgica es un instrumento de capital importancia para garantizar la optimización de los recursos de que dispone la UCMA. A partir del tiempo disponible de quirófano y de la lista de pacientes con indicación quirúrgica de procedimientos susceptibles de CMA, la programación tiene como objetivo principal identificar aquellos pacientes que serán intervenidos cada día en cada quirófano disponible. Además de la utilización de criterios relacionados con la prioridad clínica, el tiempo de espera y la validez de la valoración preoperatoria, la duración estimada de los procedimientos quirúrgicos es un factor determinante de la selección de los pacientes.

La utilización de sistemas de información de la actividad quirúrgica, que, entre otros muchos datos, registran sistemáticamente la hora de comienzo y finalización de las intervenciones se ha generalizado desde hace años en los hospitales españoles. Sin embargo, apenas existe información publicada a partir de la que pudiera estandarizarse la duración de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, a fin de objetivar la distribución del tiempo disponible entre algunos procedimientos, que, a priori, maximizaran el rendimiento del quirófano.

Como aproximación a la construcción de un instrumento de esta naturaleza, se ha realizado un estudio entre los hospitales que han contado con algún participante en el grupo de trabajo constituido para la elaboración de esta Guía ⁽³⁵⁾, con el objeto de estimar la duración media de los procedimientos quirúrgicos incluidos en el listado A del Anexo 4 de esta Guía, y analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos en los hospitales considerados.

El estudio se ha realizado a partir de la siguiente información solicitada a la Dirección Gerencia de cada hospital:

Objeto:

Se pretende estimar la duración media de los procedimientos quirúrgicos realizados por CMA, a fin de proponer tiempos de referencia para la programación quirúrgica.

A partir de un listado de procedimientos quirúrgicos susceptibles de CMA ⁽³⁶⁾, se precisa iden-

⁽³⁵⁾ Hospital Doce de Octubre, Hospital San Pau y Santa Creu, Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital de Sierrallana, Hospital Clínico Lozano Blesa, Hospital Ramón y Cajal, Hospital de la Princesa, Fundación Jiménez Díaz.

⁽³⁶⁾ Se han considerado sólo los procedimientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se realizan bajo la modalidad de CMA en el Sistema Nacional de Salud, según un análisis previo a partir de los datos del CMBD (Sistema de Información Sanitaria de SNS. MSC) sobre los procedimientos incluidos en el listado A (Anexo 1, Capítulo 4).

tificar el tiempo de duración de todas las intervenciones realizadas en cada Hospital durante 2006 (último año completo), bajo la modalidad asistencial de CMA (sin ingreso) en las que conste como procedimiento principal alguno de los códigos incluidos en el listado.

Estructura de los datos: Los datos necesarios, para cada intervención que cumpla estas condiciones, son los siguientes:

Código del procedimiento quirúrgico.

Duración de la intervención (en minutos, y calculada como diferencia entre la hora de finalización y la hora de comienzo de la intervención).

Código del GRD, si está disponible.

Fuente:

Registro de quirófanos, CMBD de CMA.

Universo:

Todos los registros del Hospital correspondientes al último año completo disponible (2006).

Las respuestas obtenidas han presentado las siguientes incidencias:

- Un hospital no ha enviado datos del GRD correspondiente a cada procedimiento.
- Dos hospitales han enviado los tiempos medios de cada procedimiento quirúrgico solicitado ya calculados, sin incluir el desglose por cada procedimiento según la estructura solicitada.

Los datos originales se han depurado con el objeto de:

- Unificar los formatos de los campos.
- Crear bases de datos diferenciadas para cada procedimiento.
- Eliminar 1. aquellos procedimientos en los que las frecuencias observadas resulten insuficientes para garantizar la significación de los resultados y 2. los valores extremos de las respectivas distribuciones, que puedan desvirtuar los tiempos medios resultantes y el análisis de su variabilidad.

Mediante técnicas de Análisis de la Varianza (ANOVA de un factor, con un nivel de significación $\alpha = 0,05$), se han contrastado las siguientes hipótesis nulas:

- Igualdad de los tiempos medios de cada procedimiento quirúrgico en cada hospital ($H_0: t_{mh1} = t_{mh2} = t_{mh3} = t_{mh4} = t_{mh5}$).
- Igualdad de los tiempos medios de cada procedimiento quirúrgico dentro de cada GRD ($H_0: t_{mgrd1} = t_{mgrd2} = t_{mgrd3} = t_{mgrdi} = t_{mgrdn}$)

Los resultados del análisis realizado han permitido constatar que, en los hospitales estudiados:

Tabla A.16.1. Resumen de resultados ANOVA				
Contraste	Número	Sin grados de libertad suficientes	H ₀ : Igualdad de medias	
			Aceptada	Rechazada
PROCEDIMIENTOS	34	1	2 (6,5%)	31 (93,5%)
GRD'S	28	3	5 (25%)	20 (75%)

1. La práctica quirúrgica (y/o el registro de las intervenciones) presenta una variabilidad tal, que puede afirmarse que, en la mayor parte de los casos (93,5% de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en CMA), su duración media es diferente; aunque, en el 6,5% restante de los casos, la práctica está suficientemente estandarizada y, con independencia de los «factores locales», no existen diferencias estadísticamente significativas.
2. La agrupación por GRD's de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en CMA presenta diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los casos (75%), aunque en el 25% restante no existen diferencias estadísticamente significativas.

A partir de estos resultados, se considera que, a expensas de realizar un estudio más completo y significativo, se puede proponer, una duración «óptima» de los procedimientos quirúrgicos analizados, como el mayor de los siguientes valores:

- La media menos 0.5 veces la desviación típica: $T^* = T_m - \sigma/2$.
- La media menos 0.5 veces la diferencia entre dicha media y la menor de las medias de los 6 hospitales: $T^* = T_m - t_{mm}/2$.

Los valores resultantes de esta construcción (Tablas 2 y 3) constituyen una referencia para la duración media de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en CMA, que puede ser considerada como un objetivo de calidad para las UCMA de forma que tiendan a ella las Unidades que tienen tiempos medios más altos, manteniéndose en sus tiempos medios aquellas unidades que los tengan más bajos.

Tabla A.16.2. Tiempos quirúrgicos por procedimientos				
Procedimiento ⁽³⁷⁾	T_m	σ	T_{mm} ⁽³⁸⁾	T^*
04.43 LIBERACIÓN DE TÚNEL CARIANO	28,45	16,29	17,33	23
08.20 ELIMINACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADO, N.E.O.M.	34,10	24,08	20,00	27
09.42 SONDAJE DE CONDUCTO NASOLAGRIMAL	25,38	15,09	20,88	23
11.39 OTRA ESCISIÓN DE PTERIGION	40,80	14,60	37,17	39
12.64 TRABECULECTOMÍA DESDE EL EXTERIOR	88,39	36,96	32,67	70
13.41 FACOEMULSIFICACIÓN Y ASPIRACIÓN DE CATARATA	43,61	17,96	32,66	38
20.01 MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO	32,10	15,36	17,46	25
28.2 AMIGDELECTOMÍA SIN ADENOIDECTOMÍA	43,09	19,95	31,40	37
28.3 AMIGDELECTOMÍA CON ADENOIDECTOMÍA	26,58	20,39	15,18	21
28.6 ADENOIDECTOMÍA SIN AMIGDALECTOMÍA	37,16	21,35	14,91	26
38.59 LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE VARICES VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	65,42	22,56	41,79	54
38.89 OTRA OCLUSIÓN QUIRÚRGICA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	55,89	20,33	55,89	56
53.00 REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL, N.E.O.M.	48,35	19,71	41,81	45
53.05 REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CON INJERTO O PRÓTESIS, N.E.O.M	45,99	21,01	36,35	41
53.49 OTRA HERNIORRAFIA UMBILICAL	43,66	19,74	20,00	34
54.21 LAPAROSCOPIA	78,59	30,52	70,83	75
62.5 ORQUIDOPEXIA	66,41	24,28	59,39	63
64.0 CIRCUNCISIÓN	40,66	16,76	28,89	35
66.29 OTRA DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPI-CA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO	58,23	21,30	36,54	48
68.12 HISTEROSCOPIA	27,27	19,19	17,50	22

⁽³⁷⁾ Aparecen en negrita los procedimientos en los que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las duraciones medias de los hospitales incluidos en el análisis.

⁽³⁸⁾ t_{mm} es la menor de las medias y, T^* , el tiempo óptimo.

Tabla A.16.2. Tiempos quirúrgicos por procedimientos (continuación)				
Procedimiento ⁽³⁷⁾	T_m	σ	T_{mm} ⁽³⁸⁾	T^*
68.16 BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO	22,32	9,09	21,46	22
77.54 ESCISIÓN DE HALLUX-VALGUS	48,63	18,54	29,29	39
77.56 REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN MARTILLO	41,35	15,86	31,85	37
77.57 REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN GARRA	47,00	23,18	33,57	40
77.59 OTRA BUNIONECTOMÍA	61,61	31,90	35,29	48
78.63 EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN HUESO DE RADIO Y CÚBITO	37,05	24,48	25,53	31
78.67 EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN HUESO DE TIBIA Y PERONÉ	38,96	19,92	25,45	32
80.26 ARTROSCOPIA DE RODILLA	53,01	22,97	37,11	45
82.01 EXPLORACIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO	33,55	17,61	13,32	25
82.21 ESCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO	35,11	16,10	18,47	27

Tabla A.16.3. Tiempos quirúrgicos por GRD					
GRD					
AP	Definición proceso ⁽³⁹⁾	T_m	σ	T_{mm}	T^*
342	CIRCUNCISIÓN EDAD>17	41,52	17,03	28,00	35
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	50,46	18,66	44,77	48
40	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17	35,78	21,37	34,21	35
6	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO	31,10	17,59	21,64	26
343	CIRCUNCISIÓN EDAD<18	40,35	16,93	29,54	35
61	MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	39,12	13,61	20,00	32

⁽³⁹⁾ Aparecen en negrita los GRD's en los que no se han identificado diferencias estadísticamente significativas entre las duraciones medias de los procedimientos quirúrgicos incluidos en dicho grupo.

Tabla A.16.3. Tiempos quirúrgicos por GRD (continuación)					
GRD					
AP	Definición proceso ⁽³⁹⁾	T_m	σ	T_{mm}	T^*
362	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR ENDOSCOPIA	63,99	25,90	48,69	56
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	39,00	26,54	25,00	32
364	DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	24,49	11,41	21,45	23
41	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD<18	21,29	8,90	19,50	20
267	PROCEDIMIENTOS DE REGIÓN PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	32,69	15,31	25,98	29
232	ARTROSCOPIA	66,73	19,70	61,41	64
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	49,26	18,85	9,75	40
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	45,49	17,55	38,54	42
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S. ARTICULACIÓN SIN CC	44,17	20,61	33,15	39
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	89,92	33,95	26,00	73
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	65,92	24,74	52,50	59
60	AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD<18	29,00	20,19	15,80	22
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	52,49	25,20	45,47	49
361	INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROTOMÍA	57,92	27,85	34,33	46
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	49,45	22,78	38,34	44
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL &b FEMORAL EDAD>17 SIN CC	49,47	21,51	40,98	45
340	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	63,84	24,42	56,74	60
228	PROC. MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS PROC. S. MANO O MUÑECA CON CC	53,28	15,56	53,28	53
59	AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD>17	51,73	22,38	46,43	49

Anexo 17. Definiciones

Acreditación: *«Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica pre-establecidos».*

Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

Auditoría de la calidad: Auditoría: *«Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados».* Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

Autorización/Habilitación: Autorización sanitaria: resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Cartera de servicios: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro, servicio o establecimiento sanitario.

Centro sanitario: Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria: centros sanitarios dedicados **exclusivamente** ⁽⁴⁰⁾ a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario.

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. En relación con los procedimientos, se considera cirugía mayor ambulatoria la que está integrada en los niveles II y algunos del tipo III de la clasificación de Davis, basados en el tipo de atenciones o en la vigilancia postoperatoria (véase Capítulo 5.1.).

⁽⁴⁰⁾ En negrita, añadido propio a la definición del R.D. 1277/2003.

La definición de la IASS, es: Intervención/procedimiento, excluyendo una intervención de cirugía menor ambulatoria o en consulta, en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernocta en el hospital.

Sinónimos: Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía de Día. Cirugía sin Ingreso ⁽⁴¹⁾.

Periodo de Estancia: sin pernocta en el hospital.

Código ético: Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende.

Consentimiento informado: Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Consulta externa: Área de un hospital o Unidad de CMA, público o privado, dedicado a la asistencia de pacientes ambulatorios.

Corta estancia. Estancia en hospitalización convencional entre 24-72 horas.

Documentación clínica. Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Historia Clínica. Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Hotel. Alojamiento en hoteles, sin asistencia sanitaria, para la permanencia de pacientes ambulatorios por razones sociales, familiares o geográficas.

Hotel de pacientes. Alojamiento en hotel para la permanencia de pacientes ambulatorios, con la posibilidad de asistencia sanitaria llamando por teléfono.

Índice de Ambulatorización: $(\sum \text{GRD quirúrgicos realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD quirúrgicos totales}) \%$. Es un indicador grosero de eficiencia, pues depende de qué tipo de procedimientos se estén considerando).

Índice de Sustitución: $(\sum \text{GRD quirúrgicos Potencialmente Ambulatorios realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD potencialmente ambulatorios realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}) \%$. Es un indicador de eficiencia y de calidad que exige la definición previa de una «cesta» de procesos quirúrgicos potencialmente ambulatorios (Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA).

⁽⁴¹⁾ Se utilizan los sinónimos propuestos por la IASS («IASS. Suggested international terminology and definitions. Approved by the Executive Committee» - Paris 9/27/2003).

Informe de alta. Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: Informe Clínico de Alta; Informe de Alta Médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984).

Intervención o procedimiento en consulta. Intervención o procedimiento realizado en una consulta médica que reúna las condiciones adecuadas de diseño, equipamiento y seguridad.

Paciente Ambulatorio. Paciente tratado exclusivamente en la Consulta Externa, incluyendo procedimientos ambulatorios, radiología intervencionista, radioterapia, oncología, diálisis renal, etc.

Paciente de CMA. Paciente que es intervenido, excluyendo un procedimiento de consulta, y que es admitido y dado de alta en el mismo día.

Paciente Ingresado. Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital.

Procedimiento ambulatorio. Intervención o procedimiento realizado en la consulta o sala de tratamiento o diagnóstico de un hospital público o privado, sin internamiento.

Recuperación Prolongada. Cirugía con estancia de < 23 h. Periodo de estancia: una sola noche; Período de tiempo < 24 horas.

Registro de pacientes. Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de un proceso sanitario asistencial.

Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios: conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas Administraciones sanitarias.

Requisitos para la autorización: requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias.

Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) o unidad de cirugía sin ingreso (UCSI): Una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.

La definición de la IASS, es: un centro dedicado al tratamiento óptimo de pacientes ambulatorios.

Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) autónoma: Organización independiente y delimitación arquitectónica con el resto del hospital.

UCMA con recuperación prolongada. Área de recuperación específicamente creada (nueva o reconvertida) para los pacientes ambulatorios que requieran recuperación prolongada después de una operación de CMA.

Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) independiente (freestanding): Organización y estructura totalmente independiente de un hospital general. Se puede corresponder con un «Centro de CMA» (C.2.5.4. del R.D. 1277/2003).

Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) integrada: UCMA incluida física y organizativamente dentro de los hospitales. Se distinguen dos tipos:

- Tipo I: Se comparten todos los recursos con el resto del hospital.
- Tipo II: Existe una organización independiente pero se comparten elementos —quirófanos— con el resto del hospital.

Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) satélite: Dispuesta en edificios más o menos alejados del hospital general pero con una dependencia administrativa del mismo.

Sinónimos: Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI). Unidad de Cirugía de Día. Hospital de Día.

Anexo 18. Abreviaturas

CC.AA.	Comunidades Autónomas.
CMA	Cirugía Mayor Ambulatoria.
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos.
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico.
IAAS	International Association of Ambulatory Surgery.
JCHA	Joint Commission of Hospital Accreditation.
NHS	National Health Service (Inglaterra, Reino Unido).
SNS	Sistema Nacional de Salud.
UCMA	Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Bibliografía

1. Agencia de Calidad del SNS. «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud». Abril, 2007. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. «Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento». Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
3. Health Building Note 52. Vol. 1. «Accommodation for day care. Day surgery unit». HMSO:London. 1993.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. «Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas las exploraciones y pruebas diagnóstico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica». 2002.
5. Ferrer Valls J.V. (coord.). «Guía de Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria». Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2002.
6. Rueda JR. «Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud». Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-00-11.
7. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services. «Certification & Compliance. Ambulatory Surgery Centers». http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/02_ASCs.asp
8. U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services. «State Operations Manual. Appendix L-Guidance to Surveyors: Ambulatory Surgical Services.»: http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/som107ap_l_ambulatory.pdf
9. Joint Commission. «Standards for ambulatory surgical centers». 2007.
10. «Accommodation for day care. Day surgery unit. Supplement 1». Review of schedules of accommodation. HMSO Books, Londres, 1996.
11. Department of Health. «Day surgery: Operacional guide». Agosto 2002. Dept. of health publications. Londres, 2002: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005487
12. Commission for Healthcare Audit and Inspection. «Day surgery». July, 2005.
13. Royal College of Anaesthetists. Jackson I (Ed.) «Day surgery services»
14. Rivera J, Giner M, Subh M. «Cirugía ambulatoria: estudio piloto». Cir Esp 1988; 44: 865-874.
15. Sierra E. «Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro». Cir Esp 2001; 69:337-339.
16. Morales R, Polo JR, Lasala MA, Hernández P, García JL. «Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la hernia inguinal». Inform Ter SNS 1991; 15: 85-91
17. Elola J, Espadas L, Sevilla F. «Aseguramiento como gestión del Sistema Nacional de Salud. Actividades y resultados en Insalud gestión directa 1992. Presupuesto y Gasto Público 1993», 10: 149-57.
18. Bestard JJ, Sevilla F, Corella MI, Elola J.»La Unidad Ponderada Asistencial (UPA): Nueva Herramienta para la Presupuestación Hospitalaria». Gaceta Sanitaria 1993;7:263-73
19. MSC. «Estadística de establecimientos sanitarios con Régimen de Internado». 2005: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/tabEst_2005.htm
20. IAAS. Survey 2005. Spain (Andalucía, Castilla-La Mancha, Aragón, Cantabria, Cataluña, Navarra, y País Vasco).
21. Toftgaard C.» World Wide Day Surgery Activity 2003». The IAAS Survey on Ambulatory Surgery.

22. NHS. «Health episode statistics online». 2005-2006: <http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937&categoryID=204>
23. NHS. Healthcare Commission. «Acute hospital portfolio review. Day surgery». July 2005. pag. 5. http://www.healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/04018392.pdf
24. Jimenez A, Artigas C, Elia M, Casamayor C., Gracia J.A., Martínez M. «Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observational study». *J. of Ambulatory Surgery* 2006. 12: 119-23.
25. FASA. «America Leads the Way In Outpatient Procedures»: <http://www.ascassociation.org/docs/americleadstheway.pdf>
26. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality. «H.CUP project. Ambulatory surgery in US hospitals», 2003. <http://www.ahrq.gov/data/hcup/factbk9/factbk9a.htm>
27. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C.A., McKee M, with the collaboration of IAAS Executive Committee Members. «Day Surgery: Making it happen». World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2007.
28. Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA* 1993;270:1437-41
29. Cortiñas Saenz M y otros. Análisis de los reingresos hospitalarios domiciliarios en un programa de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2007; 81:38-42
30. Aranz J.M. (Dir). «Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización». ENEAS 2005. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe. Febrero 2006.
31. Asociación Española de Cirujanos. «La relación médico paciente en Cirugía General. Documentos de Consentimiento Informado». Editores Médicos S.A. Edimsa, Madrid, 2005. www.aecirujanos.es/consentimientosinformados.php
32. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social «Cirugía Ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas las exploraciones y pruebas diagnóstico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica». Barcelona, Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2002.
33. Davis J.E., Sugioka K. «Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesia evaluations». *Surg. Clin. North AM*, 1987;67:721.
34. Barequet IS, Sachs D, Priel A, Wasserzug Y, Martinowitz U, Moisseiev J, Salomon O. Phacoemulsification of Cataract in Patients Receiving Coumadin Therapy: Ocular and Hematologic Risk Assessment. *Am J Ophthalmol*. 2007 Sep 15; (Epub ahead of print).
35. Rebolleda Fernandez G, Muñoz FJ, Murube J. Results of out-patient cataract surgery in patients who live far from the surgeon. *Acta Ophthalmol Scand* 1995; 73:350-352.
36. Jiménez A. «Aspectos clínicos y organizativos de la Cirugía Mayor Ambulatoria».
37. Bustos F, Gutiérrez J.R. «Creación y organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Punto de vista del anestesiólogo, visión del cirujano».
38. Development of the Health Resources Administration USA. «Comparative evaluation of costs, quality and system effects of ambulatory surgery performed in alternative settings. Final report submitted to Bureau of Health Planning and Resources», 1997.
39. «Comparative Audit of Day Surgery in the South West Thames region». Cahill J & Tillin T. Kingston District Audit Centre 1995.
40. Revuelta S. Aldecoa I, Porreo J.L.»Cap. 3. Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía de corta estancia. Planeamiento actualizado de dos programas complementarios». En Porrero JL (Coord.). «Cirugía Mayor Ambulatoria». Doyma:Madrid. 2002, págs. 23-29.
41. IASS. «Suggested international terminology and definitions. Approved by the Executive Committee» - Paris 9/27/2003.
42. Jiménez A. «Las nuevas modalidades de asistencia sanitaria y la enseñanza de la cirugía». *Editorial Cir. Esp.* 1999; 66(3):189-191.

43. Rivas Lacarte MP, Gutiérrez Romero R, Jiménez A, Marín J, Rebollar J, Villoria A. «Validación del Manual de Estándares de Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria con Acreditaciones Piloto en 7 Hospitales». *Cir. May. Amb.* 2004, Vol. 9 (3): 13-18.
44. Yetano J., López Arbeloa G., López Arbeloa P. (coord.). «Manual de Descripción de los grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v.18.0)». Osakidetza-Fundación SIGNO-Gobierno Vasco.
45. Sánchez Blanco JM, Recio Moyano G, Guerola Delgado A y otros. «Tiroidectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Estudio Prospectivo». *Cir Esp.* 2006;80:206-13.
46. American Society of Anaesthesiologists. Physical Status Classification System. <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>.
47. Alcalde J, Ruiz P, Landa JI. «Evaluación Preoperatoria en Cirugía Programada». Arán edic, Madrid, 2002.
48. Alcalde Escribano J, Ruiz P, Acosta F, Landa JI, Lorenzo S, Villeta R, Jaurrieta E. «Estudio DELPHI para el desarrollo de pautas de indicación de pruebas preoperatorias. Consenso de anestesiólogos y cirujanos». *Rev. Calidad Asistencial* 2002; 17:34-42.
49. Papaceit J, Solsona B, Ferrer C, Rull M, Gomar C. Utilidad de las pruebas de laboratorio y complementarias en la evaluación preoperatoria de cirugía electiva. Implicaciones en CMA. *Cir. May. Amb.* 2002. Vol 7 (n.º 4): 150-161.
50. Aldrete JA. «The post-anesthesia recovery score revisited». *Aldrete JA J Clin Anesth* Feb 1995 (Vol. 7, Issue 1, Pages 89-91). Criterios utilizados frecuentemente para el alta de la sala de Reanimación postanestésica (URPA).
51. Korttilla K. Homereadiness after day surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995; 39, suppl 105: 95-96.
52. Chung F. «El proceso del alta. Anestesia Ambulatoria de Twersky RS». Ed. Mosby/ Doyma. Libros 1996;457-475.
53. MSC. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>.
54. MSC. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Listados de Fichas Técnicas. (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/listadoFichasTecnicas.pdf>).
55. MSC. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Información y estadísticas de las Comunidades Autónomas. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2006_total_CCAA.pdf

