

GUIA FUNCIONAL
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y
DEL AP. DIGESTIVO
DEPARTAMENTO DE SALUD DE
ORIHUELA

INDICE:

1. Introducción

2. Ambito de actuación

3. Compromiso con la Organización

4. Unidades funcionales

5. Protocolos asistenciales:

- Protocolo de acogida del paciente quirúrgico
- Protocolo de preparación del paciente quirúrgico
- Protocolo de profilaxis y terapéutica antibiótica
- Protocolo de prevención de enfermedad tromboembólica

6. Vías clínicas

7. Organización

8. Normas de funcionamiento

Tareas y responsabilidades:

- Profesional médico
- Personal de enfermería
- Hospitalización
- Consultas externas
- Area quirúrgica
- Personal auxiliar
- Personal administrativo

10. Dirección

11. Control

1. Introducción

La especialidad Cirugía General y del Aparato Digestivo representa la titulación que en el resto de países de la Unión Europea se denomina Cirugía General.

El objetivo de este manual es mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación a nuestra unidad para que estos trabajadores conozcan tanto las características, estructura y funcionamiento de nuestro servicio así como al equipo, organización y las tareas que se realizan.

Todo esto permitirá su desarrollo profesional y que se presten cuidados con un nivel de calidad óptimo evitando la variabilidad clínica

OBJETIVOS

- **Facilitar al personal de nueva incorporación la integración en el equipo de trabajo de la unidad.**
- **Acortar el tiempo de adaptación al nuevo puesto de trabajo.**
- **Aumentar la confianza y seguridad en el momento de la incorporación al puesto de trabajo y durante todo el período de actividad.**
- **Mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos a nuestros pacientes con una mejor preparación de los trabajadores eventuales.**
- **Asegurar la continuidad de los cuidados**
- **Disminuir la variabilidad clínica**

Los **Servicios** de los hospitales, como Unidades de Asistencia Sanitaria, constituyen las **estructuras fundamentales** de dichos centros. El Jefe de Servicio de cada especialidad será el responsable de la misma, y le corresponde establecer la estructura general y las líneas maestras de organización, sobre las que se fundamentarán las actuaciones de los miembros que conforman el grupo de trabajo. Esta reglamentación irá orientada fundamentalmente a evitar los individualismos, aprovechar mejor profesionalmente a las personas y a suplir las posibles deficiencias. El Jefe de Servicio de la Unidad Asistencial depende

directamente del director médico (**Decreto 186/1996, de 18 de octubre, del Gobierno Valenciano**).

La estructura funcional de un servicio está claramente definida por la jerarquización de sus miembros en base a la autoridad y responsabilidad conferida y aceptada.

Dentro del organigrama del Servicio, se puede definir la Sección como un equipo de profesionales de la especialidad que conforman una unidad de trabajo. La Sección será, de este modo, la *Unidad Asistencial Funcional Básica*. Así, la misión del jefe de sección, como responsable de la Unidad Asistencial Funcional Básica, será asumir la dirección de este equipo estableciendo las líneas de trabajo y los niveles de responsabilidad dentro del mismo. También concertará las normas de funcionamiento. Su objetivo principal se orientará hacia la asistencia sanitaria en su nivel más operativo, esto es, el diagnóstico y tratamiento de la patología propia de la especialidad. Además buscará la optimización de los resultados en cantidad y calidad a todos los niveles, así como la formación del personal a su cargo, tanto en el aspecto científico-técnico, como en el de las relaciones personales.

Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. En su Capítulo V (artículos 41 hasta 45) describe las actuales organizaciones de Servicio. Se crean Fórmulas Organizativas de integración de los recursos asistenciales.

El Servicio de Cirugía del Hospital Vega Baja es un servicio jerarquizado, que se rige según la ley 3/2003 del 14 de febrero de ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana y el Decreto 186/1996 del 18 de Octubre del reglamento, estructura, organización y funcionamiento de la atención especializada en la comunidad valenciana, modificado por el Decreto 47/2000 de 17 de abril.

Por lo tanto adopta como suyos **la misión y valores** expresados en el Plan estratégico de Salud Pública y ley 4/2005 de 17 de junio de Salud Pública.

Como **visión**, el servicio de Cirugía quiere posicionarse como organización reconocida por la sociedad, el gerente del Departamento 21, los responsables de la atención especializada en la comunidad valenciana y por las sociedades científicas de la especialidad, generando servicios con los más altos niveles de eficacia, eficiencia y calidad, logrando la implicación, competencia y participación de todos sus profesionales.

El Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo es un conjunto de profesionales organizados jerárquicamente, caracterizado por el trabajo en equipo y dirigido a cubrir las necesidades y expectativas en el ámbito de nuestra especialidad, de la población a nosotros encomendada, así como a garantizar sus derechos de intimidad, confidencialidad, seguridad e información.

Dentro de ese conjunto de profesionales debe encuadrarse al personal médico, al personal de enfermería y auxiliar que realiza su función en la planta de hospitalización, en las consultas externas de Cirugía y en nuestro quirófano, así como los administrativos de la planta. Si bien en el momento actual no están integrados orgánicamente en el Servicio, deberían y merecen estarlo.

La Sala de hospitalización del Servicio de Cirugía, coincide estructuralmente en parte con los Servicios de Urología y Ginecología, siendo común la Supervisora, así como el personal de enfermería y auxiliares. Se ha establecido un manual de acogida y funcionamiento común en muchos aspectos con estos tres Servicios.

1. **Ambito de actuación**

En un principio abarca **de modo primario** toda la patología quirúrgica de los siguientes aparatos, sistemas orgánicos y áreas anatómicas:

- Aparato digestivo

- Sistema endocrino

- Mama

- Abdomen y su contenido

- Piel y partes blandas

- Cabeza y cuello

También le corresponde **de modo subsidiario**, el planteamiento inicial y la resolución hasta un cierto nivel de complejidad, de los problemas quirúrgicos urgentes, que perteneciendo en principio al campo de otras especialidades quirúrgicas (Cirugía Vasculard, Torácica, Urológica y Neurológica), el cirujano

general debe asumir la responsabilidad de la asistencia, procurando la estabilización del paciente y coordinando su traslado al hospital de referencia.

Debe prestar una especial atención a **los fundamentos biológicos y técnicos** de la Cirugía, con una amplia base de los fundamentos quirúrgicos.

La evidente relación existente en cuanto a diagnóstico y tratamiento con otras especialidades médicas y quirúrgicas, que también actúan en los numerosos aparatos, sistemas y áreas anatómicas expuestas anteriormente, hace que se establezcan **sinergias e interacciones** con esas especialidades médicas, fundamento de la creación de determinadas Areas funcionales multidisciplinarias.

La actividad asistencial del Servicio de Cirugía General debe enmarcarse en el contexto del Hospital en el que se encuentra, y de las directrices de la especialidad. En relación con el primer aspecto, al plasmar la planificación asistencial se deben considerar, tanto los objetivos generales de asistencia que persigue un Hospital de departamento en el que las actividades deben ir encaminadas a resolver los problemas de salud que en él se presentan, como el tipo de actividades que realizan el resto de los Servicios hospitalarios. Y ello debe ser así, porque la Cirugía General se encarga de resolver problemas de salud, que requieren en muchas ocasiones un abordaje y actuación multidisciplinaria. Este aspecto influye decisivamente, en el tipo y complejidad de las enfermedades que el cirujano valora tanto a nivel de diagnóstico, estadiaje y pronóstico, como en la terapéutica que debe aplicar, especialmente a través de una intervención quirúrgica. Es bien conocido, que sin una mínima dotación en medios y cualificación de otros Servicios (Hematología, Medicina Interna, Reanimación), no se debe realizar determinado nivel de intervenciones quirúrgicas.

Teniendo en cuenta, tanto el marco sanitario, como la definición de especialidad, las tareas que el Servicio de Cirugía General del Hospital de la Vega Baja puede y debe asumir, se pueden clasificar en dos tipos: el primero constituye el núcleo de su actividad y su identidad propia, en la realización de cirugía general, contribución en la atención al politraumatizado, y el dominio y aplicación de los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía; el segundo tipo de actividades serían las complementarias, bien porque siendo de la especialidad solucionan problemas de salud de baja incidencia/prevalencia, o bien porque están relacionadas con enfermedades abordadas por otras especialidades quirúrgicas.

La mayoría de las enfermedades quirúrgicas del aparato digestivo, cavidad y pared abdominal, van a seguir siendo diagnosticadas y tratadas por el Servicio de Cirugía del Hospital de la Vega Baja, tanto por su elevada incidencia y prevalencia, como porque su solución es factible con una dotación de medios relativamente asequible, al alcance

de cualquier Hospital de departamento como éste. Un reducido colectivo de enfermedades, que requieran como solución un trasplante de órganos, o el concurso de sofisticados y complejos medios técnicos son derivados a otros centros.

El Servicio de Cirugía General del Hospital de la Vega Baja debe contribuir en la valoración y tratamiento del paciente politraumatizado, por un doble motivo: en primer lugar, por la alta incidencia y necesidad de atención inmediata; y en segundo lugar, porque es una de las funciones primordiales del cirujano general y del aparato digestivo según el concepto actual de la especialidad internacionalmente admitido. La lesión de las vísceras de las cavidades torácica y abdominal repercute en la morbi-mortalidad de estos pacientes y el cirujano general es el especialista con mayor capacitación en un Hospital de departamento para solucionarlas. Actualmente se ha creado el comité del paciente politraumatizado en donde se han creado las guías clínicas de actuación, y designa sus responsables.

Por otra parte, el Servicio de Cirugía General del Hospital de la Vega Baja, debe enmarcar su actuación en el conocimiento y aplicación de los fundamentos biológicos y técnicos de la Cirugía en el sentido expuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad, conocimiento y actuación ante los problemas que presenta un paciente que le es específico: el pre y el postoperado.

En un segundo tipo de actividades del Servicio de Cirugía del Hospital de la Vega Baja, serían las denominadas complementarias. Aquí se enmarcaría el diagnóstico y tratamiento de una serie de procesos que entran de lleno en nuestra especialidad, pero con una menor incidencia cuantitativa en la actuación diaria: Cirugía de algunas lesiones de cabeza y cuello, Cirugía de la piel, Cirugía de la mama, Cirugía hematológica y Cirugía endocrina. Para solucionar de modo eficaz todos estos problemas de salud el Servicio de Cirugía del Hospital de la Vega Baja dispone en el momento actual, tanto de cualificación como de los medios técnicos en lo que se refiere a nuestra especialidad, aunque en muchas ocasiones se tiene que contar con el concurso de medios y especialistas de otros centros para completar un diagnóstico y tratamiento multidisciplinario.

Por otra parte, la Cirugía General se entiende, tanto desde los órganos de gestión pública, como desde los organismos que regulan la especialidad, como **una disciplina polivalente**. En ese sentido, el cirujano debe gestionar en los Hospitales de departamento la primera atención, y derivar posteriormente si procede, una serie de enfermedades incluidas en otras especialidades quirúrgicas históricamente vinculadas y entroncadas con la Cirugía General. El Servicio de Cirugía del Hospital de Vega Baja, se encarga de los siguientes:

A.**En CIRUGÍA VASCULAR**, del diagnóstico y tratamiento de la mayoría de los pacientes afectados de enfermedades de las venas; del diagnóstico preliminar y tratamiento de la mayoría de los pacientes con patología arterial aguda (algunos traumatismos vasculares y todas las embolias/trombosis arteriales); del diagnóstico y tratamiento de los pacientes afectados de patología arterial crónica que no precisen Cirugía de revascularización directa. En este contexto, se derivarán al Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital General de Elche, que es de referencia para esta patología, así como los problemas de patología venosa muy complejos, los traumatismos arteriales complejos después de su estabilización hemodinámica y de practicar hemostasia elemental para el traslado y la patología linfática susceptible de tratamiento quirúrgico o diagnóstico complejo.

B.**En CIRUGÍA TORÁCICA** el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital de la Vega Baja asume el diagnóstico y tratamiento de urgencia de todos los pacientes con traumatismo torácico, pudiendo asumir la atención continuada de aquellos que no precisen traslado para ser sometidos a tratamiento quirúrgico complejo; del diagnóstico y tratamiento de la patología pleural y de las complicaciones del enfisema y enfermedad bullosa pulmonar. En cambio, se trasladarán al Servicio de Cir. Torácica del H. U. de San Juan, los pacientes afectados de patología tumoral que impliquen resecciones, la patología mediastínica, y Neumotórax cuando exista indicación de resección de bullas.

C.**En CIRUGÍA INFANTIL**, el Servicio de Cirugía General del Hospital de la Vega Baja contribuye al diagnóstico y tratamiento preliminar de los procesos quirúrgicos urgentes, y el tratamiento definitivo siguiendo las recomendaciones de las sociedades anestesiológicas para hospital de nuestro nivel.

D.**En CIRUGÍA PLÁSTICA y REPARADORA**, el Servicio de Cirugía del Hospital de la Vega Baja, contribuirá con el Servicio de Admisión en aras a enfocar el tratamiento de Urgencia, la evacuación y el traslado de los pacientes con Quemaduras de tipo medio y grave de la clasificación de la Sociedad Americana de Quemaduras, al Servicio de referencia, el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital General de Alicante. En la patología no urgente de esta especialidad practicará diagnóstico y tratamiento de los casos que no requieran el concurso de plastias, colgajos o injertos complejos.

1. **Compromiso con la Organización**

En un marco de relaciones laborales con la organización tan rígido como el actual, donde los incentivos escasean, es fundamental que el facultativo asuma un compromiso con la organización sanitaria (Unidad Clínica, Servicio, Hospital) donde está integrado para orientar la asistencia a la mayor satisfacción del cliente y a la suya propia.

Definiríamos compromiso tanto como el aunamiento de voluntades para alcanzar acuerdo mediante convenio, como el vínculo o contrato psicológico que une a la persona con la organización y su misión.

Este vínculo puede ser de interés (por motivación y compensación a nivel extrínseco), o de atracción (por motivación y compensación intrínseca).

En las organizaciones profesionales en que, como en nuestro caso, se estructuran funcionalmente en torno a grupos de trabajo, se produce la paradoja de que mientras la base principal de logro son las capacidades individuales, los resultados suelen medirse a nivel agrupado.

Los profesionales están sometidos a una jerarquía dual (por un lado la profesional, y por otro la administrativa o de gestión), lo que dificulta encontrar el equilibrio entre la autonomía de los miembros del equipo, y la necesidad de que estos se ajusten a las normas del equipo para obtener resultados efectivos.

Como consecuencia de estos problemas se produce:

- falta de coordinación (variabilidad, fragmentación de la asistencia, empleo ineficiente de los recursos),
- minimización del esfuerzo individual (igualación a la baja del nivel de esfuerzo de los miembros),
- y establecimiento autónomo de los estándares de esfuerzo o dedicación (free-riding).

Para evitar estas situaciones, el facultativo en sus funciones asistencial, docente, investigadora y (micro) gestora debe adaptar sus decisiones integrando su propio juicio, sus propios intereses, valores y culturas y los resultados que se espera alcanzar, con los objetivos estratégicos de la organización (decisiones colectivas y administrativas).

El actual mito/paradigma de "horizontalización de la asistencia" que tratamos en detalle en el siguiente punto, supone la integración del facultativo en equipos o unidades "de alto rendimiento", cuyas características estructurales son:

- claridad de la "misión" de la organización,
- aceptación individual de la responsabilidad y oportunidades que supone pertenecer al equipo,
 - claridad de los objetivos, resultados y criterios de valoración de los mismos,
 - altos niveles de comunicación efectiva,
 - reglas de juego acordadas, claras y verificables.
 - predisposición individual a aceptar la necesidad del aprendizaje
 - y tiempo suficiente para consolidar el equipo.
-
- El compromiso actual del cirujano con la organización tiende a canalizarse a través de su implicación en una unidad funcional, en las comisiones clínicas y, de forma más avanzada, colaborando en la transformación del servicio en un área o unidad de gestión clínica.
- El facultativo deberá centrarse en un área de especial interés, subespecialidad o proceso concreto dentro del amplio campo de la Cirugía General y del Aparato Digestivo. De esta manera entra en alta relación con facultativos de otras disciplinas que abordan problemas clínicos similares desde su propia especialidad, constituyéndose unidades funcionales interdisciplinarias.
- El cirujano debe participar en comisiones clínicas como contexto para la creación de grupos de mejora o equipos de proceso.
- Entre las distintas comisiones clínicas, el Servicio de Cirugía debería tener representación en:
 - Comisión de investigación, docencia y formación continuada
 - Comisión de docencia postgraduada
 - Comisión de historias clínicas y documentación
 - Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica
 - Comisión de farmacia y terapéutica
 - Comisión de tejido, tumores y mortalidad

- Comisión de transfusión y hemoterapia
- Comisión de Nutrición
- Comisión de tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos
- Comisión de Urgencias
- Comisión de Quirófano
- Comisión de trasplantes

1. Tareas y responsabilidades

La función asistencial es la primordial de su actividad y debe ocupar un 80 % del tiempo médico contratado.

Esta función asistencial la desarrollará en:

Sala de Hospitalización.

Basado en tres campos fundamentales: la Visita médica, la información al paciente y familiares y el informe de alta.

Los pacientes hospitalizados provienen de ingresos programados, traslados de otros servicios y de ingresos a través de Urgencias. Son funciones del facultativo:

- En ingresos para cirugía programada, la comprobación de la adecuada preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico previsto y, en caso contrario, petición de las pruebas correspondientes, incluyendo el consentimiento informado. Se pautarán los protocolos de profilaxis antibiótica y antitrombótica en los pacientes que esté indicado.
- Análisis del curso evolutivo de los pacientes ingresados, operados o no, tanto de su patología como de su bienestar social y emocional. En los comentarios de la evolución haremos constar: Los estados objetivo y subjetivo del paciente, la valoración de los hallazgos exploratorios y de las técnicas diagnósticas y los planes diagnósticos y terapéuticos.

- Administración de los cuidados postoperatorios: de la herida quirúrgica, antibioterapia, antitrombótica, nutrición y cuidados generales.

- Tratamiento: posición del paciente, movilización, actividad permitida, balance hidroelectrolítico, cuidado de catéteres y drenajes, dieta (tipo y aporte calórico), fluidos, tipo y ritmo de infusión, fármacos, dosis y vías de administración y si precisa otro tipo de cuidados (Oxigenoterapia etc)

- Informar adecuada y claramente al paciente y familiares de la evolución de su proceso patológico, de las posibles complicaciones y del pronóstico. Se realizará en un lugar conveniente que respete la confidencialidad.

- Al alta hospitalaria se proporcionará el correspondiente informe, que contendrá el conjunto mínimo de datos (CMBD), indicando la necesidad o no de futuras revisiones. También se detallará el tratamiento a seguir en régimen ambulatorio, facilitándose las recetas médicas para la adquisición de fármacos correspondientes.

-

- Area de Consultas Externas**

-

- Comprende la Policlínica o consulta externa del hospital, así como las consultas en Centros de especialidades y otras consultas que se determinen en el Departamento de Salud. Estos Centros dependen funcionalmente de los hospitales correspondientes, en los que quedan integrados como una extensión de los mismos.

- Primeras Consultas.**

- Las funciones en esta primera consulta comprende: historia clínica (motivo de consulta y anamnesis por aparatos y sistemas), la exploración física, la interpretación de las pruebas complementarias aportadas, las solicitudes de las pruebas complementarias pertinentes según las hipótesis diagnósticas y protocolos correspondientes, informar al paciente y familiares autorizados del diagnóstico, opciones terapéuticas e implicaciones pronósticas, y obtener el consentimiento informado para la aplicación del tratamiento oportuno.

- Consultas Sucesivas**

- En ellas revisamos a los pacientes previamente ingresados y ya tratados quirúrgicamente o no. Aplicación de protocolos de seguimiento en determinadas

patologías, y la revisión de pruebas complementarias solicitadas en la primera consulta.

•Area Quirúrgica:

•En ella realizaremos:

- Identificación positiva del paciente.
- Comprobación de la realización de los protocolos, preparación correspondientes y del consentimiento informado.
- Rellenar el Check-list
- Proceder a la intervención quirúrgica, bien como cirujano o ayudante.
- Informara al anestesiólogo de las incidencias operatorias que pudieran alterar el curso de la intervención.
- Terminada la intervención redactar el protocolo quirúrgico, cumplimentar las órdenes de tratamiento y rellenar la solicitud de Anatomía patológica, Microbiología etc, si las hubiera.
- Informar a los familiares de la intervención realizada, estado del paciente y del pronóstico, así como de la ubicación del mismo.
- En los casos de Cirugía Ambulatoria, verificar que el paciente cumple los criterios de alta. El sistema PADSS (post anaesthesia discharge scoring system) valora signos vitales, deambulacion, ausencia de náuseas, vómitos y dolor y aspecto de la herida.

•

•Area de Urgencias

- La atención de urgencias regulada por el Real Decreto 866 / 2001 que enumera las funciones en esta área:
- Prestar asistencia a los pacientes con sospecha de patología quirúrgica, cuando ésta sea requerida por los facultativos del servicio de urgencias.
- Decidir el ingreso de los pacientes, bien para su tratamiento quirúrgico inmediato o para su estudio cuando su situación clínica así lo aconseje.

- Si el paciente es valorado y/o tratado por el especialista en Cirugía, dar de alta al paciente desde el Servicio de Urgencias una vez atendido y con el informe de asistencia correspondiente.
- Informar al paciente y a sus familiares de su proceso clínico, de las exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas, incluyendo la necesidad o no de una intervención quirúrgica urgente, de la obtención del consentimiento informado, así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- Colaborar, según código de emergencia, en el programa de extracción de órganos de donante muerto.

Función administrativa

El cirujano debe cumplimentar y dar curso a documentos oficiales que se derivan de la asistencia sanitaria prestada.

Estos documentos incluyen los certificados médicos, partes al juzgado, partes de baja laboral, y sobre todo, entendida como documento, la historia clínica y el informe de alta.

La historia clínica, única por paciente e institución, debe contener suficiente información para identificar al paciente, documentar las circunstancias por las que se acudió a la institución, informar acerca del régimen de financiación, apoyar el diagnóstica, justificar el tratamiento y documentar los resultados obtenidos y circunstancias al alta.

El informe de alta estará constituido por un resumen del curso de la enfermedad, del tratamiento seguido y deberá contener los signos y síntomas y exploraciones que posibilitaron el diagnóstico, la pauta terapéutica realizada, el resultado obtenido, señalando los problemas no resueltos y las instrucciones necesarias para continuar el tratamiento. En caso de fallecimiento, si se efectúa la necropsia, se incorporará el informe. Debe contener el CMBD, conjunto de 20 items, que son la fuente de los distintos sistemas que miden la complejidad de los casos atendidos por un centro o servicio.

Función gestora

Esta función se entiende cada vez más dentro de la denominada gestión clínica.

Se basa en la premisa de que la mejor forma de obtener un mayor rendimiento de los recursos sanitarios es fomentar una buena práctica clínica basada en la adecuación de los medios diagnósticos disponibles y de las actuaciones terapéuticas. Para ello se deben trasladar las decisiones de gestión al nivel en que realmente se ordena el gasto, se obtienen los resultados clínicos, se genera la calidad y se propicia la satisfacción de los pacientes.

Los principales campos que debe manejar el profesional son:

• **Manejo y gestión de los sistemas de información.** El facultativo ha de colaborar en el desarrollo del sistema de información clínica del servicio, y en el uso del sistema de información central del hospital, como la imputación de costes y la contabilidad analítica, para conocer el nivel de actividad, calidad, morbilidad, mortalidad y costes, tanto de forma global como por procesos asistenciales GRDs.

• **Gestión de la calidad asistencial.** Tiene por objetivo buscar la satisfacción del cliente, del empleado y la excelencia en los resultados. El cirujano debe utilizar los ciclos de evaluación y mejora de la calidad asistencial, la instauración de las vías clínicas, y la gestión de la calidad total, mediante programas como el European Forum for Quality Management (EFQM).

• **Utilización crítica de la información y la tecnología,** mediante las técnicas de la Medicina basada en la evidencia (MBE) y de la evaluación de las tecnologías sanitarias.

• La asunción de los profesionales de los riesgos y responsabilidades, mediante **la Gestión de los procesos** y la horizontalización de la asistencia. El cirujano debe implicarse en una unidad funcional y la participación activa en las comisiones clínicas, y de forma más avanzada, colaborando en la transformación del servicio en un área o unidad de gestión clínica. Así sería posible tener autonomía económica en base a Acuerdos de Gestión.

-
-
-

Supervisora de enfermería:

Funciones:

- Organizar, planificar y coordinar la distribución de cuidados, para la resolución efectiva de los problemas de salud de los pacientes y el apoyo necesario a los familiares.
- Gestionar los recursos humanos y materiales de la Unidad con el fin de garantizar la utilización óptima de los mismos.
- Impulsar y coordinar la formación, el perfeccionamiento y la orientación de los profesionales de la Unidad.
- Colaborar, promover y dirigir grupos de mejora y proyectos de investigación de interés para la profesión.

Personal de Enfermería de hospitalización

•Turno de mañana

- Llegar puntual y uniformado al servicio.
- Relevo oral y escrito de todos los pacientes. Atención integral al enfermo: reparto de los mismos entre las enfermeras.
- Gestionar que el primer enfermo del parte de quirófano de la mañana esté a las 8h 15' en el antequirófano (los lunes a las 9h15').
- Extracción de analíticas ordinarias.
- Cursar Pruebas, hojas interconsulta,,, (que no se han cursado a las 7h)
- Determinación de glucemias basales.
- Administrar medicación de las 9h.
- Toma de constantes. Registro en gráfica de constantes, balances hídricos, drenajes, redones, SNG etc.
- Preparar quirófanos de la mañana según protocolo establecido.

- A partir de las 9h 30' pase de visita médica y de enfermería a los enfermos ingresados a cargo de urología cirugía Y ginecología.
- Tras pase de visita médica: anotar en los registros de enfermería los cambios de tratamiento, pruebas solicitadas y realizadas. Dar curso a las pruebas solicitadas y colocar los resultados de las pruebas diagnósticas recibidas en donde corresponda.
- Comunicar a cocina los cambios de dieta y reflejarlos en la planilla de dietas de la planta y en la hoja de cocina antes de las 12h.
- Si hubiesen pacientes a cargo de MI u otras especialidades hay que confirmar que son vistos durante la mañana por el médico que corresponda, dejando registrado en la hoja de Ttº de enfermería el nombre del facultativo. Tras pase de visita médica: anotar en los registros de enfermería los cambios de tratamiento, pruebas solicitadas y realizadas. Dar curso a las pruebas solicitadas y colocar los resultados de las pruebas diagnósticas recibidas en donde corresponda.

* En caso contrario hay que avisar al internista de guardia.

- Sacar de las historias las hojas de unidosis y anotar las incidencias o errores en la hoja de farmacia.
- Preparar las Historias completas de los enfermos que han sido dado de alta para la realización de informes.
- Realizar curas y revisar vías.
- Administrar medicación de las 12h y comida.
- Determinación de glucemias pautadas.
- Preparar pauta de fluidoterapia para 24h.
- Registrar la relación de enfermos que precisan control de diuresis, drenajes, SNG...
- Elaborar planilla de dietas (de la unidad y de cocina) registrando las ayunas de la tarde y del día siguiente.
- Atender a los enfermos procedentes de quirófano:
 1. Identificar al paciente.
 2. Toma y registro de constantes.
 3. Valorar estado general
 4. Anotar en registros los controles de drenaje, sondas, fluidos y dietas.
 5. Colocar pauta de sueros correspondiente y microgotero para medicación. Sacar fluidos para 24h.
 6. En pacientes no portadores de SV vigilar diuresis espontánea.
 7. Ordenar su Historia.

- Recibir ingresos y traslados según protocolo.
- Comunicar al Internista de guardia la relación de nuevos ingresos con cargo a M.I.
- Notificar al servicio de Admisión la movilidad de enfermos (traslados, altas etc). Reservar cama a los enfermos del parte quirúrgico del día siguiente, ingresos programados, ingresos desde urgencias o de otros servicios.
- Entregar a los pacientes dados de alta encuestas de satisfacción e informe de alta explicando al paciente los cuidados a seguir en domicilio.
- Preparar las Historias de los pacientes que vayan a ingresar para intervención quirúrgica programada para la tarde o para el día siguiente, comprobando que contiene los siguientes documentos:

- * Analítica

- * Rx tórax

- * EKG

- * Informe preanestésico

- * Consentimiento informado de anestesia

- * Consentimiento informado de su intervención

** Es requisito indispensable que todas las hojas estén correctamente identificadas. Hay que revisar que no falta ningún documento y que la fecha de realización de las pruebas preoperatorias no exceda de tres meses, en cuyo caso hay que avisar a la administrativa de la Unidad y al médico responsable; todas las incidencias serán notificadas al relevo de enfermería

Comprobar que todos los pacientes tienen etiquetas de identificación .

- Preparar el primer quirófano de la tarde según protocolo establecido.
- Relevo escrito.
- Dar relevo oral.

TURNO DE TARDE

- Llegar puntual y uniformado al servicio.
- Relevo oral y escrito de todos los pacientes.

- Preparar medicación de las 16h, 18h , Ce y 21h.
- Administrar medicación de las 16h.
- A las 16h cambiar NTP y sistema de infusión (cambiar sistema c/48h)
- Toma de constantes: TA, PVC según pauta de tratamiento.
- Registro en gráfica de constantes y diuresis.
- Recibir a los enfermos procedentes de quirófano según protocolo establecido.
- Reclamar resultados de analíticas, pruebas y Rx y archivar. Avisar al médico correspondiente si hay algún cambio o alteración importante.
- Administrar medicación de las 18h.
- Realizar curas programadas.
- Comunicar al Internista de guardia la relación de nuevos ingresos con cargo a M.I.
- Montar historias del parte de quirófano del día siguiente. Comprobar fecha de realización del preoperatorio y repetir si es preciso.
- Recibir los ingresos y traslados según protocolo establecido. Aplicar protocolo prequirúrgico específico a los pacientes que ingresan para intervención quirúrgica (coger vía con catéter del nº 18, comprobar realización en banco de sangre de P.Cruzadas, rasurar campo quirúrgico, pautar profilaxis antibiótica tras comprobar alergias etc).
- Añadir a la planilla las dietas de los enfermos que ingresan durante el turno de tarde, así como los cambios: notificarlos al personal de cocina.
- Sacar las hojas de unidosis de los ingresos recibidos o de aquellos pacientes a los que se haya modificado el tratamiento.
- Administrar medicación de las 20h y las 21h y realizar determinación de glucemias.
- Notificar al servicio de Admisión de urgencias la movilidad de enfermos: traslados, exitus, altas e ingresos no presentados.
- Relevo oral y escrito de todos los pacientes.

TURNO DE NOCHE

- Llegar puntual y uniformado al servicio.
- Relevo oral y escrito de todos los pacientes.
- Toma de constantes.

- Preparar medicación de las 24h, 4h, 6h y 8h.
- Administrar medicación de las 24h.
- Recibir ingresos según protocolo.
- Comunicar al Internista de guardia la relación de ingresos con cargo a M.I.
- Administrar medicación de las 4h, 6h y 8h.
- Extracción de analíticas urgentes, orinas de 24h y urocultivos de los enfermos no portadores de SV a las 7h.
- Preparar primer quirófano de la mañana:
 - 1.Toma de constantes.
 - 2.Vestir para quirófano: gorro, calzas y paño verde.
 - 3.Retirada de objetos metálicos, prótesis dentales y acústicas, gafas y esmalte de uñas.
 - 4.Conectar profilaxis antibiótica.
- Notificar movilidad de enfermos al servicio de Admisión de urgencias.
- Relevo oral y escrito de todos los enfermos ingresados.

Personal auxiliar

TURNO DE MAÑANA

- Llegar puntual y uniformado al servicio.
- Relevo oral y escrito de todos los pacientes.
- Medir diuresis y cambiar bolsa a los enfermos portadores de sonda vesical según protocolo establecido. Comunicar a la enfermera si hay pacientes con diuresis menores de 200ml.
- Tomar temperaturas comunicando a la enfermera si hay enfermos con fiebre.
- Preparar carro de ropa limpia.
- Cursar analíticas, peticiones de pruebas y recoger los resultados de pruebas pendientes del día anterior.
- Repartir desayunos teniendo en cuenta los pacientes que precisan ayunas para la realización de pruebas o intervención quirúrgica. A los enfermos que vayan a ser

operados por la tarde se les ofrecerá una dieta líquida. Dar desayuno a enfermos con déficit de autocuidado. Comunicar a la enfermera si hay pacientes con déficit de ingesta.

- Aseo del enfermo:

- Hacer las camas dando prioridad a quirófanos y pruebas.

- Higiene corporal y aseo de cara, ojos y boca a todos los enfermos con déficit de autocuidado. Aconsejar y comprobar el aseo a los enfermos no dependientes.

- Observar estado de piel y mucosas y transmitir a la enfermera cualquier tipo de alteración.

- Preparar quirófanos de la mañana y de la tarde:

- Rasurado de hombre por el celador y de mujer por la Auxiliar de enfermería

- Ducha.

- Retirada de objetos metálicos, prótesis y esmalte de uñas.

- Dar y poner cuando corresponda la ropa verde de quirófano.

- Movilizar y levantar a los pacientes. Cambios posturales y de pañal a los enfermos que lo precisen. Requerir la presencia del celador si es necesario.

- Sacar ropa sucia a la zona destinada para ello.

- Repartir comidas. Abrir la bandeja para comprobar que la dieta es la correcta (diabética, turmix, alergias alimenticias etc). Dar comida a enfermos con déficit de autocuidado. Comunicar a la enfermera si hay pacientes con déficit de ingesta.

- Colocar pedidos de almacén, farmacia y esterilización.

- Retirar ropa de cama, limpiar los materiales reutilizables y desechar los de un solo uso de aquellas habitaciones en las que los pacientes hayan sido exitus, dados de alta o trasladados a otra habitación. Tras la limpieza de la habitación, dejad todo preparado para recibir un nuevo ingreso.

- Colaborar con limpieza en las zonas de office, farmacia y almacén según protocolo establecido.

- Limpiar y reponer carros de curas.

- Reponer material (jeringas, agujas, algodón, sueros etc) en la zona de farmacia.

- Atender a los enfermos procedentes de quirófano:

- Identificar al paciente.

- Poner camisón o pijama.

- Valorar estado general.

- Tomar temperatura.

- Comprobar si es portador de sonda vesical, sonda nasogástrica y/o drenajes.

- Comunicar a la enfermera todo lo valorado.
- Recibir ingresos y traslados:
- Identificar al paciente. Colocar cartel identificativo en la cabecera de la cama.
- Presentarse al enfermo y/o familiar y explicar funcionamiento de luz, timbre y demás utensilios.
- Colocar pulsera identificativa.
- Tomar temperatura.
- Comprobar si es portador de sonda vesical, sonda nasogástrica y/o drenajes.
- Comunicar a la enfermera todo lo valorado.
- Preparar el primer quirófano de la tarde según protocolo establecido.
- Hacer pedido a cocina.
- Relevo escrito.
- Dar relevo oral.

TURNO DE TARDE

- Llegar puntual y uniformado al servicio.
- Relevo oral y escrito de todos los pacientes.
- Medir diuresis y número de deposiciones. Comunicar a la enfermera si hay pacientes con diuresis menores de 200ml.
- Tomar temperaturas comunicando a la enfermera si hay enfermos con fiebre.
- Sacar la ropa limpia procedente de lencería y reponer.
- Retirar ropa de cama, limpiar los materiales reutilizables y desechar los de un solo uso de aquellas habitaciones en las que los pacientes hayan sido exitus, dados de alta o trasladados a otra habitación. Tras la limpieza de la habitación, dejad todo preparado para recibir un nuevo ingreso.
- Recoger resultados y citaciones de pruebas pendientes de la mañana.
- Repartir meriendas teniendo en cuenta los pacientes que precisan ayunas para la realización de pruebas o intervención quirúrgica. Dar merienda a enfermos con déficit de autocuidado. Comunicar a la enfermera si hay pacientes con déficit de ingesta.
- Preparar quirófanos de la tarde:
- Rasurado de hombre por el celador y de mujer por la Auxiliar de enfermería
- Ducha.
- Retirada de objetos metálicos, prótesis y esmalte de uñas.
- Dar y poner cuando corresponda la ropa verde de quirófano.

- Movilizar y levantar a los pacientes. Cambios posturales y de pañal a los enfermos que lo precisen. Requerir la presencia del celador si es necesario.
- Colocar cartel de ayunas a los pacientes que lo precisen para la realización de pruebas o intervención quirúrgica. Comunicar al enfermo y/o familiar a partir de qué hora debe abstenerse de ingerir alimentos ó líquidos.
- Repartir cenas. Abrir la bandeja para comprobar que la dieta es la correcta. Dar cena a enfermos con déficit de autocuidado. Comunicar a la enfermera si hay pacientes con déficit de ingesta.
- Retirar ropa de cama, limpiar los materiales reutilizables y desechar los de un solo uso de aquellas habitaciones en las que los pacientes hayan sido dados de alta o trasladados a otra habitación. Tras la limpieza dejad todo preparado para recibir un nuevo ingreso.
- Limpiar y reponer carros de curas.
- Reponer material (jeringas, agujas, algodón, sueros etc) en la zona de farmacia.
- Atender a los enfermos procedentes de quirófano según protocolo establecido.
- Recibir ingresos y traslados según protocolo establecido.
- Relevo escrito.
- Dar relevo oral.

TURNO DE NOCHE

- Llegar puntual y uniformado al servicio.
- Relevo oral y escrito de todos los pacientes.
- Medir diuresis. Comunicar a la enfermera si hay pacientes con diuresis menores de 200ml.
- Tomar temperaturas comunicando a la enfermera si hay enfermos con fiebre.
- Ofrecer y suministrar zumos, leche etc a los enfermos a los que les esté permitido.
- Cambios posturales y de pañal a los enfermos que lo precisen. Requerir la presencia del celador si es necesario.

- Retirar ropa de cama, limpiar los materiales reutilizables y desechar los de un solo uso de aquellas habitaciones en las que los pacientes hayan sido exitus, dados de alta o trasladados a otra habitación. Tras la limpieza dejad todo preparado para recibir un nuevo ingreso.
- Limpiar y reponer carros de curas tras su uso.
- Reponer material (jeringas, agujas, algodón, sueros etc) en la zona de farmacia.
- Atender a los enfermos procedentes de quirófano, urgencias y otros servicios según protocolo establecido.
- Hacer pedido de esterilización.
- Preparar el primer quirófano de la mañana:
 - Rasurado de hombre por el celador y de mujer por la Auxiliar de enfermería
 - Ducha.
 - Retirada de objetos metálicos, prótesis y esmalte de uñas.
 - Dar y poner cuando corresponda la ropa verde de quirófano.
- Cursar analíticas urgentes.
- Relevo escrito.
- Dar relevo oral.

1. **NIVEL DE RESPONSABILIDAD**

La práctica clínica responsable requiere poseer unos conocimientos suficientes y actualizados para el uso juicioso de unos recursos (diagnósticos y terapéuticos), que se aplicarán al paciente (de conformidad con él), con el objetivo de tratar de restablecer la salud.

El nivel de responsabilidad tiene su:

- Origen, en la capacidad de tomar decisiones en una organización.
- Referencia, en las implicaciones legales dentro del derecho sanitario.
- Objeto, en los pacientes y en la administración.
- Los dos elementos que constituyen el nivel de responsabilidad del personal médico son: las obligaciones por su lugar en la jerarquía organizativa y la propia responsabilidad como médico, ya sea disciplinaria, administrativa, civil o penal.
 - La responsabilidad ante la administración viene determinado por el nivel jerárquico que ostenta. Le corresponde:

- La asunción de funciones en la organización asistencial en el departamento de salud donde se sitúa. Igualmente de la realización de actividades docentes, investigación y de gestión.

- El cumplimiento de los objetivos marcados.

- Correcto funcionamiento de la Unidad y del personal adscrito

- Custodia y utilización adecuada de los recursos asignados.

- Gestión de la lista de espera.

- Ante el paciente la responsabilidad viene determinada por la toma de decisiones (clínicas) y condicionada por el cumplimiento de los deberes que se tienen ante ellos, como son el de la información, el consentimiento, secreto profesional, asistencia y consejo, cumplimentación de certificados legales, así como del diagnóstico y tratamiento de la patología.

- Son excepciones al Consentimiento:

- Extrema urgencia o gravedad.

- Riesgo o peligro de vida

- Situación de inconsciencia.

- Menores de edad.

- Enfermos psíquicos.

• Unidades funcionales

Si bien la estructura de un hospital de grupo II hace difícil la existencia de Unidades funcionales, en nuestro Servicio se han desarrollado consultas específicas y en base a ello Unidades funcionales para determinadas patologías como son:

- Patología de la mama (Miércoles)
- Patología endocrina (martes y viernes)
- Patología Coloproctológica (Lunes, Jueves y Viernes)
- Patología esófago –gástrica (Jueves)
- Patología hepato-bilio-pancreática (Lunes y Martes)
- Patología venosa de M.M.I.I. (Martes, Jueves y viernes)
- Patología de pared compleja

Igualmente se están desarrollando por parte de los responsables de esas unidades, de protocolos de derivación de pacientes desde Atención Primaria y Centro de Especialidades.

Sesiones clínicas

El Servicio de Cirugía del Departamento de Salud de Orihuela realiza las siguientes sesiones clínicas:

- Sesión semanal** de casos clínicos y programación quirúrgica. Se realiza los lunes de 8h 15 m a 10 h, con todos los miembros del Servicio.
- Sesión diaria de incidentes de la Guardia.** Se realiza a las 8h 15m con todos los miembros disponibles del Servicio.
- Sesión bibliográfica mensual.** Se comentan las novedades bibliográficas, así como las conclusiones de la asistencia a Congresos y Reuniones científicas.

Comités médico-quirúrgicos

El Servicio ha auspiciado la creación, y participa activamente en los siguientes comités hospitalarios:

- Comité de Patología mamaria.** Lo forman dos cirujanos, dos radiólogos, un patólogo y un oncólogo. Se reúnen todos los Miércoles a las 8h 15m, en la Consulta 1 de Cirugía.

•**Comité de Patología digestiva oncológica.** Lo forman dos cirujanos, un oncólogo, un radiólogo, un digestólogo, y un patólogo. Se reúnen todos los Jueves en la consulta 2 de Cirugía.

•**Comité de Patología endocrina.** Lo forman un cirujano, un radiólogo, un endocrinólogo, y un patólogo. Se reúnen el primer Lunes de cada mes en la consulta de Endocrinología. Su funcionamiento ha sido irregular, no habiéndose reunido en los últimos dos años.

Otras consideraciones

Aunque no forma parte del Organigrama funcional, el Servicio participa activamente en distintas Comisiones clínicas del Hospital (Calidad, Quirófano, Docencia, Tejidos y tumores, Farmacia, Infecciones, Investigación, Mortalidad) siendo miembros del Servicio, presidentes en dos de ellas.

Participamos en la Docencia postgrado del Hospital, pregrado como Servicio colaborador en la práctica de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad " Miguel Hernández ", así como en la de otros estamentos sanitarios.

Hemos organizado y participado en diferentes cursos y seminarios de actualización para enfermería, médicos de urgencia y médicos de A. Primaria, alguno de ellos incluido en el programa de formación de EVES.

Igualmente, miembros del Servicio han participado en Campañas de información y divulgación como la Prevención del Melanoma y el Cáncer de mama.

9. Organización

•Recursos físicos

El Servicio ha contado con 38 camas de hospitalización, hasta Octubre del 2013 que disminuyó a 30 distribuidas en 15 habitaciones dobles, que se encuentran en un bloque específico para Cirugía (habitaciones 222 – 236)

En este mismo bloque de hospitalización se encuentran:

- **Sala de sesiones**, amplia, espaciosa y dotada de mobiliario adecuado para adaptar a todos los componentes del servicio, bancada de estudios y dos terminales de ordenador, así como monitor de 47 pulgadas para la presentación de casos clínicos.

- **Control de enfermería**, con sala de curas, despacho para facultativos y personal de enfermería, almacén, servicios y dispensario farmacéutico y preparación de medicación, y terminal informática (Servolab, RIS...)

- **Bloque administrativo**, donde se encuentra el despacho del Jefe del Servicio, antesala de la administrativa y sala de archivos, preparación y revisión de historias clínicas. En el área administrativa, en la zona de la secretaria, mobiliario de oficina, terminales informáticos conectados a la red del hospital fundamentalmente para manejar el programa de agendas (**IRIS**, con todas sus aplicaciones).

- **Almacenes para uso diario**

- **Farmacia**

- **Lencería**

- **Sala de enfermería**

- **Estar de enfermería**

- **Aseo de personal**

- **Consulta de estomaterapia / mama**

- **Despacho de la supervisora**

La capacidad de ingreso de pacientes por parte de una planta de hospitalización está en función de distintas variables. La primera variable es el número de camas que presenta el Servicio, siendo éste un dato muy utilizado y controvertido como indicador de la calidad de una estructura sanitaria.

Otras variables que influyen son el índice de ocupación, la estancia media, y el índice de rotación de los pacientes.

Recursos humanos

De todos los recursos disponibles en un Servicio son, sin duda, los recursos humanos aquellos que de manera más importante van a determinar la cantidad y calidad de las actuaciones que del Servicio deriven. Del grado de formación técnico-profesional y de la calidad humana de estos recursos se derivará el clima de trabajo necesario para poder abordar los retos que nuestra actividad exige.

Profesionales médicos

Cada facultativo tiene un total de 1.589 horas contratadas descontados los días de libre disposición. Contando en líneas generales que un adjunto dedica un 80% de su actividad a la asistencia, el jefe de sección un 70%, y el Jefe de Servicio un 55%, el cálculo global es el siguiente, teniendo finalmente en cuenta que todos realizan guardias médicas, con sus respectivas libranzas.

La plantilla del Servicio de Cirugía del Departamento de Salud de Orihuela ha sufrido diversas crisis en su número en momentos de déficit de especialistas, llegando a disminuir en un 40 %. En la actualidad lo conforman 13 especialistas, si bien la plantilla global es de 14, por ello el cálculo lo he realizado en base a este número. La edad media es de 43 años y con una experiencia como especialista de 12.06 años de media. El rango de edad oscila de 31 a 61 años.

Se presenta como un conjunto homogéneo, con normas de actuación similares, lo que es importante a la hora de unificar criterios diagnósticos y actitudes terapéuticas.

En la actualidad, solo tres cirujanos han nacido en la comarca y cuatro viven en ella todo el año. Todos menos uno realizan guardias de Cirugía. Un cirujano es de nacionalidad polaca, si bien vive en la región más de cinco años, hablando el castellano perfectamente y otros tres idiomas más.

El acceso a la titulación como especialista fue en el 92 % con el Plan de Formación MIR. Solo cinco de los trece cirujanos actuales tienen plaza en propiedad.

Por último destacar que cuatro de ellos son mujeres y nueve son hombres.

•Personal de enfermería

Si bien este personal no depende orgánicamente de la Jefatura de Servicio de Cirugía si debe considerarse en cierta manera ya que los estrechos vínculos necesarios para el normal desarrollo de la actividad diaria condicionan una relación que debe ser fluida y permanente.

Por otra parte los estándares de dotación de este tipo de personal condicionarán en muchos casos los índices funcionales del Servicio en tanto en cuanto una adecuada correlación de recursos para cada una de las modalidades asistenciales condicionarán una mejora de estos mismos.

El módulo de Enfermería para la Planta actual es de 8 turnos antiestres y un turno de volante. El turno de mañana se compone de tres enfermeras y tres auxiliares, el de la tarde con dos enfermeras y dos auxiliares, y en la noche con un enfermero y un auxiliar. La Supervisora es compartida tanto para los enfermos quirúrgicos de la planta de Cirugía como para la planta de Especialidades Quirúrgicas. La supervisora es igualmente la encargada de la organización y coordinación de los pacientes ostomizados, labor que conlleva con los enfermos urológicos, disponiendo recientemente de sala específica, al igual que el control de heridas y drenajes.

En Consulta Externa hospitalaria la dotación es de una enfermera y una auxiliar que desarrollan su labor tanto en el sentido de realizar las curas y retirada de puntos de los pacientes que ha atendido el Servicio de Cirugía, como preparar y colaborar en el desarrollo de las Consultas Externas. Creemos conveniente que las personas encargadas se mantengan estables en el puesto, porque de su permanencia y de su conocimiento del funcionamiento de la consulta dependerán que se mantengan vivos los protocolos de seguimiento, los protocolos de inclusión y dará un espíritu de continuidad a esta actividad.

En la consulta del Centro de especialidades hay una enfermera, que lleva en su puesto desde más de 25 años.

Además de los conocimientos generales de su profesión debe tener los específicos de La Cirugía General y sus habilidades.

Conocerán los grandes síndromes quirúrgicos como son: la Apendicitis aguda, Colelitiasis, hernias de la pared abdominal, Cirugía de la mama, y del Aparato digestivo.

Tendrá formación y experiencia en cuidados de las heridas, drenajes, fístulas digestivas, y manejo de las ostomías.

Deben tener compromiso con la especialidad, participando en los cursos y seminarios que se impartan como alumnos y docentes.

Dependen jerárquicamente del Supervisor correspondiente y en la parcela específica de Cirugía, del Jefe de Servicio en un clima de armonía entre todos.

Personal de enfermería consulta externa.-

Realizará la cura de heridas complejas, en horario de 8,15 a 9 horas.

Recibirá, y preparará la historia clínica para la consulta médica

Ayudará al facultativo en la realización de las exploraciones pertinentes, así como de aquellas pequeñas intervenciones o procesos proctológicos.

Igualmente ayudará al facultativo en la cumplimentación del estudio preoperatorio, del Consentimiento informado, así como de la propuesta quirúrgica, siendo responsable de tramitar esta última en el Servicio de Admisión.

Mantendrá a punto el material específico, reposición y en resumen velará por el buen funcionamiento organizativo de todas las actividades de la consulta externa.

Llevará un control y estadística de la actividad asistencial realizada.

En el hospital, al ser miembros colaboradores de los distintos Comités que se realizan en dichas salas, serán responsables de la preparación de dichas historias clínicas.

Enfermería de quirófano.

Se buscará un equipo fijo y estable, imprescindible para mantener las destrezas necesarias de esta función tan técnica.

Llevará el control de todo el material inventariable, procurando su buen estado en cada momento, y actualizando las normas de cuidado y funcionamiento.

Control rutinario del material fungible, conociendo con exactitud las existencias del mismo, procurando las reposiciones adecuadas a su uso.

Para todo ello se realizará un inventario informatizado de todo el instrumental y equipación técnica, propia de la especialidad, su cuidado y su uso.

Supervisora de planta.-

Es la responsable de la organización y el buen funcionamiento de las actividades de hospitalización así como responsable de todo el personal de enfermería y auxiliar.

Elaborará y actualizará, en colaboración con los facultativos, los protocolos de enfermería propios de nuestra especialidad (recepción de ingresos, cumplimentación de la documentación de la historia clínica, vías clínicas, preparación del enfermo quirúrgico).

Colaborará en la evaluación de calidad, ciclos de mejora y formalización de encuestas de satisfacción de los pacientes.

Acompañará al cirujano encargado del pase de visita, junto con el enfermero asignado al menos dos días por semana.

Será parte integrante del Comité de Calidad de la planta de hospitalización.

Personal administrativo

El trabajo diario y ordinario que generan 30 pacientes ingresados y la necesidad prácticamente diaria de elaborar 3 partes de intervenciones, teniendo que localizar a los mismos y confirmar su ingreso, así como el mantenimiento de todos los Archivos es un trabajo realmente importante y que requiere una dedicación fundamental. Además, con el desarrollo del Sistema Informático el trabajo al que se ven sometidos estos Administrativos, y en concreto en los dos últimos años, se ha incrementado de manera muy notable en calidad y eficiencia.

El personal administrativo lo componen una administrativa y un auxiliar administrativo.

Las tareas que habrán de realizar son:

- Programación actividad quirúrgica.
 - o Llamar al paciente,
 - o Gestionar ingresos programados.
 - o Mecanizar el parte quirúrgico.
 - o Localización historia clínica.
 - o Comprobación documentación necesaria previa al ingreso (propuesta quirúrgica, informe anestesia, suspensión medicación...).

- Tramitación alta hospitalaria.
 - o Colaborar con el facultativo a la realización del informe de alta hospitalaria, comprobando que el paciente se marcha con toda la documentación necesaria como
 - Informe de alta hospitalaria
 - Recetas,
 - Parte de baja y confirmación
 - Revisión en consultas externas.

- Tramitación de informe clínicos solicitados por los pacientes en documentación clínica.

- Verificación datos personales de los pacientes hospitalizados.

- Búsqueda, ordenación y verificación de historias clínicas.

- Gestión de listas de espera quirúrgica, organizando y clasificando propuestas.

- Envío de pacientes a consulta anestesia.

- Recuento de la actividad realizadas por los facultativos del servicio, remitiendo información a Recursos Humanos.

- Colaborar con Jefe de Servicio y Jefe de Sección en el control de indicadores quirúrgicos, y ayudar en la elaboración de la Memoria anual del Servicio.

- Justificantes de ingreso solicitados por los pacientes y/o acompañantes.

- Atender las llamadas telefónicas

- Gestionar documentación pruebas externalizadas.

- Tramitar hojas de ambulancias.

Organigrama funcional

ACTIVIDAD	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Cirugía Mayor con ingreso	1.5	2	1	1	1
Cirugía Mayor Ambulatoria					1
Cirugía Menor Ambulatoria	1			0.25 (1/mes)	
Consulta Externa Hospital	2	2	2	2	2
Consulta Centro de Especialidades	1	1	1	1	1

Faltan de este organigrama las urgencias médicas y sus respectivas libranzas, así como la actividad de planta.

Las consultas externas del hospital tienen asignado cirujano y día fijo de la semana para un correcto seguimiento personalizado de los pacientes. Los martes y jueves, una de las consultas se desdobra en dos para que todos dispongan de un día específico de consulta. La hora de comienzo es a las 9 h, salvo miércoles y jueves, día de los comités de mama y tumores digestivos respectivamente, comenzando a las 9.30 h. Las consultas asignadas han sido:

- Primeras consultas 5
- Consultas sucesivas 13

Aunque no de una forma exclusiva, las primeras consultas se citan en base a la implicación del cirujano en alguna unidad funcional dentro del Servicio (mama, endocrino, hepatobilio-pancreática...)

La consulta del Centro de Especialidades la pasa un cirujano designado, salvo los lunes, que es rotatorio por el resto del servicio, siendo las consultas asignadas:

- Primeras consultas 18
- Consultas sucesivas 10

En todas las consultas se realiza la elaboración de propuestas quirúrgicas, y la cumplimentación del consentimiento informado específico, existiendo un circuito entre el Centro de Especialidades y el Hospital, para la incorporación de los documentos clínicos precisos para la intervención quirúrgica.

La actividad quirúrgica programada la realizan todos los miembros del Servicio, según disponibilidades de la actividad fija en consultas externas, guardias médicas y libranzas, ajustándose, en la medida de lo posible, al cirujano que realizó la propuesta quirúrgica. La programación quirúrgica se realiza semanalmente, presentándose los casos en la sesión del lunes.

El pase de visita hospitalario se realiza de forma diaria incluyendo festivos, realizándose en estos días por los cirujanos de guardia. El horario es de 9h 30m a las 12 h.

La información a familiares se realiza una vez terminado el pase de visita hospitalario los días lunes, miércoles y viernes, si bien de forma extraordinaria, se hace siempre que las circunstancias clínicas del paciente lo requiera.

Las guardias médicas las realizan dos cirujanos al día, y de presencia física. Ellos se encargan de atención en el Servicio de Urgencias, de los médicos de guardia de otras especialidades, y del cuidado de los enfermos quirúrgicos ingresados. Igualmente realizan las interconsultas de los demás servicios del hospital, la revisión y supervisión de las historias clínicas y protocolos establecidos de los pacientes ingresados para cirugía programada, y del pase de visita en días festivos. Todos los miembros del Servicio, realizan guardias médicas.

Existen igualmente **Protocolos y Normas** de obligado cumplimiento, así como **vías clínicas** de las patologías consideradas más relevantes.

Igualmente el servicio dispone de Informe de altas clínicas informatizada con los datos del CMBD, según el programa de la Consellería, Consentimientos informados para todos los procedimientos de la especialidad, Informe de alta en C.M.A., Informe de Alta voluntaria, e informe de Alta provisional, cuando ésta se realiza en fin de semana, y hojas de instrucciones para determinadas patologías y cuidados en CCEE y hospitalización.

Por parte de enfermería, y consensado con los facultativos, dispone de:

- Protocolo de Acogida del ingreso
- Preparación del paciente para quirófano (según patología).
- Protocolo de acogida desde quirófano.
- Registro de preoperatorio, postoperatorio y curso clínico.
- Registro y cuidado del paciente ostomizado.

Semanalmente se realiza el organigrama, siguiendo una plantilla, que se coloca en el tablón de la secretaría del Servicio, junto a la programación quirúrgica.

La programación de Autoconciertos para la reducción de listas de espera quirúrgica, se realiza según disposición presupuestaria y coordinada con Dirección, realizándose por los miembros del Servicio de forma rotatoria. Solo se incluyen pacientes con antigüedad en lista de espera.

Métodos, Protocolos y Normas

Son innumerables las normas y métodos de organización del trabajo diario, tantas como actividades se deseen estandarizar. Muchas veces son costumbres no escritas aceptadas por la mayoría de los miembros tras años de funcionamiento. A pesar de ello conviene especificar explícitamente la difusión escrita de las normas y procedimientos de las actividades clave dentro de la guía de funcionamiento del Servicio.

La variabilidad, tanto clínica, como funcional, es la mayor causa de ineficiencia en nuestro quehacer diario, así como de conflictos entre distintos estamentos y a nivel personal.

El Servicio de Cirugía ha desarrollado, a lo largo de los años, diversos Protocolos clínicos, basados fundamentalmente en las Guías clínicas editadas por la Asociación Española de Cirujanos, y en evidencias científicas. Fruto de ello son los Protocolos de Profilaxis antibiótica, Profilaxis antitrombótica, Preparación mecánica del Colon, y los distintos Algoritmos en las patologías más relevantes, elaborados por los responsables de las distintas Unidades funcionales, y consensuadas por el resto del Servicio, y de obligado cumplimiento.

Es necesario desarrollar un doble fichero, informático, y manual, bien accesible para todos, y con copia de seguridad. Estos ficheros se almacenarán en una carpeta informatizada en todos los terminales del Servicio, así como en un archivador en la Sala de Reuniones.

En colaboración con el personal de enfermería, se elaboraron distintas Vías Clínicas, para el curso evolutivo en planta de las patologías más relevantes. En total se establecieron seis vías clínicas. Será función del Comité de calidad su seguimiento y valoración.

Por parte del Personal de Enfermería, existen diversos protocolos asistenciales, consensuados con los médicos, como los de preparación para quirófano, y diversos circuitos de pacientes.

Igualmente deben ser actualizados, y archivados para su plena difusión por todo el personal del Servicio. También será una importante tarea del Comité de calidad su seguimiento y actualización constante.

La práctica totalidad de las normas de funcionamiento, deben quedar escritas y archivadas, destacando las más importantes:

- El horario del pase de visita es de 9,30 a 11 horas, todos los días de la semana, incluidos festivos.
- El pase de visita lo realizará el cirujano, juntamente con el enfermero responsable del paciente. Sería aconsejable, que la supervisora realizara también el pase de visita una vez por semana.
- La información médica a familiares se realizará, una vez concluido el pase de visita, de lunes a viernes.
- La planta permanecerá cerrada a visitas de familiares de 9 a 13 horas, salvo los que diga expresamente la supervisora.
- El informe de alta, lo realizará el médico que lo haya indicado, siendo entregado al paciente antes de las 13,30 horas.
- El cirujano de guardia indicará y revisará el cumplimiento de los protocolos quirúrgicos de los enfermos que ingresen en horario de tarde, una vez preparada convenientemente la historia, por el personal de enfermería.
- Los turnos de guardia, se realizará en base a un sistema rotatorio, consensuado por todos los miembros del Servicio.
- Cuando por fuerza mayor, un facultativo no pueda realizar su guardia, será substituido por el inmediato seguidor, avanzando correlativamente todos los facultativos.

- Los turnos de vacaciones se establecerá según la normativa general, siempre y cuando no se llegue a un consenso entre los facultativos.
- La programación semanal como el organigrama y turnos de guardia, quedarán expuestos en la secretaría del Servicio, con suficiente antelación.
- Los facultativos disponibles, se reunirán en la sala de sesiones, una vez terminadas sus tareas asistenciales a las 14,15 horas, para comentar las posibles incidencias del día.

Protocolos

Gastrectomía – Esofaguectomía – Hernia - Eventración

- Ingreso la tarde anterior a la intervención (excepto hernias y eventraciones no complejas).
- Recepción y colocación pulsera identificación paciente hospitalizado.
- Historia clínica ordenada en la que figure:
 - Hoja de estudio preanestésico.
 - Estudio preoperatorio completo (analítica, Rx y ECG).
 - Hoja evolución clínica.
 - Informe radiológico y/o anatomopatológico.
 - Consentimiento informado de cirugía y anestesia.
 - Registro en Hoja Enfermería de posibles ALERGIAS y medicación domiciliaria.
 - Registro ctes y valoración de riesgo UPP (Braden) al ingreso.
 - Comprobación de realización de PC: en Banco de sangre (pulsera con nº seguridad) siempre que esté especificado en parte de quirófano (Gastrectomía y Esofaguectomía).
 - BRÁNULA HEPARINIZADA 18G.
 - Administración PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA a las 20h, si procede.
 - RASURAR CAMPO (según protocolo campo quirúrgico). REVISIÓN y ducha posterior.

- Administración de ENEMA CASEN a las 24h y 6 h (si no efectivo), según proceda (excepto Hernias).
- Dieta Absoluta a partir de las 24h (salvo medicación antihipertensiva o indicada por cirujano o anestesista)
- LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:
 - Eliminación de cosméticos (laca de uñas...)
 - Retirada de objetos metálicos, prótesis...
 - Ropa de cama limpia y paño verde.
 - ADMINISTRACIÓN Profilaxis Antibiótica, según pauta.
 - Control y registro Ctes.
 - Adjuntar a Historia: Hoja de Tratamiento de enfermería y Observaciones y Cuidados, antes de bajar a quirófano.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO

- Ingreso el día anterior a la intervención por la mañana.
 - Recepción y colocación pulsera identificación paciente hospitalizado.
 - Historia clínica ordenada en la que figure:
 - Hoja de estudio preanestésico.
 - Estudio preoperatorio completo (analítica, Rx y ECG).
 - Hoja evolución clínica.
 - Informe radiológico y/o anatomopatológico.
 - Consentimiento informado de cirugía y anestesia.
 - Registro en Hoja Enfermería de posibles ALERGIAS y medicación domiciliaria (si tratamiento con SINTRON o ALDOCUMAR “cursar COAGULACIÓN al ingreso”).
 - Registro ctes y valoración de riesgo UPP (Braden) al ingreso.
 - AVISAR a Banco de sangre del ingreso para realización de PC, previo volante de petición.
 - Dieta LIQUIDA SIN RESIDUOS, desde el ingreso hasta las 24h.
 - PREPARACIÓN INTESTINAL con FOSFOSODA* (11h y 18h),
- *si contraindicación (cardiopatía o insuficiencia renal) MOVIPREP ((2 SOBRES),

Si la preparación no resulta efectiva, ENEMA DE LIMPIEZA a las 6 h.

- BRÁNULA HEPARINIZADA 18G.

- Administración PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA, a las 20h.
- Administración PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: Neomicina 1g y Flagyl 1g VO a las 19 h y 23 h.
- RASURAR CAMPO (según protocolo campo quirúrgico). REVISIÓN y ducha posterior.
- INICIAR FLUIDOTERAPIA a las 24h: Ringer Lactato o Glucosalino 500 ml c/6h.
- Dieta Absoluta a partir de las 24h (salvo medicación antihipertensiva o indicada por urólogo o anestesista)
- LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:
 - Eliminación de cosméticos (laca de uñas...)
 - Retirada de objetos metálicos, prótesis...
 - Ropa de cama limpia y paño verde.
- ADMINISTRACIÓN Profilaxis Antibiótica: TENCEF 2 g IV.
 - *Si alergia a penicilina: FLAGYL 1500 mg + TOBRAMICINA 200 mg IV
- Control y registro Ctes.
- Adjuntar a historia: Hoja de Tratamiento de enfermería y Observaciones y Cuidados, antes de bajar a quirófano.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGÍA DE CUELLO

Tiroidectomía - Hemitiroidectomía

- Ingreso el día de la intervención.
- Recepción y colocación pulsera identificación paciente hospitalizado.
- Historia clínica ordenada en la que figure:
 - Hoja de estudio preanestésico.
 - Estudio preoperatorio completo (analítica, Rx y ECG).
 - Hoja evolución clínica.
 - Informe radiológico y/o anatomopatológico.
 - Consentimiento informado de cirugía y anestesia.
 - Registro en Hoja Enfermería de posibles ALERGIAS y medicación domiciliaria.
 - Registro ctes y valoración de riesgo UPP (Braden) al ingreso.
 - Comprobación de realización de PC: en Banco de sangre (pulsera con nº seguridad) siempre que esté especificado en parte de quirófano .

- BRÁNULA HEPARINIZADA 18G.
- Administración PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA a las 20h.
- RASURAR CAMPO (según protocolo campo quirúrgico). REVISIÓN y ducha posterior.
- Dieta Absoluta a partir de las 24h (salvo medicación antihipertensiva o indicada por cirujano o anestesista)
- LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:
 - Eliminación de cosméticos (laca de uñas...)
 - Retirada de objetos metálicos, prótesis...
 - Ropa de cama limpia y paño verde.
 - ADMINISTRACIÓN Profilaxis Antibiótica, según pauta.
 - Control y registro Ctes.
 - Adjuntar a Historia: Hoja de Tratamiento de enfermería y Observaciones y Cuidados, antes de bajar a quirófano.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGÍA DE VÍAS BILIARES

Colecistectomía abierta – Colecistectomía laparoscópica

- Ingreso el día de la intervención.
- Recepción y colocación pulsera identificación paciente hospitalizado.
- Historia clínica ordenada en la que figure:
 - Hoja de estudio preanestésico.
 - Estudio preoperatorio completo (analítica, Rx y ECG).
 - Hoja evolución clínica.
 - Informe radiológico y/o anatomopatológico.
 - Consentimiento informado de cirugía y anestesia.
 - Registro en Hoja Enfermería de posibles ALERGIAS y medicación domiciliaria.
 - Registro ctes y valoración de riesgo UPP (Braden) al ingreso.
 - Comprobación de realización de PC: en Banco de sangre (pulsera con nº seguridad) siempre que esté especificado en parte de quirófano.
- BRÁNULA HEPARINIZADA 18G.
- Administración PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA a las 20h.
- RASURAR CAMPO (según protocolo campo quirúrgico). REVISIÓN y ducha posterior.

➤ Dieta Absoluta a partir de las 24h (salvo medicación antihipertensiva o indicada por cirujano o anestesista)

➤ LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:

- Eliminación de cosméticos (laca de uñas...)
 - Retirada de objetos metálicos, prótesis...
 - Ropa de cama limpia y paño verde.
- ADMINISTRACIÓN Profilaxis Antibiótica, según pauta.
- Control y registro Ctes.
- Adjuntar a Historia: Hoja de Tratamiento de enfermería y Observaciones y Cuidados, antes de bajar a quirófano.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGÍA FLEBOLÓGICA MMII

➤ Ingreso el día de la intervención.

➤ Recepción y colocación pulsera identificación paciente hospitalizado.

➤ Historia clínica ordenada en la que figure:

- Hoja de estudio preanestésico.
 - Estudio preoperatorio completo (analítica, Rx y ECG).
 - Hoja evolución clínica.
 - Informe radiológico y/o anatomopatológico.
 - Consentimiento informado de cirugía y anestesia.
- Registro en Hoja Enfermería de posibles ALERGIAS y medicación domiciliaria.
- Registro ctes y valoración de riesgo UPP (Braden) al ingreso.
- Comprobación de realización de PC: en Banco de sangre (pulsera con nº seguridad) siempre que esté especificado en parte de quirófano.
- BRÁNULA HEPARINIZADA 18G.
- Administración PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA a las 20h, si procede.
- RASURAR CAMPO (según protocolo campo quirúrgico). REVISIÓN y ducha posterior.
- Dieta Absoluta a partir de las 24h (salvo medicación antihipertensiva o indicada por cirujano o anestesista)

➤ LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:

- Eliminación de cosméticos (laca de uñas...)
- Retirada de objetos metálicos, prótesis...
- Ropa de cama limpia y paño verde.

- ADMINISTRACIÓN Profilaxis Antibiótica, si procede.
- Control y registro Ctes.
- Adjuntar a Historia: Hoja de Tratamiento de enfermería y Observaciones y Cuidados, antes de bajar a quirófano.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGÍA DE MAMA

Fístula mamaria – Tumorectomía – Cuadrantectomía –

Esterotaxia (biopsia por arpón) -

Mastectomía simple - Mastectomía radical

- Ingreso el día de la intervención.
- Recepción y colocación pulsera identificación paciente hospitalizado.
- Historia clínica ordenada en la que figure:
 - Hoja de estudio preanestésico.
 - Estudio preoperatorio completo (analítica, Rx y ECG).
 - Hoja evolución clínica.
 - Informe radiológico y/o anatomopatológico.
 - Consentimiento informado de cirugía y anestesia.
 - Registro en Hoja Enfermería de posibles ALERGIAS y medicación domiciliaria.
 - Registro ctes y valoración de riesgo UPP (Braden) al ingreso.
 - Comprobación de realización de PC: en Banco de sangre (pulsera con nº seguridad) siempre que esté especificado en parte de quirófano (Mastectomías).
 - BRÁNULA HEPARINIZADA 18G.
 - Administración PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA a las 20h, si procede.
 - RASURAR CAMPO (según protocolo campo quirúrgico). REVISIÓN y ducha posterior.

- Dieta Absoluta a partir de las 24h (salvo medicación antihipertensiva o indicada por cirujano o anestesista)
- LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:
 - Eliminación de cosméticos (laca de uñas...)
 - Retirada de objetos metálicos, prótesis...
 - Ropa de cama limpia y paño verde.
 - ADMINISTRACIÓN Profilaxis Antibiótica: Cefazolina 1 g IV según pauta.
 - Control y registro Ctes.
 - Adjuntar a Historia: Hoja de Tratamiento de enfermería y Observaciones y Cuidados, antes de bajar a quirófano.
 - * Las Esterotaxias pasarán antes de Quirófano por el servicio de RX. Se le colocará una bata abierta por delante.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE DE CIRUGÍA PROCTOLÓGICA

Hemorroidectomía – Fisura anal – Fístula anal –

Quiste pilonidal – Absceso pilonidal

- Ingreso el día de la intervención.
- Recepción y colocación pulsera identificación paciente hospitalizado.
- Historia clínica ordenada en la que figure:
 - Hoja de estudio preanestésico.
 - Estudio preoperatorio completo (analítica, Rx y ECG).
 - Hoja evolución clínica.
 - Informe radiológico y/o anatomopatológico.
 - Consentimiento informado de cirugía y anestesia.
 - Registro en Hoja Enfermería de posibles ALERGIAS y medicación domiciliaria.
 - Registro ctes y valoración de riesgo UPP (Braden) al ingreso.
 - Comprobación de realización de PC: en Banco de sangre (pulsera con nº seguridad) siempre que esté especificado en parte de quirófano.
 - BRÁNULA HEPARINIZADA 18G.
 - Administración PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA a las 20h, si procede.
 - RASURAR CAMPO (según protocolo campo quirúrgico). REVISIÓN y ducha posterior.

- Administración de enema casen a las 24 h, si procede.
- Dieta Absoluta a partir de las 24h (salvo medicación antihipertensiva o indicada por cirujano o anestesista)
- LA MAÑANA DE LA INTERVENCIÓN:
 - Eliminación de cosméticos (laca de uñas...)
 - Retirada de objetos metálicos, prótesis...
 - Ropa de cama limpia y paño verde.
- ADMINISTRACIÓN Profilaxis Antibiótica, según pauta.
- Control y registro Ctes.
- Adjuntar a Historia: Hoja de Tratamiento de enfermería y Observaciones y Cuidados, antes de bajar a quirófano.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREOPERATORIA	
	Elección
Esofago Gastroduodenal Intestino delgado	Amoxicilina - Clavulanico 2gr/iv
Vesicula Vias biliares	Cefuroxima 1,5 gr/iv
Colorectal	*Día previo: -- Preparacion mecánica: 10 h + dieta líquida -- Neomicina 1 gr/vo -- Metronidazol 1 gr/vo <p style="text-align: center;">a las 19 y 23 horas</p> *Día intervención: -- Cefminox 2gr/iv
Sinus pilonidal	- Cefazolina 2gr/iv

Fistulas	Metronidazol 500 mg/iv
Mama	Cefazolina 2gr/iv
Pared abdominal	Cefazolina 2gr/iv
Varices	Cefazolina 2gr/iv
Esplenectomia	Amoxicilina - Clavulanico 2gr/iv y mantener postp.
Suprarrenales	Amoxicilina - Clavulanico 2gr/iv y mantener postp.

DIVERTICULITIS AGUDA

A.- DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

- Sin factores de riesgo

- Amoxicilina-clavulánico 2gr/iv/8 horas.

Si evolución clínica satisfactoria, alta con

- Amoxicilina-clavulanico 1gr/62,5 mg/ 2 comp/vo/12 h 10 días.

Alergia a B-lactámicos:

- Ciprofloxacino 400 mg/iv/12 h + Metronidazol 500mg/iv/8 h.

Si evolución clínica satisfactoria, alta con

- Ciprofloxacino 750 mg/vo/12 h + Metronidazol 500mg/vo/8 h 10 días.

- Con factores de riesgo

- Ertapenem 1gr/iv/24 horas.

- PIP-TZ 4,5 gr/iv/ 8h.

Añadir al alta en ambos casos:

- 1.- Suplementos de fibra (salvado de trigo---2 cuch/24 h) dar entre 20-30 grs de fibra.
- 2.- Rifaximina 400 mg/12h/vo 7 días al mes. Mantener tto durante 12 meses.
- 3.- Si no se consigue un adecuado control sintomático añadir:
 mesalazina 1000 mg/12 horas, administración continúa.
- 4.- Dejar solicitada colonoscopia en 4-6 semanas, para revisión en consulta externa.

B.- DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA

Clasificación de Hinchey

1.- Hinchey I.

- Ertapenem 1gr/iv/24 horas.
- PIP-TZ 4,5 gr/iv/ 8h.

2.- Hinchey II.

- Drenaje radiológico, si inaccessible o no resoluble --- vía laparoscópica.
- Ertapenem 1gr/iv/24 horas.
- PIP-TZ 4,5 gr/iv/ 8h.

3.- Hinchey III-IV.

- Cirugía.
- Imipenem 500mg/iv/6 h.
- Meropenem 1gr/iv/8 h.

Alergia a B-lactamicos

- Aztreonam 2gr/iv/6-8 h + Metronidazol 500 mg/iv/ 6-8 h.
- Levofloxacino 750 mg/iv/24 h + Metronidazol 500 mg/iv/ 6-8 h.

Tiempo de tratamiento entre 7 y 10 días.

APENDICITIS

A.- Apendicitis aguda no complicada.

- Cefminox 2gr dosis única.

B.- Apendicitis aguda complicada (gangrenosa-perforada).

- Cefminox 2gr/12 h durante 3-5 días.

Alergia a B-lactámicos

- AMG (dosis única)+ Metronidazol 500 mg/iv/ 6-8 h.

C.- Apendicitis agudas complicadas con peritonitis.

- Ertapenem 1gr/iv/24 h.
- PIP-TZ 4,5 gr/iv/ 8h.

Si la evolución clínica no es favorable, considerar cambio tratamiento:

- Imipenem 500mg/iv/6 h.
- Meropenem 1gr/iv/8 h.

Alergia a B-lactámicos:

- Aztreonam 2gr/iv/6-8 h + Metronidazol 500 mg/iv/ 6-8 h.

Nota: si sospechamos Ps aeruginosa hay que incrementar Imipenem a 1 gr/6 h.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREOPERATORIA		
	¿CUÁNDO?	DE ELECCIÓN
ESÓFAGO-GASTRO-DUODENAL- INTESTINO DELGADO	SIEMPRE	Amoxicilina-Clavulámico 1 g IV
VESÍCULA BILIAR	>70 años Escleroatrófica Perforación intraoperatoria	Cefazolina 2g IV
VÍA BILIAR	SIEMPRE	Cefazolina 2g IV
COLO-RECTAL	<u>PROGRAMADA</u>	Día previo: Neomicina 1 g VO + Metronidazol 1g VO (19h y 23h) Día de la intervención: Cefminox 2 g IV
	<u>URGENTE</u>	Cefazolina 2g IV+ Metronidazol 1,5g IV
MAMA	Fístula mamaria Neoadyuvancia Prótesis	Cefazolina 2g IV
BAZO	Sólo si ESPLENOMEGALIA	Cefazolina 2g IV
SUPRARRENALES	Sólo si FUNCIONANTES	Cefazolina 2g IV
PARED ABDOMINAL	SIEMPRE	Cefazolina 2g IV
PARTES BLANDAS	Hidrosadenitis Sinus Pilonidal	Cefazolina 2g IV
PROCTOLOGÍA	Fístulas	Cefazolina 2g IV
VARICES	Si incisión inguinal (crossectomía) y SEPS	Cefazolina 2g IV

PROTOCOLO TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		
	INDICACIÓN	DE ELECCIÓN
PARTES BLANDAS	ABSCESO PERIANAL (con factores de riesgo, ver abajo)	Levofloxacin 750 mg VO / 24h + Metronidazol 500 mg VO / 6h

	CELULITIS, MASTITIS	Cloxacilina 500 mg VO/ 6h
	FASCITIS NECROTIZANTE	Clindamicina 600 mg IV / 8h + Ceftriaxona 2 g IV/ 12h
INFECCIÓN INTRAABDOMINAL	FACTORES DE RIESGO:	-Edad > 65 años -Inmunosupresión, oncológicos -DM -Cardiopatía, EPOC, insuficiencia renal, cirrosis
COMUNITARIA	LEVE-MODERADA SRIS con lactato < 2mmol/l	Sin factores de riesgo: Cefminox 2g IV / 12h Con factores de riesgo: Ertapenem 1g IV / 24h
	GRAVE SRIS con: 1.- lactato > 2mmol/l 2.- Requiere drogas vasoactivas 3.- Fallo orgánico (renal, pulmonar, cardiológico...)	Sin factores de riesgo: Piperacilina-Tazobactam 4g IV / 8h Con factores de riesgo: Imipenem 500 mg IV / 8h o Meropenem 1 g IV / 8h
NOSOCOMIAL (PERITONITIS POSTOPERATORIA)		Sin factores de riesgo: Piperacilina-Tazobactam 4g IV / 8h Con factores de riesgo: Imipenem 500 mg IV / 8h o Meropenem 1 g IV / 8h
FLEBITIS CENTRAL	Comprobación infección previa retirada de catéter (Gram)	Vancomicina 1 g IV / 12h

Vías clínicas

VIA CLINICA: TIROIDECTOMÍA

**SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
HOSPITAL VEGA BAJA**

Autor: Borja Florenciano Lajusticia

Índice:

1. Preoperatorio
 - a.Consulta de Cirugía
 - b.Consulta de Anestesia
 - c.Medicación y medidas preoperatorias
2. Intervención
3. Postoperatorio
4. Alta hospitalaria
 - a.Criterios de alta hospitalaria
 - b.Procedimiento de alta hospitalaria
5. Manejo de la hipocalcemia
 - a.Definición
 - b.Signos clínicos
 - c.Actuación ante hipocalcemia tras tiroidectomía
- II.Fórmulas
- III.Algoritmo de reposición del calcio

1-PREOPERATORIO

Consulta de Cirugía

1. HC y exploración.
2. Pruebas complementarias: Ecografía, PAAF, Analítica (TSH, T3 y T4, anti-TPO, PTH, Calcio, Fósforo y albúmina), Rx tórax.
3. Otras pruebas: TC cuello, gammagrafía, PET, laringoscopia...individualizar según el caso.
4. Consentimiento informado.
5. Propuesta quirúrgica.
6. Información al paciente del procedimiento.

Consulta de Anestesia

1. Preoperatorio apto.
2. Valoración del riesgo anestésico.
3. Consentimiento de Anestesia.
4. Pruebas complementarias: ECG. HG. BQ. Coagulación.
5. Información.

Medicación y medidas preoperatorias

1. Higiene general.
2. Ayuno 8 horas antes.
3. Profilaxis antitrombótica individualizada.
4. Profilaxis antibiótica individualizada (no precisa habitualmente).
5. Benzodiazepinas la noche antes si ansiedad.
6. Solución de lugol 5 gotas/8h durante los 7 días previos en caso de hipertiroidismo.
7. Medicación antitiroidea en caso de hipertiroidismo.
8. Medicación domiciliar necesaria para control de otras patologías.
9. Comprobación suspensión medicación anticoagulante oral o antiagregante.
10. Rasurado.
11. Constantes

2-INTERVENCIÓN

1. Verificación del enfermo y la patología.
2. Presentación del equipo.

3. Colocación del enfermo.
4. Revisión del material quirúrgico.
5. Tiroidectomía total.
6. Envío de la pieza quirúrgica a Anatomía Patológica.
7. Comprobación de las glándulas paratiroides.
8. Comprobación de los nervios recurrente.
9. Revisión de hemostasia. Maniobras de Valsalva del Anestesista.
10. Drenaje aspirativo (individualizar en cada caso).
11. Cierre.
12. Despertar del enfermo.
13. Redacción de la hoja operatoria.
14. Solicitud de analítica de sangre con determinación de Ca, PTH y Albúmina a las 6 horas de la intervención y a las 7 de la mañana del día siguiente (Ver el apartado de *Notas* dentro de *Actuación ante hipocalcemia tras tiroidectomía* más adelante)
15. Información a los acompañantes.

3-POSTOPERATORIO

1. Primeras 6 horas en Reanimación por el mayor riesgo de sangrado.
2. Tratamiento:
 - Cama semi-incorporada.
 - Sueroterapia mientras no tolere.
 - Profilaxis antiemética.
 - Pauta analgésica.
 - Profilaxis antibiótica en casos seleccionados (DM, inmunosupresión, cirugía > 3h, vaciamiento ganglionar cervical).
 - Profilaxis antitrombótica individualizada.
 - Sentar al sillón a partir de las 6 horas de la intervención.
 - Inicio de tolerancia a partir de las 6 horas de la intervención y progresar según respuesta.
3. Extracción de analítica de sangre con determinación de Ca, PTH y Albúmina en la tarde de la intervención (usualmente en REA a las 6h de la cirugía aproximadamente) y a las 7h del día siguiente.
4. Constantes cada 8 horas.
5. Valoración clínica por parte de Enfermería y Médicos.
 - Signos clínicos de compresión u obstrucción de la vía aérea.
 - Signos de sangrado. Apósito y región cervical.
 - Signos clínicos de hipocalcemia (ver *Manejo de la Hipocalcemia* más adelante).
 - Signos clínicos de parálisis recurrente.
6. En caso de buena evolución traslado a Planta de Cirugía.
7. Al día siguiente y durante el pase de visita se realizará nueva evaluación clínica añadiendo:
 - Función deglutoria.
 - Herida. Cura y sustitución del apósito.
 - Resultados de AS de homeostasis del Calcio (ver *Manejo de la Hipocalcemia* más adelante)
8. Valoración de alta hospitalaria (ver *Criterios de alta hospitalaria* más adelante).
9. Se procederá a **retirada de drenaje** si el débito es menor de 30 mL y no es hemático.

4-ALTA HOSPITALARIA

Criterios de alta hospitalaria

- No signos de sangrado.
- No dificultad para respirar.
- Normalidad en la deglución.
- No náuseas, ni vómitos.
- No vértigo.
- No síntomas de hipercalcemia. Calcio corregido > 7,5 mg/dL.

- Dolor controlado.
- Movilidad conservada.

Procedimiento de alta hospitalaria

1. Información al paciente y sus cuidadores.
2. Retirada de vía venosa.
3. Realizar informe de alta.
4. Prescripción de:
 - Analgésicos menores pautados.
 - HBPM dosis profilácticas si precisa.
 - Hormona tiroxina 100 mcg/24h.
 - Suplementos de calcio y/o vitamina D si presenta hipocalcemia (ver *Manejo de la Hipocalcemia* más adelante)
5. Entregar solicitud de AS con determinaciones de TSH, T3 y T4, PTH, Calcio, Fósforo y albúmina para realización previa a la revisión en Consulta de Cirugía.
6. Cita en Consultas Externas de Cirugía para revisión.

5-MANEJO DE LA HIPOCALCEMIA

Definición

- Calcio sérico < 8,5 mg/dL

Signos clínicos de hipocalcemia

- Parestesias en labios y dedos
- Espasmos musculares
- Tetania latente:
 - Signo de Chvostek
 - Signo de Trousseau
- Estridor laríngeo
- Confusión mental
- Convulsiones
- Tetania
- Arritmias (aumento del QT > 0,44 seg y torsades de pointes)

Actuación ante hipocalcemia tras tiroidectomía

Situación del enfermo AS Tratamiento Alta

Asintomático

Ca++ corregido > 8
mg/dL

PTH no de riesgo

General

Si

Ca++ corregido 7,5-7,9
mg/dl

Añadir Calcio v.o. 500
mg/8h

Ca++ corregido 7,5-7,9
mg/dl

Descenso PTH < 65% o PTH < 10 ng/L

Añadir:

Calcio v.o. 500 mg/8h

Calcitriol 0,25mcg/12h

Ca++ corregido < 7,5
mg/dl

Descenso PTH < 65% o PTH < 10 ng/L

Calcio v.o. 1 gr/8h

Calcitriol 0,5 mch/12h

No

Nueva AS en 24 h

**Ca++ corregido < 7
mg/dl**

Calcio v.o. 1 gr/8h
Calcitriol 0,5 mch/12h
Gluconato cálcico iv

No

Nueva AS en 6 horas

Sintomático* ECG

*Los síntomas leves se pueden tratar inicialmente con Calcio oral a dosis altas.

Notas:

- Lo ideal es que el cirujano de guardia valore la determinación de Ca y PTH en la AS de la tarde de la cirugía y ponga tratamiento en consecuencia. Así en la AS de la mañana siguiente se puede valorar si ha habido una respuesta al tratamiento o no y pensar en alta a las 24h.
- Sólo es necesaria una determinación de **PTH** en el postoperatorio. Sirve de predictor de aquellos pacientes con riesgo de desarrollar hipocalcemia y de necesidad de calcitriol. Si es inferior a 10 ng/L o su descenso relativo es superior al 65% el riesgo de hipocalcemia está elevado.
- El **calcitriol**, en especial si se asocia a dosis altas de Calcio precisa controles semanales para evitar hipercalcemia y hipercalciuria. Derivar al alta a su médico de cabecera con una analítica a la semana para control de la calcemia. Sugerir descenso de dosis de calcio y calcitriol hasta la revisión en CCEE de CIR.
- La tabla anterior es un continuo donde se cambia de nivel en función de la **respuesta al tratamiento**. En ausencia de respuesta se baja un escalón (y viceversa).
- El **gluconato cálcico** se administra mediante una o dos ampollas diluidas en 50 ml de SG5% a pasar en 10-20 minutos, seguidas de una perfusión de 11 ampollas de gluconato cálcico + SG5% hasta completar 1L. De esta manera obtenemos una dilución de aprox. 1mg-1ml. Se infunde a 50 ml/h. Cuando los síntomas remitan y la calcemia se encuentre por encima de 8 mg/dl se puede reducir dosis progresivamente. Habrá que continuar con el tto oral a altas dosis + controles analíticos para confirmar que se mantiene el calcio.
- Ante pacientes con síntomas de hipocalcemia y cifras normales de calcio sérico se debe solicitar el **calcio iónico** (puede ocurrir por aumento de unión del Ca⁺⁺ sérico a la albúmina 2º a alcalosis). Es más importante la velocidad de descenso del calcio iónico que las cifras totales.
- Ante hipocalcemia refractaria a tratamiento con calcio iv pensar en **hipomagnesemia**. Solicitar magnesemia en la analítica y valorar dar tto empírico con sulmetínR (se debe corregir antes que el Ca⁺⁺).

Fórmulas

1. Corrección del Calcio mediante albúmina
 - Añadir 0,8 mg/dl al calcio sérico por cada gramo por debajo del límite inferior (4 g/dl) de albúmina.
2. Valoración de descenso de PTH en comparación con la PTH preoperatoria.
 - Descenso de PTH = $([PTH_{pre} - PTH_{post}]/PTH_{pre}) \times 100$
 - Descenso < 40% no tiene riesgo aumentado
 - Descenso > 65% tiene riesgo aumentado

VIA CLINICA: HEMITIROIDECTOMÍA

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

HOSPITAL VEGA BAJA

Autor: Borja Florenciano Lajusticia

Índice:

1. Preoperatorio
1. Consulta de Cirugia
2. Consulta de Anestesia
3. Medicación y medidas preoperatorias
2. Intervención
3. Postoperatorio
4. Alta hospitalaria
1. Criterios de alta hospitalaria
2. Procedimiento de alta hospitalaria

PREOPERATORIO

Consulta de Cirugía:

1. HC y exploración.
2. Pruebas complementarias: Ecografía, PAAF, Analítica (TSH, T3 y T4, anti-TPO, PTH, Calcio, Fósforo y albúmina), Rx tórax.
3. Otras pruebas: TC cuello, gammagrafía, PET, laringoscopia...individualizar según el caso.
4. Consentimiento informado.
5. Propuesta quirúrgica.
6. Información al paciente del procedimiento.

Consulta de Anestesia:

1. Preoperatorio apto.
2. Valoración del riesgo anestésico.
3. Consentimiento de Anestesia.
4. Pruebas complementarias: ECG. HG. BQ. Coagulación.
5. Información.

Medicación y medidas preoperatorias:

1. Higiene general.
2. Ayuno 8 horas antes.
3. Profilaxis antitrombótica individualizada.
4. Profilaxis antibiótica individualizada (no precisa habitualmente).
5. Benzodiacepinas la noche antes si ansiedad.
6. Solución de lugol 5 gotas/8h durante los 7 días previos en caso de hipertiroidismo.
7. Medicación antitiroidea en caso de hipertiroidismo.
8. Medicación domiciliaria necesaria para control de otras patologías.
9. Comprobación suspensión medicación anticoagulante oral o antiagregante.
10. Rasurado.
11. Constantes

INTERVENCIÓN

1. Verificación del enfermo y la patología.
2. Presentación del equipo.
3. Colocación del enfermo.
4. Revisión del material quirúrgico.
5. Hemitiroidectomía + itsmectomía.
6. Envío de la pieza quirúrgica a Anatomía Patológica.
7. Comprobación de las glándulas paratiroides.

8. Comprobación del nervio recurrente.
9. Revisión de hemostasia. Maniobras de Valsalva del Anestesiista.
10. Drenaje aspirativo (individualizar en cada caso).
11. Cierre.
12. Despertar del enfermo.
13. Redacción de la hoja operatoria.
14. Información a los acompañantes.

POSTOPERATORIO

1. Primeras horas en Reanimación para control postoperatorio.
2. Tratamiento:
 - Cama semi-incorporada.
 - Sueroterapia mientras no tolere.
 - Profilaxis antiemética.
 - Pauta analgésica.
 - Profilaxis antibiótica en casos seleccionados (DM, inmunosupresión, cirugía > 3h).
 - Profilaxis antitrombótica individualizada.
 - Sentar al sillón a partir de las 6 horas de la intervención.
 - Inicio de tolerancia a partir de las 6 horas de la intervención y progresar según respuesta.
3. Constantes cada 8 horas.
4. Valoración clínica por parte de Enfermería y Médicos.
 - Signos clínicos de compresión u obstrucción de la vía aérea.
 - Signos de sangrado. Apósito y región cervical.
 - Signos clínicos de parálisis recurrencial.
5. En caso de buena evolución traslado a Planta de Cirugía.
6. Al día siguiente y durante el paso de visita se realizará nueva evaluación clínica añadiendo:
 - Función deglutoria.
 - Herida. Cura y sustitución del apósito.
7. Valoración de alta hospitalaria. Ver criterios de alta hospitalaria a continuación.
8. Se procederá a retirada de drenaje si el débito es menor de 30 mL y no es hemático.

ALTA HOSPITALARIA

CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA

- No signos de sangrado.
- No dificultad para respirar.
- Normalidad en la deglución.
- No náuseas, ni vómitos.
- No vértigo.
- No síntomas de hipercalcemia.
- Dolor controlado.
- Movilidad conservada.

PROCEDIMIENTO DE ALTA HOSPITALARIA

1. Información al paciente y sus cuidadores.
2. Retirada de vía venosa.
3. Realizar informe de alta.
4. Prescripción de:
 - Analgésicos menores pautados.
 - HBPM dosis profilácticas si precisa.
5. Cita en Consultas Externas de Cirugía para revisión.

GUIA CLINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLELITIASIS

I. Indicaciones para colecistectomía laparoscópica electiva.

A. Colelitiasis sintomática.

Colicos biliares.

Pancreatitis de origen biliar.

Colecistitis aguda que en su fase aguda no fue operada. (se aconseja operar entre 8

y 12 semanas tras el episodio agudo, si bien se estima que un 20% recurrirán durante esta espera).

B. Colelitiasis asintomática.

B.1 Indicaciones según la guía clínica de la AEC

Vesícula en porcelana.

Diabetes mellitus.

Pólipo vesicular < de 1 cm en pacientes < de 45 años.(*)

Pólipo vesicular > de 1 cm (cualquier edad).

Niños.

Laparotomía por otra causa, siempre que no aumente el riesgo quirúrgico o la necesidad de ampliar la incisión previa en demasía.

Cálculos > de 3 cm o < de 3 mm.

Indicaciones de trasplante o tratamiento con inmunosupresores.

En general pacientes < de 50 años y/o con expectativas de vida > de 20 años ASA I

y II.

(*) No aceptado por todos.

B.2 Recomendaciones Asociación colombiana de Facultades de Medicina.

1. Los pacientes mayores de 65 años con colelitiasis asintomática se deben manejar expectantemente, hasta la aparición del primer episodio de síntomas. Evidencia tipo III y III3. Recomendación grado B

2. Los pacientes diabéticos con colelitiasis asintomática no se deben operar, pero una vez se hagan sintomáticos se deben intervenir lo más pronto posible. Evidencia Tipo III1. Recomendación grado D.

3. El grupo de pacientes inmunosuprimidos, pretrasplante, y aquellos que van a estar aislados de atención médica por largo tiempo, y que tienen colelitiasis asintomática, se deben llevar a colecistectomía profiláctica. Evidencia Tipo III2 - III3. Recomendación grado C.

4. A los pacientes jóvenes asintomáticos se les debe proponer la colecistectomía. Evidencia Tipo III3. Recomendación grado C.

5. Los pacientes con vesícula calcificada (en porcelana) deben ser operados. Evidencia Tipo III2. Recomendación grado C !

!

B.3. Añadidos por otros.

Anemia hemolítica que precisa esplenectomía.

OBJETIVOS DE LA GUIA CLINICA DESARROLLADA POR LA AEC (2006)

1º . Cumplimiento del **consentimiento informado** en el 100% de los pacientes. (Ley

básica reguladora de la Autonomía del Paciente, Ley 41/2002).

2º. Conseguir e 100% de **consultas preanestésicas** ambulatorias y unas pruebas preanestésicas adecuadas a la situación clínica del paciente, según protocolo consensuado.

3º. Adecuar el **tratamiento antibiótico** (profilaxis antibiótica) a los pacientes considerados

con riesgo intrínseco y aplicar correctamente las medidas higiénicas preoperatorias del abdomen.

Se consideran factores de riesgo la edad superior a 70 años, coledocolitiasis, antecedentes de colecistitis o colangitis, obstrucción biliar, ictericia, diabetes, prótesis biliar, inmunodepresión y antecedentes de cirugía biliar.

En nuestro hospital se aplica según protocolo Cefuroxima 1,5 gr y como alternativa tobramicina 200mg/IV + metronidazol 1550 mg / IV.

4º. **Profilaxis antitrombótica.**

Se aplica según el protocolo del servicio

5º. La **no realización de la colangiografía intraoperatoria sistemática** y reservarla para los casos seleccionados clínicamente o por los hallazgos e incidencias intraoperatorias.

Existen evidencias en la literatura médica, con series importantes de pacientes, que concluyen con la no necesidad de practicar la CIO sistemática por su escaso rendimiento,

la incidencia no despreciable de falsas imágenes positivas y el consumo innecesario de

recursos. En casos de dudas de la anatomía biliar o sospecha de lesión, debe hacerse

colangiografía peroperatoria.

6º **Tiempo en lista de espera y estancia hospitalaria.**

A. Tiempo en lista de espera.

Dos complicaciones frecuentes de la colelitiasis tienen una gran influencia en la mejora de

la gestión de este proceso: la pancreatitis aguda y la colecistitis aguda. Es evidente que

una buena gestión de estos procesos mejorará la gestión de la lista de espera, las posibilidades

de abordaje laparoscópico con menor índice de morbilidad y conversión y, por supuesto, la estancia media hospitalaria.

¿Cómo se puede realizar la gestión clínica de un proceso tan frecuente como la pancreatitis aguda y que recidiva con alta probabilidad, si no se trata quirúrgicamente su causa?

A-1. El período en el que debe realizarse la colecistectomía después de una pancreatitis

aguda fue controvertido durante algunos años, sobre todo si había que intervenir en el

mismo ingreso y en qué tiempo o si había que diferir la intervención a un ingreso posterior

y cuánto tiempo después. Cuando se valora la cirugía diferida en un segundo ingreso, se

encuentra una tasa inaceptable de recurrencias (49-61%), por lo que se recomienda que

se haga la cirugía **en las 4 primeras semanas.**

Las propuestas quirúrgicas para colecistectomía laparoscópica de pacientes ingresados

en MI o dados de alta y vistos en la consulta, con el diagnóstico de pancreatitis aguda

“leve” de origen biliar se harán con **carácter urgente.**

A-2. Sin embargo, el período de espera para practicar una colecistectomía después de

una pancreatitis grave no ha sido tan planteado. Se reconoce un riesgo relativo de recurrencias

variable, desde 1,3 al mes del episodio de pancreatitis aguda, 9,1 a los 6 meses y hasta 15,7 al año, por lo que se recomienda que a los pacientes con un episodio grave se les realice una colecistectomía tan pronto como el paciente se recupere, debido al riesgo de que sufra otro episodio grave. A estos pacientes **se les operará en el mismo ingreso.**

A-3. En cuanto a los pacientes con colecistitis agudas que no fueron intervenidos durante su ingreso se valoraran en la consulta para colecistectomía electiva en el plazo de 8 12 semanas desde el episodio por lo que resulta de ayuda que en la propuesta quirúrgica figure la fecha en que el paciente sufrió la colecistitis.

B. Estancia hospitalaria.

Los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica con bajo riesgo anestésicoquirúrgico y en los que no se han desarrollado complicaciones médicas o quirúrgicas estarían en condiciones para ser dados de alta el día siguiente de la intervención.

En

muchos hospitales de nuestro país con disposición arquitectónica y medios adecuados se

realiza la colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía ambulatoria.

Actualmente el paciente lo ingresamos el mismo día de la intervención, si bien el día

previo acude para la realización de pruebas cruzadas y profilaxis tromboembólica.

Las actuaciones que se realizan el día de la intervención son:

1. Evaluaciones y asistencias:

Ducha

Rasurado abdominal

Preparación de zona quirúrgica

Intervención quirúrgica

Cuidados postoperatorios

2.Pruebas.

Hemograma a las 6 horas de la intervención

3. Tratamientos médicos y cuidados de enfermería

Quirofano: SNG, Foley y su retirada.

Reanimación y planta: medición de constantes y administración de medicación prescrita.

4. Medicación

Habitual previa

Heparina de bajo peso molecular.

Antibiótico si esta indicado

Suero glucosalino 500/4 horas hasta tolerancia oral

Analgésicos, antieméticos e inhibidores de la bomba de protones por vía IV y después oral.

5. Actividad

Cama

Sillón

Deambulción precoz

6. Dieta

Líquida a las 6-8 horas tras la intervención y progresar si la tolerancia es buena.

Actuaciones en días sucesivos.

Criterios de alta

Ausencia de dolor intenso
Tránsito intestinal reestablecido
Estabilidad hemodinámica
Heridas bien

Fisura Anal

Protocolo diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico se realiza en base a la Historia y la exploración física.

10% consultas coloproctología

Localizadas en línea media posterior

Evaluación clínica

–Dolor, anal, durante y tras la defecación, o episodios periódicos
Descartar otras causas de dolor anal

- 1.Crisis hemorroidal
- 2.Trombosis hemorroidal
- 3.Absceso anal
- 4.Ulceración herpética
- 5.Enfermedades de transmisión sexual (sífilis, HIV), suelen cursar con hipotonía
- 6.TBC, otras micobacterias. Desarrollan trayectos fistulosos
- 7.Enfermedad inflamatoria intestinal

Crohn:suelen ser fisuras anchas, cavitadas, difícil cicatrización, destrucción local, la mayoría, no duelen

C.U: ulceración , muy dolorosa

- 8.Cáncer pélvico, anal, rectal.
- 9.Linfoma, leucemia, plasmocitoma
- 10.Quimio- radioterapia
- 11.Traumatismo

12.Sangrado, escaso, manchado papel higiénico

13.Prurito, hasta en el 50% de casos.

14.Clasificación:

– Evolutivo(tpo)

Aguda< 6 semanas

Crónica

- Anatomoclínico

Exploración física.

Si no es posible por dolor anal, crema anestésica EMLA, aplicar y esperar 20-25 minutos.

- Localización

Anterior

Posterior

En espejo

Otra localización

Profundidad, anchura, márgenes: regulares- irregulares

- Tonicidad anal

Hipertonía

Hipotonía

- Papila Anal hipertrófica

- Hemorroide centinela (fibroma cutáneo centinela)

Si es posible: anoscopia.:

Otros hallazgos: supuración, eritema ...

Si fisura atípica: cultivo, biopsia y serología.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es reducir el espasmo (tono) anal

CONSERVADOR (HIGIENICO DIETÉTICO)

- Incrementar la ingesta de fibra (fruta, verdura, legumbres...)y líquidos
- Suplementos de Fibra (plantago ovata)
- Ablandadores de las heces (Aceite de parafina- Hodernal®-)
- Analgésicos. Metamizol
- Baños de asiento con agua templada.

ESFINTEROTOMIA QUIMICA

Se ha aceptado como primera línea de tto de la fisura anal crónica.

Primera opción en aquellos pacientes con alto **riesgo de incontinencia**:

Trauma obstétrico previo

Cirugía previa patología benigna proctológica (fístulas anales)

Lesión neurológica en SNC (demencias, ACVA, esclerosis múltiple..)

Lesión medular (mielomeningocele, Trauma medular)

Lesión nn.raquideos.. (hernia discal)

Proctitis granulomatosa (EII) o reservorio ileoanal en CIR previa

Proctitis actínicas

Anastomosis ileoanales o resciones anteriores de recto bajas/ultrabajas

Pacientes con diarrea / Sd colon irritable

Esfuerzos defecatorios imptes

Enfermedad de Crohn

Mujeres con antecedentes de partos dificultosos

•GTN tópico (nivel I, Grado A).

Rectogesic 0,2%® 2-3 aplicaciones/24 horas, de 4 a 8 semanas.

La cefalea puede ser lo suficientemente severa como para suponer el abandono del tto en el 20-30% pacientes.

CI: alergicos nitratos

Anemia grave

hipertension intracraneal,

hipotensión ortostática, Insuficiencia miocárdica, cardiopatía isquémica.

•Bloqueadores de los canales del calcio (nivel I, Grado A)

Diltiazem 2% / Nifedipino 0,3%.

Farmacia hospitalaria, en gel, 2-3 aplicaciones/24 horas, 6-8 semanas.

Rara vez es asociado con dolor de cabeza y solo ocasionalmente provoca prurito anal.

Disminuye la PMB un 28% durante 3-5 horas

Alcanza índices de curación similares a los nitratos tópicos con menos efectos secundarios

⚠ **Toxina botulínica, Botox® y Dysport®.**

Índices de cicatrización---60-100%

Índices de curación-- 60-80%

Efecto paradójico.

Comparada con la NTG produce una curación más rápida, mayor alivio sintomático, menores efectos secundarios y reducción mayor de la PMB (entre un 20-30%)

Indicación

Pacientes con fisura anal crónica mayores de 50 años

Las fisuras de localización anterior suelen ser hipopresivas y con peor respuesta

Puede ser usado en una fisura resistente a tto tópico con Diltiazem o NTG.

- CI:**
- Embarazo y lactancia
 - Hemofilia
 - Anticoagulación
 - Miastenia gravis / Sd. Eaton Lambert
 - Esclerosis lateral amiotrófica
 - Alergias a los componentes de las formulaciones disponibles de la toxina (albumina...)
 - Uso simultáneo de fármacos que interfieren con metabolismo de toxina (aminoglucoSIDOS)

Dosis. 25-30U Botox® o 50-100 U Dysport®.

La técnica, dosis y el sitio de inyección no influye en el grado de cura.

20-25 U en dos dosis, inyectadas en el esfínter interno(EAI)

Punto de inyección : - 2 laterales 1 anterior
- 1 inyección posterior

Incontinencia inicial a gases---18%
a heces---5%

CIRUGIA

Opciones:

•Esfinterotomía lateral interna.

Cura mas fisuras con baja recurrencia que cualquier tto medico, pero esta asociada con mas frecuencia con incontinencia a flato, debe ser reservada para pacientes con fallo de tto médico. (Nivel I, Grado A).

Tipos: abierta/cerrada

Dividir el esfínter según la longitud de la fisura, pero no mas de la mitad que la longitud del esfínter.

Indicacion

Fracaso del tratamiento medico en hombres /mujeres con tono anal normal-alto.

Alternativa

Fisurectomía y toxina botulinica

Incontinencia >2 meses----3-7%

Cirugías sin sección esfinteriana

Ofrecen buenas cifras de curación. Son atractivas en pacientes con trastornos previos de la continencia o aquellos que no presentan hipertonía

•Fisurectomía.

Util cuando la fisura está asociada con fistula.

Incluye: excisión de los márgenes fibroticos-indurados, curaetaje de la base, excisión del nódulo centinela y de la papila anal , si estan presentes.

Cuando la usamos en asociación con toxina botulinica, parece aumentar el porcentaje de curas, evitando el riesgo de una esfinterotomía.

•**Flap de avance**, varios flaps han sido descritos, pero el V-Y parece reducir complicaciones.

Indicación-Recomendación.

Pacientes con una baja presión de canal anal (Nivel I, Grado A)

Mayor riesgo de incontinencia

Edad avanzada

Diabéticos

Multiparas

Fisura recurrente tras esfinteroromía.

Guía clínica, Cirugía de la mama

UNIDAD FUNCIONAL DE PATOLOGÍA MAMARIA

ABRIL 2014

DÍA -1:

-En los casos seleccionados, y siempre tras estudio del caso clínico en el comité multidisciplinario de patología mamaria, se llevará a cabo la localización y marcaje del ganglio centinela en el hospital de referencia el día previo a la cirugía.

-Posteriormente la paciente acudirá a la planta-servicio de cirugía general para realizar el ingreso:

-Se administrará la profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular ajustada al peso, siguiendo el protocolo del servicio a las 20h.

-Se comprobará si la paciente precisa de pruebas cruzadas y reserva de hemoderivados (siempre en los casos de mastectomía radical y en casos seleccionados, según la comorbilidad de la paciente).

-Salvo casos seleccionados, la paciente pasa la noche en su domicilio

DÍA 0: CIRUGÍA

-Ingreso a las 7 AM en Cir. Gral.

-Verificación por enfermería:

oClínica_

oDocumentación de ganglio centinela de otros centros

oConsentimientos informados

oConfirmación de lateralidad

oProtocolo cuidados quirúrgicos de enfermería (rasurado, antisepsia de la zona quirúrgica, vestir con ropa desechable.

oProfilaxis ATB si precisa según protocolo del servicio 30 min. antes: cefazolina 2gr iv (alergias: tobramicina 200mg + clindamicina 600mg iv)

-Intervención (cirugía reglada según el caso clínico, colocación de drenajes en mama y axila si procede, vendaje compresivo, solicitud de AP, información a familiares y traslado a REA)

-Tratamiento postoperatorio:

osueroterapia

oIBP

oHBPM

oanalgesia ev: paracetamol 1gr ev/8horas alterno con metamizol 1 amp ev/8h alternos + desketoprofeno 25mg/8h ev si precisa.

oInicio de tolerancia oral progresiva a partir de las 6-8 h postoperatorias.

DÍA 1 POSTOPERATORIO:

-CIRUJANO:

- valoración del estado general de la paciente
- Valoración de la movilidad del brazo
- Valoración del aspecto de la herida y del funcionamiento de los drenajes.
- Modificación del tratamiento: dieta progresiva si tolera, retirar fluidos y pautar analgesia vo.

-ENFERMERÍA:

- Ayuda a la higiene personal
- Apoyo psicológico
- Curas de herida quirúrgica
- Comprobación de permeabilidad de drenajes y registro del débito.
- Toma de constantes y escala del dolor.
- Retirada de fluidos y heparinización de vía periférica si tolera dieta.
- Analgesia vo: Paracetamol 1 gr./6 horas + Ibuprofeno 600mg/8h.
- Instaurar medicación habitual.
- Sedestación y/o deambulación

-ALTA DOMICILIARIA: en los casos de cirugía conservadora con o sin biopsia del ganglio centinela/s GC, si la paciente no lleva drenaje y evoluciona favorablemente puede ser dada de alta transcurridas 24 horas de la cirugía.

DÍA 2 POSTOPERATORIO:

-CIRUJANO:

- valoración del estado general de la paciente
- Valoración de la movilidad del brazo
- Valoración del aspecto de la herida y del funcionamiento de los drenajes.
- Modificación del tratamiento: dieta progresiva si tolera, retirar fluidos y pautar analgesia vo.

-ENFERMERÍA:

- Ayuda a la higiene personal
- Apoyo psicológico
- Curas de herida quirúrgica
- Comprobación de permeabilidad de drenajes y registro del débito.

- Toma de constantes y escala del dolor.
- Retirada de fluidos y heparinización de vía periférica si tolera dieta.
- Analgesia vo: Paracetamol 1 gr./6 horas + Ibuprofeno 600mg/8h.
- Instaurar medicación habitual.
- Sedestación y/o deambulación.
- Potenciar la realización de ejercicios de movilización del miembro superior, según protocolo de enfermería.

-En las pacientes portadoras de drenajes, se valorará la **retirada del mismo si el débito es menor de 30cc seroso o serohemático**. Se recomienda especial cautela en los casos de mastectomías radicales y linfadenectomías axilares y en pacientes con coagulopatías.

-ALTA DOMICILIARIA: en caso de cirugía conservadora c/s GC si:

- No evidencia de hematoma ni infección
- Buena evolución de herida
- Dolor controlado.
- Drenaje menor 30cc

DÍA 3 POSTOPERATORIO:

-CIRUJANO:

- valoración del estado general de la paciente
- Valoración de la movilidad del brazo
- Valoración del aspecto de la herida y del funcionamiento de los drenajes.
- Si no se han retirado drenajes, valorar su funcionamiento. En caso de ser muy productivos se valorará el contactar con la UHD para programar alta a su cargo.

-ENFERMERÍA:

- Ayuda a la higiene personal
- Apoyo psicológico
- Curas de herida quirúrgica
- Comprobación de permeabilidad de drenajes y registro del débito.
- Toma de constantes y escala del dolor.
- Retirada de fluidos y heparinización de vía periférica si tolera dieta.
- Analgesia vo: Paracetamol 1 gr./6 horas + Ibuprofeno 600mg/8h.

- Instaurar medicación habitual.
- Sedestación y/o deambulaci3n.
- Potenciar la realizaci3n de ejercicios de movilizaci3n del miembro superior, seg3n protocolo de enfermer3a.
- En las pacientes portadoras de drenajes, se valorar3 la **retirada del mismo si el d3bito es menor de 30cc seroso o serohem3tico**. Se recomienda especial cautela en los casos de mastectom3as radicales y linfadenectom3as axilares y en pacientes con coagulopat3as.

-ALTA DOMICILIARIA: en caso de mastectom3a con o sin linfadenectom3a axilar si:

- No evidencia de hematoma ni infecci3n
- Buena evoluci3n de herida
- Dolor controlado.
- Drenaje menor 30cc

SEGUIMIENTO Y CONTROL: AL ALTA HOSPITALARIA:

- Entregar informe m3dico con recomendaciones y tratamiento.
- Entregar informe de enfermer3a con recomendaciones de curas de herida y rehabilitaci3n.
- Retirada de suturas en su centro de salud en 10 d3as.
- Realizar hoja de interconsulta a oncolog3a.
- Citar en CCEE Cirug3a en 3 semanas para control postoperatorio de heridas y recoger resultados de anatom3a patol3gica.
- Citar en CCEE de enfermer3a de mama para valoraci3n de heridas, apoyo psicol3gico, entrega de pr3tesis mamaria externa.

DIA -1	DIA 0: INGRESO - CIRUGIA	DIA 1: 1º DIA POSTOPERAT ORIO	DIA 2: 2º DIA POSTOPERAT ORIO	DIA 3: 3º DIA POSTOPERAT ORIO Y ALTA	SEGUIMIE NTO Y CONTROL
Localizaci3n y marcaje del ganglio centinela en	Ingreso a las 7 AM en Cir. Gral. <u>Verificaci3n por enfermer</u>	<u>CIRUJANO:</u> valoraci3n del estado general de la paciente, movilidad del brazo, aspecto de la herida,	<u>CIRUJANO:</u> - valoraci3n del estado general de la paciente, movilidad del brazo, aspecto	<u>CIRUJANO:</u> - valoraci3n del estado general de la paciente, movilidad del brazo, aspecto	AL ALTA: -Entregar informe m3dico con recomendaciones y

<p>hospital de referencia.</p> <p>Ingreso en cirugía general</p> <p>Profilaxis antitrombótica según protocolo a las 20h</p> <p>Comprobación de pruebas cruzadas y reserva de hemoderivados</p>	<p>Ía: - Clínica_</p> <p>- Documentación GC</p> <p>- Consentimientos informados</p> <p>___- Confirmación de lateralidad</p> <p>-Protocolo cuidados Qx de enfermería</p> <p>_____</p> <p>-Profilaxis ATB si precisa según protocolo del servicio 30 min. antes :</p> <p>cefazolina 2gr iv (alergias: tobramicina 200mg + clindamicina 600mg iv)</p> <p>- <u>Intervención</u> (colocación de drenajes en mama y axila si procede, vendaje compresivo, solicitud de AP,</p>	<p>funcionamiento de los drenajes.</p> <p><u>ENFERMERÍA</u></p> <p>_____</p> <p>- Ayuda a la higiene personal, apoyo psicológico, curas de herida quirúrgica y comprobación de permeabilidad de drenajes y registro del débito.</p> <p>- Toma de constantes y escala del dolor.</p> <p>- Retirada de fluidos y heparinización de vía periférica si tolera dieta.</p> <p>- Analgesia vo:</p> <p>Paracetamol 1 gr./6 horas + Ibuprofeno 600mg/8h.</p> <p>- Instaurar medicación habitual. - Sedestación y/o deambulaci3n</p>	<p>de la herida, funcionamiento de los drenajes.</p> <p><u>ENFERMERÍA</u></p> <p>_____</p> <p>- Ayuda a la higiene personal, apoyo psicol3gico, curas de herida quirúrgica y comprobaci3n de permeabilidad de drenajes y registro del débito.</p> <p>- Toma de constantes y escala del dolor.</p> <p>- Retirada de drenaje si débito menor de 30cc seroso o serohemático</p> <p>vo:</p> <p>Paracetamol 1 gr./6 horas + Ibuprofeno 600mg/8h.</p> <p>- Instaurar medicaci3n habitual. - Sedestaci3n y/o deambulaci3n</p> <p>- Ejercicios de movilizaci3n del miembro</p>	<p>de la herida</p> <p>- Si no se han retirado drenajes, valorar su funcionamiento y contactar con UHD para programar alta a su cargo.</p> <p><u>ENFERMERÍA</u></p> <p>_____</p> <p>- Ayuda a la higiene personal, apoyo psicol3gico, curas de herida quirúrgica y (comprobaci3n de permeabilidad de drenajes y registro del débito).</p> <p>- Toma de constantes y escala del dolor.</p> <p>- Retirada de drenaje si débito menor de 30cc seroso o serohemático</p> <p>vo:</p> <p>Paracetamol 1 gr./6 horas + Ibuprofeno 600mg/8h.</p> <p>- Medicaci3n habitual.</p> <p>- Ejercicios de movilizaci3n</p>	<p>tratamiento</p> <p>- Entregar informe de enfermería con recomendaciones de curas de herida y rehabilitaci3n</p> <p>- Retirada de suturas en su centro de salud en 10 días</p> <p>- Realizar hoja de interconsulta a oncología</p> <p>- Citar en CCEE Cirugía en 3 semanas.</p> <p>- Citar en CCEE de enfermería de la mama.</p>
--	--	---	--	---	--

	<p>información a familiares y traslado a REA)</p> <p>-</p> <p><u>Tratamiento postoperatorio:</u> -</p> <p>sueroterapia</p> <p>-IBP</p> <p>-HBPM</p> <p>-analgesia ev:</p> <p>paracetamol 1gr ev/ 8horas</p> <p>alternos con metamizol 1 amp ev/ 8h</p> <p>alternos + desketoprofeno 25mg/8h ev si precisa.</p> <p>- Inicio de tolerancia progresiva a partir de las 6-8 h postoperatorias.</p>	<p><u>ALTA:</u> alta en caso de cirugía conservadora c/s GC sin drenaje</p>	<p>superior, según protocolo de enfermería.</p> <p><u>ALTA:</u> alta en caso de cirugía conservadora c/s GC si:</p> <p>-no hematoma ni infección</p> <p>-buena evolución de herida - dolor controlado.</p> <p>-drenaje menor 30cc</p>	<p>del miembro superior, según protocolo de enfermería.</p> <p><u>ALTA:</u> alta en caso de mastectomía c/s GC o LA si:</p> <p>-no hematoma ni infección</p> <p>-buena evolución de herida - dolor controlado.</p> <p>-drenaje menor 30cc</p>	
--	---	--	--	--	--

DÍAS	1	2 (1º día p.o.)	3 (2 día p.o.)	4 (3-4 día p.o.)	5 (4-5 día p.o.)	6 (6-7 día p.o.)
LOCALIZACIÓN	INGRESADO PLANTA	REA / UCI	PLANTA	PLANTA	PLANTA	PLANTA /ALTA
EVALUACIÓN Y ASISTENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobación pruebas y preoperatorio. - Consentimiento informado - Anamnesis por enfermería 	<p>Cirujano:</p> <p>Evaluación clínica</p>	<p>Cirujano:</p> <p>Evaluación clínica</p>	<p>Cirujano:</p> <p>Evaluación clínica</p>	<p>Cirujano:</p> <p>Evaluación clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cirujano: Informe de alta - Enfermería: Cita a consulta de ostomías - Cita CEXT de CIR - Cursar HdeC a Onco si procede
ANÁLISIS Y PRUEBAS DE IMAGEN	Reserva de sangre	<p>Hemograma</p> <p>Bioquímica</p> <p>Coagulación</p> <p>Evaluación NPT/NET</p>	<p>Hemograma</p> <p>Bioquímica</p> <p>Coagulación</p>	<p>Si fiebre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rx tórax - Hemocultivos - Sedimento Orina - Valorar prueba de imagen 		
TRATAMIENTOS MEDICOS Y CUIDADOS DE	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo prequirúrgico: (ducha lavado rasurado.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Vía central /periférica - Control de constante 	<ul style="list-style-type: none"> - Vía central /periférica - Control de constante 	<ul style="list-style-type: none"> - Vía central /periférica - Control de constante 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar retirar vía central 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirar vía periférica - Enseñanza de

ENFERMERIA	-Ubicación de ostomía	s (FC TªTA) - Balance hidoeléctrolítico en 24h - Diuresis. Sonda vesical. - Espirómetro incentivo - Valorar drenajes	s (FC TªTA) - Balance hidoeléctrolítico en 24h - Diuresis. Sonda vesical. - Espirómetro incentivo - Valorar drenajes	s (FC TªTA) - Balance hidoeléctrolítico en 24h - Diuresis. Valorar retirada de sonda vesical. - Espirómetro incentivo - Vigilar herida quirúrgica - Valorar drenajes	. - Mantener vía periférica	cuidados del estoma a paciente y familiares.
-------------------	-----------------------	--	--	--	------------------------------------	--

VIA CLÍNICA CANCER COLON URGENCIAS

DÍAS	1	2-3 (1º-2º día p.o.)	4-5-6 (3-4-5 día p.o.)	7-8-9(6-7-8 día p.o.)	10 (9º día p.o.)
LOCALIZACIÓN	PLANTA / REA / UCI	REA / UCI	PLANTA	PLANTA	PLANTA / ALTA
EVALUACIÓN Y ASISTENCIA	- Cirujano: evaluación y diagnós	Cirujano: Evaluación clínica	Cirujano: Evaluación clínica	Cirujano: Evaluación clínica	- Cirujano: Informe de alta - Enfermería: Cita a

	tico				consulta de ostomías - Cita CEXT de CIR - Cursar HdeC a Onco si procede.
ANALÍTICAS Y PRUEBAS DE IMAGEN	- Reserva 2 (he) - Hem BQ Coag - Gasometría - Prueba imagen ECO / TAC - Valorar tránsito digestivo gastrográfi n	Hemogram a Bioquímica Coagulació n Evaluación NPT/NET	- Hem Bq Coag días 4 y 6 - Evaluación NPT/NET - Si fiebre: - Rx tórax - Hemocultiv os - Sedimento Orina - Valorar prueba de imagen	- Hem Bq Coag previo al alta - Evaluación NPT/NET	
TRATAMIENTOS MEDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA	1) Tto Q si indicado. 2) Reanimació n /UCI: - Via periférica / central. - Ctes (FC Tº TA) - Balance hidoelectrol ítico en 24h - Diuresis. Sonda vesical. - SNG a bolsa. - Fluidoterapi a según balance.	- Vía central /periférica - Ctes (FC TªTA) - Balance hidoelectrol ítico en 24h - Diuresis. Sonda vesical. - Espirómetr o incentivo - Valorar drenajes - Fluidoterapi a según balance. - Cuidados de estoma	- Vía central /periférica - Control de constantes (FC TªTA) - Balance hidoelectrol ítico en 24h - Diuresis. Sonda vesical. <i>-Valorar retirada de sonda vesical y SNG</i> - Espirómetr o incentivo - Valorar drenajes(*) - Cuidados estoma - Vigilar herida Q	- Valorar retirar NPT/ vía central. - Mantener vía periférica para antibioticote rapia - Ctes (FC TªTA) - Control diuresis. - Espirómetro incentivo - Valorar drenajes - Cuidados estoma - Vigilar herida Q	- Retirar vía periférica - Enseñanza de cuidados del estoma a paciente y familiares. - Valorar UHD

Dirección

La tarea de Jefatura se centra en facilitar la realización del trabajo, mediante labores de coordinación y comunicación, capacidad de motivación y ejercicio de liderazgo, y dependerá de las capacidades, habilidades y experiencia de la persona responsable.

MISIONES DEL JEFE DE SERVICIO

- Interpersonal:

El Jefe de Servicio será la **cabeza visible** del Servicio y representará al mismo, **lidera** la unidad al orientar, influir, motivar, definir clima y cultura y crear equipo, y sirve de **enlace**, en el establecimiento de relaciones con las personas de su nivel dentro y/o fuera del hospital, en colaboración con el Jefe de sección y la Supervisora de Planta.

- Informativa:

Recibe y recoge la información, detectando los problemas y oportunidades, comunica la información dentro y/o fuera del hospital, y es portavoz, en la comunicación hacia el entorno externo de la organización.

- De decisión:

Explora la organización, busca oportunidades y detecta situaciones problemáticas, provocando y emprendiendo cambios deliberados y controlados con proyectos de mejora e innovación.

Es gestor de anomalías y de crisis, reaccionando, afrontando y regulando acontecimientos imprevistos, conflictos entre los miembros del Servicio, pérdida de recursos, procesos que dejan de funcionar.

Es asignador de recursos humanos y materiales a través de la administración de incentivos, de la organización de su tiempo y del de los demás, de la programación de las tareas, de la autorización de acciones y decisiones tomadas por otros miembros de la organización.

Y es negociador con el entorno externo de la organización.

La premisa clave en el desempeño de todas estas misiones es la de disponer de un **nombramiento legal** (detenta autoridad), pero a su vez debe tener la **aceptación o reconocimiento de los mandados** (legitimidad de origen).

FUNCIONES GESTORAS

-Planificadora, determinando los objetivos de la organización y de los servicios que presta y estableciendo un conjunto coordinado de operaciones dirigidas al logro de objetivos.

-Organizadora, ajustando personas, tareas y recursos a través de una estructura organizativa formal, de tal modo que se puedan realizar de modo eficaz y eficiente las operaciones dirigidas al logro de los objetivos y a la prestación de servicios.

-Directora, asegurando el estímulo y los esfuerzos necesarios para la realización del trabajo. Dirigir implica influir, dar instrucciones y órdenes, supervisar, liderar, motivar y comunicarse. Participará en la atención asistencial e información sobre la evolución a pacientes y familiares.

-Coordinadora y Comunicación, asegurando la sincronización de todos los procesos asistenciales del Servicio y todo el personal para la consecución de los objetivos. De forma muy especial velará por las buenas relaciones con el personal de enfermería.

-Controladora, regulando la ejecución de las actividades de acuerdo con lo que estaba previsto en la fase de planificación, estableciendo indicadores y normas, evaluando y reajustando la ejecución. Observará el cumplimiento de las normas referentes a horarios, permisos, asistencia a congresos. Vigilará el consumo de material de cualquier índole asegurando la necesidad y pertinencia del mismo.

Fomentará la docencia, la investigación y la formación continuada participando en todas las actividades docentes que haya de realizar el Servicio, la formación de residentes y formación continuada de los miembros del Servicio, personal de enfermería y facultativos de atención primaria. Colaborará así mismo en la divulgación de planes sanitarios para usuarios. Organizará **grupos de mejora de calidad** con participación multiprofesional o interservicios lo que actualmente se ha convertido en una herramienta muy útil en la coordinación, comunicación, motivación e innovación.

ESTILO DE LIDERAZGO.

La labor de un jefe clínico no puede ser un servidor de los intereses de la dirección, un enlace sindical, o esclavo de su propio servicio. Tampoco puede ajustarse enteramente a un perfil autócrata, democrático o dejar hacer sin control.

Debe buscar la aceptación disciplinada del ejercicio de su autoridad reconocida en el prestigio, el ejemplo, la justicia, el amparo y la firmeza. Por ello la autoridad, además de conferida, debe ser moral. La disciplina que se imponga en el Servicio ha de comenzar por el propio jefe dando ejemplo. Y no sólo en la labor profesional sino en todos los actos de su vida.

Debe ser **un buen gestor de los recursos** de su pequeña parcela y definir sus objetivos, nunca un limitador de gastos.

Debe saber **crear equipo**. Los equipos de trabajo se construyen en torno a dos ejes básicos. El primero son los resultados que se han de alcanzar, y el segundo, se centra en construir sólidas relaciones interpersonales que aseguren el respeto, la comunicación fluida entre las personas y el entendimiento mutuo. Garantizar un trabajo óptimo del equipo supone: que los objetivos sean claros y compartidos; los sistemas de trabajo definidos y organizados; las responsabilidades asignadas y aceptadas; la evaluación de los resultados de forma continua y sistematizada y un sistema de incentivos atractivo. Los pacientes deben sentirse asistidos por un auténtico equipo y no por personas aisladas con opiniones distintas.

Para que el equipo funcione además hay que conseguir que sus miembros tengan la **autonomía** y el grado de **responsabilidad** adecuado para que se sientan plenamente satisfechos del trabajo que hacen. Una de las claves para ello es la delegación de funciones. Esto significa la renuncia al protagonismo absoluto por parte de los jefes, que deben permitir y facilitar la participación de todos en la toma de decisiones.

En definitiva, en nuestro ámbito de trabajo, la relación laboral de un jefe con sus compañeros no debe basarse solo y exclusivamente en el principio de autoridad administrativa, sino en su capacidad de hacerse respetar como profesional y como persona y en la capacidad de aglutinar las aspiraciones individuales hacia un objetivo común.

Conseguir estas características, además de la decidida intención de lograrlas el jefe **necesita de la lealtad y comprensión** de los miembros de su equipo. Ser un buen jefe es una misión difícil de realizar en plenitud y siempre será poca la ayuda que se le ofrezca.

Control

Consiste fundamentalmente en una evaluación continuada y periódica el objeto de valorar los niveles de cumplimiento de objetivos, y permitir la toma de medidas correctoras.

Para esta evaluación es necesario disponer de una información relevante, precisa y en tiempo real, analizarla, valorar las desviaciones y sus causas y que esto sirva para la toma de decisiones empleando las medidas correctas oportunas para la consecución de los objetivos marcados.

La información que genera la actividad de un servicio clínico es inmensa, por lo tanto debe diseñarse un sistema de información que proporcione los datos relevantes y clave para monitorizar dicha actividad, es decir, debemos elaborar unos criterios de evaluación.

Las fuentes de información son fundamentalmente: Servicio de Documentación y Admisión del Hospital, nuevos sistemas de información de la Generalitat Valenciana (SISAN) y base de datos propia del Servicio. Estos indicadores deben seleccionarse de tal forma que permitan un control adecuado con un esfuerzo mínimo.

Las grandes áreas donde se debe ejercer el control son:

-Actividad asistencial (hospitalización, consultas, quirófano y urgencias)

-Calidad

-Área económica

Las variables sobre las que se debe recoger y evaluar la información de forma sistemática y continuada son los indicadores. Son innumerables, por lo que habrá que seleccionar los más útiles para el control adecuado de la marcha y actividades del Servicio. Se deben incluir siempre los indicadores clásicos de actividad obtenidos de la información proporcionada por el Servicio de Documentación completándolo con los que se estimen oportunos en cada momento según lo que se desee evaluar, los objetivos propios o los acuerdos anuales de gestión del departamento.

PROPUESTA DE INDICADORES.

Independientemente a la elaboración de indicadores específicos para el control de objetivos específicos, los indicadores que propongo son:

1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

1.1. INDICADORES DE ACTIVIDAD

Hospitalización:

- Ingresos y estancias (quirúrgicos y no quirúrgicos)
- % de ocupación
- Índice de rotación de camas
- Nº de ingresos en UHD
- Nº de interconsultas
- Indicadores de Actividad basados en GRD (EMAC, EMAF, IF, I. CASE-MIX).

Consultas externas:

- Nº de consultas (primeras, sucesivas y urgentes)
- Relación sucesivas /primeras
- Nº de intervenciones realizadas
- Nº de exploraciones complementarias
- Rendimiento (en %)

Actividad quirúrgica:

- Nº de intervenciones (programadas, urgentes y totales)
- Nº de intervenciones por día quirúrgico
- Nº de intervenciones suspendidas y % total
- Rendimiento quirúrgico (horas teóricas y reales)
- Nº de intervenciones según modalidad (a. general, local, CMA y laparoscopia)

Urgencias:

- Nº de consultas día y % de ingresos generados
- Nº de intervenciones urgentes / anestesia general y local)

Exploraciones complementarias:

-Nº de Eco – doppler (patología venosa)

-Nº de Ecografía endoanal

1

11.2. INDICADORES DE CALIDAD:

-Mortalidad operatoria (< de 48 horas)

-Reingreso no programado (< de 30 días)

-Reintervenciones no programadas.

-Ingreso después de C.M.A.

-Apendicectomías en blanco.

-Infección de la herida quirúrgica (por tipo de intervención).

-Infecciones nosocomiales.

-Suspensiones quirúrgicas.

-MIPSE: mortalidad innecesariamente precoz y sanitariamente evitable.

-Demora quirúrgica (Cirugía urgente, prefente y ordinaria)

-Demora en consulta externa (para primera cita y sucesiva).

-Grado de adhesión a protocolos y vías clínicas.

-Reclamaciones y quejas.

1

21.3. INDICADORES DE EFICIENCIA:

-Estancia Media Bruta y Depurada

-I. Case – mix

-EMAC y EMAF

-Índice funcional (EMAC/EM estándar)

-IEMA (EM/EMAF)

-Los 10 GRD con más estancias consumidas por encima del estándar, y con más estancias evitadas.

1.4. INDICADORES ECONÓMICOS:

- Coste por proceso (25 GRD más frecuentes)
- Precio minuto quirúrgico.
- Precio por consulta
- Precio cama y día.
- Desviación del gasto en endoprótesis.
- Gasto total del Servicio.

2. ACTIVIDAD INVESTIGADORA:

- Comunicaciones a Congresos científicos.
- Artículos publicados en revistas científicas.
- Participación en proyectos de investigación.
- Tesis doctorales.

EVALUACION

En cuanto a la periodicidad de la evaluación será variable dependiendo del indicador que se analice. Los de actividad estarán referidos a cada mes y evaluados trimestralmente analizándose las tendencias al compararlos con los de los últimos doce meses y mismo trimestre del año anterior, estableciéndose tendencias con los últimos cinco años.

Igualmente se realizarán comparaciones de los indicadores con la norma, e incluso con los hallados en los mejores hospitales de ese mismo nivel.

Otros indicadores como los que se refieren a las demoras (consultas y LEQ) se harán con inmediatez al menos mensualmente. Por último, la evaluación de la actividad docente, investigación y otros se harán anualmente para la memoria anual del Servicio y su presentación en la Comisión de objetivos del mismo.

La Comunidad Valenciana tiene en la actualidad un importante sistema de información para la gestión sanitaria dentro de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Es evidente que es fundamental la recogida de datos para la fiabilidad de los resultados, implicando a los profesionales sanitarios y administrativos.

En base a estas herramientas, los datos serán recogidos y agrupados en tablas y gráficas diseñadas por el Jefe de Servicio, consensuada con el resto del mismo, siendo la administrativa la encargada de su elaboración. En estas gráficas observaremos las tendencias de los indicadores más relevantes para evaluarlos y realizar los planes de mejora adecuados y en el momento, como base de la Gestión clínica

Anexo II. GIFT DE LA ESPECIALIDAD

CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO

1. INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN DE LA CIRUGIA GENERALES

La Cirugía General y del Aparato Digestivo (en adelante CGAD), denominada en los restantes países miembros de la Unión Europea simplemente Cirugía General, es una especialidad quirúrgica consolidada en la que hay que analizar los niveles de complejidad asistencial, el papel de la investigación y los procedimientos de enseñanza y formación continuada.

Entre los hechos que justifican la actual revisión del programa formativo de CGAD cabe citar los siguientes:

En primer lugar, el espectro epidemiológico del que se venía ocupando esta especialidad se ha modificado considerablemente, reduciéndose en unas áreas, al aparecer alternativas terapéuticas tan eficaces como la cirugía y menos cruentas, y ampliándose en otras como el trasplante de órganos.

En segundo lugar, se ha puesto de manifiesto que la dedicación especial a campos concretos mejora extraordinariamente los resultados de la cirugía, lo que ha propiciado el desarrollo de áreas de capacitación o de especial interés: Cirugía Esófago-Gástrica, Cirugía Colorrectal, Cirugía Endocrina y de la Mama y Cirugía Hepatobiliopancreática. En estas áreas, el cirujano, ante determinadas patologías (cáncer de esófago, cáncer de páncreas, trasplante hepático, etc.) forma parte de un equipo multidisciplinar trabajando en estrecho contacto con otros especialistas no quirúrgicos

(gastroenterólogos, radiólogos, patólogos, etc...).

En tercer lugar, el Sistema Sanitario ha asistido al desarrollo de nuevas tecnologías, entre las que deben destacarse aquellas que permiten la ejecución de procedimientos de cirugía mínimamente invasiva (funda-

Unidad Docente Cirugía General y del Aparato Digestivo

mentalmente cirugía endoscópica) cuyas indicaciones y técnicas deben ser enseñadas con detenimiento.

Por último, es fundamental que el futuro especialista en CGAD se forme en: metodología de la investigación clínica; gestión clínica, (en una era de recursos limitados); en el conocimiento de herramientas que influyen directamente sobre la calidad de la asistencia, (como la cirugía mayor ambulatoria –CMA– o de corta estancia –CE–); y en bioética, que ayudarán al profesional a enfrentarse a la progresiva judicialización de la asistencia médica.

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DOCENTE

Especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo: 12 (+3 facultativos en situación de atención continuada) + 1 reducción de reducción de jornada.

Otros especialistas en: 1 facultativo ambulatorio de área

Nº de enfermeros: 15

Otros profesionales sanitarios:

Técnicos auxiliar enfermería: 9

Celadores - personal de apoyo 2

Relacionar los especialistas y la organización jerárquica de los mismos

Jefe del Servicio: Dr. Miguel Ángel Morcillo Ródenas

Jefe de Sección: Dr. Mario Moltó Aguado

Tutor de Residente: Edelmira Soliveres Soliveres

Facultativos: La plantilla actual (2019) del Servicio de Medicina Intensiva cuenta con 12 facultativos de plantilla, 1 facultativo en contrato de reducción de jornada, 3 facultativos con un contrato de atención continuada, 1 facultativo ambulatorio de área.

Plantilla distribuida por Unidades:

Unidad Docente Cirugía General y del Aparato Digestivo

1. Unidad Coloproctología:
 1. Francisco Menárguez Pina
 2. Juan Carlos Navalón Coronado
 3. Antonio Hernández Quiles

2. Unidad Esófago-Gástrica:
 1. Miguel Ángel Morcillo Ródenas
 2. Maria José Cases Baldo

3. Unidad Endocrino:
 1. José Cámara Botía
 2. Borja Florenciano Lajusticia.

4. Unidad de Patología Mamaria:
 1. Piotr Kosny
 2. Maria Aranzazu Cabrera Vilanova
 3. Edelmira Soliveres Soliveres
 4. Montserrat Olcina Ureta

5. Unidad de Hepato-bilio-pancreática
 1. Mario Moltó Aguado
 2. Silvia Gálvez Pastor

6. Atención Continuada:
 1. Raquel Martínez García.
 2. Julio Sánchez Corral
 3. Maria José Carrillo López

7. Facultativo ambulatorio de Área:
 1. Rosa Ortuño García

2. LIBRO DEL RESIDENTE

Cada residente de Medicina Intensiva tendrá la obligación de cumplimentar de forma habitual un libro en el que se recojan todas las rotaciones por los diferentes servicios hospitalarios y las valoraciones realizadas por los responsables docentes de dichos servicios, así como su progresión en la adquisición de las habilidades prácticas obligatorias dentro del plan formativo de la especialidad.

Son características del libro del residente:

- Su carácter obligatorio.
- Ser el registro individual de actividades que evidencian el proceso de aprendizaje del residente, por lo que en dicho libro se incorporarán los datos cuantitativos y cualitativos que serán tenidos en cuenta en la evaluación del proceso formativo.
- Registrar las rotaciones realizadas tanto las previstas en el programa formativo como las externas autorizadas.
- Ser un instrumento de autoaprendizaje que favorezca la reflexión individual y conjunta con el tutor a fin de mejorar las actividades llevadas a cabo por el residente durante cada año formativo.
- Ser un recurso de referencia en las evaluaciones junto con otros instrumentos de valoración del progreso competencial del residente.

El libro es propiedad del residente, que lo cumplimentará con ayuda y supervisión de su tutor. Los datos que contenga estarán sujetos a la legislación aplicable sobre protección de datos de carácter personal y secreto profesional.

3. EVALUACIONES

Los especialistas en formación deben ser evaluados cada año al finalizar cada uno de los cinco años que dura la formación en Cirugía General. Esta evaluación será siempre anual y se efectuará en la misma fecha. Los residentes son evaluados al cumplirse el año de formación, finalizando la formación en la misma fecha.

Las evaluaciones que pueden obtener los residentes son:

- Positivas. Podrán ser de suficiente, destacado o excelente.
- Negativas. Será en todo caso de no apto. No obstante, en el caso de evaluaciones negativas, la Comisión de Docencia puede optar por:
 - No apto por deficiencias relevantes no recuperables. No permiten recuperación y suponen la extinción del contrato de trabajo.
 - No apto por deficiencias relevantes recuperables. En este caso se concederá una prórroga de tres meses, tras la cual el residente es evaluado como apto o no apto.
 - No apto por haber quedado suspendido el contrato de trabajo por un tiempo superior al 25 por ciento del tiempo de formación del curso de que se trate.

Cuando la evaluación definitiva del último año sea de no apto, el residente tiene derecho a realizar una prueba final sobre el conjunto del programa formativo ante la Comisión Nacional de la especialidad. En caso de no superarla se podrá realizar una segunda prueba antes de que transcurra un año desde la anterior.

4. ROTACIONES

Las rotaciones están orientadas a conseguir las competencias profesionales básicas.

El tiempo mínimo de rotación recomendable por las distintas especialidades es de dos meses, aunque en ocasiones puede ser menor (un mes) si es necesario para cumplir con el resto de itinerario formativo y siempre que se puedan cumplir los objetivos de dicha rotación. Las rotaciones programadas son obligatorias, pero se estima que si alguna de ellas no aporta valor a la formación del residente, el tutor, el jefe de Servicio y en última instancia la Comisión de Docencia podrían suspenderla o sustituirla.

Dado que la Unidad de Cirugía General del Hospital Vega Baja carece de la asistencia especializada de algunas patologías concretas, la acreditación como Unidad Docente en Cirugía General se condiciona a la posibilidad de que el médico en formación pueda completar su formación en centros asociados (ver anexos de colaboración).

- Residente Primer año:
 - Servicio Medicina Intensiva-Anestesia (3 meses)
 - Radiodiagnóstico (2 mes)
 - Urgencias (La realización de guardias en el servicio de Urgencias y área de Traumatología durante el primer año, en número cinco o seis al mes, se considera equivalente a la rotación en este servicio)
- Residente Segundo año:
 - Servicio Endoscopias: 1 mes
 - Servicio de Urología: 1 mes.
- Residente Tercer año:
 - Servicio Cirugía Vascul ar (Hospital General de Elche): 2 meses.
 - Servicio de Cirugía Plástica: (Hospital General de Alicante): 2 meses.
 - Servicio de Neurocirugía: (Hospital General de Alicante): 10 guardias.
- Residente Cuarto año:
 - Servicio de Cirugía Torácica (Hospital General de Alicante): 3 meses.

Unidad Docente Cirugía General y del Aparato Digestivo

- Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Sección de cirugía hepática y trasplante: Hospital General Universitario de Alicante, durante 3 meses.
- Residente Quinto año:
 - Rotatorio externo a elegir por el residente para completar su formación en el área que desee en un centro de referencia.

GUARDIAS:

- 5 guardias de puerta de Urgencias y Traumatología durante su año de R1.
- 5 guardias mensuales en el Servicio de Cirugía a partir de R2.
- Guardias en los centros de rotaciones externas para completar su formación en cada área.

SESIONES CLÍNICAS:

- Se acordará con los residentes calendario de sesiones bibliográficas distribuidas por secciones a lo largo de su programa formativo que se realizarán de forma bimensual.

6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

Durante el primer año, el especialista en formación debe adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios en relación con la Metodología de la investigación, Bioética y Gestión clínica. También se incidirá en la mejora del idioma inglés con el fin, entre otros, de facilitar una rotación opcional ulterior en un centro extranjero.

Actividades.

Para tales objetivos deberá seguirse durante el primer año de la residencia, cursos o seminarios comunes sobre metodología de la investigación, sobre bioética y sobre gestión clínica, que sumarán al menos 40 horas.

Cada curso o seminario debe ser objeto de evaluación y ser registrado en el libro del residente adecuadamente visados por el tutor.

Conocimientos (Formación teórica).

El especialista en formación en CGAD debe adquirir los conocimientos adecuados y actualizados del programa de la especialidad, cuyos contenidos se muestran en el apartado 7 de este programa. Al final de la residencia debería estar en condiciones de superar una evaluación de estos conocimientos.

Habilidades (Formación asistencial). Niveles de complejidad y responsabilidad:

El residente debe adquirir las destrezas propias del cirujano general y del aparato digestivo, de tal suerte que al final de su periodo de aprendizaje haya conseguido en primer lugar, lograr una formación óptima como cirujano general, capaz de asumir sus funciones y sus responsabilidades en un centro de nivel comarcal o de área.

Unidad Docente Cirugía General y del Aparato Digestivo

En segundo lugar, y especialmente durante los dos últimos años de residencia se iniciará una formación específica complementaria en una de las áreas de capacitación o especial interés dentro del campo de la CGAD.

Para el alcance de dichos objetivos, el residente irá avanzando progresivamente en los grados de complejidad quirúrgica, a la vez que irá asumiendo, también progresivamente, una mayor responsabilidad.

En cuanto al nivel de responsabilidad se distinguen 3 niveles:

El nivel 1 es aquel que permite al residente realizar una actividad sin necesidad de una tutorización inmediata, es decir, ejecuta y posteriormente, informa.

El nivel 2 posibilita la realización de actividades directamente por el residente con la colaboración y bajo la supervisión del staff.

El nivel 3 se corresponde con actividades en las que el residente simplemente ayuda u observa acciones del personal de plantilla.

Actitudes:

a) Genéricas:

Disponibilidad para el aprendizaje y la formación permanente. Capacidad para asumir compromisos y responsabilidades. Aproximación a los problemas asistenciales con mente crítica y espíritu resolutivo. Respeto y valoración positiva del trabajo de los demás. Apertura y flexibilidad en relación con los pacientes, miembros de su grupo de trabajo, colegas de otras especialidades y autoridades sanitarias y educativas en general.

b) Profesionales y científicas:

Unidad Docente Cirugía General y del Aparato Digestivo

Cooperación y abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las diversas patologías que originan el tratamiento quirúrgico. Conformidad con la misión de servicio hacia los pacientes y la sociedad a que obliga el ejercicio de la medicina. Percepción de la multiplicidad de funciones que los médicos especialistas han de ejercer en el ámbito del sistema nacional de salud. Reconocimiento del derecho de los pacientes a una asistencia pronta y digna en condiciones de equidad.

Atención preferente hacia las necesidades de los pacientes y de sus familias con especial referencia al derecho de información. Conciencia de la repercusión económica de las decisiones. Preocupación por los aspectos deontológicos y éticos de la medicina en general y de la CGAD en particular.

Colaboración con los poderes públicos, sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales.

Asumir la práctica clínica basada en la evidencia científica.

Conciencia de la importancia de una formación científica y clínica lo más sólida posible adquiriendo una mentalidad crítica, conociendo la metodología de la investigación, la importancia de la formación continuada.

Participación personal en el desarrollo de las funciones asistencial, docente y científica de la especialidad.

Actividades para cubrir los objetivos.

La formación teórica se efectuará mediante el estudio a nivel individual y el seguimiento de cursos y seminarios.

El tutor también velará por la asistencia del residente a los cursos y seminarios idóneos en cada momento, en número de 2-3 al año. Se aconseja que tales cursos incluyan actualizaciones y perfeccionamientos en: Iniciación práctica en Cirugía Endoscópica, Formas de producción científica en Cirugía General, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía

Unidad Docente Cirugía General y del Aparato Digestivo

esofagogástrica, Cirugía hepatobiliopancreática, Coloproctología, Pared Abdominal, Politraumatismos y Cuidados intensivos quirúrgicos, Infección quirúrgica, Cirugía endocrina, Cirugía de la mama, Cirugía endoscópica avanzada, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculat, Trasplantes de órganos abdominales, Obesidad Mórbida.

En cuanto a las habilidades:

Las actividades asistenciales clínicas y quirúrgicas conforman el núcleo más complejo de la formación y pueden esquematizarse en:

a) Actividades en sala de hospitalización.

Dichas actividades son: visita médica, información a familiares y realización de informes de alta. En las salas, el residente, acompañado por un facultativo y por el enfermero responsable del paciente, efectuará la visita médica. Los pasos a seguir con cada consulta de paciente hospitalizado son: Interrogatorio sucinto, examen físico e inspección de la hoja de constantes, solicitud de exploraciones complementarias o de hojas de interconsulta, anotación de la evolución clínica y de las órdenes de tratamiento, contribuyendo, posteriormente a informar a los familiares. En su caso, el residente formalizará los informes de alta, que deben incluir: resumen de la historia clínica, expresando claramente el diagnóstico principal, los procedimientos quirúrgicos, la existencia de comorbilidad o de complicaciones y las recomendaciones al alta.

b) Actividades programadas en quirófanos.

El residente debe participar activamente en la programación quirúrgica de la unidad docente con responsabilidad creciente a lo largo de su periodo formativo. Además de su contribución al acto quirúrgico propiamente dicho, participará en la confección del juicio clínico preoperatorio, la obtención del consentimiento informado, la orden de operación, la cumplimentación de la hoja operatoria, la solicitud de estudios anatomopatológicos o de otro tipo y la información a familiares.

Unidad Docente Cirugía General y del Aparato Digestivo

c) Actividades en consultas externas.

El residente participará en el área de consultas externas, verdadero laboratorio de relación con la atención primaria y de control del resultado de las terapéuticas quirúrgicas. Durante la visita, el residente realizará el interrogatorio, el examen físico, la formalización de la historia

clínica y el plan de actuación. Si el caso es quirúrgico, solicitará el estudio preoperatorio y la consulta preanestésica, según el protocolo del centro. Cumplimentará los documentos de inclusión en lista de espera y el consentimiento específico. En su caso, realizará informe de alta en consulta externa.

En cuanto a la investigación.

Las actividades científicas incluyen la preparación de publicaciones escritas, de comunicaciones orales y ponencias a reuniones y congresos y la participación en las sesiones del servicio.

Los conocimientos adquiridos en el curso de metodología de la investigación, el ejemplo de la unidad docente, la supervisión del tutor y el estímulo del jefe de la unidad harán que el especialista en formación participe activamente en la realización de, al menos, una comunicación oral y un trabajo escrito por año de formación. Al final del periodo formativo

el residente deberá contar con un mínimo de 6 publicaciones escritas o admitidas para publicación (en al menos 2 de ellas figurará como primer firmante) y haber colaborado, al menos, en 10 comunicaciones a congresos. Estas actividades deberán constar en el libro del residente.

Las sesiones del servicio constituyen una auditoría clínica permanente y pueden considerarse una actividad científica en cuanto ejercitan la mentalidad crítica. El especialista en formación debe participar activamente en las mismas.

HOSPITAL VEGA BAJA

Ctra. Orihuela-Almoradí s/n- 03314-San Bartolomé-Orihuela (Alicante) - Telf. 966 749 030