

6 INDICADORES

Demora en consulta de Atención Primaria: Menor de 24 horas

Demora en consulta de Atención Especializada: Menor de 15 días

Tiempo de espera en Urgencias: Inferior a 30 minutos

Demora en la realización de ecografía: Para exploraciones urgentes, inferior a 12 horas, salvo que haya circunstancias de gravedad u otro condicionamiento que requiera la realización más inmediata según el criterio del médico responsable.
Para no urgentes, inferior a 15 días.

Demora quirúrgica colecistitis aguda: < 72 horas desde su contacto con el Hospital.

Demora quirúrgica colelitiasis: < 120 días de su inclusión en lista de espera.

Porcentaje de pacientes vistos el mismo día en Consulta de Cirugía y Consulta de Anestesia con estudio preoperatorio realizado: 50%.

Existencia de guías y/o protocolos y vías de actuación clínica consensuados entre todos los estamentos implicados en el proceso, adaptados a las características e idiosincrasia de cada centro y área sanitaria, basados en estudios de evidencia.

Morbilidad global:

- Infección de herida quirúrgica
- Infecciones nosocomiales
- Lesiones yatrógenas de la VBP < 0.5%
- Litiasis residual < 1%

Cirugía electiva < 2%
Cirugía de urgencias < 15%

Ingresos por complicaciones derivadas de la coleditiasis ya en lista de espera:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de coleditiasis ingresadas complicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de coleditiasis diagnosticadas}} \times 100$ tendente a ser 0

% de reintervenciones < 1%

% de reingresos < 1%

Índice de cirugía laparoscópica: $\frac{\text{N}^\circ \text{ colelaparoscopias}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones totales}} \times 100$

Cirugía electiva 50-60%

Cirugía de urgencias .. 40%

Índice de conversiones en colecistectomías laparoscópicas programadas y de urgencias

Cirugía electiva (coleditiasis) < 5-10%

Cirugía urgente (colecistitis aguda) < 15-25%

Mortalidad global:

Índice de desprogramación: < 3%

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones desprogramadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de intervenciones programadas}} \times 100$

Eficiencia de petición de ecografía: 50%.

$\frac{\text{Pacientes con coleditiasis}}{\text{pacientes explorados}} \times 100$

Informes de alta: 100%

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes de alta en el día}}{\text{N}^\circ \text{ de altas totales}} \times 100$

Consentimientos informados: 100%

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de consentimientos informados}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones}} \times 100$

Estancia preoperatoria < 0,5 días

Estancia media:

Coleditiasis no complicada operada sin complicaciones 3 días

Coleditiasis complicada operada sin complicaciones 7 días

Reclamaciones < 1%

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reclamaciones}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones}} \times 100$

Cooperación entre niveles: 100%

$\frac{\text{Informes de alta remitidos a Atención Primaria}}{\text{N}^\circ \text{ total de altas}} \times 100$

Grado de satisfacción

Encuestas de satisfacción periódicas

INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES

<p>Colelitiasis sintomática no complicada: cólico biliar típico (1)</p>	<p>Episodio de dolor localizado en epigastrio o en hipocondrio derecho, que se puede irradiar hacia la espalda o región escapular, de inicio rápido, con una meseta que suele durar varias horas y acaba cediendo. Puede ser la primera vez, o haber existido cuadros similares previos. Puede estar acompañado de náuseas y vómitos, pero no asociarse a otros signos como ictericia, fiebre o peritonismo abdominal (Murphy +).</p>
<p>Colelitiasis sintomática complicada: cólico biliar complicado (2)</p>	<p>Asociación de signos clínicos propios de la enfermedad biliar litiasica complicada, como dolor persistente refractario al tratamiento médico adecuado, fiebre, ictericia y/o peritonismo abdominal.</p>
<p>Colelitiasis con manifestaciones atípicas (3)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con litiasis biliar ecográficamente comprobada que presentan síntomas dolorosos no encuadrados en el cólico biliar típico (flatulencia, dispepsia, cambios del ritmo intestinal, ardor y pirosis). 2. Pacientes con litiasis biliar ecográficamente comprobada, que presentan síntomas típicos, pero con otras manifestaciones relevantes, que requieren una valoración especializada: síntomas de RGE, anomalías de las pruebas de función hepática, sospecha clínica de otra patología.
<p>Colelitiasis aguda litiasica (4)</p>	<p>Cólico biliar persistente en el tiempo, con peritonismo abdominal localizado en hipocondrio derecho (Murphy +), fiebre, leucocitosis y signos ecográficos de litiasis e inflamación del área vesicular (engrosamiento de la pared vesicular, microabscesos parietales, doble contorno, líquido perivesicular o libre en cavidad).</p>
<p>Colelitiasis asintomática (5)</p>	<p>Diagnóstico ecográfico incidental de litiasis biliar en pacientes sin manifestaciones clínicas debidas a la misma. Las indicaciones de colecistectomía en este grupo de pacientes serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia hemolítica, que requiere esplenectomía. 2. Vesícula en porcelana. 3. Tratamientos inmunosupresores prolongados.

	<p>4. Otras intervenciones abdominales, siempre que la cirugía no incremente el riesgo quirúrgico.</p> <p>5. Pacientes diabéticos: parece ser que los pacientes diabéticos que sufren complicaciones relacionadas con sus cálculos pueden tener una mayor morbilidad relacionada con la colecistectomía de urgencia, aunque este dato no está todavía suficientemente estudiado. Por tanto, deben ser tenidos en cuenta factores individuales a la hora de recomendar la colecistectomía profiláctica en ellos, aunque esta recomendación a menudo tiene que hacerse sin que haya en la actualidad un suficiente apoyo basado en la evidencia.</p>
Indicaciones de ecografía (6)	Sospecha clínica de colelitiasis o colecistitis aguda, tanto en Atención Primaria como en Urgencias y Atención Especializada. La sospecha clínica de ambos cuadros se ajustará a las definiciones de cólico biliar típico y cólico biliar complicado, previamente enunciadas
Criterios de derivación a Urgencias hospitalarias (7)	Cólico biliar complicado
Criterios de derivación al Cirujano (8)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con cólicos biliares típicos y con confirmación ecográfica de su colelitiasis. Se remitirán directamente al Cirujano por el Médico de Familia con las oportunas pruebas complementarias preoperatorias. (punto 1). 2. Pacientes con manifestaciones atípicas y confirmación ecográfica de su colelitiasis, tras realizar estudio por parte del Digestólogo y descartar otras patologías que expliquen la clínica que refiere el paciente. (punto 3 y 9). 3. Pacientes con cólico biliar complicado tras confirmación ecográfica de colecistitis aguda, así como aquellos pacientes con cólico biliar prolongado y refractario al tratamiento médico adecuado (puntos 2 y 4). 4. Colelitiasis asintomática con indicación quirúrgica (punto 5).
Criterios de derivación al Digestólogo (9)	Pacientes con colelitiasis que se acompaña de manifestaciones clínicas atípicas (punto 3).