

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO DE SOPORTE DE SOPORTE

BLOQUE QUIRÚRGICO



PROCESO DE SOPORTE PROCESO DE SOPORTE

BLOQUE QUIRÚRGICO



BLOQUE QUIRÚRGICO: proceso
de soporte. – [Sevilla] :
Consejería de Salud, [2004]
154 p. ; 24 cm

BLOQUE QUIRÚRGICO

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal:

Maquetación: Artefacto

Impresión: Escandón Impresores

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido - y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

EQUIPO DE TRABAJO

COORDINADOR:

Antonio Pajuelo Gallego (Anestesiólogo) (Jefe de Servicio de Anestesia Hospital Virgen del Rocío; Sevilla)

COMPONENTES DEL GRUPO:

Juan Carlos Castillo Parra (Ingeniero informático) (Responsable de Sistemas Informáticos del Hospital de Poniente; El Ejido, Almería)

Jorge Puerta López (Ingeniero agrónomo) (Responsable de sistemas de información del Hospital de Poniente; El Ejido, Almería)

Remedios Martínez Jiménez (Directora Regional del Producto Asistencial, Servicios Centrales del SAS)

Benjamín Narbona Calvo (Cirujano general) (Director del Área Integrada de Gestión de Cirugía del Hospital de Poniente, El Ejido, Almería)

Miguel Moleón Camacho (Traumatólogo) (FEA del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)

José Mena Robles (Cirujano general) (FEA del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)

Augusto Herrera González (Anestesiólogo) (FEA. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)

Consuelo Rodríguez Rodríguez (Anestesióloga) (Directora del Área Integrada de Gestión: Bloque Quirúrgico del Hospital de Poniente, El Ejido, Almería)

Plácido Zamora Navas (Traumatólogo) (FEA. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga)

Antonio Almazán Duro (Anestesiólogo) (Jefe del Servicio de Anestesia. Hospital Virgen de las Nieves, Granada)

Manuel Márquez Paniagua (Anestesiólogo) (Jefe de Servicio de Anestesia, Hospital Infanta Elena, Huelva)

Sigfredo Rodríguez Fernández (Anestesiólogo) (Jefe de Servicio de Anestesia, Hospital Carlos Haya, Málaga)

Esperanza Rojas Delgado (Enfermera) (Supervisora de Enfermería de Quirófano, Hospital de Traumatología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)

María Luisa Oliver Chamorro (Enfermera) (Enfermera del Área de Reanimación Postquirúrgica; Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)

María Dolores Muriel Arteaga (Enfermera) (Enfermera del área de quirófanos del Hospital Comarcal de Osuna, Sevilla)

Francisco Orero y Saenz de Tejada (Enfermero) (Supervisor de Enfermería del Bloque Quirúrgico del Hospital de Poniente, El Ejido, Almería)

Antonio Ontanilla López (Anestesiólogo) (FEA Hospital de Valme, Sevilla)

Mercedes Echevarría Moreno (Anestesióloga) (Jefe de Servicio del Hospital de Valme, Sevilla)

M^a Reyes Álvarez-Ossorio García de Soria (Jefe de Servicio de Prevención. Hospital de Poniente; El Ejido, Almería)

Domingo Jiménez Navarrete (Director Económico Administrativo Hospital de Poniente, El Ejido, Almería)

Juan Fernando Alarcón Díaz (Director de Servicios Generales. Hospital de Torrecárdenas, Almería)

Juan Carlos de Chicca (Jefe del Servicio de Electromedicina. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla)

Martín Blanco García (Director Servicios Generales del Hospital Virgen de las Nieves, Granada)

José Salido Medina (Director de Servicios Generales. Hospital de Antequera)

Juan Luis López Romero (Anestesiólogo) (FEA. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)

María de los Ángeles Hurtado Domínguez (Enfermera) (Hospital del Servicio Andaluz de Salud de Jerez, Cádiz)

Juan Marín Morales (Cirujano General) (Jefe de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital El Tomillar, Sevilla)

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas.....	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	18
4. COMPONENTES	21
Descripción general.....	21
Profesionales. Actividades. Características de calidad.....	29
Recursos. Características de calidad	43
Unidades de soporte	45
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	47
Arquitectura de proceso nivel 1. Bloque Quirúrgico	48
Arquitectura de proceso nivel 2: Fase de programación	49
Arquitectura de proceso nivel 2: Fase de evaluación preanestésica.....	50
Arquitectura de proceso nivel 2: Fase preoperatoria inmediata	51
Arquitectura de proceso nivel 2: Fase intraoperatoria.....	52
Arquitectura de proceso nivel 2: Fase post-operatoria.....	53
Arquitectura de proceso nivel 3.....	54
6. INDICADORES.....	57
Anexos	
Anexo 1: Documento para Consentimiento Informado	61
Anexo 2: Aprovechamiento	64
Anexo 3: Mantenimiento de las instalaciones y material electromédico	67
Anexo 4: Valoración preoperatoria.....	84
Anexo 5: Protocolo de profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa.....	85
Anexo 6: Plan de cuidados de enfermería.....	88
Anexo 7: Protocolo de circulación de pacientes en el Bloque Quirúrgico.....	103
Anexo 8: Hoja de ruta quirúrgica	105
Anexo 9: Prevención de infecciones nosocomiales.....	110
Anexo 10: Registro de anestesia	128
Anexo 11: Protocolo de ingreso en URPA.....	130

Anexo 12: Protocolo de monitorización y controles en URPA	132
Anexo 13: Protocolo de analgesia post-operatoria	134
Anexo 14: Protocolo de actuación en URPA según situación clínica.....	136
Anexo 15: Criterios de alta en Anestesiología.....	137
Anexo 16: Informe enfermero al alta.....	138
Abreviaturas.....	141
Bibliografía	143

1 INTRODUCCIÓN

Los quirófanos constituyen un área tradicionalmente obligada a la “cooperación” inter-niveles para su correcto funcionamiento, ya que en ella trabajan, de forma permanente o esporádica, un alto número de profesionales para llevar a cabo con éxito la asistencia a los pacientes.

Probablemente, la principal dolencia actual en la gestión del área quirúrgica es el enfoque asistencial de espaldas al cliente externo: pacientes y familiares. Así, la información pre y post-operatorias y el confort para las largas y tensas horas de espera que sufren, brillan por su ausencia en la mayoría de los casos.

Cada día, se incrementa el número de intervenciones que siguen los nuevos modelos asistenciales, como la cirugía ambulatoria, habiendo comenzado a forjarse un nuevo concepto de asistencia “integral”.

La legislación actual referida a la actividad desarrollada en el Bloque Quirúrgico está bien definida, temas como la garantía de demora en las listas de espera, el consentimiento informado o la privacidad del paciente tienen que adaptarse de forma inflexible a estas normativas. Por ello se ha revisado y ajustado el proceso a la legislación vigente. La evolución de la normativa podría hacer obsoleto algún punto, por lo que este aspecto estará sometido a revisión continua.

Proponer un Proceso Asistencial Bloque Quirúrgico tiene la doble misión de establecer las características de calidad que imponen las expectativas de los usuarios en esta área que, como ya hemos citado, ha sido un aspecto claramente deficitario; y, por otro, establecer unas normas generales de actuación que sirvan de guía a los profesionales y centros hospitalarios para conseguir que en las intervenciones quirúrgicas se sigan unas pautas de trabajo normalizadas que disminuyan la variabilidad existente en la actualidad y la mejora continua de la calidad, teniendo en cuenta también las expectativas de los profesionales.

El equipo de trabajo ha procurado, además de establecer los factores organizativos del proceso, integrar a los distintos profesionales. Este documento es más bien una secuencialización de cómo se deben hacer “correctamente las cosas correctas”. Es conveniente saber qué hacemos, quién lo hace, dónde y cómo se hace, qué resultado obtenemos y, sobre todo, si lo vamos haciendo cada vez mejor y de manera más eficiente.

Otro objetivo ha sido apostar por las tecnologías de la información ya que sus ventajas compensan con creces la dificultad que supone su implantación. El acceso a un soporte informático eficaz proporcionará la herramienta necesaria para gestionar todo el proceso: la integración de la futura historia digital, la inclusión/extracción en la lista de espera quirúrgica, la programación, la gestión de los elementos electromédicos, el aprovisionamiento de productos y materiales implantados a un determinado paciente, el seguimiento del paciente a través del circuito asistencial, y además, poder explotar la información para evaluar la eficacia y eficiencia del proceso.

Nuestro objetivo final ha sido asegurar que el Proceso Asistencial Bloque Quirúrgico permita obtener unos resultados de calidad, adecuándolo a las necesidades tanto de los usuarios como de los profesionales.