

# **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

## **EFFECTIVIDAD EN SEGURIDAD DE PACIENTES DE CIRUGÍA DE CATARATAS CON CRITERIOS DE CALIDAD JOINT COMMISSION**

**Alumno: Penalva Hortal, Eduardo**

**Tutora: Maciá Soler, Loreto**

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2017-2018**

# ÍNDICE

1. RESUMEN

2. ABSTRACT

3. INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES. JUSTIFICACIÓN

3.1. Introducción, antecedentes

3.2. Justificación

4. OBJETIVOS

5. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

6. DISEÑO Y MÉTODOS

6.1. Diseño

6.2. Población a estudio

6.3. Método recogida de datos

6.4. Variables a estudio

6.5. Estrategia de análisis

7. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

8. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

9. ASPECTOS ÉTICOS

10. CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

11. PRESUPUESTO

12. BIBLIOGRAFÍA

13. ANEXOS

## 1. RESÚMEN

Desde la publicación en 1999 del informe “to error is human” por parte del instituto americano de medicina la seguridad quirúrgica se ha convertido en foco de atención para todos los responsables en salud a nivel internacional.

Entidades de amplio reconocimiento en acreditación de la calidad asistencial como la Joint Commission International, apoyada por los informes de la OMS en su programa “la cirugía segura salva vidas”, propusieron herramientas sencillas, de fácil implementación con el fin de reducir la aparición de efectos adversos durante la cirugía, entre ellas destaca la denominada lista de verificación quirúrgica o “check list”, que aunque en España no es de obligado cumplimiento, algunos centros si se han propuesto usar este sistema de verificación con el fin de garantizar la seguridad del paciente y por tanto aumentar en calidad asistencial.

Uno de estos centros es el Hospital Universitario de Torrevieja, que tras el inicio de un ambicioso proyecto en búsqueda de máxima calidad asistencial, concluyó en Julio de 2017 con la consecución de la acreditación Joint Commission.

El presente trabajo, tiene como objetivo evaluar la efectividad de las herramientas utilizadas para evaluar la calidad en quirófano de cirugía oftalmológica del hospital Universitario de Torrevieja pre y post implantación del sistema de calidad Joint Commission.

**Palabras clave:** Calidad asistencial, Lista de verificación quirúrgica, Seguridad del paciente, Acreditación sanitaria, Efecto adverso.

## 2. ABSTRACT

Since the publication in 1999 of the report "to error is human" by the American Institute of Medicine, surgical safety has become the focus of attention for all those responsible for health at the international level.

Entities of wide recognition in quality assurance accreditation as the Joint Commission International, supported by the WHO reports in its program "safe surgery saves lives", proposed simple tools, easy to implement in order to reduce the occurrence of effects adverse events during surgery, among them the so-called surgical checklist or "check list", which although in Spain is not mandatory, some centers have proposed using this verification system in order to ensure patient safety and therefore increase in quality of care.

One of these centers is the University Hospital of Torrevieja, which after the start of an ambitious project in search of maximum quality care, concluded in July 2017 with the achievement of the Joint Commission accreditation.

The objective of this work is to evaluate the effectiveness of the tools used to evaluate the quality in the operating theater of ophthalmological surgery at the University Hospital of Torrevieja before and after the implementation of the Joint Commission quality system.

**Keywords:** Healthcare quality, Checklist, Patient safety, Healthcare accreditation, adverse effect.

### **3. INTRODUCCIÓN. ANTECEDENTES. JUSTIFICACIÓN.**

#### **3.1. Introducción, antecedentes**

En el ámbito de la salud, el interés por garantizar la calidad nace de mano de la ética y, en concreto, por la responsabilidad que el médico adquiriría con su paciente buscando siempre "lo que era mejor para él". Los orígenes de la preocupación por la calidad en el ámbito asistencial solían estar asociados a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento o cuidados. <sup>(1)</sup>

Así, por ejemplo, Semmelweis, en 1847, observando la muerte de las púerperas relacionó la reducción de la fiebre puerperal y el fallecimientos de las pacientes con el lavado de manos, llegando incluso a obligar a los estudiantes de medicina a lavarse las manos antes de cada exploración. Proposición por la que fue expulsado de su universidad. <sup>(2)</sup>

Otro ejemplo puedo ser la curiosidad de Florence Nigthingale en 1863 analizando la mortalidad de los soldados procedentes de la guerra Crimea. Nigthingale observó que la muerte por infección intrahospitalaria era más frecuente en los grandes centros hospitalarios que en los centros más pequeños, provocando que se analizara la variabilidad de dichas tasas de mortalidad. <sup>(3)</sup>

A principios de siglo XX Ernest Codman, investigando las muertes no esperadas en los postoperatorios presentó una calificación de errores en la cirugía (falta de conocimientos, falta de juicio clínico, falta de cuidados y falta de habilidad de diagnóstico), y aunque fue expulsado de las sociedades quirúrgicas por proponer un seguimiento de los pacientes por parte de cada cirujano, acabó por desarrollar una base de datos que incluía información sobre la identificación del paciente, diagnóstico, tratamientos, resultados y evaluación a largo plazo, lo que le hizo presidir en 1917 el comité para la estandarización de hospitales del

colegio Americano de cirujanos, germen de la actual Joint Commission on the accreditation of hospital. <sup>(4-5)</sup>

Desde una perspectiva histórica, como podemos observar, la calidad de las actuaciones médico-paciente, ha tenido como elemento fundamental el resultado derivado de la actuación sanitaria. En los últimos años, en cambio, hemos asistido a una importante variación en las relaciones médico-paciente consecuencia del enfoque de la sociedad hacia los consumidores o clientes. El usuario de los servicios de salud, está mejor informado y demanda servicio, posicionándose como cliente, la consecuencia inmediata de dicho cambio de enfoque es que, el resultado de la asistencia sanitaria se mide, en la actualidad, en términos de efectividad y eficiencia o lo que sería lo mismo, la calidad de los servicios se mide a través de la evaluación de la percepción del paciente de su dolor, autonomía o sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado. <sup>(6)</sup>

Dentro de la calidad asistencial un aspecto importante en la política de prevención de riesgos asociados a la atención sanitaria es garantizar la seguridad de pacientes. Su importancia nace de la máxima ética de la no maleficencia y del convencimiento de que no es aceptable que un paciente presente daños derivados de la atención recibida.

La seguridad de pacientes, se asocia a distintos servicios hospitalarios, y parece que, los servicios quirúrgicos, dan una visión clara de la calidad de la asistencial global y en consecuencia, el análisis de los servicios quirúrgicos son un buen punto de inicio para la mejora de la seguridad de pacientes.

En cualquier sistema de salud, el número de cirugías aumenta día a día y en muchas ocasiones, la cirugía es la única alternativa de tratamiento y los procedimientos quirúrgicos pueden ser el origen de complicaciones posteriores asociadas a la calidad quirúrgica. Los problemas derivados de la cirugía constituyen una parte de los denominados efectos adversos de la hospitalización (EA). <sup>(7-8-9)</sup>

Con la publicación en 1999 del informe del instituto americano de medicina “To error is human” la seguridad quirúrgica se ha convertido en foco de atención a nivel internacional para los responsables de la salud de los distintos países occidentales. Dicho informe concluía que entre 44.000 y 98.000 personas morían al año en los Estados Unidos (EEUU) como resultado de errores que se producían en el proceso de atención. <sup>(10)</sup>

Dese entonces la Organización mundial de la salud (OMS), junto con diversas agencias internaciones han desarrollado estrategias para proponer planes y programas que permitan reducir el número efectos adversos evitables. En los primeros informes la OMS estimaba que de 234 millones de intervenciones que se realizaban diariamente en el mundo, aproximadamente 7 millones sufrían complicaciones y cerca de 1 millón morían por complicaciones derivadas de procedimientos quirúrgicos. <sup>(11)</sup>

Así se crea por la OMS en 2004 la Alianza mundial para la seguridad del paciente con el objetivo de promover el compromiso político de mejorar la seguridad en la atención sanitaria. Tres años después, en Enero de 2007, dicha organización crea el programa “La cirugía segura salva vidas” con el objetivo de mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos. Así pues, dichos objetivos se concretaron en la elaboración de una “lista de verificación para la seguridad quirúrgica” (Check list) como herramienta de comunicación entre los distintos intervinientes de una intervención quirúrgica que puede mejorar la seguridad del paciente. La lista (que no es de obligado cumplimiento) pretende ser una herramienta práctica, de fácil implementación, a disposición de los profesionales cuya finalidad es mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos y poder reducir al máximo la posibilidad de errores. Con esta lista se pretende imponer una rutina que compruebe una serie de ítems en tres momentos de la cirugía: antes de la inducción anestésica; antes de la incisión quirúrgica, y antes de que el paciente abandone el quirófano. <sup>(12-13-14-15)</sup>

Aunque la publicación del informe “La cirugía segura salva vidas” por parte de la OMS data de 2007, es cierto que ya en 2001, la Joint Commission for Health Care Organisation como organismo de máximo reconocimiento a nivel de acreditación de calidad sanitaria, ya recomendaba unas estrategias para evitar este tipo de errores y establecía unos procesos para asegurar la correcta cirugía mediante varios pasos como eran el marcaje del lado a intervenir, obtener una verificación oral del paciente o el uso de una lista de verificación.<sup>(7-12)</sup>

A lo largo de los años distintos autores (Donabedian, OMS, consejo de Europa) han intentado definir la de calidad asistencial desde diferentes enfoques dependientes de la evaluación clínica, la eficiencia en la prestación de servicios o la calidad total. Lo que parece claro, en este momento, es que, la definición de de calidad asistencial resulta incompleta si no se tienen en cuenta elementos como la calidad científico-técnica, accesibilidad, efectividad, eficiencia y satisfacción del paciente o su aceptabilidad. En conclusión podríamos considerar que aunque los componentes principales de la calidad son técnicos y giran en torno a la práctica clínica, no se deben olvidar los componentes relacionados con el paciente y su entorno.<sup>(16-17-18)</sup>

Progresivamente aumentan los centros sanitarios que muestran interés por acreditar la calidad de sus servicios. La acreditación es un proceso de evaluación en el que se verifica el grado de cumplimiento de unos criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente. Como órganos de acreditación independientes y con prestigio internacional podemos encontrar la Asociación Española de normalización y certificación (AENOR) que otorga las normas ISO (International Office of Standards) para estandarizar los productos y facilitar así el comercio. La European Foundation for Quality Management (EFQM) modelo de la Fundación Europea para la gestión de la calidad nacido en 1991 para introducir la gestión total con el objetivo específico de mejorar las organizaciones a través de una autoevaluación, y en EEUU tiene relevancia en el sector sanitario, el modelo propuesto por la la Joint Commission International, basado en la acreditación a partir de unos



estándares de calidad exigentes con los centros que cumplen sus reconocidos estándares.<sup>(19)</sup>

En España la acreditación sanitaria ha tenido muy poco desarrollo desde la promulgación de la ley general de sanidad en 1986 hasta la fecha debido a que la propia legislación obliga a los centros sanitarios del sistema público de salud, a mantener la calidad asistencial, sin incluir procesos de acreditación. En los centros de gestión privada o de gestión mixta como los hospitales universitarios de Torrevieja y del Vinalopó o el centro médico Teknon de Barcelona, donde se impone la competitividad para la mejora de la calidad, se apuesta por distintas opciones de acreditación y en concreto, los 3 mencionados centros, utilizan la certificación Joint Commission Internacional, mientras que otros centros como HM hospitales o el hospital de Manises, poseen el sello EFQM 500+. También, AENOR, como podemos observar en su página oficial, recientemente ha otorgado diversas certificaciones a hospitales públicos Españoles, entre las cuales destacan la ISO/UNE 166002 en I+D+i otorgada al hospital Gregorio Marañón y al hospital la Fé de Valencia.<sup>(19-20)</sup>

### **3.2. Justificación**

Durante los tres últimos años en el hospital universitario de Torrevieja, donde trabajo como enfermero de quirófano y supervisor general de guardia, se inició un ambicioso proceso de evaluación que conllevó numerosas reformas y actualizaciones de procedimientos finalizando en Julio de 2017 con la consecución de la acreditación Joint Commission International, siendo el primer hospital público de la Comunidad Valenciana en obtener la más prestigiosa acreditación sanitaria en materia de calidad y seguridad del paciente.

Por tanto, basándonos en la experiencia anterior y en la información obtenida de la literatura donde se observa que la calidad y seguridad del paciente son temas de interés, parece pertinente realizar un estudio en el ámbito de la gestión para evaluar la efectividad de la implantación de un sistema de calidad en el quirófano de oftalmología del hospital de Torre vieja bajo criterios Joint Commission frente a un sistema de calidad convencional.

#### **4. OBJETIVOS**

##### Objetivo general:

Establecer posibles relaciones entre el número de efectos adversos (EA) sucedidos en el quirófano de oftalmología antes y después de la implantación del sistema de acreditación.

##### Objetivos específicos:

1. Conocer los efectos adversos que no se llegaron a producir al ser detectados por los sistemas de calidad.
2. Conocer algunas características de los pacientes en que es más frecuente la cirugía de cataratas.
3. Conocer el grado de implementación de “la lista de verificación quirúrgica” (Check List).
4. Conocer la tasa de error en la administración del antibiótico requerido.
5. Conocer el número de suspensiones por errores en el cumplimiento de protocolos.

## **5. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS**

Este estudio nos permitiría conocer la efectividad de los criterios de calidad propuestos por la acreditación joint commission que garantiza la creación de una cultura de seguridad y calidad dentro de la organización cuyo único fin es mejorar la atención al paciente.

Por tanto, los resultados que se deriven de este estudio, más allá del gasto/ahorro económico, podrían ser muy útiles en su aplicación en nuestro sistema salud, confirmando, y no sólo en intención, los esfuerzos por situar al paciente en el centro de la atención sanitaria.

## **6. DISEÑO Y MÉTODOS**

### **6.1. Diseño**

Se trata de un estudio transversal descriptivo basado en datos de registros pre y post intervención realizado antes y después de la obtención de la acreditación Joint Commission en el hospital de

Torreveija . El estudio pre intervención se realiza durante el periodo (7 julio 2016 - 7 Julio 2017) y el análisis pos intervención desde Julio de 2017 hasta Julio de 2018.

## **6.2. Población de estudio**

La población objeto de estudio, la integran los pacientes intervenidos de cataratas en el Hospital de Torreveija que pertenecen al departamento de salud Torreveija y pacientes de acceso libre.

### Descripción de la muestra:

La muestra la conforman la totalidad de registros de pacientes del departamento de salud número 22 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana con patología diagnosticada de cataratas y sujetos a un procedimiento quirúrgico de facoemulsión y aspiración de catarata e inserción de pseudocristalino durante los años 2016 hasta 2018 que cumplan criterios de inclusión.

### Criterios de inclusión

Registro de pacientes diagnosticados de cataratas acreditados del departamento de salud 22. Mayores de edad y con previsión de proceso quirúrgico estándar sin potenciales complicaciones.

### Criterios de exclusión

Pacientes que presenten comorbilidades asociadas diagnosticadas previamente susceptibles de ingreso prolongado postquirúrgico.

Menores de edad.

### Método, cálculo y procedencia de la muestra

El criterio de selección de los sujetos incluidos en el estudio son todos aquellos pacientes que se encuentren en el sistema de historia clínica electrónica del hospital de Torrevieja (Florence) durante los periodos a estudio y que cumplan los criterios anteriormente resumidos. No se realiza cálculo del tamaño muestral al incluirse el total de pacientes con criterios de inclusión en el volcado informático.

### **6.3. Método de recogida de datos**

El método de recogida de datos será mediante un volcado de información de la historia clínica electrónica del hospital de Torrevieja (sistema Florence clínico).

Florence es un sistema de historia clínica electrónica global, accesible a través de usuario y contraseña que integra toda la actividad asistencial registrando la totalidad de la información clínica áreas del hospital.

La información se vuelca a dos hojas de cálculo Excel (Anexo 1 y 2) para posteriormente realizar el análisis de datos.

La recogida de datos la realiza el propio investigador durante el periodo establecido.

### **6.4. Variables a estudio**

Se analizarán las siguientes variables:

### Variables resultados:

#### *Presencia de efectos adversos:*

Dicotómica cualitativa SI/NO.

Se determinará la presencia de alguno de los siguientes efectos adversos en los pacientes sujetos al estudio durante el periodo determinado:

- a) Existieron errores Identificación del paciente.
- b) Hubo errores en la confirmación del procedimiento.
- c) Existieron errores en la lateralidad.
- d) Error en la inserción de lente.

#### *Efectos adversos que estuvieron a punto de ocurrir.*

Variable dicotómica cualitativa (SI/NO).

Conoceremos si hay notificaciones de efectos adversos que estuvieron a punto de ocurrir y que fueron detectados a tiempo por los sistemas de calidad relacionados con:

- a) Identificación del paciente.
- b) Procedimiento.
- c) Lateralidad.
- d) Lente.

#### *Cumplimentación del check-list*

A través de la variable cualitativa “cumplimentación correcta de la lista de verificación (check list) estableceremos el grado de implementación de la misma. Se entiende como cumplimentación correcta la existencia de nombre y

firma digital del enfermero/a responsable de llevar a cabo la verificación y nombre y firma digital del cirujano principal. Tomando los valores:

1. Como cumplimentación correcta (respuesta de todos los ítems y presencia de ambas firmas digitales).

0. Como cumplimentación incorrecta (ausencia de algún ítem o ausencia de firma).

#### Variables socio-demográficas

##### *Edad:*

Años que tiene el paciente el día de la cirugía. Mediante la variable cuantitativa “edad” estableceremos el grupo de edad en el que es más frecuente el tratamiento de cirugía de cataratas. (>65 años/ <65 años).

##### *Nacionalidad:*

Mediante la variable cualitativa “nacionalidad”, recogeremos la nacionalidad de los pacientes tratados de cataratas, tomando como valores:

1. España.
2. Reino Unido.
3. U.E.

#### 4. Extracomunitario.

### Variables clínicas

#### *Administración de antibioterapia profiláctica.*

Mediante la variable cualitativa “administración de antibioterapia” estableceremos la tasa de administración en concordancia con la prescripción médica de antibióticos previos a la cirugía. Tomando los Valores:

0. No administrado.
1. Administración correcta, concuerda con prescripción médica.
2. Administración incorrecta, no concuerda con prescripción médica.

#### *Suspensión de la cirugía.*

Variable cualitativa que recoge, dos aspectos: Suspensión: Si/No y motivo. El motivo se recoge mediante una escala ordinal que adopta 4 valores. Se obtendrá el número de suspensiones previas al inicio de la cirugía por errores o ausencia de información al paciente en las consultas preoperatorias a través de la variable cualitativa “motivo de cancelación de intervención”:

1. Información anestésica pre quirúrgica incompleta.
2. Inadecuada preparación prequirúrgica.
3. Información oftalmológica prequirúrgica incompleta.
4. Falta de tiempo.

Se excluyen aquellas suspensiones consecuencia de procesos inesperados como procesos infecciosos o incomparecencia del paciente. Debido a la dificultad para ser detectados por los sistemas de calidad.



## **6.5. Estrategia de análisis**

Se realiza un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio a través de medidas de tendencia central y porcentaje de frecuencias. Posteriormente se realizara un análisis bivariate para establecer asociaciones entre los periodos pre y post intervención de las variables objeto de estudio, mediante el test de la chi-cuadrado o bien una correlación lineal dependiendo del tipo de variables a estudio. Con los datos obtenidos, aquellas correlaciones en las que se obtenga significación estadística serán susceptibles de análisis multivariante para poder eliminar del modelo posibles variables de confusión.

## **7. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO**

El diseño del estudio se inició en Febrero de 2018 y se ejecutará una vez finalizado el primer año desde la obtención de la acreditación Joint Commission (7 Julio de 2017), por lo tanto el estudio se podrá iniciar a partir del 8 de Julio de 2018, se añade un mes para depurar y resolver posible contingencias. Iniciando el estudio para el 8 de Agosto de 2018 y estimando una duración 12 meses.

## **8. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS**

Se trata de un estudio basado en datos de registro que no aporta la misma evidencia que los estudios experimentales. En función de los datos que se obtengan puede ser recomendable continuar la investigación con estudios más experimentales y multicéntricos.

## **9. ASPECTOS ÉTICOS**

### Consentimiento informado

Se obtiene la autorización del comité ético del Hospital de Torrevieja.

En este caso, aunque los pacientes no sean identificados individualmente para el estudio, la ley orgánica de protección de datos 15/1999 si afecta a este estudio, por lo tanto habría que garantizar una anonimización de los datos para que a través de ellos no pudiera ser identificado ningún paciente en caso de ser publicado el estudio.

### Beneficios/Riesgos potenciales

Conocer las diferencias que aporta el sistema de acreditación Joint Comission en la calidad de las intervenciones y por extensión en el coste de las mismas.



## **10. CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO**

En primer lugar y una vez diseñado el estudio, el investigador presentará una memoria del proyecto al comité ético de investigación clínica del hospital de Torrevieja solicitando la autorización del mismo, para lo cual estimamos un mes (Agosto 2018).

Una vez autorizado el proyecto, en esta fase el investigador procederá a recopilar la información registrada de la historia clínica referente al año previo a la obtención de la acreditación Joint Commission (7 Julio 2016 - 7 Julio 2017) a través de los anexo 1 y 2 para lo cual estimamos 3 meses (Septiembre - Noviembre 2018).

A continuación se procederá a recopilar la información referente al primer año como hospital Joint Commission (8 Julio 2017- 8 Agosto 2018) también a través de los anexos 1 y 2 y para lo cual estimamos también 3 meses (Diciembre 2018 - Febrero 2019).

Para el análisis, interpretación y elaboración de los resultados estimamos una duración de 6 meses (Marzo – Agosto 2018).



## **11. PRESUPUESTO**

El presupuesto que estimamos para llevar a cabo el estudio es de 1.112 euros que podemos desglosar de la siguiente forma:

2 paquetes de 500 folios: 10 euros.

1 caja de bolígrafos: 6 euros.

Impresión y encuadernación de proyecto: 6 euros.

600 copias del anexo 1 para recogida de datos: 25 euros.

2 archivadores para gestión de los anexos: 10 euros.

2 carpetas: 5 euros.

Gastos imprevistos: 50 euros.

Difusión de los datos: Presentación de resultados en diferentes eventos científicos, congresos, o publicaciones relacionadas: 1000 euros en concepto de desplazamiento y traducciones.



## **12. BIBLIOGRAFÍA**

(1) Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Buil JA. Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. Papeles del psicólogo. 1999;74(3):3-11.

(2) Nuland SB. The doctors' plague: germs, childbed fever, and the strange story of Ignac Semmelweis (great discoveries). WW Norton & Company; 2004 Nov 17.

(3) Pérez PR. Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: Evolución, tendencias y métodos. Arbor. 2001 Oct 30;170(670):371-81.

- (4) Codman EA. A study in hospital efficiency: as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital. Joint Commission on; 1917.
- (5) Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cirugía y Cirujanos*. 2008;76(4).
- (6) Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(Supl 3):26-33.
- (7) Combalia A, Titus F. Seguridad quirúrgica. *Jano*. 2011:63-9.
- (8) Rodríguez LM, Rico DA, Ballesteros N, Rodríguez J, Carreño ZO, Bayona LG, Polentino CV. Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. *Revista ciencia y cuidado*. 2011;8(1):75-83.
- (9) March JC. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017 Oct 31;32(5):245-7.
- (10) Grau J, Santiñá M, Combalia A, Prat A, Suso S, Trilla A. Fundamentos de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2010 Jul 1;54(4):251-8.
- (11) Castillo Lamas L, Cabrera Reyes J, Maya S, Ángel J, Miranda Veitía V, Denis Delgado D. Safety in major surgery. Five-year experience. *Revista Médica Electrónica*. 2017;39(5):1033-40.
- (12) Alemán JM. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*. 2014 Jan 6(8):162-81.
- (13) Collazos C, Bermudez L, Quintero A, Quintero LE, M Díaz M. Checklist verification for surgery safety from the patient s perspective. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2013 Jun;41(2):109-13.
- (14) Weiser TG, Haynes AB. Ten years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*. 2018 May 17.

(15) Papoutsi C, Poots A, Clements J, Wyrko Z, Offord N, Reed JE. Improving patient safety for older people in acute admissions: implementation of the Frailsafe checklist in 12 hospitals across the UK. Age and ageing. 2018 Jan 5.

(16) Aguirre-Gas HG, Zavala-Villavicencio JA, Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. Cir Cir. 2010 Sep;78(5):456-62.

(17) Cookson R, Asaria M, Ali S, Shaw R, Doran T, Goldblatt P. Health equity monitoring for healthcare quality assurance. Social Science & Medicine. 2018 Jan 6.

(18) Burstin H, Leatherman S, Goldmann D. The evolution of healthcare quality measurement in the United States. Journal of internal medicine. 2016 Feb 1;279(2):154-9.

(19) Aranaz JM, Leutscher E, Gea MT, Vitaller J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. Revista de Calidad Asistencial. 2003 Jan 1;18(2):107-14.

(20) Zancajo JL. El proceso de evaluación externa de los hospitales para la acreditación de la formación sanitaria especializada. Revista de Calidad Asistencial. 2004 Jan 1;19(4):243-9.



### **13. ANEXOS**

Como anexos incluimos, las hojas de recogidas de datos (anexos 1 y 2) y los estándares de calidad asistencial Joint Commission Internacional de Anestesia y atención quirúrgica (anexo 3).









## ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

### Perspectiva general

El uso de anestesia, sedación y las intervenciones quirúrgicas son procesos comunes y complejos dentro de una organización sanitaria. Requieren una evaluación completa e integral del paciente, una planificación de atención integrada, un constante control del paciente y traslados determinados por criterios establecidos para una atención continuada, rehabilitación y una eventual transferencia y alta.

Se entiende como anestesia y la sedación como un conjunto de técnicas que van desde la sedación mínima hasta la anestesia total. Como la respuesta del paciente puede variar a lo largo del proceso, el empleo de la anestesia y la sedación se organiza de forma integrada. Por consiguiente, este capítulo incluye la anestesia y la sedación moderada y profunda, durante las cuales se ponen en riesgo los reflejos de protección del paciente necesarios para desempeñar las funciones respiratorias. Este capítulo no trata el uso de la sedación mínima (ansiolisis). Por consiguiente, el empleo del término “anestesia” incluye la sedación moderada y la profunda.

Nota: los estándares para anestesia y cirugía son aplicables en todos los entornos donde se utilice anestesia y/o sedación moderada o profunda, así como donde se lleven a cabo procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos invasivos que requieran un consentimiento (véase también PFR.6.4). Entre tales entornos se incluyen quirófanos en hospitalización, unidades de cirugía ambulatoria para pacientes externos, clínicas dentales y demás clínicas ambulatorias, servicios de emergencia, áreas de cuidados intensivos y otras áreas.

## **Estándares**

A continuación se incluye una lista de todos los estándares correspondientes a esta función. Se presentan aquí sin sus declaraciones de intención ni elementos medibles. Para obtener más información sobre estos estándares, véase la siguiente sección de este capítulo, Estándares, intenciones y elementos medibles.

## **Organización y gestión**

**ASC.1 Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.**

**ASC.2 Habrá una o más personas calificadas responsables de gestionar los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda).**

## **Atención de sedación**

**ASC.3 Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.**

## **Atención de anestesia**

**ASC.4 Una persona calificada lleva a cabo una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.**

**ASC.5 Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente.**

**ASC.5.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.**

**ASC.5.2 Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en la historia clínica del paciente.**

**ASC.5.3 Durante la anestesia, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.**

**ASC.6 Se controla y documenta el estado posterior a la anestesia de cada paciente y cada paciente es dado de alta del área de recuperación por una persona calificada o mediante el empleo de los criterios establecidos.**

## **Atención quirúrgica**

**ASC.7 Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.**

**ASC.7.1 Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.**

**ASC.7.2 Hay un informe quirúrgico o una nota quirúrgica breve en la historia clínica del paciente para facilitar la continuidad asistencial.**

**ASC.7.3 Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.**

**ASC.7.4 Se planifica y se documenta la atención del paciente después de la cirugía**

## **Estándares, intenciones y elementos medibles**

---

### **Organización y gestión**

---

#### **Estándar ASC.1**

Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales correspondientes y con los estándares profesionales.

#### **Intención de ASC.1**

La organización cuenta con un sistema para proporcionar los servicios de anestesia (incluidas la sedación moderada y profunda) requeridos por su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los profesionales sanitarios. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.

Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) pueden prestarse dentro de la organización, en otra organización mediante un acuerdo, o de ambas formas. Hay servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.

Toda utilización de fuentes externas de anestesia se basa en la recomendación del director y demás personas responsables de los servicios de anestesia/sedación. Las fuentes externas cumplen con las leyes y reglamentaciones correspondientes y cuentan con un registro aceptable de calidad y seguridad del paciente.

#### **Elementos medibles de ASC.1**

1. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) cumplen con los estándares, leyes y reglamentaciones correspondientes, locales y nacionales.
2. Hay servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades del paciente.
3. Hay servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de emergencia.

4. Las fuentes externas se seleccionan basándose en recomendaciones del director, en su registro aceptable de desempeño y en el cumplimiento con las leyes y reglamentaciones correspondientes.

## **Estándar ASC.2**

Habrà una o más personas cualificadas responsables de gestionar los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda).

### **Intención de ASC.2**

Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) se encuentran bajo la dirección de una o más personas cualificadas por su capacitación, competencia y experiencia documentadas, conforme a las leyes y reglamentaciones correspondientes. Esta o estas personas asumen la responsabilidad profesional de los servicios de anestesia proporcionados. Las responsabilidades incluyen

- la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos;
- la supervisión administrativa;
- el mantenimiento de todo programa necesario de control de calidad;
- la recomendación de fuentes externas de servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda);
- y
- el control y la revisión de todos los servicios de anestesia.

### **Elementos medibles de ASC.2**

1. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) se llevan a cabo de manera uniforme en toda la organización. (Véase también COP.1, EM1)
2. Los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) se encuentran bajo la dirección de una o más personas cualificadas (Véanse también GLD.5)
3. Las responsabilidades sobre la elaboración, la implementación y el mantenimiento de políticas y procedimientos están definidas y se llevan a cabo.
4. Las responsabilidades sobre el mantenimiento de programas de control de calidad están definidas y se llevan a cabo.
5. Las responsabilidades sobre la recomendación de fuentes externas de servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están definidas y se llevan a cabo. (Véase también GLD.3.3, EM 1)
6. Las responsabilidades sobre el control y la revisión de todos los servicios de anestesia (incluyendo la sedación moderada y profunda) están definidas y se llevan a cabo.

## **Atención de sedación**

---

### **Estándar ASC.3**

Hay políticas y procedimientos que guían la atención de los pacientes que se someten a sedación moderada y profunda.

### **Intención de ASC.3**

La sedación, en particular la sedación moderada y profunda, representa riesgos para los pacientes y por consiguiente es preciso administrarla empleando definiciones, políticas y procedimientos claros. Los grados de sedación tienen lugar en forma consecutiva y un paciente puede progresar de un grado a otro según los medicamentos administrados, la vía de administración y las dosis. Entre los elementos importantes a tener en cuenta se incluyen la capacidad del paciente para mantener los reflejos de protección, una vía respiratoria independiente y continua y la respuesta a los estímulos físicos o las órdenes verbales.

Las políticas y procedimientos de sedación identifican

- a) la forma en que tendrá lugar la planificación, incluida la identificación de diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, u otras consideraciones especiales;
- b) la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de

- manera efectiva;
- c) las consideraciones de consentimiento especial, si correspondiera;
- d) los requisitos de frecuencia y tipo de monitorización del paciente;
- e) las cualificaciones o aptitudes especiales del personal involucrado en el proceso de sedación; y
- f) la disponibilidad y el uso de equipo especializado.

También son importantes las cualificaciones del médico, odontólogo u otra persona cualificada responsable de que el paciente reciba sedación moderada y profunda. La persona debe ser competente en

- a) técnicas de varios modos de sedación;
- b) la monitorización adecuada;
- c) la respuesta ante complicaciones;
- d) el empleo de agentes de reversión; y
- e) al menos reanimación básica.

La persona responsable cualificada realiza al paciente una evaluación previa a la sedación, para asegurarse de que la sedación y el nivel de sedación planificados sean adecuados para el paciente. La política de la organización define el alcance y el contenido de esta evaluación.

Además del médico o el odontólogo, hay una persona cualificada responsable de llevar a cabo una monitorización ininterrumpida de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o resucitación. Las cualificaciones de la persona que realiza la monitorización y que proporciona el equipo y suministros de monitorización son las mismas que para la sedación proporcionada en otros entornos de la organización, por ejemplo en la sala de operaciones y en la clínica odontológica ambulatoria. Por consiguiente, se mantiene un único nivel de atención. (*Véanse también* COP.1, EM 3 y GLD.3.2.1, EM 3)

### Elementos medibles de ASC.3

1. Hay políticas y procedimientos adecuados, que abordan al menos los elementos a) hasta f) de la declaración de intención, para guiar la atención de los pacientes sometidos a sedación moderada y profunda. (*Véanse también* AOP.2, EM 2; COP.1 EM3; y MMU.4, EM 1)
2. La o las personas cualificadas identificadas en ASC.2 participan en la elaboración de las políticas y procedimientos.
3. Hay una evaluación previa a la sedación, que se lleva a cabo conforme a la política de la organización (*Véanse también* AOP.1.1 EM1), a fin de estudiar los riesgos y la idoneidad de la sedación para el paciente.
4. El facultativo cualificado responsable de la sedación cuenta con cualificaciones en al menos los elementos g) hasta k) de la declaración de intención.
5. Una persona cualificada monitoriza al paciente durante la sedación y durante el período de recuperación de la sedación y documenta la monitorización.
6. Se desarrollan y documentan criterios establecidos para la recuperación y el alta del área de sedación.
7. La sedación moderada y profunda se administra conforme a la política del hospital.

## Atención de anestesia

---

### Estándar ASC.4

Una persona cualificada lleva a cabo una evaluación previa a la anestesia y una evaluación previa a la inducción.

### Intención de ASC.4

Como la anestesia conlleva un alto riesgo, su administración se planifica minuciosamente. La evaluación del paciente previa a la anestesia es la base de dicho plan y del empleo de analgesia postoperatoria. La evaluación previa a la anestesia proporciona información necesaria para

- seleccionar la anestesia y el plan de atención de anestesia;
- administrar el anestésico adecuado de forma segura; e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La evaluación previa a la anestesia la realiza un anestesista u otra persona cualificada. La evaluación previa a la anestesia puede llevarse a cabo un tiempo antes de la admisión o del procedimiento quirúrgico, o poco tiempo antes del procedimiento en el caso de pacientes urgentes u obstétricos.

La evaluación previa a la inducción es independiente de la evaluación pre-anestésica puesto que se centra en la estabilidad fisiológica del paciente y si está listo para recibir la anestesia, y se lleva a cabo inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.

Cuando se administra anestesia en una situación de emergencia, la evaluación preanestésica y la evaluación previa a la inducción se pueden realizar una inmediatamente después que la otra o de forma simultánea, pero se deben documentar de forma independiente.

### **Elementos medibles de ASC.4**

1. Se realiza una evaluación previa a la anestesia a cada paciente. (*Véase también* AOP.1.1, EM 1)
2. Se realiza una evaluación previa a la inducción independiente, para reevaluar a los pacientes inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
3. Las dos evaluaciones las realizan personas cualificadas para hacerlo.
4. Las dos evaluaciones se documentan en la historia clínica.

### **Estándar ASC.5**

Se planifica y documenta la atención de anestesia de cada paciente.

### **Intención de ASC.5**

La atención de anestesia se planifica minuciosamente y se documenta en la historia clínica de anestesia. El plan tiene en cuenta la información de otras evaluaciones al paciente e identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos, los procedimientos de control y la atención posterior a la anestesia prevista.

### **Elementos medibles de ASC.5**

1. Se planifica la atención de anestesia de cada paciente.
2. Se documenta el plan.

### **Estándar ASC.5.1**

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente, su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

### **Intención de ASC.5.1**

El proceso de planificación de la anestesia incluye la educación del paciente, de su familia o de las personas responsables de tomar decisiones, sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionados con la anestesia planificada y la analgesia postoperatoria. Esta discusión tiene lugar como parte del proceso de obtención de consentimiento para la anestesia (incluidas la sedación moderada y profunda), tal como se exige en PFR.6.4, EM 2. Esta educación la imparte un anestesista o una persona cualificada.

### **Elementos medibles de ASC.5.1**

1. Se educa al paciente, la familia y las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.
2. Esta educación la imparte un anestesista u otra persona cualificada.

### **Estándar ASC.5.2**

Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en la historia clínica del paciente.

### **Intención de ASC.5.2**

Se anotan la anestesia utilizada y la técnica anestésica en el registro de anestesia del paciente.

### **Elementos medibles de ASC.5.2**

1. Se anota la anestesia utilizada en el registro de anestesia del paciente. (*Véanse también* COP.2.1, EM 6 y MCI.19.1, EM 4)
2. Se anota la técnica de anestesia utilizada en el registro de anestesia del paciente.
3. Se anota el nombre del anestesista y/o la enfermera responsable de la anestesia y la



auxiliar de anestesia en el registro de anestesia del paciente.

### **Estándar ASC.5.3**

Durante la anestesia, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.

### **Intención de ASC.5.3**

La monitorización fisiológica ofrece información fiable acerca del estado del paciente durante la anestesia (general, espinal o local) y el período de recuperación. Los métodos de monitorización dependen del estado del paciente previo a la anestesia, la elección de anestesia y la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo realizado durante la anestesia. No obstante, en todos los casos, el proceso de monitorización durante la anestesia es continuo y los resultados se anotan en la historia clínica del paciente.

### **Elementos medibles de ASC.5.3**

1. Las políticas y procedimientos de la organización establecen la frecuencia mínima y el tipo de monitorización durante la anestesia y es uniforme para todos los pacientes que reciban anestesia en cualquier área en que se administre anestesia.
2. Se monitoriza el estado fisiológico durante la administración de anestesia de acuerdo a las políticas y procedimientos de la organización. (*Véase también AOP.2, EM 1 y 2*)
3. Los resultados de la monitorización se anotan en la historia clínica de anestesia del paciente. (*Véase también MCI.19.1, EM 4*)

### **Estándar ASC.6**

Se controla y documenta el estado posterior a la anestesia de cada paciente y cada paciente es dado de alta del área de recuperación por una persona cualificada o mediante el empleo de los criterios establecidos.

### **Intención de ASC.6**

El control durante la anestesia es la base del control durante el período de recuperación posterior a la anestesia. La recogida y el análisis de datos, de forma continua y sistemática, sobre el estado del paciente en recuperación respaldan las decisiones sobre el traslado del paciente a otros entornos y a servicios menos intensivos. El registro de los datos de monitorización proporciona la documentación para respaldar las decisiones del alta.

El alta del área de recuperación posterior a la anestesia o la finalización de la monitorización de recuperación se da a través de una de las siguientes alternativas:

- a) Un anestesiólogo totalmente cualificado u otra persona autorizada por la o las personas responsables de gestionar los servicios de anestesia dan de alta al paciente (o finalizan la monitorización de recuperación).
- b) Un miembro del personal de enfermería o una persona con cualificaciones similares dan de alta al paciente (o finalizan la monitorización de recuperación) conforme a los criterios para la atención posterior a la anestesia establecidos por los líderes del hospital, y la historia clínica del paciente evidencia que se cumplen los criterios.
- c) El paciente es dado de alta y trasladado a una unidad diseñada de forma adecuada para la atención posterior a la anestesia o sedación de determinados pacientes, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras.

Se registran la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

### **Elementos medibles de ASC.6**

1. Durante el período de recuperación posterior a la anestesia, se monitoriza a los pacientes según establece la política de la organización. (*Véase también AOP.2, EM3*)
2. Los hallazgos de la monitorización se documentan en la historia clínica del paciente mediante entradas manuales o electrónicas. (*Véase también MCI.19.1, EM 4*)
3. Los pacientes son dados de alta de la unidad de recuperación posterior a la anestesia (o se finaliza la monitorización de recuperación) conforme a las alternativas descritas en a) hasta c) de la declaración de intención.
4. Se registra la hora en que empieza la recuperación y la hora en que finaliza en la historia clínica del paciente.

# Atención quirúrgica

---

## Estándar ASC.7

Se planifica y documenta la atención quirúrgica de cada paciente basándose en los resultados de la evaluación.

## Intención de ASC.7

Como la cirugía conlleva un alto riesgo, su utilización se planifica minuciosamente. La o las evaluaciones del paciente son la base de la selección del procedimiento quirúrgico adecuado. La o las evaluaciones proporcionan la información necesaria para

- seleccionar el procedimiento adecuado y el momento ideal;
- llevar a cabo los procedimientos de forma segura; e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento depende de la historia del paciente, su estado físico y los datos del diagnóstico, así como también de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento para el paciente. La selección del procedimiento tiene en cuenta la información de la evaluación en la admisión, los análisis de diagnóstico y demás fuentes disponibles. El proceso de evaluación se lleva a cabo en un plazo de tiempo corto en caso de que un paciente de emergencia necesite ser intervenido.

La atención quirúrgica planificada para el paciente se documenta en la historia clínica del paciente, incluido un diagnóstico preoperatorio. El nombre del procedimiento quirúrgico por sí solo no constituye un diagnóstico.

## Elementos medibles de ASC.7

1. El médico responsable del procedimiento documenta en la historia clínica del paciente toda la información de la evaluación utilizada para planificar y justificar el procedimiento invasivo antes de que se lleve a cabo. (Véanse también AOP.1.5.1, EM 1; AOP.5.3, EM 3 y AOP.6.4, EM 3)
2. Se planifica la atención quirúrgica de cada paciente en base a la información de la evaluación. (Véanse también AOP.1.5.1, EM 1).
3. Antes de llevar a cabo el procedimiento, se documenta un diagnóstico preoperatorio y el procedimiento planificado en la historia clínica del paciente. (Véase también AOP.1.5.1, EM 1; MCI.19.1, EM 3)

## Estándar ASC.7.1

Se comentan los riesgos, beneficios y alternativas con el paciente y su familia o quienes toman decisiones en nombre del paciente.

## Intención de ASC.7.1

Los pacientes y las familias, o las personas responsables de la toma de decisiones, reciben la información adecuada para participar en las decisiones de atención y otorgar el consentimiento informado exigido en PFR.6.4. La información incluye

- los riesgos del procedimiento planificado;
- los beneficios del procedimiento planificado;
- las posibles complicaciones; y
- las opciones (alternativas) quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando puedan necesitarse sangre o hemoderivados, se comentará la información sobre los riesgos y las alternativas. El cirujano del paciente, u otra persona cualificada, proporcionará esta información.

## Elementos medibles de ASC.7.1

1. Se educa al paciente, a la familia y a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y posibles complicaciones y alternativas relacionados con el procedimiento quirúrgico planificado. (Véase también PFR.6.4, EM 1)
2. La educación incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas respecto al uso de sangre y hemoderivados.
3. El cirujano del paciente, u otra persona cualificada, imparte la educación. (Véase también PFR.6.1, EM 2)

## Estándar ASC.7.2

Hay un informe quirúrgico o una nota quirúrgica breve en la historia clínica del paciente para facilitar la continuidad asistencial.

### Intención de ASC.7.2

La atención postquirúrgica de un paciente depende de los acontecimientos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, la historia clínica del paciente incluye un diagnóstico postoperatorio, una descripción del procedimiento quirúrgico y de los hallazgos (incluidas muestras quirúrgicas enviadas para ser examinadas) y los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos. A fin de respaldar la continuidad de la atención de apoyo posquirúrgica, el informe o notas quirúrgicas documentadas estarán disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación posterior a la anestesia. (Véase también COP.2.1, EM 6)

Antes de que el paciente salga del área de recuperación posterior a la anestesia se puede documentar una nota quirúrgica breve en lugar del informe quirúrgico. El contenido mínimo del informe quirúrgico o de la nota quirúrgica incluye:

- a) diagnóstico postoperatorio
- b) nombre del cirujano que realizó la operación y los ayudantes
- c) nombre del procedimiento
- d) muestras quirúrgicas enviadas a analizar
- e) mención específica a las complicaciones o la ausencia de complicaciones durante el procedimiento, incluyendo la cantidad de sangre perdida; y
- f) fecha, hora y firma del médico responsable.

### Elementos medibles de ASC.7.2

1. El informe quirúrgico o la nota quirúrgica breve incluye los elementos de a) a f) de la intención del estándar.
2. Se documenta una descripción del procedimiento quirúrgico, de los hallazgos y de toda muestra quirúrgica. (Véanse también COP.2.3, EM 1 y 2)
3. Se documentan los nombres del cirujano y de los asistentes quirúrgicos.
4. El informe quirúrgico documentado, o una nota quirúrgica breve, están disponibles en la historia clínica del paciente antes de que el paciente salga del área de recuperación posterior a la anestesia.

## Estándar ASC.7.3

Durante la cirugía e inmediatamente después de la misma, se monitoriza permanentemente el estado fisiológico de cada paciente y se anota en su historia clínica.

Nota: sólo se puntuará negativamente este estándar si el procedimiento se ha llevado a cabo con anestesia local, no con anestesia o sedación general o regional.

### Intención de ASC.7.3

El estado fisiológico del paciente se monitoriza durante la cirugía e inmediatamente después de la misma. La monitorización se adecua al estado del paciente y al procedimiento realizado.

Los resultados de la monitorización activan las decisiones intra operatorias, al igual que las decisiones postoperatorias tales como una nueva intervención quirúrgica, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. La monitorización de la información guía la atención médica y de enfermería, e identifica la necesidad

de diagnóstico y otros servicios. Los hallazgos de la monitorización se documentan en la historia clínica del paciente. Este requisito está relacionado con el mismo requisito de monitorización fisiológica durante la anestesia (véase también ASC.5.3). Se califica aquí sólo si el procedimiento se realizó bajo anestesia local, sin anestesia general o regional ni sedación.

### Elementos medibles de ASC.7.3

1. El estado fisiológico del paciente se monitoriza permanentemente durante la cirugía. (Véase también AOP.2, EM 1)
2. Los hallazgos se documentan en la historia clínica del paciente. (Véase también MCI.19.1, EM 4)

## Estándar ASC.7.4

Se planifica y se documenta la atención del paciente después de la cirugía.

## **Intención de ASC.7.4**

Las necesidades de atención médica y de enfermería posquirúrgicas de cada paciente son diferentes. Por lo tanto, es necesario planificar dicha atención, incluido el nivel de atención, el entorno de atención, el control o tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamentos. La planificación de la atención posquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía, basándose en las necesidades evaluadas y en el estado del paciente. La atención planificada se documenta en la historia clínica del paciente a fin de asegurar la continuidad de los servicios durante el período de recuperación o rehabilitación.

## **Elementos medibles de ASC.7.4**

1. Se planifica la atención posquirúrgica inmediata de cada paciente, incluyendo atención médica, de enfermería y demás atención posquirúrgica indicada en base a la situación de cada paciente.
2. El o los planes posquirúrgicos se documentan en la historia clínica del paciente por el cirujano responsable o, si lo documenta un profesional delegado por el cirujano responsable, este lo revisa y los dos firman el documento.
3. El plan de cuidados de enfermería posquirúrgicos se documenta en la historia clínica del paciente.
4. Cuando sea necesario por la situación del paciente, el plan de atención posquirúrgica llevada a cabo por otros profesionales se documenta en la historia clínica.
5. El plan de atención posquirúrgica se documenta en la historia clínica del paciente en las 24 horas posteriores a la cirugía.
6. Se lleva a cabo el plan de atención posquirúrgica.

