

Estudio piloto de Directorio de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria Day Surgery Units Data Upgrade

F. Bustos Molina

Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Complejo Hospitalario de Toledo

Autor para correspondencia: fbustos@sescam.jccm.es

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) han experimentado un considerable desarrollo en nuestro país. Sin embargo, este crecimiento no ha sido homogéneo, pues la CMA es una modalidad asistencial que presenta características diferentes en cada centro. De hecho, esta heterogeneidad ha provocado que, aún en la actualidad, no se dispongan de datos reales sobre la situación de la CMA en España, desconociéndose no solo dónde se desarrolla, sino cómo, cuándo y por qué e, incluso, el tipo de pacientes que se benefician de estos procesos ambulatorios.

Por ello, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) ha puesto en marcha el proyecto DUCMA (Directorio de Unidades de CMA) con el objetivo de elaborar un directorio de unidades que permita conocer la verdadera dimensión de la cirugía ambulatoria en nuestro país.

Para ello, el comité científico del proyecto DUCMA inició en 2013 la recogida de información aportada por las propias Unidades de CMA de toda la geografía nacional. De hecho, el proyecto se encuentra aún abierto a la participación, totalmente gratuita, de todos los profesionales de la salud –desde los coordinadores hasta el personal de apoyo de las Unidades– con interés en la CMA que trabajen en una Unidad. Para participar, recabar mayor información sobre el mismo o registrar una unidad, los profesionales interesados pueden visitar la página web www.proyecteducma.com o contactar con el comité organizador en la dirección de correo electrónico proyecteducma@inspiranetwork.com.

Con objeto de obtener una primera identificación de la realidad de las UCMA en España y de la actividad que llevan a cabo sus profesionales, el Proyecto DUCMA ha contemplado la realización de un estudio piloto con la participación de 38 de las Unidades registradas en el directorio. El presente artículo recoge las conclusiones principales de este estudio piloto.

MATERIAL Y MÉTODOS

El desarrollo del proyecto DUCMA, así como de su estudio piloto, contempla dos fases diferenciadas.

Una primera fase que consta de: a) presentación del proyecto y designación por cada Unidad de un interlocutor válido que canalice la información entre la propia Unidad y ASECMA, y b) cumplimentación por cada Unidad de un sencillo formulario de contacto con información básica para la elaboración de un DUCMA.

En la segunda fase se realizó una distribución, por las unidades registradas, de un cuestionario para su cumplimentación en un breve periodo de tiempo, “Encuesta de Actividades de Unidades de CMA”, con datos específicos de su actividad.

En el periodo de tiempo asignado, de todas las Unidades registradas en el proyecto DUCMA, 38 participaron en la segunda fase cumplimentando la encuesta que está estructurada en 8 secciones o áreas de interés: coordinación y organización de la UCMA, 18 preguntas; valoración

ción preoperatoria, 16 preguntas; manejo preoperatorio, 11 preguntas; periodo intraoperatorio, 5 preguntas; periodo postoperatorio, 9 preguntas; alta de la UCMA, 3 preguntas; calidad y formación, 4 preguntas y seguimiento domiciliario, 1 pregunta (Anexo I).

Con los resultados de las 38 UCMA, que abarcan representación de todas las comunidades autónomas, se consideró que podría dar una visión aproximada de la realidad de nuestro país.

RESULTADOS

Coordinación y organización de la Unidad

Los resultados del estudio muestran que la mayoría de los coordinadores/directores de las UCMA de nuestro país son especialistas en anestesiología (48,7 %), situándose en un segundo lugar los especialistas en cirugía (42 %) y en un tercer lugar el personal de enfermería (6,7 %) o incluso un 2,6 % carece de coordinador/director.

Únicamente un 21,1 % de los coordinadores/directores de las unidades tiene categoría de jefe de servicio, relegándose el cargo en un 36,6 % de los casos al jefe de sección, un 23,7 % al adjunto y el resto a otros profesionales. Además, tan solo un 39,5 % de los coordinadores reconoce tener autonomía para realizar la programación quirúrgica; el 68,4 % asegura no tener autonomía para gestionar los recursos humanos y el 63,2 % no dispone de autonomía para gestionar los recursos materiales.

En consecuencia, únicamente un 47,4 % de los coordinadores considera que la dirección valora la CMA como uno de los objetivos prioritarios del centro y, por ende, apoya su desarrollo. Por el contrario, y mientras el 44,7 % afirma que dicho apoyo por la dirección resulta insuficiente, un 7,9 % de los coordinadores asegura no recibir ningún apoyo en absoluto. Referente a la gestión del personal no médico, solo un 81,6 % de Unidades cuenta con un enfermero/a responsable de la coordinación.

La mayoría de UCMA están situadas en Hospitales Universitarios (55,3 %) y en lo referente a la financiación de servicios en el 94,7 % de los casos es de carácter público. Asimismo, la mayoría (68,4 %) se encuentra integrada en el hospital y, por tanto, comparte el circuito quirúrgico. Solo un 7,9 % son satélites y, en consecuencia, independientes de su hospital de pertenencia, y el 23,7 % son autónomas (circuito ambulatorio propio).

La mayoría de las Unidades (55,3 %) son responsables de la actividad total de CMA que se lleva a cabo en su área sanitaria, frente a un 44,7 % en las que no se llega a asumir el total de intervenciones. En consecuencia, y si bien

el número de pacientes intervenidos varía ostensiblemente entre las diferentes UCMA participantes, puede concluirse que la cifra promedio de pacientes intervenidos en el año 2013 se estableció en 4.289.

Por su parte, los resultados muestran que más de un 90 % de las Unidades desarrolla su actividad todos los días laborales (lunes-viernes), así como que un 2,6 % de las mismas también amplía su labor a los fines de semana (sábado y/o domingo). En este sentido, debe destacarse que todas desarrollan su actividad quirúrgica en horario de mañana, así como que en un 81,6 % de los casos también prestan sus servicios en horario de tarde. Hasta un 60,5 % de los procedimientos de CMA se programan en sesiones quirúrgicas combinadas con cirugía con ingreso.

Además de los procedimientos de CMA, un 79,8 % realiza, además, intervenciones de Cirugía Menor Ambulatoria y hasta un 31,6 % practica cirugía de corta estancia –por tanto, con pernoctación de los pacientes.

Asimismo, los resultados constatan cómo la labor desempeñada en las UCMA no conlleva ningún tipo de compensación para los profesionales, ya sea de tipo económico –contemplada en una única Unidad–, profesional –2 Unidades–, en forma de descansos –1 Unidad– o de cualquier otra índole –ninguna Unidad–. La gran mayoría del personal médico especialista que trabaja en la Unidad combina la CMA con cirugía con ingreso (86,8 %).

Por lo que respecta a la procedencia de los pacientes intervenidos en las UCMA de nuestro país, el 72,9 % de los casos son derivados desde las consultas del especialista quirúrgico, un 19,1 % son derivados por los médicos de Atención Primaria, un 5,4 % por los anestesiólogos y el resto no consta.

Asimismo, y por lo que hace referencia al perfil del paciente sometido a intervención, el 65,8 % interviene enfermos estado físico ASA III estables frente al 34,2 % que únicamente atiende a enfermos ASA I y II. La totalidad de UCMA incluyen pacientes con diabetes en tratamiento con insulina y/o antidiabéticos orales y pacientes antiagregados, sin embargo solo un 13,2 % incluye a niños/as con edades inferiores a 2 años. Referente al resto de patologías, se incluye en programas ambulatorios un 44,7 % de pacientes con vía aérea difícil, un 57,9 % de pacientes obesos con índice de masa corporal (IMC) > 35 kg/m², un 71,1 % de pacientes con déficit mental, un 89,5 % de pacientes anticoagulados, un 92,1 % de pacientes hipertensos que requieren más de dos fármacos para su control y un 97,4 % de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la historia clínica utilizada es, en hasta un 76,3 % de las situaciones, la misma que se emplea en el resto del centro y no es específica de CMA –ya sea en papel o digital.

Valoración preoperatoria

La totalidad de las UCMA integran en su Cartera de Servicios las especialidades de cirugía general y referente a las otras especializadas: el 89,5 % practica intervenciones de CMA en traumatología, el 89,5 % de oftalmología, el 84,2 % de ginecología, el 81,6 % de urología, el 65,8 % de cirugía vascular, el 47,4 % de cirugía plástica, el 47,45 % procedimientos de dolor crónico, el 39,5 % de cirugía maxilofacial, el 28,9 % de otorrinolaringología, el 23,7 % de cirugía pediátrica, el 21,1 % de neurocirugía y el 13,2 % de dermatología.

Referente a los tipos de procedimientos, el 89,5 % realiza hemorroidectomía ambulatoria, el 76,3 % cirugía de la mama, el 58,4 % cirugía del hallux valgus percutánea, el 50 % técnicas mínimamente invasivas para el tratamiento del dolor crónico, el 50 % ligamentoplastias de rodilla, el 50 % amigdalectomía ambulatoria, el 46 % hernioplastia laparoscópica ambulatoria, el 39,5 % cirugía del hombro, el 38 % colecistectomía laparoscópica ambulatoria, el 28,9 % resecciones transuretrales por láser, el 26,3 % cirugía de tiroides y el 13,2 % funduplicatura de Nissen laparoscópica.

Por lo que respecta a la valoración preoperatoria, la consulta para la revisión del diagnóstico por el especialista solo se lleva a cabo en un 31,6 % de las UCMA y en el 68,4 % de los casos se realiza una consulta preanestésica específica.

El 42,1 % de las UCMA cuentan con consentimientos informados específicos para la CMA, empleándose en el resto el mismo que se emplea en la cirugía con ingreso.

En este contexto, debe destacarse que hasta un 40,12 % de las valoraciones prequirúrgicas y preanestésicas que se llevan a cabo en las UCMA de nuestro país son de alta resolución —es decir, se resuelven en el mismo día.

Se solicita hemograma a todos los pacientes, independientemente de su estado físico, en un 94,7 %, estudio de coagulación en el 92,1 % y bioquímica en un 76,3 %. Referente al electrocardiograma y la radiografía de tórax se tiene en cuenta la edad del paciente y las comorbilidades.

Finalmente, el 86,8 % de las UCMA entregan al paciente información escrita preoperatoria y el 68,4 % de los servicios confirman la intervención con el paciente mediante una llamada telefónica 24 horas antes de la cirugía.

Manejo preoperatorio

Únicamente un 36,8 % de las UCMA realizan una premedicación domiciliar del paciente con ansiolíticos, porcentaje que se reduce al 21,1 % en el caso del pretratamiento en el domicilio con protectores gástricos. Asimismo, y una vez el paciente ya se encuentra en la UCMA, el 73,3 % y el

50,2 % respectivamente contemplan su premedicación con ansiolíticos y protectores gástricos.

Asimismo, el 76,4 % establece un periodo de ayuno para líquidos claros igual o superior a 4 horas. Respecto a la profilaxis tromboembólica, el 34,2 % de las Unidades sigue los protocolos específicos establecidos en sus centros y no las recomendaciones de trombopprofilaxis en CMA de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) (1), recomendaciones que, por su parte son contempladas en el 31,6 % de Servicios —porcentaje similar a la de Unidades en las que la profilaxis no se realiza según protocolo, sino de acuerdo al criterio clínico.

En este contexto, y además del elevado porcentaje (65,8 %) de Servicios en los que la profilaxis tromboembólica comprende la utilización de medidas físicas —caso, entre otras medidas, de la compresión neumática intermitente o de las movilización activa—, debe reseñarse que hasta un 68,4 % de las Unidades de CMA de nuestro país contempla la administración de enoxaparina en la trombopprofilaxis de sus pacientes. Un porcentaje, por tanto, significativamente superior al de Servicios en lo que se emplea bemiparina (42,1 %) o dalteparina (10,5 %), así como nadroparina o tinzaparina que son utilizados en menos del 8 % de las Unidades.

Es más, por lo que respecta a la frecuencia de las distintas formas con las que, habitualmente, se trata la profilaxis tromboembólica, la gran mayoría de Unidades optan por su administración durante la intervención o en el preoperatorio inmediato —de 2 a 4 horas antes de la intervención—. Concretamente, y utilizando una escala de 1 a 5 puntos en la que el 5 representa el máximo nivel de frecuencia, el 93,2 % de los coordinadores concedió 3 o más puntos al tratamiento intraoperatorio (puntuación media = 3,81 puntos), valoración por su parte que en el caso del preoperatorio inmediato se estableció en un 87,6 % (3,63 puntos), frente a un 25,1 % en el caso de la trombopprofilaxis en el postoperatorio transcurridas 6 horas (1,88 puntos), a un 31,3 % en el postoperatorio transcurridas 12 horas (2,44 puntos), y a un 62,6 % en el domicilio (10-12 horas antes; 3,25 puntos).

Asimismo, y por lo que se refiere a la duración de la profilaxis tromboembólica, la mayoría (50 %) de Unidades mantiene la trombopprofilaxis por un periodo de 7 a 21 días, frente a un 31,6 % en las que no se pauta profilaxis de rutina, un 10,5 % que la mantienen durante menos de 7 días, y un 2,6 % en la que se administra durante más de 3 semanas.

Por su parte, y mientras la profilaxis antiemética se realiza en el 68,4 % de los Servicios según protocolo en función del riesgo del paciente, el 89,5 % de las Unidades llevan a cabo la profilaxis antibiótica en función del procedimiento quirúrgico.

Por lo que respecta a los protocolos de analgesia, todas suministran instrucciones analgésicas precisas para el do-

micilio. El 97,4 % suministran o prescriben, además de la medicación pautaada, analgésicos y medicación de rescate para el paciente, el 81,6 % cuentan con protocolos analgésicos en función de los procedimientos quirúrgicos, el 78 % evalúa el dolor de forma periódica en la UCMA, el 73,7 % solicita la evaluación periódica del dolor en el domicilio, el 60 % informa al paciente del tratamiento analgésico en la visita preoperatoria, el 44,7 % inicia la analgesia antes de la cirugía y el 39,5 % cuenta con un protocolo analgésico pediátrico.

Asimismo, el protocolo analgésico domiciliario contempla la utilización de AINE, paracetamol y/o metamizol en un 97,4 % de las UCMA. Se utilizan opiáceos en un 28,9 % y la infiltración aislada de la herida –intraarticular, intraabdominal o en la fascia– en un 68,4 % frente a un 10,5 % en que se realiza este tipo de infiltración de forma continua. La analgesia basada en la administración de anestésico local en bloqueos de nervios periféricos con dosis única se utiliza en un 47,4 % frente a un 7,9 % de bloqueos continuos (con catéter). En estos casos se envía el paciente a domicilio con el catéter y una bomba de infusión para proporcionar analgesia prolongada al paciente.

Periodo intraoperatorio

La técnica anestésica más empleada en las UCMA es la anestesia general, seguida en orden decreciente de frecuencia por la anestesia local con sedación, los bloqueos nerviosos periféricos y la anestesia espinal. Concretamente, y empleando una escala de 1 a 4 puntos en la que el 1 representa el máximo nivel de frecuencia, la anestesia general obtuvo una puntuación media de 2,13 puntos, la anestesia local con sedación de 2,38 puntos, los bloqueos periféricos de 2,72 puntos, y la anestesia espinal de 2,78 puntos.

Por lo que respecta específicamente a la administración de anestesia general, el 86,8 % utilizan de forma habitual mascarillas laríngeas u otros dispositivos supraglóticos. Referente a los bloqueos periféricos un 65,8 % utiliza la ultrasonografía como método de localización.

Periodo postoperatorio

El 84,2 % de las UCMA monitorizan el tiempo que el paciente permanece en la Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) y un 52,6 % el tiempo de estancia en el área de readaptación al medio. El tiempo medio de estancia de los pacientes en la URPA se establece en 60-90 minutos en el 47,4 % de los casos, en 30 a 60 minutos en un 31,6 % y supera los 90 minutos en el 18,4 % de las situaciones. Y en este contexto, asimismo, debe resaltarse que la autorización del alta de la URPA es responsabilidad en el 68,4 % de las UCMA del anestesiólogo y en el 13,2 % del cirujano, reca-

yendo en el 18,4 % en el personal de enfermería de acuerdo al protocolo de alta.

En este contexto, debe destacarse que la URPA es en hasta un 60,5 % de los casos compartida por los pacientes ambulatorios y los pacientes con ingreso, resultando exclusiva para los pacientes de CMA en solo un 39,5 % de los centros.

Asimismo, y por lo que hace referencia a los criterios de alta de la URPA, el 94,7 % de las UCMA valora el nivel de consciencia del paciente, el 94,7 % la estabilidad hemodinámica (presión arterial y frecuencia cardiaca), el 94,7 % la presencia de náuseas y vómitos postoperatorios, el 92,1 % la saturación periférica de oxígeno, el 92,1 % la presencia de dolor postoperatorio y el 86,8 % el nivel de actividad física.

Alta de la Unidad

De acuerdo con los criterios de alta al domicilio de las UCMA de nuestro país, la totalidad exigen para la concesión del alta la presencia de un adulto responsable, la estabilidad hemodinámica del paciente y la ausencia de náuseas y vómitos. Unos criterios que, asimismo y para la concesión del alta, contemplan la orientación temporo-espacial del paciente en un 97,4 %, la ausencia de dolor en un 97,4 %, la capacidad de deambulación en un 97,4 %, la tolerancia a los líquidos en un 89,5 % y la micción espontánea en un 78,9 %.

Concretamente, el tiempo medio de estancia de los pacientes en el área de readaptación al medio se establece en 60-120 minutos en el 42,1 % de los casos y en 120 a 180 minutos en un 23,7 %, superando los 180 minutos en tan solo un 26,3 % de las ocasiones. En este contexto, debe resaltarse que la responsabilidad de la firma del alta es de forma compartida, resultando difícil establecer porcentajes, debido a que muchas de las respuestas del cuestionario no están completas, pero de las respuestas resalta que solo en el 15,8 % de los casos el alta es firmada conjuntamente por el anestesiólogo, el especialista quirúrgico y el personal de enfermería, en el 10,5 % es firmado únicamente por el anestesiólogo y la enfermera, en otro 10,5 % es firmado solo por el especialista quirúrgico y la enfermera, resultando difícil establecer.

Asimismo, en hasta un 86,8 % de las UCMA se realiza un plan de cuidados de enfermería para el paciente en su domicilio.

Calidad y formación

De acuerdo con los resultados, la verificación del listado de seguridad quirúrgico (*check-list*) se realiza únicamente en

el 81,6 % de las UCMA de nuestro país. Es decir, contraviniendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, en hasta un 18,4 % aún no se lleva a cabo la comprobación del *check-list* quirúrgico.

En este contexto, y por lo que refiere a las UCMA en los que se verifica el listado de seguridad quirúrgico, el *check-list* es firmado en un 78,9 % por el personal de enfermería, en el 60,5 % por el anestesiólogo y en el 55,3 % por el cirujano.

Por su parte, y por lo que refiere a los distintos indicadores de calidad, el 94,7 % de las UCMA utiliza la tasa de suspensiones/cancelaciones, el 86,6 % la tasa de ingresos no previstos, el 81,6 % el índice de sustitución, el 81,6 % la tasa de reingresos, el 78,9 % el índice de reintervenciones, el 71,1 % las llamadas telefónicas postoperatorias, el 63,2 % la encuesta de calidad percibida por el paciente, el 52,6 % la tasa de llamadas/consultas al Servicio de Urgencias, el 47,4 % la tasa de cumplimiento de las recomendaciones de profilaxis antibiótica, el 36,8 % el tiempo hasta el alta y el 15,8 % la tasa de recomendaciones de profilaxis tromboembólica.

Asimismo, y por lo que refiere a la formación del personal, el 60 % de las UCMA realiza actividades formativas –entre otras, sesiones y cursos– dirigidas específicamente al personal de enfermería. Un porcentaje que en el caso de actividades formativas específicas para los médicos se establece en el 47,4 %.

Seguimiento domiciliario

Finalmente, el método más comúnmente empleado por las UCMA de nuestro país en el seguimiento postoperatorio de los pacientes es la llamada telefónica, contemplado por hasta un 78,9 % de los casos. Un seguimiento que, asimismo, comprende la posibilidad de contactar con un médico de la UCMA las 24 horas al día en el 71,1 % de los casos, el seguimiento por Atención Primaria en un 65,8 %, la visita domiciliaria en un 10,5 % y el seguimiento telemático en un 5,4 %.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El análisis de los datos del estudio piloto, si bien no comprende la totalidad de las UCMA registradas en la primera fase del proyecto DUCMA –un total de 130 Unidades–, representa una muestra significativa de la realidad de la CMA en nuestro país, especialmente en aquellos ítems en los que se observa una tendencia clara. De acuerdo con este punto de vista, podemos establecer algunas conclusiones importantes por cuanto representan áreas de mejora.

La mayoría de las UCMA de nuestro país forman parte de hospitales generales y universitarios de financiación pública, destacando que suelen ser unidades integradas –comparten circuito con pacientes ingresados– pese a que las más eficientes son las autónomas –representan en torno al 25 % de la muestra–. El funcionamiento de las mismas comprende todos los días laborables de la semana, pese a lo cual no realizan toda la CMA de su área sanitaria.

El profesional responsable de la UCMA suele ser un anestesiólogo o cirujano general, sin autonomía para gestionar recursos humanos y materiales, que no percibe un apoyo de la dirección del centro hacia la CMA. El resto de profesionales no percibe compensación alguna por su trabajo en la mayoría de las UCMA, y los médicos especialistas compaginan su labor en la CMA con el resto de actividades de su servicio –con pacientes ingresados.

En cuanto a los pacientes intervenidos en estas UCMA, proceden en su mayoría de las consultas de los especialistas quirúrgicos y suelen ser estado físico ASA I, II y II estables (66 %). Existe bastante consenso en cuanto a las patologías asociadas de estos pacientes: hipertensos, EPOC, diabetes, pacientes antiagregados y anticoagulados. Con el resto de enfermedades concomitantes (obesos con IMC > 35 kg/m², vía aérea difícil, etc.) no se observa acuerdo en cuanto a su inclusión en CMA.

La cartera de servicios está integrada por ciertas especialidades quirúrgicas en casi todas las unidades, como son cirugía general, traumatología, oftalmología, ginecología, urología, cirugía vascular, y en menor medida por otras especialidades que participan –cirugía plástica, ORL, unidad del dolor, cirugía maxilofacial, etc.

El circuito de CMA utiliza la misma documentación clínica (incluido el consentimiento informado) que el resto del centro. En más de la mitad de las unidades se realiza una consulta preanestésica específica aunque se utilizan el mismo protocolo de pruebas complementarias que para los pacientes ingresados, con hemograma, estudio de coagulación y bioquímica en la mayoría de los casos y ECG y placa de tórax según la edad.

En relación al manejo preoperatorio de los pacientes destaca la falta de seguimiento de las “Recomendaciones de Tromboprofilaxis en Cirugía Mayor Ambulatoria” elaboradas por ASECOMA, siendo la enoxaparina el fármaco más utilizado en el periodo inmediatamente previo a la cirugía (de 2 a 4 horas antes) y se mantiene más de 7 días.

En la mayor parte de los centros se realiza profilaxis antibiótica y antiemética, según tipo de cirugía y pacientes. La analgesia se basa en los AINE y técnicas locorregionales únicas, con una escasa implantación todavía de las técnicas continuas.

La técnica anestésica más frecuente es la anestesia general con mascarilla laríngea seguida de la anestesia local con sedación.

La estancia del paciente en la URPA es responsabilidad del anestesiólogo en más del 68 % de los casos, utilizando los criterios de Aldrete modificados (con SpO²) y siendo el tiempo medio de estancia entre 30 y 90 minutos. En la readaptación al medio, los pacientes suelen permanecer entre 60 y 180 minutos, siendo los facultativos los responsables del alta de la unidad, en la mayor parte de los casos.

En cuanto a la seguridad y calidad, los datos constatan la buena situación de las UCMA, si bien existe un margen de mejora. Así, el listado de seguridad quirúrgico se realiza en el 78 % y en más del 80 % se monitorizan diversos indicadores de calidad (suspensiones, ingresos no previstos, tasa de sustitución, reingreso, etc.). Además, en más del 70 % de las UCMA se realiza una llamada telefónica de control en el postoperatorio y se dispone de un número telefónico de contacto las 24 horas al día.

Esta fotografía realizada de la CMA en nuestro entorno es momentánea, no comprende la totalidad de la CMA y se modifica en el tiempo. Por ello es aconsejable continuar recopilando información de nuevas UCMA con la captura de información para ampliar la muestra y que resulte más representativa, así como redefinir la encuesta a partir de los datos obtenidos realizando una nueva captura de información de forma activa desde ASECMA mediante la asignación de una beca.

Conflicto de intereses

El Proyecto DUCMA, así como su estudio piloto, está patrocinado por Sanofi.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raich M, Bustos F, Castellet E, Castillo J, Docobo F, Domenech P, et al. Actualización de las recomendaciones de tromboprofilaxis en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* 2011;16(1):23-9.

ANEXO 1

ENCUESTA DE ACTIVIDAD DE UNIDADES DE CMA

Nombre de la Unidad

Centro de Referencia

Dirección

Ciudad

Código Postal

Provincia

Teléfono

Fax

Móvil

Web

E-mail de contacto

Director/Coordinador

Especialidad del Director/Coordinador

¿Desea participar en próximos estudios realizados por ASECEMA? SÍ / NO

COORDINACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD

1. El hospital al que pertenece su unidad es:

General. General Universitario. De referencia. Otro. NS/NC/NA.

2. En general, ¿cuántos pacientes estima que fueron intervenidos en su unidad en 2013? _____

3. Su unidad es:

- Integrada (comparte el circuito quirúrgico con el hospital).
- Autónoma (circuito ambulatorio independiente dentro del hospital).
- Satélite (independiente del hospital).
- Independiente o Free.
- Standing (sin relación funcional con un hospital).
- NS/NC/NA.

4. Toda la actividad de CMA de su área sanitaria se realiza:

Completamente en la Unidad. Parcialmente en la Unidad. NS/NC/NA.

5. Indique qué días de la semana funciona su Unidad:

Lunes	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Martes	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Miércoles	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Jueves	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Viernes	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Sábado	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Domingo	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA

6. Indique el horario de su Unidad y de las sesiones quirúrgicas:

Mañana	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Tarde	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA

7. Su Unidad es de financiación:

Pública SÍ NO NS/NC/NA
 Privada SÍ NO NS/NC/NA

8. Indique la actividad que se lleva a cabo en su Unidad:

Cirugía Menor Ambulatoria SÍ NO NS/NC/NA
 Cirugía Mayor Ambulatoria (no pernoctan los pacientes) SÍ NO NS/NC/NA
 Cirugía de Corta Estancia (pernoctan los pacientes) SÍ NO NS/NC/NA

9. La mayoría del personal médico especialista que trabaja en su Unidad es:

Exclusivo de la Unidad. Realiza parte de su actividad en cirugía con ingreso. NS/NC/NA.

10. Como norma general, ¿los profesionales que trabajan en su Unidad tienen alguna compensación?

Económica SÍ NO NS/NC/NA
 Profesional SÍ NO NS/NC/NA
 Descansos SÍ NO NS/NC/NA
 Otras _____

11. El coordinador de la Unidad:

Tiene categoría de jefe de servicio.
 Tiene categoría de jefe de sección.
 Tiene categoría de adjunto.
 NS/NC/NA.

12. El coordinador de la Unidad:

Tiene autonomía para realizar la programación quirúrgica SÍ NO NS/NC/NA
 Tiene autonomía para gestionar recursos humanos SÍ NO NS/NC/NA
 Tiene autonomía para gestionar los recursos materiales SÍ NO NS/NC/NA

13. Indique en porcentajes de dónde llegan generalmente los pacientes a su Unidad. Llegan derivados: (tenga en cuenta que la suma de los porcentajes debe ser 100 %):

_____% del médico de Atención Primaria.
 _____% de la consulta del especialista quirúrgico.
 _____% de la consulta del anestesiólogo.
 _____% de otro.

14. Los procedimientos de CMA se programan en sesiones quirúrgicas:

Completas para CMA. Combinados con cirugía con ingreso. NS/NC/NA.

15. ¿Cree que la dirección de su centro apoya el desarrollo de la CMA?

No, en absoluto. Sí, pero de forma insuficiente.
 Sí, es uno de los objetivos prioritarios el centro. NS/NC/NA.

16. Indique qué tipo de paciente es intervenido en su Unidad:

Niños < de 2 años SÍ NO NS/NC/NA
 Pacientes ASA III estables SÍ NO NS/NC/NA

Pacientes diabéticos en tratamiento con insulina	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes diabéticos en tratamiento con antidiabéticos orales	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes antiagregados con un protocolo preoperatorio específico	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes anticoagulados con un protocolo de manejo preoperatorio	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes con déficit mental	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes obesos con índice de masa corporal > 35 kg/m ²	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes con HTA que requieren más de dos fármacos para su control	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes con EPOC (en función del procedimiento quirúrgico y anestésico)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Pacientes con vía aérea difícil	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA

17. La historia clínica (HC) utilizada en su Unidad:

- Es una historia clínica específica de la CMA, en papel.
 Es una historia clínica específica de CMA electrónica.
 Se utiliza la misma historia clínica que en el resto del centro, no es específica.
 NS/NC/NA.

18. ¿Existe una enfermera/o que coordine al personal de enfermería de la unidad?

- SÍ. NO. NS/NC/NA.

VALORACIÓN PREOPERATORIA

19. Indique las especialidades integradas en su Unidad:

Cirugía General	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Cirugía Vascular	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Cirugía Plástica	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Cirugía Maxilofacial	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Cirugía Pediátrica	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Neurocirugía	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Traumatología	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Oftalmología	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Ginecología	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Urología	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Dolor	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Otra	¿Cuál? _____		
Otra	¿Cuál? _____		
Otra	¿Cuál? _____		

20. En general, ¿cuál es el ASA más elevado de los pacientes intervenidos en su Unidad?

- ASA I. ASA II. ASA III. NS/NC/NA.

21. En su Unidad, ¿se realiza una consulta específica del especialista?, ¿dónde se hace o revisa el diagnóstico?

- Sí. No, se realiza en la consulta general del especialista. NS/NC/NA.

22. En su Unidad, ¿se realiza una consulta específica preanestésica?

- SÍ. NO. NS/NC/NA.

- 23. En su Unidad, ¿existe un consentimiento informado (CI) específico del cirujano?**
 Sí, es específico. No, es el mismo que en la cirugía con ingreso. NS/NC/NA.
- 24. En su Unidad, ¿existe un consentimiento informado (CI) específico del anestésista?**
 Sí, es específico. No, es el mismo que en la cirugía con ingreso. NS/NC/NA.
- 25. En su Unidad, ¿existe un consentimiento informado (CI) específico de CMA, aparte del CI quirúrgico y anestésico?**
 Sí, es específico. No, es el mismo que en la cirugía con ingreso. NS/NC/NA.
- 26. Indique en general qué porcentaje de la valoración prequirúrgica y preanestésica es de alta resolución (se resuelve el mismo día):**
 _____ % de alta valoración. NS/NC/NA.
- 27. En general, la solicitud de pruebas complementarias en su Unidad:**
 Es específica. Es igual a los pacientes con ingreso. NS/NC/NA.
- 28. En pacientes sanos el sistemático de sangre o hemograma se realiza:**
 A todos los pacientes. Únicamente a pacientes \geq años. NS/NC/NA.
- 29. En pacientes sanos el estudio de coagulación se realiza:**
 A todos los pacientes. Únicamente a pacientes \geq años. NS/NC/NA.
- 30. En pacientes sanos el análisis de bioquímica (glucemia, urea, iones...):**
 A todos los pacientes. Únicamente a pacientes \geq años. NS/NC/NA.
- 31. En pacientes sanos el ECG se realiza:**
 A todos los pacientes. A pacientes \geq años. NS/NC/NA.
- 32. En pacientes sanos la radiografía de tórax se realiza:**
 A todos los pacientes. A pacientes \geq años. NS/NC/NA.
- 33. ¿Se entrega al paciente información escrita preoperatoria?**
 SÍ. NO. NS/NC/NA.
- 34. ¿En su Unidad se confirma la intervención mediante llamada telefónica 24 horas antes de la cirugía?**
 SÍ. NO. NS/NC/NA.

MANEJO PREOPERATORIO

- 35. En su Unidad, ¿se realiza premedicación domiciliaria con:**

Ansiolíticos? (Diacepam, midazolán...) SÍ NO NS/NC/NA
 Protectores gástricos? (Ranitidina, omeprazol...) SÍ NO NS/NC/NA

36. En su Unidad, ¿se realiza premedicación en la unidad con:

- Ansiolíticos? (Midazolam, Diacepam...) SÍ NO NS/NC/NA
 Anti H₂ o Inhibidores de bomba de protones? SÍ NO NS/NC/NA

37. En general, el periodo de ayuno para líquidos claros en su Unidad es:

- ≥ 6 horas. 4 horas. 2 horas. NS/NC/NA.

38. La profilaxis tromboembólica se realiza:

- Siguiendo las recomendaciones de ASECCMA [Cir May Amb 2011; 16 (1): 23-9].
 De acuerdo a un protocolo específico de nuestro centro distinto a las recomendaciones de ASECCMA.
 No hay protocolo, se sigue criterio clínico.
 NS/NC/NA.

39. Esta profilaxis tromboembólica comprende la utilización de:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Medidas físicas (compresión neumática intermitente, movilización activa...) | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Enoxaparina | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Bemiparina | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Dalteparina | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Nadroparina | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Tinzaparina | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |

40. Clasifique de 1 a 5 la frecuencia con la que de forma general se trata la profilaxis tromboembólica (1 más frecuente / 5 menos). Clasifique únicamente las respuestas que realiza. Si selecciona NS/NC/NA se deshabilitan el resto de respuestas.

- En el domicilio del paciente, 10-12 horas antes.
 En el preoperatorio inmediato, 2-4 horas antes.
 En el intraoperatorio.
 En el postoperatorio, transcurridas 6 horas.
 En el postoperatorio, transcurridas 12 horas.
 NS/NC/NA.

41. En general la duración de la profilaxis tromboembólica es:

- No se pauta profilaxis de rutina. Menos de 7 días. Entre 7 días y 21 días.
 Más de 21 días. NS/NC/NA.

42. La profilaxis antibiótica se realiza:

- Según el procedimiento quirúrgico. Sin protocolo, cada especialista quirúrgico decide. NS/NC/NA.

43. La profilaxis antiemética se realiza:

- Según protocolo en función del riesgo del paciente. NS/NC/NA.
 Sin protocolo, cada anestesiólogo decide a qué pacientes.

44. En relación a los protocolos de analgesia:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Hay protocolos analgésicos en función de los procedimientos quirúrgicos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Hay un protocolo analgésico pediátrico | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Se informa al paciente del tratamiento analgésico en la visita preoperatoria | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| La analgesia se inicia antes de la cirugía | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |

- Se evalúa de forma periódica el dolor en la unidad SÍ NO NS/NC/NA
- Se solicita que se evalúe periódicamente el dolor en el domicilio SÍ NO NS/NC/NA
- Se suministran instrucciones analgésicas precisas para el domicilio SÍ NO NS/NC/NA
- Se suministran o prescriben analgésicos y medicación de rescate para el paciente SÍ NO NS/NC/NA

45. El protocolo analgésico domiciliario comprende la utilización de:

- Paracetamol, metamizol, AINE (desketoprofeno, ketorolaco...) y COXIB (parecoxib...) SÍ NO NS/NC/NA
- Opiáceos para el dolor moderado (morfina, fentanilo...) SÍ NO NS/NC/NA
- Bloqueos de nervios periféricos con una administración única SÍ NO NS/NC/NA
- Bloqueos continuos (con catéter) de nervios periféricos SÍ NO NS/NC/NA
- Infiltración aislada de la herida, intraarticular, intraabdominal, en la fascia SÍ NO NS/NC/NA
- Infiltración continua de la incisión, intraarticular, intrabdominal o en la fascia SÍ NO NS/NC/NA

INTRAOPERATORIO

46. En su Unidad se realiza habitualmente:

- Colecistectomía laparoscópica ambulatoria (no pernoctan) SÍ NO NS/NC/NA
- Hernioplastia laparoscópica ambulatoria (no pernoctan) SÍ NO NS/NC/NA
- Funduplicatura de Nissen laparoscópica SÍ NO NS/NC/NA
- Hemorroidectomía ambulatoria (no pernocta) SÍ NO NS/NC/NA
- Cirugía de tiroides SÍ NO NS/NC/NA
- Cirugía de la mama SÍ NO NS/NC/NA
- Técnicas mínimamente invasivas para tratamiento del dolor crónico SÍ NO NS/NC/NA
- Ligamentoplastias de rodilla SÍ NO NS/NC/NA
- Cirugía del hombro SÍ NO NS/NC/NA
- Amigdalectomía ambulatoria SÍ NO NS/NC/NA
- Cirugía del Hallux valgus percutánea SÍ NO NS/NC/NA
- Resecciones transuretrales SÍ NO NS/NC/NA

47. En relación con los procedimientos quirúrgicos a niños, en su Unidad:

- No se realizan procedimientos quirúrgicos pediátricos.
- Se realizan en sesiones quirúrgicas específicas para niños.
- Intercalados, en el mismo quirófano, con cirugía de adultos.
- NS/NC/NA.

48. Las técnicas anestésicas más frecuentes en su Unidad son (indique el orden siendo 1 la técnica más frecuente y 4, la menos frecuente). Si selecciona NS/NC/NA se deshabilitan el resto de respuestas.

- Anestesia general
- Anestesia espinal
- Anestesia troncular
- Anestesia local con sedación
- NS/NC/NA.

49. En su Unidad:

- Habitualmente se utilizan mascarillas laríngeas u otros dispositivos supraglóticos SÍ NO NS/NC/NA
- Habitualmente se realiza intubación orotraqueal SÍ NO NS/NC/NA
- Habitualmente se realiza anestesia inhalatoria SÍ NO NS/NC/NA
- Habitualmente se utiliza anestesia total intravenosa SÍ NO NS/NC/NA

50. En relación a la anestesia troncular:

Se realiza guiada por ecografía

 SÍ NO NS/NC/NA

Se colocan catéteres para administración continua de anestésicos

 SÍ NO NS/NC/NA**POSTOPERATORIO EN LA UNIDAD****51. ¿Se monitoriza el tiempo que el paciente está en el área de recuperación (URPA)?** SÍ. NO. NS/NC/NA.**52. ¿Se monitoriza el tiempo que el paciente está en la unidad de readaptación al medio?** SÍ. NO. NS/NC/NA.**53. La sala de recuperación postanestésica (URPA):** Es exclusiva para los pacientes de CMA. Es compartida con los pacientes con ingreso. NS/NC/NA.**54. Hay un anestesiólogo específico para la URPA:** SÍ. NO. NS/NC/NA.**55. ¿Qué criterios de alta de su Unidad de recuperación postanestésica valora?**

Nivel de consciencia	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Nivel de actividad física	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Estabilidad hemodinámica (TA y Fr. C.)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Saturación de oxígeno	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Dolor postoperatorio	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
La presencia de náuseas y vómitos postoperatorios	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA

56. El alta de la URPA la autoriza:

<input type="checkbox"/> La enfermera de acuerdo al protocolo de alta.	<input type="checkbox"/> El anestesiólogo.	<input type="checkbox"/> El cirujano.
<input type="checkbox"/> SÍ. <input type="checkbox"/> NO.	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA.	

57. El tiempo medio de estancia de los pacientes en la URPA es de: De 30 a 60 minutos. De 60 a 90 minutos. Más de 90 minutos. NS/NC/NA.**58. Los criterios de alta al domicilio de la Unidad incluyen:**

Estabilidad hemodinámica	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Orientación temporo-espacial	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Ausencia de náuseas y vómitos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Ausencia de dolor	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Deambulación	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Tolerancia a líquidos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
Micción espontánea	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA
La presencia de un adulto responsable	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC/NA

59. ¿Su Unidad dispone de un anestesiólogo específico destinado a la readaptación al medio? SÍ. NO. NS/NC/NA.

ALTA DE LA UNIDAD

60. Normalmente, en su Unidad la firma del alta es responsabilidad de:

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| El especialista quirúrgico | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| El anestesiólogo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| La enfermera | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |

61. Al alta, ¿se realiza un plan de cuidados de enfermería para el paciente?

- SÍ. NO. NS/NC/NA.

62. El tiempo medio de estancia en la readaptación al medio es de:

- De 60 a 120 minutos. De 120 a 180 minutos. Más de 180 minutos. NS/NC/NA.

CALIDAD Y FORMACIÓN

63. En su Unidad se realiza:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Formación específica para médicos (sesiones, cursos...) | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Formación específica para enfermería (sesiones, cursos...) | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |

64. En su Unidad se realiza la verificación del listado de seguridad quirúrgico (check list):

- SÍ. NO. NS/NC/NA.

65. Este listado es firmado por:

- | | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Enfermera | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Anestesiólogo | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Cirujano | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |

66. ¿Qué indicadores de calidad utiliza en su Unidad?

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Tasa de suspensiones/cancelaciones | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Índice de sustitución | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Índice de reintervenciones | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Tasa de ingresos no previstos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Tasa de cumplimiento de las recomendaciones de profilaxis tromboembólica | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Tasa de cumplimiento de las recomendaciones de profilaxis antibiótica | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Tiempo hasta el alta de la Unidad | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Tasa de reingresos | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Tasa de llamadas/consultas a urgencias | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Llamada telefónica postoperatoria | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Encuesta de calidad percibida por el paciente | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

67. El seguimiento postoperatorio que realiza a sus pacientes comprende:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Llamada telefónica a las 24 horas | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Seguimiento domiciliario | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Disponibilidad de contactar con un médico de la Unidad las 24 h. del día | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Seguimiento telemático | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |
| Seguimiento por atención primaria | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NS/NC/NA |