

UNIDADES DE CIRUGIA AMBULATORIA

GUIA DE PROCEDIMIENTOS

Título: Guía de Organización y procedimientos en Cirugía Ambulatoria

INDICE

1. Consideraciones previas 4
2. Introducción 5
3. Objetivos de la guía de procedimientos 5
4. Definiciones, conceptos y terminología 6
5. Unidades de Cirugía Ambulatoria: tipos 7
6. Etapa 1: Selección de pacientes 8
7. Etapa 2: Selección de procedimientos 11
8. Contraindicaciones de la cirugía mayor ambulatoria 12
9. Formulario de instrucciones preoperatorios 12
10. Etapa 3: Evaluación prequirúrgica 13
11. Entrevista de preadmisión 13
12. Etapa 4: Ingreso y control prequirúrgico 15
13. Etapa 5: Intraoperatorio 16
14. Etapa 6: Recuperación postoperatoria inmediata 17
15. Normas generales de control y vigilancia de los pacientes 18
16. Protocolo de evaluación postoperatoria 19
17. Criterios clínicos de alta del área de recuperación postoperatoria inmediata 20
18. Normas específicas de funcionamiento del área de recuperación postoperatoria inmediata 21
19. Etapa 7: Recuperación postoperatoria mediata 21
20. Requisitos de ingreso al área de recuperación postoperatoria mediata. 21
21. Etapa 8: Control de egreso: Control de egreso protocolizado 22

22. Control de egreso	23
23. Etapa 9: Seguimiento domiciliario	24
24. Etapa 10: Control médico final	25
25. Control de calidad	26
26. Algoritmo de control de calidad	27
27. Anexo I: Listado de prácticas por especialidades quirúrgicas	28
28. Anexo II: Protocolo específico de entrevista preadmisión	30
29. Anexo III: Modelo de consentimiento informado	31
30. Anexo IV: Protocolo de seguimiento domiciliario	35
31. Bibliografía	36

1 Consideraciones previas

Las GUÍAS son recomendaciones diseñadas para ayudar tanto a los profesionales como a los usuarios, a seleccionar las opciones mas adecuadas para el abordaje de una condición clínica específica. No representan una imposición normativa

En este documento se encuentra descripta una guía de procedimientos para unidades de cirugía ambulatoria que son orientativas para el buen desempeño de las mismas.

Estas guías no reemplazan el juicio clínico para el paciente individual ni establecen un protocolo rígido para todos los pacientes con una determinada condición.

Las recomendaciones en esta guía se concentran en resumir la evidencia que apoya la utilización de la CIRUGÍA AMBULATORIA y han sido realizadas en base a la mejor evidencia científica disponible.

2. Introducción

El auge que ha tomado la Cirugía Ambulatoria (CA) en crecimiento constante y dinámico, hace necesario contemplar sus distintos aspectos.

Por lo tanto es intención de esta *guía de procedimientos en Cirugía Ambulatoria*, establecer los criterios básicos y prácticos que ya han sido aceptados por la literatura nacional e internacional y así mismo ser actualizada periódicamente, según sus necesidades evolutivas.

La Cirugía Ambulatoria es una *modalidad de prestación* del servicio quirúrgico o una forma de *oferta asistencial* quirúrgica.

Se denomina CA cuando el paciente es intervenido sin ingresar (internación) y por lo tanto sin pernoctar en el establecimiento, independientemente de que la intervención sea mayor o menor y que la anestesia sea local, regional o general.

Los términos Cirugía Ambulatoria, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía de Día, Cirugía sin Ingreso y otros, son sinónimos e implican no pasar la noche en el establecimiento.

Los términos Cirugía de corta estancia, Cirugía de menos de 24 horas y otros son sinónimos e implican la admisión del paciente para efectuar el procedimiento y pasar la noche en el hospital. Estos no serán comprendidos dentro de la Cirugía Ambulatoria.

3. Objetivos de la guía de procedimientos

- a) Dar a conocer los requisitos básicos para el correcto y uniforme funcionamiento de la C.A.
- b) Estandarizar los procesos asistenciales.
- c) Contribuir a ofrecer una atención de calidad para los procedimientos programados.
- d) Contar con personal calificado que satisfaga las necesidades y expectativas del paciente y familiares.
- e) Proporcionar información y educación al paciente en los periodos del pre, intra y postoperatorio.
- f) Promover la utilización de los registros médicos para todos los pacientes atendidos.
- g) Mantener el carácter confidencial de la información.
- h) Estimular y brindar educación continua a todos los integrantes del equipo de salud, para su capacitación.

Las normas e instrumentos para la habilitación categorizante de los servicios de quirófanos como anexo a consultorios, centros médicos, servicios médicos y/u odontológicos de urgencia e Institutos, así como el listado de procedimientos susceptibles de ser realizados en ellos para el ámbito de fiscalización del Ministerio de Salud y Ambiente fue aprobada por Resolución Ministerial N° 1712/05

4. Definiciones, conceptos y terminología

Debido al surgimiento de términos que llevan a la confusión es necesario esclarecer estos para un acabado entendimiento.

El término **Cirugía Ambulatoria (CA)** significa operaciones que se realizan en instituciones que también hacen internación **o en unidades independientes**; siempre con alta el mismo día, diferenciándose así de la cirugía en el enfermo hospitalizado.

Se han acuñado los términos **Cirugía de Día, Cirugía sin Ingreso**, como sinónimos de Cirugía Ambulatoria, pero es **condición necesaria y excluyente**, que el paciente **no pase** la noche en la institución luego del procedimiento quirúrgico.

“Así un paciente operado por la tarde y dado de alta durante la mañana siguiente, claramente con una internación menor de 24hs, no se debe incluir dentro de la C.A.”.

El hecho de pasar la noche en el hospital excluye a estos pacientes de los comprendidos como CA.

Cirugía de 24hs, Cirugía de internación breve, Cirugía de corta estadía, incluye a todos los procedimientos que pasan la noche en el hospital y son dados de alta dentro de las 24 hs de finalizada la cirugía.

Algunos autores diferencian dentro de la CA dos categorías: Una **Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)** y otra **Cirugía Menor Ambulatoria (cma)**

Se define **Cirugía Mayor Ambulatoria** a todas las operaciones realizadas con anestesia general, bloqueos anestésicos, local con sedación en los cuales es necesario o recomendable un período de recuperación u observación postoperatoria.

Para otros se denomina CMA a la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, regional o sedación que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento.

Cirugía Menor Ambulatoria son todos las operaciones que se realizan con anestesia local y no es necesario un período de observación postoperatorio.

La cma comprende aquellos procedimientos quirúrgicos menores con anestesia local y que sin ningún período de recuperación vuelven a su domicilio.

La CA es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico.

La CA es una forma de oferta asistencial quirúrgica.

Se denomina CA cuando el paciente es intervenido sin ingresar y por lo tanto sin pernoctar en el hospital; independientemente de que la intervención sea mayor o menor y que la anestesia sea local, regional o general.

Los términos **Cirugía Ambulatoria, Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía de Día, Cirugía sin ingreso** son sinónimos e implica no pasar la noche en el hospital.

Los términos **Cirugía de corta estancia, Cirugía de menos de 24 horas** y otros son sinónimos e implica la admisión del paciente para efectuar el procedimiento y pasar la noche en el hospital. Estos no serán comprendidos como Cirugía Ambulatoria.

La CA implica necesariamente que el paciente, no sea internado y enviado a su domicilio sin pasar la noche en el hospital y dentro del horario habitual de funcionamiento de los Centros o Unidades de Cirugía Ambulatoria

Ante el dilema semántico de CA y cirugía de corta estancia pensamos que ambos conceptos responden a una misma filosofía, pero la CA podría considerarse como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria.

El término “Cirugía de alta precoz” utilizado en ocasiones para denominar la cirugía de corta estancia debería ser retirado de la nomenclatura ya que el significado de la palabra “precoz”, puede dar a entender un alta antes de tiempo o antes del momento indicado

En cualquier caso, la premisa fundamental de la CA será ofrecer una elevada calidad técnica y asistencial de forma que la seguridad y las tasas de morbi-mortalidad y readmisión sean mejores o al menos equivalentes a las que se obtienen en pacientes con periodos de hospitalización convencionales.

Los términos **Unidad de Cirugía ambulatoria (UCA)**, **Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA)**, **“Surgycenter” (SC)** son sinónimos y se definen como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para realizar esta actividad.

5. Unidades de Cirugía Ambulatoria: Tipos

Las Unidades de Cirugía Ambulatoria (UCA) pueden ser de cuatro tipos:

1. **Unidad integrada y controlada por el establecimiento de salud con internación:** Utiliza los mismos quirófanos y salas de recuperación que los pacientes internados. Es una forma de diagramar las cirugías. Forma parte del departamento o servicio de cirugía del establecimiento.
2. **Unidad autónoma controlada por el establecimiento de salud con internación:** Dispone de estructura, personal y circuitos externos propios. Se ve favorecida por su autonomía. Es una unidad funcional independiente dentro del establecimiento. El paciente ambulatorio es el único objetivo de estas unidades.
3. **Unidad satélite del establecimiento de salud con internación:** Pertenece orgánicamente al establecimiento de salud con internación, está conducida por el mismo, pero alejada físicamente de este. Es útil para extender el área de influencia de un establecimiento y acercar al paciente, los recursos quirúrgicos de bajo y mediano nivel de resolución del riesgo.
4. **Unidad independiente:** Son aquellos que funcionan en establecimientos de salud sin internación. Depende del organismo privado que la crea.

Las Unidades de tipo independiente, satélite o autónomas controladas por el hospital cuentan con las siguientes estructuras.

- Área de espera independiente.
- Área recepción de pacientes.
- Vestuarios masculinos-femeninos del personal.
- Vestuarios masculinos-femeninos de pacientes.
- Área de preanestesia.
- Quirófanos (Nº variable según cada unidad)
- Área de recuperación anestésica inmediata

- Área de recuperación anestésica mediata
- Área de esterilización.
- Áreas de servicios (Almacenamiento de instrumental, insumos, ropa limpia, ropa sucia, desechos materiales biológicos y no biológicos)

Las Unidades integradas y controladas por el hospital comparten una o varias de las estructuras y áreas mencionadas.

Las áreas de recepción /admisión y sala de espera, debe tener un fácil acceso, bien señalizado y podrá ser diseñado según conceptos y arquitectura de cada hospital o institución.

Las áreas de preanestesia, quirúrgicas y de recuperación anestésica deberán tener la misma infraestructura, complejidad y seguridad que sus similares para pacientes hospitalizados

6 Etapa 1: Selección de pacientes

1. Requisitos que deben cumplir los pacientes.
2. Condiciones psicosociales.
3. Relacionados con la cirugía.
4. Relacionados con exámenes de diagnósticos médicos.

6.1. Requisitos que deben cumplir los pacientes:

6.1.1. Estado físico: ASA (American Society Anesthesiology) pueden incluirse como aptos:

- ASA I y II.
- ASA III: cuando la enfermedad sistémica está tratada y controlada adecuadamente, vinculándola con la complejidad de la cirugía.

Todos los pacientes ASAII y ASA III que se programen para Cirugía Mayor Ambulatoria deben tener una entrevista con el anestesiólogo previa a la programación de la cirugía.

6.1.2. Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).

El IMC se calcula dividiendo el peso del paciente en kilos sobre la altura en metros elevada al cuadrado. Ejemplo: 60 kg de peso y 1,60 m de estatura $IMC = 60 / (1,60)^2 = 60 / 2,56 = 23,43$.

- Serán incluidos los pacientes con IMC hasta 35.

- En caso de anestesia regional se aceptarán aquellos pacientes que tengan un IMC hasta 40
- Para aquellas cirugías que se realizarán con anestesia local más sedación, se podrán aceptar pacientes con un IMC mayor de 40, previa evaluación y autorización del anesthesiólogo.
- Los pacientes con IMC >35 podrán ser sometidos a CA si el tipo y tiempo de la cirugía permitiera realizarla con anestesia general, regional y/o local con sedación, luego de criteriosa evaluación conjunta entre cirujano y anesthesiólogo.

6.2. Requisitos relacionados con condiciones o aspectos psicosociales

6.2.1 El paciente debe tener un adulto responsable que lo acompañe durante la entrevista de preadmisión, al ingreso, al egreso y en su casa en el periodo postoperatorio durante las primeras 24 horas.

6.2.2 El adulto responsable debe tener las siguientes características:

- Ser mayor de edad y autovalente.
- Saber leer y escribir.
- Ser capaz de comprender y seguir órdenes simples.
- Ser cooperador.
- Acompañar al paciente en la entrevista de preadmisión para ser acreditado por un profesional.

6.2.3 El paciente debe tener teléfono para realizarle el seguimiento postoperatorio.

6.2.4 Debe alojarse en un lugar dentro de la ciudad la primera noche después de la cirugía o máximo a una hora de trayecto de la institución donde se llevó a cabo la misma.

6.2.5 El paciente y el adulto responsable deben tener capacidad de comprensión para poder ejecutar correctamente las indicaciones y cuidados postoperatorios en el domicilio

6.3. Requisitos relacionados con la Intervención Quirúrgica:

6.3.1 Duración del acto quirúrgico: en general se acepta que este tipo de cirugía tenga una duración cercana a los noventa (90) minutos o menos

6.3.2 Ayuno preoperatorio:

- Pacientes Adultos: 8 horas de ayuno de alimentos sólidos y 4 horas de líquidos claros (agua, té, jugos sin pulpa)
- Pacientes pediátricos Recién Nacidos hasta 6 meses: 4 horas de ayuno para la leche, los sólidos y los jugos con pulpa y 2 horas de ayuno mínimo para los líquidos claros: agua, té y jugos sin pulpa.
- Pacientes pediátricos entre 6 meses y 3 años: 6 horas de ayuno para la leche, los sólidos y los jugos con pulpa y 3 horas de ayuno mínimo para los líquidos claros: agua, té y jugos sin pulpa.

- Pacientes pediátricos mayores de 3 años: los mismos requisitos que el adulto.

6.3.3 Requerimientos de reposición de volumen: cirugía que no requiera grandes recambios de volumen.

6.3.4 Manejo del dolor post-operatorio: cirugía cuyo dolor post-operatorio sea compatible con el tratamiento ambulatorio y que no requiera de métodos avanzados para su manejo.
Dolor tratable con analgésicos comunes.

6.3.5 Programación: debe ser cirugía electiva. No se podrá realizar la cirugía de urgencia, con excepción de aquellas que cumplan con los requisitos señalados en el punto 5.3.6.
En este último caso, la intervención debe agendarse, considerando la lista de operaciones programada en el Servicio de Cirugía y las necesidades del paciente que concurre al Servicio de Urgencias de 24 horas.

6.3.6 Cirugía de Urgencia: exclusivamente las siguientes: suturas, reducciones ortopédicas, osteosíntesis de extremidades, fracturas nasales y legrados uterinos que cumplan con los requisitos del protocolo específico.

6.3.7 Intervenciones quirúrgicas que se realicen por primera vez en la UCA: cualquier cirugía que se incorpore por primera vez al listado de procedimientos (ver etapa 2. Selección de procedimientos) deberá contar con la aprobación del Médico Jefe de la especialidad y del director médico y ser protocolizada

6.3.8 Las Cirugías Ambulatorias deben ser programadas de modo que las mismas finalicen dentro del horario de funcionamiento de la unidad.

6.3.9 Los pacientes programados para Cirugía Ambulatoria con anestesia local sin sedación, pueden arribar a la unidad, sólo 1 hora antes del horario programado para la operación. Los pacientes programados con anestesia local y sedación, anestesia regional o anestesia general, deben concurrir 2 horas antes.

7. Etapa 2: Selección de procedimientos

Todas las especialidades quirúrgicas podrán en distinta medida realizar procedimientos quirúrgicos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios.

La selección de procedimientos que se pueden realizar en la UCA depende:

De un listado de procedimientos preestablecido por cada unidad de acuerdo a sus normas y capacidades.
La premisa fundamental será la adecuada calidad técnica y asistencial.

Los estándares de seguridad, de morbilidad y de readmisión de pacientes, deberán ser mejores o iguales que las obtenidas con los pacientes internados.

Se recomienda, en una UCA de reciente funcionamiento, establecer listados de cirujanos procedimientos. (se adjunta a modo de ejemplo un listado de procedimientos ver **Anexo I**)

Los procedimientos aptos para ser realizados en la UCA deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Los procedimientos deben tener un riesgo mínimo de hemorragia, considerando así a aquellos en los que no es previsible la necesidad de efectuar transfusiones de sangre.
- b) La duración no debe superar como norma general los 90 minutos en los casos de anestesia general, plazo este ampliable cuando el procedimiento se realiza con anestesia loco-regional.
- c) Los procedimientos no deben implicar apertura de cavidades, excepción hecha de procedimientos laparoscópicos, hernias y pequeñas eventraciones.
- d) Los procedimientos no deben requerir la utilización de drenajes **con débitos elevados**.
- e) El dolor deberá ser fácilmente controlado, tras el alta, con analgésicos comunes, sin requerir de la administración de analgésicos parenterales.
- f) El riesgo de compromiso postoperatorio de la vía aérea debe ser mínimo.
- g) Rápido retorno a la normal ingesta de líquidos y sólidos.
- h) Ayuno preoperatorio, criterios: ver punto 5.3.2 (Ayuno pre-operatorio)

8. Contraindicaciones en cirugía mayor ambulatoria

- a) Antecedentes personales o familiares directos de hipertermia maligna.
- b) Enfermedades neuro-musculares, por el riesgo de asociación con el síndrome de hipertermia maligna y/o dificultad respiratoria post-operatoria que puede requerir ventilación mecánica en el post-operatorio.
- c) Paciente prematuro con menos de 60 semanas post-gestacionales.
- d) Coagulopatías.
- e) Alteraciones psiquiátricas mayores: depresión grave, esquizofrenia, enfermedad bipolar, etc.
- f) Dermatitis del pañal activa y/o cualquier afección infecciosa de la piel.
- g) Alcoholismo.
- h) Consumo habitual de cocaína, estupefacientes y otras drogas. Obesidad mórbida (ver IMC, punto 5.1.3).
- i) Malformaciones de la vía aérea y/o antecedentes de dificultad en la intubación en cirugía previas.

9. Formulario de instrucciones preoperatorias

Deben constar instrucciones sobre:

- Día y hora de la cirugía.
- Hora de arribo a la UCA.
- Lugar donde presentarse para la admisión.
- Confirmar el día anterior la cirugía programada.
- Normas de ayuno.
- Régimen de medicación: que suspender... que agregar...
- Traer los exámenes complementarios.

- Traer material extra solicitado.
- No traer objetos de valor, joyas, ni maquillaje las mujeres.
- Concurrir en compañía de un adulto responsable.

Se debe hacer firmar un formulario de consentimiento informado (se adjunta un modelos a modo de ejemplos, **Anexo II y III**)

10 Etapa 3: Evaluación prequirúrgica

El resto de los pacientes serán evaluados según la guía de evaluación prequirúrgica elaborada por la secretaría de salud- G.C.B.A. en conjunto con Asociación Argentina de Analgesia Anestesia y reanimación de BsAs. Asociación Argentina de Cirugía. Asociación Argentina de Medicina Familiar. Sociedad Argentina de Cardiología.

Cumplir con las normativas y guías vigentes a nivel nacional o jurisdiccional.

Se adjunta a modo de ejemplo “*Guía para la Evaluación Prequirúrgica. Cirugías programadas en pacientes adultos*” gobBsAs secretaría de salud Resolución N° 1562 y 1673 **Anexo V**

11. Entrevista de preadmisión

10.1 Definición: Es un conjunto de acciones médicas y de enfermería, orientadas a realizar una evaluación completa e integral del paciente, del adulto responsable y de las condiciones del entorno, desde el punto de vista quirúrgico, anestésico y psicosocial.

Estas acciones se realizan previamente al día en que está programada la intervención quirúrgica.

11.2 Profesional Responsable: Médico

11.3 Requisitos:

- a) Solicitud de quirófano escrita por el médico tratante.
- b) Disponer de un ambiente privado y apropiado para realizar la consulta del profesional, del paciente y del adulto responsable.
- c) Disponer en la sala de entrevistas de los elementos necesarios tales como esfigmomanómetro, formularios, etc.

11.4 Objetivos:

- a) Entregar los contenidos educativos generales y específicos sobre Cirugía Ambulatoria.
- b) Realizar una anamnesis clínica del paciente.
- c) Clasificar al paciente según los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA).
- d) Obtener la información considerada relevante para evaluar al paciente desde un punto de vista integral.

- e) Satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y del adulto responsable, para disminuir el nivel de ansiedad e incertidumbre relacionadas con la proximidad del acto quirúrgico.
- f) Preparar al paciente y al adulto responsable con respecto a los cuidados y condiciones que deben cumplir para el egreso de la clínica y el período post-operatorio en el hogar.
- g) Obtener el consentimiento informado de autorización para la cirugía.
- h) Informar sobre los aspectos generales y específicos del proceso de la cirugía ambulatoria, incluidos los siguientes: circuito del paciente, tiempos estimados de permanencia en cada recinto, importancia del consentimiento informado, indicaciones específicas del preoperatorio, normas generales de la institución, deberes del adulto responsable, preparación para el egreso de la institución y otros.
- i) Entregar las Instrucciones Preoperatorias en forma escrita.
- j) Derivar al paciente, cuando sea necesario, al anestesiólogo o médico clínico tratante.

11.5 Acciones a realizar previas a la entrevista:

- a) Registrar los datos generales de identificación del paciente y la actividad realizada por el personal administrativo.
- b) Registrar los datos de carácter general relacionados con la situación social, hábitos y antecedentes incluidos en el formulario correspondiente. Esta actividad es realizada por el paciente o por el adulto responsable en caso de los pacientes pediátricos y/o aquellos que se encuentren imposibilitados.

11.6 Acciones a realizar por la enfermera:

- a) Revisar detalladamente los datos registrados en el formulario por el paciente y/o el adulto responsable.
- b) Realizar el control de los signos vitales, medición de peso estatural y calcular el IMC.
- c) Controlar que el paciente haya cumplido con las indicaciones médicas preoperatorias.
- d) Acreditar al adulto responsable del paciente.
- e) Aclarar las dudas que tenga el paciente y/o el adulto responsable, en un lenguaje claro, preciso, sin ambigüedades y acorde al nivel de instrucción de los interlocutores.
- f) Registrar las actividades realizadas durante la entrevista.
- g) Registrar las indicaciones pre-operatorias entregadas al paciente.
- h) Solicitar la firma del paciente en el documento, al término de la entrevista.
- i) Avisar inmediatamente al médico tratante la eventualidad de atraso, suspensión de la intervención o cualquier situación que afecte la programación quirúrgica del paciente.

12. Etapa 4: Ingreso y control prequirúrgico

El paciente se presentará, en el día y horario establecido y confirmado previamente por el cirujano, para su cirugía habiendo cumplido con las indicaciones médicas prequirúrgicas generales y específicas.

12.1 Generales:

- a) Ayuno adecuado según el 5.3.2.

- b) Higiene adecuada: baño o ducha previa a la cirugía en su domicilio, preferentemente con jabón de iodopovidona; higiene dental.
- c) Vacuna antitetánica actualizada.
- d) Ropa adecuada: cómoda, práctica y adecuada a la temperatura estacional, evitar alhajas y objetos de valor.
- e) Adulto responsable presente.
- f) Documentación personal en regla.
- g) Autorizaciones de la obra social y/o prepaga en orden, cuando sea necesario.
- h) Análisis y evaluación prequirúrgica en orden.

12.2 Específicas:

- a) Serán otorgadas por cada cirujano en particular según la especialidad y tipo de cirugía a realizar.
- b) Dado el carácter específico de la cirugía, estas indicaciones **no** son responsabilidad de la UCA, y deben ser proporcionadas por el cirujano con la debida anticipación para su cumplimiento.

12.3 Control administrativo:

El paciente es invitado a llenar sus datos de identificación personal, los cuales serán controlados por personal administrativo a cargo del área.

12.4 Control clínico:

El paciente será controlado por el médico anesthesiólogo y el personal de enfermería que se ocupará de:

- a) Completar la hoja de la historia clínica ambulatoria o protocolo ambulatorio, interrogatorio y anamnesis. (cirujano y anesthesiólogo)
- b) Control y registro de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y pulso. (enfermería).
- c) Control de los análisis y de la evaluación prequirúrgica. (anesthesiólogo).
- d) Control y registro del tipo de ASA., (anesthesiólogo).
- e) Control y registro del tipo de cirugía y anestesia, (cirujano y anesthesiólogo).
- f) Control y registro de los puntos establecidos en la selección de pacientes, medio social, distancia domiciliaria, contención familiar, indicaciones y contraindicaciones relativas. (cirujano y anesthesiólogo).
- g) Control y registro del familiar y del adulto responsable presente. (enfermería).
- h) Control del cumplimiento de las indicaciones prequirúrgicas generales y específicas si las hubiera. (enfermería).
- i) Control y registro del consentimiento informado. (cirujano y anesthesiólogo).
- j) Aclarar las dudas que tenga el paciente de manera clara y precisa. (enfermería).
- k) Indicar el cambio de la ropa y la entrega de la ropa específica para la cirugía, (enfermería).
- l) Colocación de la venopuntura con suero, si fuera necesario. (enfermería).

Todos estos datos serán registrados en la historia clínica ambulatoria y sus protocolos deberán ser revisados y refrendados por el cirujano y el anesthesiólogo a cargo.

13. Etapa 5: Intraoperatorio

Durante esta etapa se completarán los protocolos específicos a cada especialidad.

13.1 Protocolo de enfermería:

Debe ser completado por personal capacitado del quirófano y consiste en registrar el nombre del equipo quirúrgico, del equipo anestesiológico, de los auxiliares de enfermería y anestesia, los suministros, las suturas, los exámenes solicitados durante la cirugía, el instrumental empleado, el tipo de esterilización, los horarios de inicio y finalización de cada cirugía y el consumo.

13.2 Protocolo de anestesia:

Debe ser completado por el anestesiólogo a cargo. Comprende un registro detallado del tipo de anestesia, drogas utilizadas, dosis, formas y vías de administración, monitoreo de los signos vitales durante la anestesia, oximetría y capnografía.

13.3 Protocolo de cirugía:

Debe ser completado por el cirujano a cargo. Comprende el diagnóstico preoperatorio, el diagnóstico postoperatorio, la técnica utilizada, la descripción de la cirugía, el registro de las biopsias y estudios especiales, solicitados durante la cirugía.

13.4 Registro de suspensiones:

Por causas del paciente, médicas o institucionales.

13.5 Registro de atrasos:

Se deberán registrar las causas y las frecuencias de atrasos por parte de los distintos equipos de enfermería, quirúrgicos y anestésicos, para implementar soluciones.

13.6 Registro de complicaciones:

Se debe llevar un registro de las complicaciones médicas y no médicas. Se dará prioridad a la resolución de las urgencias emanadas de dichas complicaciones. Debe haber salidas de emergencias para poder realizar traslados hacia otras áreas del hospital o convenios para derivaciones a otros centros con mayor complejidad, si fuera necesario.

Los recursos físicos, de equipamiento y los recursos humanos, serán los descritos en la Resolución Ministerial 1712/05.

14. Etapa 6: Recuperación postoperatoria inmediata

14.1 Definición:

Es el período comprendido entre la finalización del acto quirúrgico/anestésico y el pasaje del paciente al área de recuperación **mediata**.

El cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación a estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora. Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos, equipos y personal especialmente entrenado para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitación cardiopulmonar.

14.2 Requisitos de Ingreso (al área de recuperación postoperatoria inmediata)

- a) El anestesiólogo responsable debe conducir y entregar el paciente en el área de recuperación anestésica inmediata.
- b) El anestesiólogo debe entregar el protocolo de anestesia completo.
- c) Las indicaciones médicas deben estar escritas en el formulario correspondiente.
- d) El personal de enfermería recibirá y cuidará del paciente mientras permanezca en el área de recuperación anestésica inmediata.

15. Normas generales de control y vigilancia de los pacientes

Los estándares y la secuencia en la que debe ser atendido el paciente, se rige por los criterios establecidos para la reanimación cardio-pulmonar-cerebral:

- A. Vía aérea
- B. Ventilación efectiva
- C. Hemodinámica
- D. Drogas a administrar, control de drenajes y otros.
- E. Estado de la piel, temperatura corporal, confort del paciente y otros.

15.1 Acciones tipo “A”, deben realizarse controles de:

- a. Vía aérea permeable.
- b. Oxigenoterapia.
- c. Oximetría de pulso.

15.2 Acciones tipo “B”, deben realizarse controles de:

- a. Frecuencia ventilatoria
- b. Tipo de ventilación

- c. Saturación de oxígeno

15.3 Acciones tipo “C”, deben realizarse controles de:

- a. Frecuencia cardíaca.
- b. Tensión arterial.
- c. Lleno capilar.
- d. Permeabilidad de la vía venosa.
- e. Circulación distal.

15.4 Acciones tipo “D”, deben realizarse controles de:

- a. Administración de drogas.
- b. Drenajes.
- c. Herida operatoria.
- d. Posición del paciente.
- e. Accesorios postoperatorios.

15.5 Acciones tipo “E”, debe realizarse controles de:

- a. Estado de la piel.
- b. Higiene del paciente.
- c. Confort del paciente.

16. Protocolo de evaluación postoperatoria

16.1 Controles de signos vitales que deben repetirse:

- a. Presión arterial.
- b. Frecuencia cardíaca.
- c. Frecuencia ventilatoria.
- d. Saturación de oxígeno.

16.2 Frecuencias consecutivas en los controles:

- a. Primeros 15 minutos: controles cada 5 minutos.
- b. Siguiete hora: controles cada 15 minutos.
- c. Luego controles cada 30 minutos hasta el momento del alta del sector.

16.3 Otros controles:

- a. Temperatura corporal al ingreso.
- b. Debe aplicarse una escala que evalúe las condiciones para el alta (Ej. Aldrete), y utilizarla a los 15 minutos del ingreso del paciente a la recuperación. Los criterios de alta deben incluir el valor

alcanzado con la escala de recuperación seleccionada. Los pacientes con bloqueos regionales deben ser evaluados de acuerdo a criterios clínicos/anestesiológicos.

- c. Debe aplicarse la ESCALA VISUAL ANÁLOGA para evaluar y tratar el dolor postoperatorio. Es recomendable dar el alta con los valores mínimos de esta escala. Se deben controlar y consignar otros eventos como:

- Náuseas.
- Vómitos.
- Diuresis.
- Condiciones de la herida quirúrgica.
- Drenajes.
- Sangrado.

17. Criterios clínicos de alta del área de recuperación postoperatoria inmediata

17.1 Definición:

Criterios necesarios para autorizar el pasaje del paciente del área de recuperación postoperatoria inmediata hacia el área de recuperación postoperatoria mediata.

Debe ser indicada por el médico responsable del área de recuperación postoperatoria inmediata cumpliendo con las siguientes condiciones:

17.2 Signos vitales estables y en valores normales en los últimos 30 minutos.

17.3 No tener náuseas y/o vómitos en los últimos 15 minutos.

17.4 No haber recibido opiáceos durante los últimos 30 minutos.

17.5 Saturación de oxígeno mayor a 95 %, con aire ambiental durante 15 minutos.

17.6 Recuperada la conciencia y estar orientado en tiempo y espacio.

17.7 Recuperación de la fuerza muscular y movilidad de los miembros inferiores cuando se realizó anestesia regional de los mismos. En la anestesia regional de los miembros superiores no es necesaria la recuperación total del bloqueo motor.

17.8 Herida quirúrgica en condiciones y sin sangrado.

17.9 Escala de evaluación con puntaje óptimo. (Ej. Aldrete)

17.10 Dolor controlado con AINE y puntuación menor a 4 en la Escala Visual Análoga.

17.11 No tener sonda vesical.

18. Normas específicas de funcionamiento del área de recuperación postoperatoria inmediata

18.4 El personal profesional de enfermería deberá cumplir con los requisitos mínimos que acrediten su capacidad y formación, para desempeñarse en ésta Unidad. Es aconsejable tener al menos dos años de experiencia en unidades de cuidados críticos.

18.5 Es recomendable que la institución realice cursos de capacitación con una frecuencia mínima de uno por año, en los que se incluyan temas como recuperación cardio-pulmonar en pacientes adultos y pediátricos, manejo de la vía aérea, manejo de accesos venosos, preparación y administración de medicamentos utilizados, actualización y medidas de control y actualización de infecciones intra-hospitalarias y revisión de normas y protocolos clínicos/quirúrgicos.

19. Etapa 7: Recuperación postoperatoria mediata

19.1 Definición:

Etapa de cuidados con posterioridad al alta del área de recuperación postoperatoria inmediata. Periodo comprendido entre el área de recuperación inmediata y el alta de la UCA.

19.2 Lugares de estadía postoperatoria mediata:

- a. Habitación individual.
- b. Habitación compartida.
- c. Recinto habilitado con varios sillones reclinables, de funcionamiento diurno, que constituyen una alternativa a las habitaciones.

20. Requisitos de ingreso al área de recuperación postoperatoria mediata.

20.1 El paciente debe ingresar a esta área por orden escrita del médico responsable.

20.2 El paciente debe ingresar con los protocolos anteriores en regla, completos, firmados y con la autorización del médico responsable.

20.3 El paciente debe ingresar con las indicaciones médicas escritas.

20.4 El paciente debe ser recibido por el personal de enfermería permanente.

20.5 El paciente debe ingresar lúcido, despierto, orientado en tiempo y espacio y con total control de sus sentidos y de su cuerpo.

20.6 El paciente debe ingresar pudiendo deambular o comenzando a mover sus miembros en el caso de bloqueos.

- 20.7 El uso de oxímetro y capnógrafo es opcional.
- 20.8 El paciente debe ingresar con signos vitales normales y estables.
- 20.9 Se debe completar un protocolo específico para esta área, registrando los signos vitales cada 30 minutos.
- 20.10 Se puede retirar la vía de suero si el médico lo autoriza.
- 20.11 Toda alteración de los signos vitales debe ser informada al médico del área responsable.
- 20.12 El paciente debe entrar en contacto con el familiar responsable, el cual debe estar presente en ese momento.
- 20.13 El paciente puede comenzar a deambular bajo el cuidado de la enfermería y del familiar.
- 20.14 El paciente puede iniciar la ingesta de líquidos si el médico lo autoriza.
- 20.15 El personal de enfermería hará un registro en el protocolo, de todo cambio o indicación médica.

21. Etapa 8 Control de egreso: Control de egreso protocolizado

- 21.1 Profesional responsable: Médico, cirujano y/o anesthesiólogo
- 21.2 Requisitos:
 - 21.2.1 Ambiente apropiado para dialogar con el paciente y su acompañante.
 - 21.2.2 Ficha médica de egreso firmada por el médico responsable del área.
 - 21.2.3 Registrar y controlar los signos vitales en el momento del egreso.
- 21.3 Acciones a realizar:
 - 21.3.1 Verificar la comprensión por parte del paciente y su acompañante responsable, de todas y cada una de las indicaciones médicas y/o de enfermería.
 - 21.3.2 Verificar la comprensión del sistema de seguimiento post-operatorio telefónico y la forma de resolver consultas y/o dudas que se le presenten en el domicilio.
 - 21.2.3 Entregar las indicaciones, pautas y recomendaciones escritas, formulario de egreso y teléfonos de consultas legibles para el paciente y el adulto responsable.

21.2.4 Firma del recibo conforme del formulario “Ficha Médica de Egreso”, donde se consigne claramente la documentación y las indicaciones que son entregadas en ese momento, al paciente y al adulto responsable.

21.2.5 Obtener la autorización administrativa de salida.

21.2.6 Constatar la posibilidad de una movilización adecuada para el traslado al hogar.

21.2.7 Indicar al personal del servicio, el traslado del paciente desde la unidad al medio de transporte.

22. Control de egreso

22.1 El egreso de la unidad será indicado por el médico responsable.

22.2 El personal de enfermería se ocupará de registrar los signos vitales normales y estables durante la permanencia del paciente en la última área.

22.3 Debe haber una diuresis normal.

22.4 Debe haber ausencia de náuseas y vómitos.

22.5 El dolor debe estar controlado con analgésicos comunes.

22.6 El paciente debe estar orientado, lúcido, con capacidad de responder a las indicaciones y deambulando.

22.7 El familiar/adulto responsable debe estar presente.

22.8 Se entregarán las indicaciones e instrucciones de alta en forma oral y escrita y se registrará.

22.9 Se informará telefónicamente para entrar en contacto con el médico o la institución en caso de complicaciones.

22.10 Se constatará el medio adecuado para el traslado del paciente al domicilio.

22.11 Se entregarán las indicaciones al paciente o a la persona responsable:

Usted debe llamar al teléfono indicado en caso de:

- a. Vómitos en más de tres oportunidades.
- b. Dolor que no cede al tratamiento indicado.
- c. Salida de sangre roja de la herida operatoria.
- d. Aumento de volumen, temperatura o cambios de coloración alrededor de la zona operada.
- e. Cualquier duda con respecto al tratamiento que debe seguir en su casa.
- f. Cualquier duda con respecto al cuidado de la herida operatoria.
- g. Fiebre

23. Etapa 9: Seguimiento domiciliario

Definición:

Conjunto de acciones protocolizadas, realizadas por el personal especialmente entrenado para tal fin, tendientes a evaluar y controlar la evolución de los pacientes operados en la UCA.

23.1 El seguimiento será telefónico y/o domiciliario en algunos casos, según la envergadura de la cirugía realizada, quedando esto último a criterio del cirujano.

23.2 La UCA dispondrá de un teléfono destinado a tal fin.

23.3 Dentro de las 24 horas siguientes al acto operatorio, los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria serán llamados telefónicamente por el personal de la unidad con el objetivo de evaluar:

- a. Comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas.
- b. Ausencia de náuseas y vómitos.
- c. Tolerancia digestiva.
- d. Ausencia de dolor o dolor que calma con analgésicos comunes.
- e. Ausencia de sangrado.
- f. Ausencia de temperatura.
- g. Diuresis normal
- h. Sensación de evolución postoperatoria favorable.
- i. Deambulación adecuada para el postoperatorio
- j. Estado de conciencia y lucidez normal.
- k. Se interrogará sobre otras dudas.

23.4 Ante manifestaciones positivas o dudas se informará al cirujano y/o se indicará que concurra a la guardia o consultorio para su control antes de lo indicado, de acuerdo con la gravedad del cuadro.

23.5 Los datos recogidos telefónicamente, serán registrados en el protocolo de seguimiento con hora, fecha y nombre del paciente o familiar responsable que contestó el interrogatorio telefónico

23.6 Se registrarán las llamadas y preguntas realizadas por los pacientes o familiares, en el protocolo correspondiente.

Se adjunta un modelo de protocolo de seguimiento domiciliario **ANEXO IV**

24. Etapa 10: Control médico final

Definición:

Evaluación realizada por el cirujano actuante o responsable en su consultorio externo, tendiente a verificar la evolución adecuada del postoperatorio o realizar las indicaciones y curaciones que considere pertinentes.

25.1 El cirujano responsable enviará un informe de la evolución post-operatoria final a la UCA.

25.2 El cirujano responsable establecerá un registro de complicaciones post-operatorias y re-internaciones.

26. Control de calidad

Definición:

Conjunto de acciones destinadas a evaluar e implementar acciones de mejora de la calidad en el servicio prestado.

26.1 Será responsabilidad final del Director Médico de la UCA, la mejora continua de la calidad (la calidad es responsabilidad de todos los integrantes de la institución y debe ser liderada por la dirección).

26.2 Se buscará alcanzar los niveles de eficacia fijados en los objetivos iniciales del programa de CA.

ANEXO I Listado de procedimientos

Se adjunta listado a modo de ejemplo y guía para unidades de reciente funcionamiento. Este listado es a modo de ejemplo y con los procedimientos básicos, aceptados en todas las UCA. Cada UCA puede definir en mas o en menos su propio listado según capacidad y entender.

Anexo 1: Listado de prácticas por especialidad quirúrgica.

Cirugía General

- Cirugía de hernias (Inguinales, crurales, umbilicales, etc)
- Pequeñas eventraciones
- Cirugía de várices
- Hemorroides
- Fisura anal
- Quiste pilonidal
- Cirugías del TCS
- Biopsias de piel, mucosas
- Colectomía laparoscópica

Cirugía Máxilofacial ORL y de Cabeza y Cuello

- Cirugía de los senos paranasales
- Biopsias orales
- Cirugía dentaria
- Biopsias ganglionares
- Cirugía de las glándulas salivares
- Amigdalectomías
- Adenoides
- Miringoplastia
- Rinoplastias
- Cirugía del oído externo y medio

Ginecología

- Legrados uterinos
- Bartholinitis
- Biopsias mamarias
- Cuadrantectomía
- Vaciamiento axilar
- Cirugías sobre el cuello uterino

Oftalmología

- Estrabismo
- Cirugía de la cámara anterior
- Cataratas
- Cirugía de párpados y conjuntiva
- Cirugía lacrimal

Ortopedia

- Hallux valgus
- Artroscopia
- Cirugía de pie
- Cirugía de mano
- Biopsias óseas y músculo
- Extracción de osteosíntesis

Urología

- Fimosis
- Orquidopexia
- Varicocele
- Hidrocele
- Cirugía transuretral
- Biopsia testicular

Cirugía pediátrica

- Hernias
- Fimosis
- Fisuras labiopalatinas

Cirugía plástica reconstructiva y estética

- Rinoplastia
- Leafing
- Mastoplastias
- Dermolipectomías
- Injertos de piel
- Zplastias
- Blefaroplastia
- Fisuras labiopalatinas

ANEXO II: Protocolo específico de entrevista de preadmisión (relativo a la anamnesis y clasificación ASA del paciente).

Cada UCA adaptará su protocolo según saber y entender.

1. ¿Tiene o tuvo Enfermedades Cardíacas? (dolor de pecho, Hipertensión arterial, infarto, alteración del ECG, arritmias, etc).
2. ¿Tiene o tuvo enfermedades respiratorias? (fatiga, asma, bronquitis, TBC, enfisema, tos con expectoración frecuente, etc.)
3. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos por día?
4. ¿Tiene enfermedades metabólicas o renales? (diabetes, hiper o hipotiroidismo, cálculos renales, sangre en orina, etc.)

5. ¿Es Ud. alérgico?... ¿A qué?...
6. ¿Tiene o tuvo anemia o sangrados frecuentes? (tuvo alguna vez materia fecal negra o vómitos como borra de café, nariz, encías, extracciones dentarias, cirugías, etc.)
7. ¿Tiene o tuvo Ud. enfermedades digestivas? (gastritis, úlceras, hepatitis, cirrosis, pólipos, etc)
8. ¿Toma bebidas alcohólicas?... ¿Cuánto?...
9. ¿Tiene o tuvo enfermedades neurológicas o musculares? (epilepsia, convulsiones, se le duermen las manos o los pies, tiene debilidades musculares, calambres)
10. ¿Está o estuvo enfermo recientemente? (fiebre, catarro, gripe, resfrío, etc.)
11. Si es mujer: ¿está o puede estar embarazada?
12. ¿Toma algún medicamento?... ¿Cuáles?...
13. ¿Ha sido operado o recibido anestesia en alguna oportunidad? (Enumere las cirugías (año en que ocurrieron) y si ha tenido complicaciones relacionadas con las mismas: náuseas, vómitos, somnolencias, dolor excesivo, etc.).
14. ¿Tiene alguna otra enfermedad que no hubiere sido mencionada y querría mencionar? (enfermedades infectocontagiosas, adicciones, glaucoma, etc.).
15. Cálculo del índice de masa corporal.

ANEXO III Modelos de consentimiento informado.

Cada UCA Adoptará su modelo según saber y entender

Unidad de Cirugía Ambulatoria

SOLICITUD DE CIRUGIA, DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Nombre de paciente.....
 Nombre de los familiares/terceros.....
 Nombre del médico Tratante.....

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán. También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información. (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pié).

Por el presente solicito ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente:

.....

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr. y/u otro cirujano autorizado del Servicio de Cirugía General.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles. Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Seromas (acumulación de líquidos)
- Hematomas (acumulación de sangre, sangrado)
- Absceso de herida
- Paresia/Parestesia
- Dolor neurítico persistente

Cicatriz queloide
Recidiva
Fístula por hilos

En concreto respecto de mi(s) dolencias y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....
.....

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha.....

Firma del paciente.....

Negativa a recibir información

Firma.....

Firma de familiares o
Allegados

Negativa a recibir información

Firma.....

Firma del médico.....

ANEXO III Modelos de Consentimiento informado.

Cada UCA Adoptará su modelo según saber y entender

Unidad de Cirugía Ambulatoria

SOLICITUD DE CIRUGÍA, DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Fecha.....

Paciente (nombre y apellido):.....
.....

Edad:.....DNI:.....Historia clínica N°.....

Dirección.....

Teléfono.....

1. Yo por la presente autorizo al Dr/Dra.....

y a su equipo quirúrgico a realizar la operación conocida como.....

en.....

(nombre y apellido del paciente o en mi persona)

2. La intervención mencionada me ha sido totalmente explicada por el cirujano, entendiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención.

Los siguientes puntos me han sido especialmente aclarados:

- a. En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.
- b. Todos los pacientes fumadores tienen un riesgo incrementado de sufrimiento de la piel de la región operada.
- c. Las complicaciones que pueden originarse por intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, trastornos de la sensibilidad nerviosa, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, etc.

3. Reconozco que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden necesitar intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente, por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos como estudios anatómo-patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.

4. Doy mi consentimiento a la administración de anestesia, aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de un especialista en anestesia con la excepción de.....
(ninguna o alguna en particular)

5. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco de que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, acepto que escapa de las posibilidades del cirujano garantizar dichos resultados.

6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto con propósitos médicos educacionales.

7. Autorizo a que el cirujano o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.

8. Acepto cooperar con los cuidados postoperatorios indicados por el cirujano y su equipo, hasta poseer el alta médica definitiva.

9. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos quirúrgicos ni ser alérgico excepto a:

10. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano nombrado a realizarme la cirugía mencionada. En prueba de conformidad con todo lo expuesto, suscribo el presente en presencia de testigo de este acto, quien también firma al pie.

El paciente- a continuación- escribe de puño y letra el siguiente texto: *“Dejo constancia que comprendí el contenido de este consentimiento”*.

FIRMA..... FIRMA.....
PACIENTE..... CIRUJANO.....

FIRMA.....
TESTIGO.....
DNI.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un menor de _____ años de edad y nosotros los firmantes somos: los padres, Tutor(es) o encargado(s) del paciente y por la presente autorizamos a él.

ANEXO IV Modelo de protocolo de seguimiento domiciliario

Datos del paciente:

Apellido y Nombre:TE:.....

Dirección:..... Cirujano:.....

Cirugía:.....

Fecha intervención:.....

¿Está cumpliendo con las indicaciones de alta? SI NO _____

¿Ha tenido náuseas o vómitos? SI NO _____

¿Ha tolerado líquidos y/o sólidos? SI NO _____

¿Ha tenido dolor en la herida? SI NO _____

¿Ha tenido dolor en otro sitio? SI NO _____

¿Necesitó medicación extra? SI NO _____

¿Ha sangrado la herida? SI NO _____

¿Problemas en la zona operada? SI NO _____

¿Inflamación? SI NO _____

¿Supuración? SI NO _____

Otros _____

¿Tiene?

Dolor de garganta SI NO _____

Dolor de cabeza SI NO _____

Fiebre (temperatura) SI NO _____

Mareos SI NO _____

Tos/expectoración SI NO _____

Su estado general es:

Excelente Bueno Regular Malo

Fecha de llamada _____ Personal de UCA _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis J.E.: Cirugía mayor en pacientes ambulatorios: Surg. Clin. North. Am.,1987; 4
2. Ferraina P. Cirugía Ambulatoria. Rev. Argent. Cirug N° extraordinario.1991; 6
3. Wetchler B.V., :Anesthesia for ambulatory surgery; J.B. Lippincott, Second Edition 1991
4. Porrero José Luis: Cirugía Mayor Ambulatoria, Manual Práctico,2° edición Editorial Masson. 2002.
5. Anestesia en pacientes ambulatorios: Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. 4: 1996.
6. Cirugía Mayor Ambulatoria, Guía de organización y funcionamiento, Ministerio de sanidad y consumo, Dirección general de aseguramiento y planificación sanitaria. Madrid España.
7. Cuschieri A. Day-Case (Ambulatory) Laparoscopic Surgery. Editorial Surg. Endosc. (1997) 11: 1143-1144.
8. Martínez H, Brandi C y col.: Cirugía ambulatoria: Cinco años de experiencia de una unidad independiente con base hospitalaria. Rev Argent Cirug 2000; 79: 160-173.
9. Minatti W, Statti M y col.: Colecistectomía Laparoscópica ambulatoria. Experiencia inicial. Rev Argent Cirug 1998; 75: 68-71.
10. Pirchi D, Iribarren C y col. ¿Qué pacientes pueden seleccionarse para colecistectomía laparoscópica ambulatoria? Rev Argent Cirug 1999; 77: 141-146.
11. Sarotto L, Suárez Anzorena F, Ferraro A, Fagoaga F y col. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Experiencia en un centro de diagnóstico y tratamiento de corta estadía. Rev Argent Cirug 2001; 80: 125-129.
12. Lagoe R.J., Milliren J.W.,: A community-based analysis of ambulatory surgery utilization. Am J Public Health 1986; 76: 150-153.
13. Castagneto G. y Col.: Experiencia de 5 años de una Unidad Satélite de Cirugía Ambulatoria. Rev. Argent. Cirug. 2003; 85 (5-6): 216-224.
14. Gold B. S., Kitz D. S., Lecky J. H., Neuhaus J. M.,: Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. JAMA, December, 1989-vol 262, No. 21
15. Greenburg A. G., Greenburg J. P., Tewel A., Breen C., Machin O., McRae S., Hospital admission following ambulatory surgery. Am J Surg.1996;172: 21-23
16. Reis E. D., Mosimann F., Vuilleumier H.,: Implementation of ambulatory surgery in a university hospital: an audit comprising 873 general surgery cases. Ambul Surg 7 (1999) 107-110
17. Detmer D. E., Gelijns A. C.,: Ambulatory Surgery A more Cost-effective treatment strategy?. Commentary. Arch Surg Vol 129, Feb 1994. 123-127.
18. Collopy B., Rodgers L., Williams J., Jenner N., Roberts L., Warden J.,: Clinical indicators for day surgery. Ambul Surg (1999) 155-157