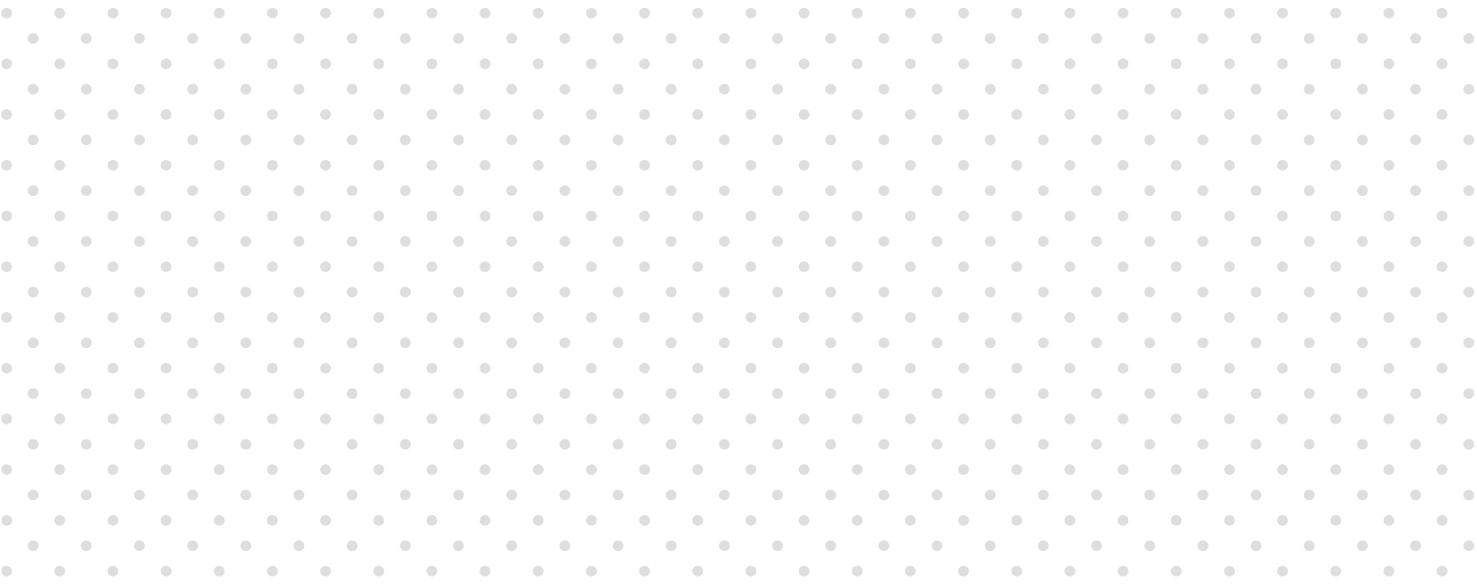


ORIENTACIÓN TÉCNICA PARA FORTALECER EL PROCESO QUIRÚRGICO

DOCUMENTO METODOLÓGICO PARA LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO
QUIRÚRGICO HOSPITALARIO PARA CIRUGÍAS MAYORES ELECTIVAS



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Ministerio de Salud. "Orientaciones Técnicas para Fortalecer el Proceso Quirúrgico" - 2023

Todos los derechos reservados.

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación.
Prohibida su venta.

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Patricia Acevedo Loyola	División de Gestión de la Red Asistencial, Unidad de Gestión de la Demanda, Referente Nacional del Proceso Quirúrgico.
Gonzalo Fernández Ruiz	División de Gestión de la Red Asistencial, Cirujano de Tórax, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica, Académico Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Maria Elena Alvarado Breton	División de Gestión de la Red Asistencial, Subdirectora Médica del Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo, Doctora en Salud Pública, Académica Universidad de Chile.
María Alicia Ribes Langevin	División de Gestión de la Red Asistencial, Unidad de Gestión de la Demanda, Proceso ambulatorio de especialidad Gineco-obstetricia.
Sebastián Cid Alvarado	Subsecretaría de Redes Asistenciales, Jefe de Control de Gestión.
Pablo Norambuena Mateluna	División de Gestión de la Red Asistencial, Coordinador de Unidad de Gestión de la Demanda, proceso quirúrgico y ambulatorio
Romina Venturino Solar	División de Gestión de la Red Asistencial, Unidad de Gestión de la Demanda, Proceso Quirúrgico.
Luciano González Jiménez	Jefe de Pabellón y Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria, Clínica Santa María. Asesor Gabinete Ministra de Salud
Verónica Varas Vega	Presidenta de la Sociedad Chilena de Anestesiología, Profesora asistente Universidad de Chile
Alejandro Barrera Escobar	Cirujano Digestivo Hospital San Borja Arriarán, Presidente de la Sociedad de Cirujanos de Chile.
Giorgia Cartes Barra	Directora Nacional de Matronería, Coordinadora Unidad gineco-obstetrica del Hospital San José.
Paulo Carrasco García	Anestesiólogo, Jefe de Pabellón Hospital Clínico de Magallanes
Claudia Vásquez Garcés	Técnico en Enfermería, arsenalera cardioquirúrgica y torácica, Hospital del Tórax
Rodrigo Martínez Labarca	Médico Salubrista, MSc International Health Management, Centro de Referencia de Salud, Hospital Provincia Cordillera, Comisión Reforma a la Salud 2023.
Javiera Lamilla Vargas	Enfermera Jefe de la Unidad Prequirúrgica, Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo.
Yasna Suazo Beltrán	Enfermera Jefe de la Unidad Prequirúrgica, Hospital de Angol
Tonka Misetich Suárez	Referente Proceso quirúrgico, Servicio de Salud Antofagasta
Lorena Aguayo González	Otorrinolaringóloga, Hospital Roberto del Río, Gabinete MINSAL
Valeria Epulef Sepúlveda	Vicepresidenta Sociedad de Anestesiología de Chile, Académica Universidad de Chile
Álvaro Martínez Herold	Secretario de la Sociedad de Cirujanos Chile. Traumatólogo, Jefe de Servicio de Traumatología Hospital San José
Macarena Güell Allamad	Presidenta de la agrupación de Enfermería Perioperatoria de Chile (AGEPCH). Enfermera Jefa de Pabellones, Clínica Red Salud.
Claudia Godoy Cubillos	Jefa Depto. de Planificación y Gestión de la Información. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVO	7
2.1. Objetivo General	7
2.2. Objetivos específicos	7
3. ALCANCE	7
4. GLOSARIO Y CONCEPTOS RELEVANTES	7
5. MODELO DEL PROCESO QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS MAYORES ELECTIVAS	9
6. SUBPROCESO PREQUIRÚRGICO	10
6.1. Etapa 1: Indicación de cirugía, ingreso a LE de Intervención Quirúrgica (IQ) y priorización del paciente	11
6.2. Etapa 2: Contactabilidad y Acompañamiento del paciente	13
6.3. Etapa 3: Preparación del paciente para cirugía e Incorporación a Tabla quirúrgica	14
6.4. Tabla 2: Resumen Subproceso prequirúrgico	15
7. SUBPROCESO DE TABLA QUIRÚRGICA	17
7.1. Reunión de tabla semanal	17
7.2. Tabla 3: Resumen Subproceso Tabla Quirúrgica, Confirmación de tabla semanal	20
7.3. Reunión de tabla diaria	20
7.4. Tabla 4: Resumen Subproceso Tabla Quirúrgica, Confirmación tabla quirúrgica diaria	22
8. SUBPROCESO QUIRÚRGICO	23
8.1. Preparación del Quirófano	23
8.2. Preparación del Paciente	24
8.3. Intervención Quirúrgica	24
8.3.1. Evaluación inicial	24
8.3.2. Pausa quirúrgica	25
8.3.3. Anestesia y posicionamiento del paciente	25
8.3.4. Intervención quirúrgica propiamente tal	25
8.3.5. Finalización de la cirugía	25
8.4. Registros de tiempos quirúrgicos	25

8.5. Personal, equipamiento e infraestructura	26
8.6. Tabla 5: Resumen Sub Proceso Quirúrgico	27
9. SUBPROCESO POST QUIRÚRGICO	28
9.1. Monitorización y atención durante la recuperación	28
9.1.1. Recuperación Fase I, inmediata	29
9.1.2. Recuperación Fase II, tardía o pre-alta	29
9.2. Tabla 6: Resumen sub proceso post quirúrgico	30
9.3. Consideraciones especiales en el Sub-Proceso postquirúrgico inmediato en Gineco-Obstétrica	30
10. CONSIDERACIONES PARA EL RECURSO HUMANO DEL PROCESO QUIRÚRGICO	31
10.1. Tabla 7: Resumen Estándar basal de dotación de recursos humanos, DIGEDEP	31
11. REUNIÓN MENSUAL DE COMITÉ DIRECTIVO DE PRODUCTIVIDAD QUIRURGICA	32
12. ANEXOS	34
Anexo 1. "Encuesta de Ingreso a la Unidad"	34
Anexo 2. Criterios de Inclusión y exclusión de Pacientes CMA	37
Anexo 3. "Seguimiento y acompañamiento del paciente en LEQ"	38
Anexo 4. Propuesta de Preparación Preoperatoria	41
Anexo 5. Indicaciones preoperatorias pacientes pediátricos y adultos	48
Anexo 6. "Propuesta de indicadores de funcionamiento de la UPPQ y de Productividad Quirúrgica"	50
Anexo 7. Ficha de suspensión quirúrgica	52
Anexo 8. Escalas de recuperación post anestésica, Alderet modificada	53

1. INTRODUCCIÓN

La Subsecretaría de Redes Asistenciales es responsable de regular y supervisar el funcionamiento de las Redes de Salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria. En este contexto, es que se ha trabajado durante los últimos años en fortalecer el proceso quirúrgico en los distintos Servicios de Salud, con el objetivo de dar respuesta a las demandas de intervención quirúrgicas de la población.

El área quirúrgica es prioritaria dado el impacto en términos de complejidad y sus elevados costos, tanto para el sistema como para el paciente, por lo cual, optimizar la organización de la actividad quirúrgica se convierte en una necesidad para la gestión eficiente de los procesos productivos, lo que impacta en forma directa en la disminución de las listas de espera y de los tiempos de espera.

La reducción de los tiempos de espera es un objetivo que prácticamente todos los sistemas de salud se proponen lograr, dada la relación entre tiempo de espera y satisfacción usuaria. En Chile se han implementado diversas estrategias para lograr reducir las listas y los tiempos de espera, desde entregar presupuesto extraordinario, introducir garantías de oportunidad, incentivar el buen uso de quirófanos a través de la medición de distintos indicadores y cumplimiento de metas, entre otras. Estas iniciativas, si bien al inicio han resultado exitosas, con el tiempo tienden a producir un estancamiento de su efecto, por lo cual se requiere que las acciones e intervenciones que se realicen deben ser multidimensionales, con estrategias de priorización a nivel de las listas de espera para incorporar criterios de equidad, y acompañadas de mejoras de gestión del proceso quirúrgico y del uso de quirófanos, así como mejoras en el subproceso prequirúrgico y en relevar la importancia de la programación y ejecución de la tabla quirúrgica.

Con el objetivo de ordenar dicho proceso, la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha desarrollado el marco normativo mediante dos resoluciones, estableciendo roles, funciones, acciones y procesos dentro de la orgánica de los establecimientos de alta y mediana complejidad (Res.Ex. N° 721 del 5 de agosto 2015 "Aprueba Procesos Clínicos Priorizados de apoyo a la gestión de la Red Asistencial" y Res.Ex. N° 1025 del 31 de octubre 2018 "Aprueba Manual del Sub proceso Prequirúrgico"), facilitando la gestión clínica y administrativa relacionada con el proceso quirúrgico.

A pesar de ello, la utilización de los quirófanos no ha sido la óptima, como lo ha señalado la Comisión Nacional de Eficiencia y Productividad en su estudio "Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de LE Quirúrgica no GES". Dentro de los hallazgos identificados, se destaca que los quirófanos del sector público tienen una utilización en promedio del 53% del tiempo disponible, con un rendimiento de 3,1 cirugías por quirófano, muy por debajo del estándar internacional de 5,1. Además, del elevado porcentaje de suspensiones (12% en promedio), del cual, el 62% están asociadas a causas prequirúrgicas, siendo la principal la falta de una adecuada evaluación del paciente previo a su intervención.

En atención a lo anterior, si bien, el proceso quirúrgico, se subdivide en subproceso prequirúrgico, quirúrgico y postquirúrgico, se ha considerado la relevancia de la tabla quirúrgica como un componente crítico. Los errores en la programación quirúrgica pueden conducir a retrasos, tiempo de inactividad los quirófanos y mayor estrés para el personal y los pacientes.

Por lo tanto, este manual define que la generación de la tabla quirúrgica sea transformada en un subproceso formal, con el objetivo de mejorar la eficiencia y la seguridad de las operaciones quirúrgicas.

Este manual quirúrgico actualizado busca fortalecer las áreas de gestión, disminuir las ineficiencias del proceso quirúrgico y optimizar la gestión administrativa dentro de los procesos primordiales en la actividad quirúrgica.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Fortalecer el proceso quirúrgico, entregando recomendaciones metodológicas para el funcionamiento de la actividad quirúrgica que permita aumentar la capacidad productiva, velando por la seguridad y calidad del proceso.

2.2. Objetivos específicos

1. Establecer los subprocesos en el contexto del Proceso Quirúrgico.
2. Relevar el sub proceso prequirurgico como componente fundamental del proceso.
3. Incorporar el conjunto de actividades asociadas a la construcción de la tabla quirúrgica como un nuevo subproceso.
4. Elaborar un conjunto de recomendaciones para el uso eficiente del quirófano.
5. Definir un conjunto de tareas y actividades que deben ser consideradas en el proceso quirúrgico.

3. ALCANCE

Estas orientaciones están dirigidas a los equipos directivos, profesionales y técnicos de los establecimientos hospitalarios de la red pública de salud, direcciones de los Servicios de Salud y otras entidades que participan en el proceso quirúrgico específicamente en las cirugías mayores electivas. Si bien estas orientaciones dan un marco general a las prestaciones quirúrgicas mayores electivas, no aborda en profundidad aspectos propios de ciertos grupos de pacientes (obstétricos, psiquiátricos, pediátricos, etc), que serán desarrollados en instrumentos técnicos específicos.

4. GLOSARIO Y CONCEPTOS RELEVANTES

- Cirugía mayor electiva: Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica.
- Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) Electiva: Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada para este fin y no en una cama de dotación y una vez transcurrido el tiempo de recuperación anestésica, la persona usuaria vuelve a su domicilio.
- Cirugía Mayor Hospitalizada (CMH): Procedimiento quirúrgico que por la naturaleza de éste o por las condiciones del paciente, requiere la hospitalización por más de 24 horas utilizando para ello una cama de dotación.

- Quirófano de cirugía mayor: Se entiende por quirófano al espacio físico, de acceso restringido, con autorización sanitaria para su funcionamiento, que cuenta con instalaciones, equipamiento, instrumental y los elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para realizar una intervención quirúrgica mayor en condiciones de asepsia y seguridad.
- Quirófanos Cirugía Electiva: Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles, al menos 8 horas.
- Quirófanos Urgencia: Se entiende por quirófanos de Urgencia aquellos destinados a resolver cirugías no electivas y que deben estar disponibles las 24 horas al día.
- Quirófanos Obstétricos: Destinados para resolver intervenciones quirúrgicas propias de la especialidad de Obstetricia y que deben estar disponibles las 24 horas al día.
- Quirófanos Indiferenciados: Son aquellos que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias. Están presentes en aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos y lo que les permite hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta complejidad no debieran destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.
- Suspensión de cirugía electiva: Se entenderá como suspensión a todo evento en el cual la persona que, estando en la tabla quirúrgica publicada no es intervenida, independiente de la causa de suspensión (de la persona, quirófano, unidades de apoyo, equipos quirúrgicos).
- Paciente condicional: Es aquel que se programa más allá de las 8 horas de la tabla programada y queda en condición de suplencia frente a una probable suspensión de paciente o a la disponibilidad de quirófanos. No se debe contar con más de un 10% de pacientes condicionales en la programación del establecimiento. No se deben incluir pacientes que se vean afectados por el ayuno (diabetes), preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (persona mayor, ruralidad, dependiente de cuidados), menos de 2 años, ni aquellos que requieran cirugías prolongadas y/o complejas.
- Paciente agregado: Aquel paciente que no es programado en tabla quirúrgica, ni es condicional, y que dada su condición clínica requiere ser intervenido utilizando un quirófano de cirugía mayor siempre bajo la autorización de la jefatura de pabellón.
- Paciente condicional Intervenido: Aquel paciente incluido en tabla quirúrgica como condicional y que fue intervenido en un quirófano de cirugía mayor.
- Bloque quirúrgico: Corresponde a un módulo dinámico, en el que se asigna a una determinada especialidad, un periodo de tiempo del uso del quirófano de cirugía mayor, según la demanda quirúrgica del establecimiento. La asignación a las distintas especialidades debe resultar de la evaluación mensual de indicadores de eficiencia en el uso de los quirófanos, el volumen de pacientes GES y la LE de pacientes no GES, entre otros. Su asignación es responsabilidad del encargado del subproceso de tabla quirúrgica.
- Paciente en espera quirúrgica: Es aquel paciente con indicación de cirugía, que se encuentra en una lista de espera no GES o con garantías de oportunidad vigente o exceptuado de orden quirúrgico.

5. MODELO DEL PROCESO QUIRÚRGICO PARA CIRUGÍAS MAYORES ELECTIVAS

El proceso quirúrgico comprende el conjunto de aquellas actividades asistenciales y no asistenciales centradas en el paciente con una indicación quirúrgica y que están destinadas a la resolución integral del problema de salud, garantizando la continuidad asistencial, calidad y seguridad clínica, confidencialidad, e información durante el mismo.

Respecto a lo anterior, el proceso quirúrgico puede ser diferenciado en aquellos procesos quirúrgicos de carácter de urgencia y de carácter electivo, siendo este último planificados y que se caracterizan por su no urgencia, lo que permite una preparación meticulosa tanto para el equipo clínico como para el paciente. Este tipo de cirugía ofrece un tiempo valioso para una evaluación preoperatoria completa, revisar y ajustar los medicamentos actuales del paciente si es necesario, y la obtención de un consentimiento informado.

Dentro de la globalidad del proceso quirúrgico electivo, los subprocesos que lo conforman son los siguientes:

- 1. Subproceso prequirúrgico:** Corresponde a la etapa que se inicia con la indicación de cirugía en la consulta de especialidad médica u odontológica y/o con la solicitud de estudio para la confirmación de la indicación quirúrgica, y finaliza con el paciente presentado a la reunión de tabla quirúrgica semanal o mensual. También, corresponde en esta etapa el ingreso a la Lista de Espera (LE), priorización de pacientes, la gestión durante la espera del paciente en estado programable y definir si la cirugía será realizada en forma ambulatoria o con el paciente hospitalizado.
- 2. Subproceso de tabla quirúrgica:** Se inicia con el listado de pacientes preparados y priorizados para ser intervenidos tanto de usuarios GES, no GES como también de pacientes hospitalizados, los que son presentados en reunión de tabla. Este termina con la publicación de la tabla quirúrgica definitiva.
- 3. Subproceso quirúrgico:** Se inicia en el momento en el que el paciente programado para cirugía electiva ingresa administrativamente a la unidad hospitalaria (o CDT o similar) donde se realizará el procedimiento electivo y termina en el momento en que el paciente egresa del Servicio de Pabellón con la indicación médica u odontológica de traslado al lugar donde se realizará el subproceso postoperatorio.
- 4. Subproceso postquirúrgico:** Comienza con la indicación médica u odontológica de traslado al destino postoperatorio y finaliza con el alta quirúrgica que deriva en la entrega del paciente en el destino final de recuperación (domicilio en el caso de la CMA o una cama de dotación).

6. SUBPROCESO PREQUIRÚRGICO

El subproceso prequirúrgico tiene como objetivo mejorar la eficiencia del proceso quirúrgico, garantizando una atención de mayor calidad y equidad, así como mejorar la oportunidad en la atención de los pacientes. Este proceso comienza cuando el cirujano especialista indica la necesidad de tratamiento quirúrgico, y finaliza cuando el paciente está programado para la cirugía. Para ser considerado programable para cirugía, el paciente debe haber completado los exámenes y evaluaciones preoperatorias, estar informado sobre los riesgos y beneficios de la cirugía, y haber firmado el consentimiento informado.

La determinación de la necesidad de tratamiento quirúrgico implica la coordinación de diferentes estudios preoperatorios según las necesidades de cada paciente. En función de los resultados obtenidos, se puede incorporar al paciente a los registros de lista de espera GES y no GES de intervención quirúrgica, en algunos casos se deberá presentar al paciente a un comité clínico de evaluación prequirúrgica para su revisión o solicitar estudios complementarios.

Dados los antecedentes expuestos, es posible subdividir el subproceso prequirúrgico en tres etapas principales: 1) indicación de cirugía e ingreso a la LE de Intervención Quirúrgica (IQ) y priorización del paciente; 2) contactabilidad y acompañamiento del paciente; y 3) preparación del paciente para la cirugía e incorporación a la tabla quirúrgica.

Con el fin de asegurar la continuidad de las etapas anteriores, se ha definido la necesidad de incorporar la Unidad del Paciente Prequirúrgico (UPPQ) en los establecimientos de la Red Asistencial. Esta unidad, compuesta por un grupo de profesionales, técnicos y administrativos, se encargará de la gestión del subproceso prequirúrgico y estará bajo la supervisión y dependencia de la Subdirección Médica del establecimiento.

El equipo está conformado al menos por un profesional y un técnico por cada 3 quirófanos, un administrativo por cada 6 quirófanos y 22 horas de médicos anestesiólogos asignadas a la unidad, permitiendo mejorar la eficiencia de la actividad asistencial. Entre los principales objetivos de esta unidad se encuentran todas aquellas acciones que involucren la gestión de un paciente previo a su intervención quirúrgica electiva, incluyendo la revisión previa de los requisitos preoperatorios de aquellas intervenciones diferidas.

Las acciones de la UPPQ estarán orientadas a aumentar la disponibilidad de camas quirúrgicas, disminuyendo los días prequirúrgicos, facilitar y agilizar el proceso de evaluaciones y reevaluaciones médicas, actualizar estudios cuando corresponda, apoyar en la disminución de los tiempos de espera de LE de Intervención Quirúrgica a través de la priorización de los casos, contribuir a disminuir el porcentaje de suspensiones de tabla electiva por causa paciente y propiciar la CMA en los casos que corresponda.

Las actividades realizadas por la UPPQ permitirán asegurar la continuidad de la atención de los usuarios en su transición desde el requerimiento de la intervención quirúrgica hasta su ingreso a la tabla quirúrgica e intervención. Dado que es una unidad estratégica para maximizar la productividad de los quirófanos y tiene influencia directa en la gestión de la tabla quirúrgica, la UPPQ estará bajo la dependencia directa de la Subdirección Médica del establecimiento. Para efectos de los procesos antes señalados, existirá un representante de la UPPQ en todas las reuniones de coordinación que involucren la gestión del paciente en el ámbito prequirúrgico. Las etapas y responsables se presentan en la siguiente tabla:

TABLA 1: ETAPAS Y RESPONSABLES DEL SUBPROCESO PREQUIRÚRGICO

Etapa	Responsable
Indicación de cirugía, ingreso a LE de Intervención Quirúrgica no GES y priorización.	Médico/odontólogo Tratante y la UPPQ
Contactabilidad y acompañamiento del paciente hasta que se encuentre en la tabla quirúrgica.	UPPQ
Preparación del paciente para la cirugía e Incorporación en la tabla quirúrgica.	UPPQ

6.1. Etapa 1: Indicación de cirugía, ingreso a LE de Intervención Quirúrgica (IQ) y priorización del paciente

Esta etapa tiene como objetivo que el paciente con indicación quirúrgica sea vinculado a la UPPQ y priorizado según su situación médica y social, utilizando el sistema de registro definido localmente. Se inicia en el proceso de atención de especialidad médica u odontológica donde se genera una indicación quirúrgica. En ocasiones se requerirá de estudios complementarios para confirmar la necesidad de ésta y en aquellos de mayor complejidad o cuando existan dudas en relación a la indicación quirúrgica por su riesgo/beneficio, se puede presentar el caso a un comité clínico de evaluación prequirúrgica.

La UPPQ coordinará la realización de estudios complementarios y la hora de su reevaluación médica u odontológica en aquellos pacientes que lo requieran, a fin de que dichos pacientes para completar su estudio no ingresen a otra LE. Así mismo llevará un registro de los pacientes que requieran ser presentados al comité de evaluación prequirúrgica.

El comité de evaluación prequirúrgica estará liderado por el subdirector médico del Hospital o quien éste determine y estará compuesto por el jefe de la especialidad o subespecialidad respectiva, jefe de anestesiología, jefe de pabellón, y la UPPQ que coordinará esta instancia y llevará el acta.

Si como resultado de los exámenes complementarios y/o evaluaciones por comités se decide que el paciente no requiere la intervención quirúrgica, la UPPQ se asegurará de coordinar la contrarreferencia.

Una vez que el cirujano define y concuerda con el paciente la realización de la cirugía, generará la orden de cirugía y ambos firmarán el consentimiento informado (el cual debe ser renovado si cambian las condiciones del paciente o de la intervención a la que se someterá). Posteriormente el paciente debe ser ingresado a la LE, proceso que puede ser automático cuando el sistema informático del hospital lo permita o mediado por la UPPQ.

Todos los pacientes que cuentan con indicación quirúrgica y están ingresados a la LE GES o no GES, formarán parte del listado de pacientes que deben ser gestionados por la UPPQ. Para asegurar que todos estos pacientes se encuentren ingresados en la UPPQ, esta unidad deberá revisar periódicamente los listados SIGTE y SIGGES junto a sus respectivos referentes.

Los pacientes con solicitud quirúrgica (GES o no GES), deben acercarse a la UPPQ y entregar la indicación de cirugía y la documentación que el cirujano le entregó (orden de exámenes, etc.), siempre y cuando el sistema local no permita obtener dicha información en forma directa. En ese momento se realiza el ingreso a la UPPQ. Se puede aplicar inmediatamente la "Encuesta de Ingreso a la Unidad" (anexo N° 1) y cuando esto no sea posible, se reagenda la aplicación de la encuesta en forma presencial o telemática.

Los objetivos de esta entrevista son:

- Informar al paciente sobre el proceso prequirúrgico, los exámenes prequirúrgicos que deberá realizarse, los pases médicos cuando sean requeridos, así como los cuidados postoperatorios que requerirá según su cirugía.
- Definir el plan de acompañamiento que requiere el paciente e informar sobre vías de comunicación con la UPPQ.
- Completar la priorización quirúrgica con información adicional a la propuesta del cirujano.

La “Encuesta de Ingreso a la Unidad”, debe incluir las pautas de priorización clínica, pautas de CMA, pauta de riesgo quirúrgico y evaluación biopsicosocial. Es muy importante, que, para la realización de la entrevista, el profesional cuente con un espacio que asegure la privacidad necesaria para cumplir con la Ley de Deberes y Derechos del Paciente (N°20.584).

Algunos aspectos importantes de esta entrevista son:

- Los datos clínicos para estimar el riesgo relacionado con el paciente y el riesgo relacionado con el tipo de cirugía.
- Nivel de autoeficacia para planificar acompañamiento.
- Las necesidades especiales de los pacientes para la coordinación con trabajo social.
- La necesidad de terapia farmacológica y licencia médica durante la espera, para coordinación de horas de atención.
- Identificar los tratamientos no médicos u odontológicos indicados por el tratante (psicología, kinesiología, entre otras), para apoyar la coordinación de horas de atención.
- Evaluación de las redes de apoyo con las que cuenta el paciente para planificar su acompañamiento, hospitalización y alta.
- Evaluar posibilidad de CMA, a través de la aplicación de pauta de criterios de CMA (anexo N°2).

Finalmente, se solicitaría al paciente y/o familiar responsable, el compromiso de incorporarse al proceso asistencial con un rol activo y disponible para responder a los requerimientos del equipo clínico, e informar cualquier cambio o condición que pueda resultar de importancia para su tratamiento y pronóstico. Se entregará información sobre las etapas que conlleva el proceso de espera para la cirugía y se informarán los canales de comunicación establecidos para mantener una comunicación continua y bidireccional. Para asegurar la continuidad de la comunicación se pueden utilizar sistemas telefónicos, sistemas de mensajería, correo electrónico, aplicación móvil y/o plataforma digital, si estuvieran disponibles.

Se recomienda contar con un sistema de priorización de pacientes en LE que no sólo considere la antigüedad, sino que incluya criterios clínicos y biopsicosocial incorporados en la “Encuesta de Ingreso a la Unidad”. Algunos de los criterios más ocupados para dicha priorización son:

- Tiempos de espera máximos según información local.
- Condiciones clínicas (dolor, discapacidad, progresión de enfermedad, entre otros).
- Patología oncológica.
- Patología GES.
- Otros criterios definidos a nivel ministerial (SENAME, políticas de género, cuidador, etc.)

Se plantea que lo ideal sería contar con un sistema de priorización automatizado que incluyera todos los criterios relevantes y que fuera capaz de combinarlos de manera justa, generando un listado que pudiera ser manejado de manera jerárquica por las UPPQ.

6.2. Etapa 2: Contactabilidad y Acompañamiento del paciente

Durante esta etapa la UPPQ debe asegurar la continuidad de una comunicación fluida con el paciente y/o su familia disminuyendo así la incertidumbre sobre su situación durante la espera. Cuando sea pertinente, la UPPQ se debe apoyar para la comunicación y acompañamiento del paciente en conjunto con otras unidades de gestión de la demanda.

Para el acompañamiento del paciente se deberá generar un protocolo de acompañamiento local que considere la frecuencia y vía de comunicación que dependerá de los recursos con que se cuente y de las características de los pacientes y su territorio. Aquellos pacientes más vulnerables y con menor autoeficacia deben ser acompañados más cercanamente que aquellos con mayor capacidad de autogestión. La frecuencia de contacto desde el establecimiento al paciente nunca debe ser mayor a 6 meses, lo que asegura un eficiente seguimiento y vinculación. Es importante asegurar la existencia de registro del proceso de la contactabilidad y acompañamiento de todos los pacientes en espera. En anexo N°3 se presenta propuesta de Plan de acompañamiento.

Los principales objetivos del acompañamiento de los pacientes son:

- Actualizar datos de contacto.
- Solucionar interrogantes de los pacientes y sus familiares.
- Explicar la situación de la espera de su problema de salud y del tiempo estimado para la cirugía (según estimación a nivel local).
- Evaluar cambios en el problema de salud que lo mantiene en espera de intervención quirúrgica y la necesidad de reevaluación médica u odontológica.
- Evaluar otras comorbilidades y su estado de compensación.
- Reevaluar la posibilidad de ambulatorización de la cirugía.
- Cuando por cambio de la condición del paciente o por programación de cirugía luego de un largo periodo sin control médico, la UPPQ coordinará el control con el cirujano tratante (o equipo) para reevaluación, y repriorización si corresponde.

Cuando a través del contacto con el paciente se reconocen causales de egreso como realización de cirugía en el extrasistema o rechazo de la cirugía, la UPPQ podrá realizar el egreso administrativo en LE o coordinarlo con la unidad encargada. También deberá informar la solicitud de postergación de la cirugía del paciente, según normativa vigente.

Idealmente, el establecimiento y/o la Red Asistencial respectiva deberá disponer de un sistema de información, ya sea aplicación móvil y/o plataforma web, que permita a los pacientes y cuidadores si corresponde, acceder a la información de los tiempos de espera para la intervención quirúrgica indicada. Estos sistemas también deberán contemplar un visor general con los tiempos de espera de cada establecimiento, tanto GES como no GES. Esto está en línea con el Plan de Modernización del Estado y Gobierno Digital.

Este proceso asegura mantener un paciente contactado, informado y acompañado.

6.3. Etapa 3: Preparación del paciente para cirugía e Incorporación a Tabla quirúrgica

La preparación de los pacientes en espera quirúrgica se realizará según los criterios de priorización acordados localmente, ejemplo de estos son: tiempos de espera máximos, condiciones clínicas (dolor, discapacidad, progresión de enfermedad, entre otros), patología oncológica, patología GES u otros como personas bajo Programas de Protección del Estado, políticas de género, etc. y además del tipo de cirugía (CMA o CMH).

Para hacer más eficiente la preparación de pacientes se debe contar con un "Protocolo de Preparación Preoperatoria" elaborado y consensado con los equipos locales, incluyendo cirujanos tratantes, equipo prequirúrgico (UPPQ) y anestesistas, para asegurar la adherencia a los protocolos consensuados. El protocolo debe tener en cuenta las características de cada paciente, como su edad, índice de masa corporal, comorbilidades y resultados de exámenes previos, así como la necesidad de evaluación por especialistas y la suspensión de medicamentos, entre otros factores. En anexo N°4 se presenta propuesta de un "Protocolo de Preparación Preoperatoria".

La UPPQ gestionará las evaluaciones preoperatorias que requiera cada paciente, ya sea a través de cupos priorizados en laboratorios, exámenes de imagenología o evaluaciones por especialidades médicas, o mediante otros mecanismos disponibles en el establecimiento, mejorando la oportunidad para su realización. Es importante destacar que, aunque no está contemplado que la UPPQ realice los exámenes prequirúrgicos, puede haber situaciones particulares que justifiquen su realización.

Se sugiere que la UPPQ cuente con horas de anestesistas protegidas para evaluar los protocolos de preparación prequirúrgica y realizar evaluaciones preanestésicas ambulatorias cuando sea necesario.

La preparación prequirúrgica se iniciará de acuerdo a las condiciones de los pacientes, el protocolo de preparación preoperatoria y la evaluación del anestesista. Aquellas personas portadoras de comorbilidades y requieran compensación deberán ser derivados precozmente a su Red o a los especialistas que la UPPQ determine, lo mismo ocurrirá con aquellos que requieran evaluación por especialidad médica u odontológica. Los pacientes que solo requieren un estudio preoperatorio estándar, los exámenes preoperatorios les serán solicitado cuando se acerque el momento de su incorporación a la tabla quirúrgica semanal/mensual.

En aquellos casos que requieren reevaluación según los resultados de los exámenes preoperatorios, la UPPQ deberá derivar al equipo tratante a través de cupos prioritarios de consulta.

Una vez preparados los pacientes para CMA o CMH, es responsabilidad de esta unidad, presentarlos en la reunión de programación de tabla quirúrgica semanal/mensual donde se programarán los pacientes que serán intervenidos semanalmente. Posteriormente la UPPQ se contactará con los pacientes en tabla y les informará que están propuestos para cirugía, evaluando su disponibilidad y entregando las indicaciones prequirúrgicas (Anexo N° 5). Se informará al jefe de pabellón (o quien este a cargo del subproceso de tabla) de los pacientes que no estén disponibles para cirugía y se propondrán los reemplazos de cupos en tabla.

Adicionalmente, la UPPQ participará en las reuniones de tabla diaria donde se confirmarán los pacientes programados diariamente. Los pacientes confirmados se mantendrán en la tabla quirúrgica y la UPPQ los contactará y confirmará con a lo menos un día de anticipación para confirmar su cita para la fecha, hora y lugar determinados y recordará las indicaciones preoperatorias generales y específicas según la cirugía programada. Si el paciente no confirma la asistencia, la UPPQ coordinará en el menor tiempo posible con la jefatura de la especialidad el reemplazo y será comunicado al jefe de pabellón.

La UPPQ llevará registro de los pacientes propuestos en la tabla semanal que no se confirman en la tabla diaria, para ser priorizados y agendados lo antes posible. Lo mismo ocurrirá con pacientes suspendidos el día de la cirugía que deberán ser operados en el menor tiempo posible.

Mensualmente, la UPPQ participará en la reunión directiva de productividad quirúrgica y deberá presentar los indicadores de productividad quirúrgica del mes anterior según el protocolo de comité definido localmente. En anexo N°6 se presentan propuesta de indicadores de funcionamiento de la UPPQ y de Productividad Quirúrgica.

La UPPQ dará seguimiento a los pacientes hasta la realización de la cirugía y velar por su egreso de LE o cierre de garantía, según acuerdo local.

6.4. Tabla 2: Resumen Subproceso prequirúrgico

SUBPROCESO PREQUIRÚRGICO	
Responsable	Unidad de Paciente Prequirúrgico (UPPQ)
Objetivo	Mejorar la eficiencia del proceso quirúrgico, garantizando una atención de mayor calidad y equidad, así como una mayor oportunidad en la atención de los pacientes
Entradas	Indicación de cirugía mayor electiva y/o solicitud de estudio para la confirmación de la indicación quirúrgica.
Salidas	Paciente informado, preparado para la cirugía y propuesto a tabla quirúrgica
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Médico u odontólogo tratante ▸ Unidad de Paciente Prequirúrgico (UPPQ)
Etapa 1. Indicación de cirugía e ingreso a LE quirúrgica y priorización del paciente.	
Tarea	Descripción
Ingreso del paciente a la UPPQ	Inscripción del paciente en la UPPQ. Recepción de documentación de médico tratante. Recepción de ordenes de exámenes.
Entrevista de ingreso del paciente en UPPQ	1.- Aplicación de encuesta de Ingreso a la UPPQ
Registro de casos quirúrgicos en base de datos interna	1. Ingreso de pacientes quirúrgicos al registro local de la UPPQ 2. Velar por el ingreso a la lista de espera no GES o sistema GES cuando corresponda.
Presentación de usuarios a comité de evaluación pre quirúrgico	1. la UPPQ convoca al comité de evaluación prequirúrgico y confecciona listado de pacientes para evaluación en comité prequirúrgico 2. Cada médico tratante presenta paciente en el comité 3. la UPPQ genera de acta de reunión y resultado de revisión de casos.

Coordinación de exámenes complementarios y controles	<p>La UPPQ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación y agenda de exámenes con unidades de apoyo 2. Contacto y coordinación con usuarios para toma de exámenes 3. Solicitud de resultados y registro de resultados de exámenes 4. Cuando el examen solicitado no sea parte de la cartera del establecimiento deberá gestionar con la SDM su realización (coordinación con la Red o compra de servicios) 5. Solicitud de hora prioritaria y coordinación con paciente para reevaluación médica.
Priorización del paciente	La UPPQ aplicará pauta de priorización (cuando esté disponible)
Etapa 2. Contactabilidad y Acompañamiento del paciente	
Contactabilidad	<p>La UPPQ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recepción y respuesta de solicitudes y requerimientos de información de pacientes y/o cuidadores.
Acompañamiento	Aplicación del protocolo de acompañamiento: La UPPQ contactará a los pacientes, según protocolo de acompañamiento local definido para el paciente.
Gestión de la espera durante acompañamiento	<p>La UPPQ realizará:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Re priorización 2. Egreso paciente por causal administrativa 3. Indicar postergación por causa paciente
Etapa 3. Preparación del paciente para cirugía e Incorporación a Tabla Quirúrgica	
Coordinación de exámenes preoperatorios	<p>UPPQ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar hora para la toma de exámenes preoperatorios 2. Información a los pacientes/acompañante significativo. 3. Registro de los resultados 4. Cuando los exámenes están alterados se gestionará la evaluación por el médico tratante
Evaluación pre anestésica	<ol style="list-style-type: none"> 1. El médico anestesista debe revisar todas las pautas de evaluación preanestésica. 2. La UPPQ gestionará la hora para la evaluación preanestésica ambulatoria cuando se requiera, según protocolo. 3. El anestesista realizará las evaluaciones agendadas 4. La UPPQ coordinará exámenes y/o IC a especialidad solicitados por anestesista. 5. UPPQ coordina control con medico tratante a pacientes que se programan para cirugía, pero llevan largo tiempo sin control.
Presentación de pacientes a reunión de tabla semanal	<p>La UPPQ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consensua pacientes en estado programable para ser presentados en reunión de tabla con jefe de especialidad. 2. Presenta listado de pacientes preparados para cirugía para reunión de tabla semanal/mensual.
Entrega de información e indicaciones a pacientes incluidos en tabla semanal	<p>La UPPQ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informa al paciente que se encuentra en tabla semanal y que tiene alta probabilidad de ser operado en la fecha indicada. 2. Entrega las indicaciones prequirúrgicas.
Confirmación al paciente en tabla diaria definitiva	La UPPQ confirma al paciente fecha y hora de cirugía y refuerza indicaciones prequirúrgica

7. SUBPROCESO DE TABLA QUIRÚRGICA

El subproceso de tabla quirúrgica tiene como objetivo la planificación y definición de la agenda de pacientes que deben ser operados, ya sea mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía Mayor Hospitalizada (CMH), comenzando con el paciente en estado programable para cirugía y finalizando cuando está incluido y confirmado en la tabla quirúrgica diaria. Para lograr una correcta ocupación y rendimiento de los quirófanos, en este subproceso se deben considerar los conceptos de equidad, priorización y cumplir con la normativa existentes, con una mirada institucional y siempre velando por los requerimientos clínicos de todas las especialidades.

Para llevar a cabo este subproceso de manera efectiva, es esencial contar con una adecuada coordinación y planificación que considere la disponibilidad de quirófanos, los recursos necesarios y el tipo de intervención que se realizará a cada paciente. Asimismo, se deben tener en cuenta la variedad de intervenciones quirúrgicas y los tiempos de duración, la prioridad de los pacientes, la capacidad hospitalaria, la disponibilidad del personal de pabellón, los tiempos de recambio del quirófano, la posibilidad de ambulatorizar las cirugías, los horarios de los especialistas médicos y odontólogos y las características específicas de cada paciente.

Dada la importancia de una correcta programación de la tabla quirúrgica para optimizar el uso de los quirófanos, es fundamental establecer reuniones periódicas de agenda y construcción de la tabla. Es necesario que todas las unidades involucradas participen en la organización de estas reuniones, que deben llevarse a cabo como mínimo una vez a la semana y revisarse diariamente. Es obligatorio para hospitales de alta y mediana complejidad realizar reuniones de coordinación de tabla quirúrgica semanal y diaria, las cuales tienen objetivos complementarios.

La reunión de tabla quirúrgica semanal permite una programación anticipada de los pacientes, la revisión de casos y el monitoreo del uso de los quirófanos. Por otro lado, la tabla quirúrgica diaria permite revisar la agenda de los usuarios para el día siguiente, confirmar asistencia y realizar las modificaciones necesarias.

Ambas tablas son fundamentales para una correcta gestión de los recursos hospitalarios y deben ser lideradas por el jefe de pabellón con un equipo interdisciplinario que garantice una asignación adecuada de los recursos, la optimización de los tiempos de espera y una atención oportuna y eficaz de los pacientes.

Finalmente, es relevante considerar que el éxito de una adecuada organización de la tabla quirúrgica depende de la evaluación mensual que debe realizar el jefe de pabellón a través de los distintos indicadores de eficiencia quirúrgica, los cuales permiten determinar la confección de bloques quirúrgicos para cada especialidad. Esta reunión de carácter directivo (reunión directiva de productividad quirúrgica) será abordada en el último capítulo del presente documento.

7.1. Reunión de tabla semanal

La reunión de programación de tabla quirúrgica semanal (o con anticipación mensual cuando el nivel local lo determine) será liderada por el jefe de pabellón, y en ella deben participar todos los involucrados en el proceso quirúrgico, para garantizar la correcta planificación y coordinación de los recursos requeridos, incluyendo los jefes de especialidad o equipo quirúrgico, favoreciendo la eficiente ocupación y rendimiento de los pabellones. Con el objetivo de realizar una de tabla semanal más eficiente, es necesario que cada especialidad trabaje coordinadamente con la UPPQ en la definición de las prioridades quirúrgicas.

La unidad UPPQ propondrá los pacientes priorizados y preparados para ser incorporados en la tabla quirúrgica semanal. En el listado propuesto se consideran pacientes para CMH y para CMA, de los casos en LE no GES, GES, así como de pacientes hospitalizados. Es importante considerar que, para todos los casos que requieren una intervención quirúrgica de carácter agudo y que requieran ser ingresados en tabla semanal, la UPPQ debe realizar una revisión de los requisitos preoperatorios para asegurar el uso de quirófanos, pero cuya preparación preoperatoria dependerá de la unidad de hospitalización o de atención ambulatoria correspondiente.

En la tabla quirúrgica semanal se deben incorporar pacientes para completar las 8 horas hábiles de cada quirófano. Con el fin de hacer más eficiente la ocupación de los quirófanos se puede, programar después de estas 8 horas pacientes en estado condicional, los cuales quedan en condición de suplencia frente a una probable suspensión de paciente o a la disponibilidad de quirófanos. No se debe contar con más de un 10% pacientes condicionales de la programación del establecimiento, ni tampoco incluir pacientes que se vean afectados por el ayuno (diabetes), preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (persona mayor, ruralidad, dependiente de cuidados), menos de 2 años, ni aquellos que requieran cirugías prolongadas y/o complejas. Los pacientes que han sido propuesto como condicional y no fueron operados, deben ser programados y priorizados en la tabla de la semana siguiente.

La reunión semanal se debe realizar idealmente los días jueves, lo que permite confirmar a los pacientes y realizar las gestiones necesarias para la actividad de los quirófanos del día lunes siguiente.

Se sugiere como mínimo realizar las siguientes acciones durante dicha reunión:

1. Analizar la tabla semanal o mensual anterior, así como los indicadores de eficiencia, tales como: porcentaje de suspensiones y sus causas, porcentaje de ocupación de quirófanos según especialidad, rendimiento, entre otros. Identificar los problemas y nodos críticos, sus causas y las mejoras que se deben poner en práctica para su resolución.
2. Revisar el uso bloques de pabellón por servicio clínico/especialidad médica en base a la demanda y comportamiento (ocupación, suspensiones).
3. Informar y evaluar todos los requerimientos especiales para las cirugías programadas, ya sean insumos, equipamiento, procedimientos, tipos de cama de salida, de manera de realizar las coordinaciones necesarias.
4. Distribuir los pacientes en la tabla de acuerdo a los recursos disponibles (equipos de Pabellón, cajas quirúrgicas, insumos, recursos humanos) y características biomédicas de los pacientes (ej: poner a 1ª hora alergias al látex, niños, diabéticos o susceptibles a hipertermia maligna).
5. Priorizar pacientes que fueron suspendidos en la semana anterior.
6. Evaluar la ocurrencia de incidentes críticos.
7. Considerar la inclusión de pacientes condicionales (con un máximo de 10% de la tabla completa).

La tabla quirúrgica semanal debe consignar la información necesaria de al menos:

1. Nombre completo
2. Edad
3. Rut

4. Diagnóstico
5. Alergias
6. Lateralidad (si corresponde)
7. Nombre de la cirugía o procedimiento que se va a realizar
8. Si requiere cama de salida, sangre, rayos
9. Requerimientos especiales de insumos u otros
10. Requerimientos especiales de equipamiento
11. Característica del paciente en base a si es GES o no GES y si se encuentra en LE

Los participantes de reunión semanal de tabla:

1. Jefatura médica de pabellón.
2. Enfermera/matrona supervisora de pabellón.
3. Jefatura de anestesia.
4. Jefaturas de especialidades quirúrgicas.
5. Referente de la unidad prequirúrgica.
6. Referentes de gestión de pacientes/gestión de camas.
7. Sin perjuicio de lo anterior se pueden incorporar a esta reunión quienes, según pertinencia local, se estime conveniente.

Después de la reunión semanal de programación de tabla quirúrgica, la UPPQ se encargará de preconfirmar la tabla electiva para la semana siguiente y proporcionar las indicaciones preoperatorias a los pacientes correspondientes. Es importante que la tabla quirúrgica se distribuya a las jefaturas involucradas.

7.2. Tabla 3: Resumen Subproceso Tabla Quirúrgica, Confirmación de tabla semanal

SUBPROCESO TABLA QUIRÚRGICA SEMANAL O MENSUAL		
Responsable	Jefe de Pabellón	
Objetivo	Planificar y definir la agenda de pacientes que deben ser operados ya sea mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía Mayor Hospitalizados (CMH), así como es contar con los requerimientos clínicos y administrativos para lograr la efectiva IQ	
Entradas	Listado de pacientes preparados por la UPPQ para ser operados (GES, No GES, GES exceptuados, hospitalizados)	
Salidas	Tabla quirúrgica semanal validada por jefe de pabellón	
Participantes¹	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Jefatura de Pabellón ▸ Jefatura de pabellón de gestión de los cuidados (supervisor de pabellón) ▸ Jefatura de Anestesia ▸ Jefaturas de especialidades quirúrgicas ▸ Referente de la UPPQ ▸ Referente de Gestión de camas 	
Tabla semanal/mensual		
	Tarea	Descripción
Actividades	Revisión del cumplimiento de la programación de tabla semanal/mensual anterior	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión del cumplimiento de la tabla anterior 2. Propuesta de mejoras.
	Presentación de pacientes para tabla semanal/mensual	UPPQ presenta listado de pacientes preparados para cirugía
	Aprobación de Tabla quirúrgica semanal/mensual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de tabla semanal/mensual 2. Difusión de tabla semanal/mensual a jefaturas.
	Contactabilidad y cita de pacientes para tabla programada semanal	UPPQ debe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a los pacientes que se encuentran en tabla semanal/mensual 2. entregar las indicaciones prequirúrgicas a paciente programados 3. Coordinar ingreso de pacientes con necesidades especiales (ejemplo traslado desde su domicilio).

7.3. Reunión de tabla diaria

La reunión diaria de tabla tiene como objetivo garantizar la correcta ejecución de la programación quirúrgica, asegurando la disponibilidad de los recursos hospitalarios necesarios para la realización de las intervenciones quirúrgicas programadas.

En muchas ocasiones la tabla semanal propuesta debe adecuarse dado la situación de los pacientes que estaban programados, nuevas necesidades que surgen durante la semana y condiciones de

¹ Sin perjuicio de lo anterior se pueden incorporar a esta reunión quienes, según pertinencia local, se estime conveniente.

recursos humanos y físicos. Así durante la reunión de tabla diaria se revisan la programación quirúrgica previamente establecidas en la tabla programada semanal y se realizan las modificaciones necesarias. Estas modificaciones pueden incluir:

1. La inclusión de nuevos pacientes
2. La reprogramación de cirugías previamente programadas
3. La cancelación de cirugías que ya no son necesarias

Se identifican aquellos pacientes que han sido programados como condicionales y suspendidos para ser incorporados en la tabla diaria. Se debe corroborar la disponibilidad de la cama de salida según necesidad de cada paciente, así como los equipamientos e insumos necesarios para el día siguiente. Se debe considerar también la disponibilidad de personal para poner en trabajo el quirófano.

Es necesario coordinarse con todas las unidades involucradas en el proceso quirúrgico y realizar la reunión con suficiente anticipación (24 a 48 horas), de manera que se permita la identificación temprana de cualquier problema que pueda impactar en el proceso.

Durante la reunión, se deben realizar las siguientes actividades:

1. Análisis de la ejecución de la tabla quirúrgica del día hábil previo, identificando las suspensiones y sus causas (brechas de RRHH, insumos, equipos y equipamiento)
2. Revisión de la tabla semanal programada
3. Realización de las modificaciones necesarias a la tabla programada semanal
4. Incorporación de pacientes según la urgencia, cambio en condición biomédica o condición de suspendido (pacientes hospitalizados prioritarios, pacientes suspendidos en días anteriores, etc.).
5. Revisión de los casos condicionales propuestos en la tabla semanal.
6. Revisión de la disponibilidad de equipamiento e insumos necesarios.
7. Evaluar los requerimientos especiales de cirugías programadas, como camas, insumos, equipos y procedimientos intraoperatorios, para realizar las coordinaciones necesarias.
8. Confirmación de la tabla diaria electiva definitiva.

La tabla quirúrgica diaria debe consignar la información necesaria de al menos: nombre completo, rut, diagnóstico, nombre de la cirugía o procedimiento que se va a realizar, tipo de cama de salida, requerimiento de sangre, requerimiento de rayos, requerimientos especiales de insumos, requerimientos especiales de equipamiento, GES o no GES y si se encuentra en LE.

Los participantes de reunión de tabla diaria deben considerar a lo menos:

1. Jefatura de pabellón
2. Enfermera/matrona supervisora de pabellón
3. Jefatura de anestesia.
4. Jefaturas de especialidades quirúrgicas.
5. Referente de la unidad prequirúrgica.
6. Referentes de gestión de pacientes/ gestión de camas.

Posterior a la reunión, la UPPQ debe contactar a los pacientes para confirmar que están en la tabla diaria, reiterando la fecha, hora y lugar de atención, además de reforzar las indicaciones preoperatorias. Por otra parte, la jefatura de pabellón debe difundir la tabla quirúrgica definitiva a todas las áreas que tengan alguna participación en la gestión la intervención quirúrgica, entre las cuales se encuentran: SDM, equipos quirúrgicos, pabellón (anestesiólogos, enfermeras, matronas), admisión, UPPQ, gestión cama, servicios de clínicos (UPC y hospitalización) y unidades de apoyo (esterilización, farmacia, Imagenología, equipamiento, abastecimiento, anatomía patológica y laboratorio)

7.4. Tabla 4: Resumen Subproceso Tabla Quirúrgica, Confirmación tabla quirúrgica diaria

CONFIRMACIÓN TABLA QUIRÚRGICA DIARIA											
Responsable	Jefe de Pabellón										
Objetivo	Garantizar la correcta ejecución de la programación quirúrgica y asegurar la disponibilidad de los recursos hospitalarios necesarios para la realización de las intervenciones quirúrgicas de los pacientes programados										
Entradas	Tabla quirúrgica semanal o mensual										
Salidas	Tabla diaria electiva definitiva confirmada										
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Jefaturas de pabellón ▸ Jefatura de pabellón de gestión de los cuidados (enfermera supervisora de pabellón) ▸ Jefatura anestésista ▸ Jefaturas de especialidades quirúrgicas ▸ Referente de la unidad prequirúrgica ▸ Referente de Gestión de camas. 										
Reunión de tabla quirúrgica diaria											
Actividades	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarea</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Revisión de la tabla semanal programada</td> <td>Se deben revisar todos los casos que están programados para la tabla quirúrgica diaria. La información debe considerar:</td> </tr> <tr> <td>Analizar la ejecución de la tabla quirúrgica del día hábil previo</td> <td>Se identifican las suspensiones y sus causas (brechas de RRHH, insumos, equipos y equipamiento) y establecer un plan de mejoras si estas circunstancias persisten.</td> </tr> <tr> <td>Modificaciones de tabla programada semanal</td> <td>Esta tarea se lleva a cabo para asegurar que la programación de cirugías se ajuste a las necesidades de los pacientes, así como a la disponibilidad de recursos y equipamiento. Las modificaciones consisten en la inclusión de nuevos pacientes, la reprogramación de cirugías previamente suspendidas la cancelación de cirugías que ya no son necesarias, y la identificación aquellos pacientes que han sido programados como condicionales anteriormente y, en caso de ser necesario, priorizar su atención en la tabla quirúrgica diaria.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Se realiza para identificar aquellos pacientes que han sido programados como condicionales y, en caso de ser necesario, priorizar su atención en la tabla quirúrgica diaria.</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea	Descripción	Revisión de la tabla semanal programada	Se deben revisar todos los casos que están programados para la tabla quirúrgica diaria. La información debe considerar:	Analizar la ejecución de la tabla quirúrgica del día hábil previo	Se identifican las suspensiones y sus causas (brechas de RRHH, insumos, equipos y equipamiento) y establecer un plan de mejoras si estas circunstancias persisten.	Modificaciones de tabla programada semanal	Esta tarea se lleva a cabo para asegurar que la programación de cirugías se ajuste a las necesidades de los pacientes, así como a la disponibilidad de recursos y equipamiento. Las modificaciones consisten en la inclusión de nuevos pacientes, la reprogramación de cirugías previamente suspendidas la cancelación de cirugías que ya no son necesarias, y la identificación aquellos pacientes que han sido programados como condicionales anteriormente y, en caso de ser necesario, priorizar su atención en la tabla quirúrgica diaria.		Se realiza para identificar aquellos pacientes que han sido programados como condicionales y, en caso de ser necesario, priorizar su atención en la tabla quirúrgica diaria.
	Tarea	Descripción									
	Revisión de la tabla semanal programada	Se deben revisar todos los casos que están programados para la tabla quirúrgica diaria. La información debe considerar:									
	Analizar la ejecución de la tabla quirúrgica del día hábil previo	Se identifican las suspensiones y sus causas (brechas de RRHH, insumos, equipos y equipamiento) y establecer un plan de mejoras si estas circunstancias persisten.									
Modificaciones de tabla programada semanal	Esta tarea se lleva a cabo para asegurar que la programación de cirugías se ajuste a las necesidades de los pacientes, así como a la disponibilidad de recursos y equipamiento. Las modificaciones consisten en la inclusión de nuevos pacientes, la reprogramación de cirugías previamente suspendidas la cancelación de cirugías que ya no son necesarias, y la identificación aquellos pacientes que han sido programados como condicionales anteriormente y, en caso de ser necesario, priorizar su atención en la tabla quirúrgica diaria.										
	Se realiza para identificar aquellos pacientes que han sido programados como condicionales y, en caso de ser necesario, priorizar su atención en la tabla quirúrgica diaria.										

Actividades	Corroborar la disponibilidad de equipamiento, insumos y requerimientos especiales.	Tiene como objetivo asegurar que se cuenta con todo lo necesario para llevar a cabo las cirugías programadas. En esta tarea se revisa que se tengan los materiales, herramientas y equipos necesarios para la realización de las intervenciones quirúrgicas, así como la disponibilidad de medicamentos y materiales de curación necesarios para el postoperatorio de los pacientes. Se debe revisar también requerimientos especiales como cama de salida a UPC, procedimientos intraoperatorios o insumos especiales. La falta de alguno de estos elementos puede retrasar o cancelar la cirugía, afectando la atención y la recuperación del paciente.
	Confirmación tabla diaria electiva definitiva	Confirmación final de la programación quirúrgica del día, una vez que se han realizado todas las modificaciones necesarias y se ha asegurado la disponibilidad de los recursos necesarios.
	Difusión de tabla electiva	La tabla final debe ser difundida a todos los actores que participan en el subproceso quirúrgico

8. SUBPROCESO QUIRÚRGICO

EL subproceso quirúrgico inicia en el momento en que el paciente en estado programado ingresa administrativamente a la unidad Hospitalaria (o CDT o similar) donde se realizará la intervención quirúrgica y termina en el momento en que el paciente egresa de la Unidad de Pabellón a postoperado.

Este subproceso tiene cuatro fases, cuyas dos primeras se realizan paralelamente y corresponden a la "Preparación del Paciente" y la "Preparación de quirófano". Luego se realiza la "Intervención Quirúrgica" propiamente tal y finaliza con la etapa gestión del "Traslado de paciente a postoperatorio"

Las principales causas de ineficiencia en el Proceso Quirúrgico que pueden ser abordados en este subproceso dicen relación con el retraso del inicio de la primera cirugía, el aumento del tiempo entre cirugías y el término anticipado de la actividad quirúrgica.

El inicio temprano de la cirugía requiere que las etapas de Preparación del Paciente y la Preparación de quirófano sean planificadas y ejecutadas adecuadamente.

8.1. Preparación del Quirófano

La tarea de preparación del quirófano es el proceso de apoyo, correspondiente al conjunto de actividades cuyo objetivo es asegurar que se cuenta con todo lo necesario para llevar a cabo las cirugías programadas. Se debe chequear que el quirófano cumpla con infraestructura, equipamiento, insumos específicos y recurso humano asignado.

La enfermera supervisora debe coordinarse con las unidades de equipamiento médico, farmacia debe gestionar que la preparación del quirófano para la primera hora quede listo el día anterior y los paquetes preparados de insumos, fármacos e instrumental para las siguientes cirugías. La paquetización de fármacos, insumos e instrumental por tipo de cirugía es una estrategia que facilita la gestión y la disminución de tiempo entre cirugía.

Dependiendo del modelo de gestión de cada hospital debe contar con personal asignado a pabellón en el área de insumos, farmacia y esterilización.

Además, la enfermera supervisora debe gestionar con equipos médicos la mantención preventiva y las reparaciones de los equipos.

Por otra parte, la supervisora y la jefatura de pabellón deben apoyar al Servicio de Esterilización en la trazabilidad y reposición del material, así como solicitar la adquisición de nuevo instrumental.

En términos de recursos humanos es de suma importancia conocer la disponibilidad real tanto de técnicos, enfermeras como médicos a primera hora de la mañana, esto es antes de las 8:00 de mañana de realizar los reemplazos o redistribución del personal en los quirófanos.

8.2. Preparación del Paciente

Consiste en las actividades asociadas con objeto de preparar al paciente para la intervención quirúrgica y comienza una vez que el paciente realiza el ingreso administrativo al establecimiento:

1. El paciente se dirige a sala de espera de CMA o a la unidad de hospitalización donde se realiza: el ingreso de enfermería, se chequea identidad, alergias, disponibilidad de exámenes preoperatorios, pases operatorios si fueran necesarios y se aplican los protocolos de tromboprofilaxis.
2. Posteriormente se realiza el ingreso médico: se revisa el consentimiento informado, se procede a marcar la lateralidad. El anestesista realiza la entrevista preanestésica, revisa exámenes preoperatorios y pases de especialidad para dar la autorización de la cirugía.
3. La enfermera de pabellón confirma con gestión de camas la disponibilidad de cama de salida y se procede a llamado. En aquellos establecimientos que cuentan con Unidad Preanestésica, esta debiera funcionar desde 7:30 am y así agilizar el ingreso de primera hora y llamar con anterioridad a los pacientes de los siguientes bloques, antes del término de la cirugía anterior, de manera de optimizar el uso del quirófano apenas esté disponible. Cuando existan estas salas, se puede realizar ahí la Lista de chequeo para seguridad en la cirugía, chequeo de entrada (Ref: Norma sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía). Esta unidad debiera considerar un cupo por quirófano destinado a Cirugía Mayor Electiva y debiera considerar 1 enfermera o matrona, 1 TENS y 1 auxiliar de Servicio por cada seis Unidades cupos de preanestesia. referencia.
4. Es fundamental relevar que los pacientes agendados deben asistir con toda la preparación y documentación que ha gestionado la UPPQ para disminuir el retraso del paciente a pabellón y no realizar suspensiones por causa administrativa en esta etapa.

8.3. Intervención Quirúrgica

Esta etapa se inicia con la recepción del paciente en el quirófano, la pausa quirúrgica, la administración de anestesia y la realización de la intervención quirúrgica propiamente tal. Luego del acto quirúrgico se lleva a cabo la pausa de salida y se da por terminada la intervención. Se procede a indicar y gestionar el traslado del paciente a cargo del médico anestesista. Los actos principales pueden ser analizados en los siguientes puntos:

8.3.1. Evaluación inicial

El paciente puede llegar a una unidad preanestésica ad-hoc donde será evaluado por la enfermera donde se vuelven a revisar la identidad del paciente, los marcajes y los consentimientos. Luego, el anestesiólogo evalúa al paciente, da el pase definitivo y se pueden iniciar los procedimientos anestésicos.

8.3.2. Pausa quirúrgica

Una vez que se concreta la evaluación inicial, se efectúa la pausa quirúrgica a viva voz (Ref: Norma sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía) . Para esta pausa de seguridad deben estar en forma presencial el cirujano, anestesiólogo y el arsenalero además de la enfermera o matrona. Se debe realizar con el paciente despierto, considerando alergias, vía aérea difícil y lateralidad. Es deseable que estén presentes el ayudante de cirugía, el pabellonero y el técnico de anestesia.

8.3.3. Anestesia y posicionamiento del paciente

Luego de la aplicar la pausa quirúrgica, se inicia la anestesia, se instalan sondas, se posiciona al paciente, se procede al aseo de la zona operatoria e instalación de campos.

8.3.4. Intervención quirúrgica propiamente tal

Se inicia con la incisión en la piel o introducción de instrumental terapéutico. Durante el procedimiento el cirujano estará en constante comunicación con el anestesiólogo y el arsenalero. El pabellonero estará atento a cualquier requerimiento de insumos, equipamiento o infraestructura y se lo comunicará a la enfermera o matrona del quirófano.

8.3.5. Finalización de la cirugía

Antes de finalizar la cirugía se realiza a viva voz la chequeo de salida (conteo de insumos, gasas y compresas, identificación de muestras biológicas). La cirugía se da por concluida al poner el último punto o extraer el instrumental. Una vez que el anestesiólogo comprueba el bienestar del paciente da el alta del quirófano (en este momento, se puede retirar el cirujano).

Una vez que el paciente sale del quirófano, la enfermera clínica a cargo se asegura el registro de los insumos y fármacos utilizados en la cirugía, indica el inicio del aseo del quirófano y simultáneamente se asegura de que estén disponibles los insumos, el equipamiento y la cama de salida, procediendo a pedir, a la preanestesia, el siguiente paciente de la tabla. Cuando no hubiera unidad de preanestesia, se debe pedir con anterioridad al siguiente paciente.

8.4. Registros de tiempos quirúrgicos

Para contar con indicadores que permitan evaluar la eficiencia de los quirófanos se deben registrar como mínimo los siguientes tiempos:

1. Hora de ingreso de paciente al quirófano
2. Hora de inicio de la instalación de campos quirúrgicos
3. hora de retiro de la instalación de campos quirúrgicos
4. Hora de salida de paciente del quirófano

Estos tiempos deben medirse asegurando la veracidad y consistencia de la información, promoviendo que sea mínimamente operador dependiente. El tiempo de recambio no debe exceder los 20 min., en pacientes con aislamiento este tiempo es mayor por el tipo de aseo que se debe realizar en el quirófano. Para optimizar la ocupación del quirófano. Se recomienda considerar en el orden dentro del bloque quirúrgico situaciones como pacientes con alergia al látex que deben ir a primera hora y pacientes con aislamiento que deben ser programados en el último bloque.

Otro registro que debe llevar pabellón es el de suspensiones. Se propone que frente a cada paciente cuya cirugía sea suspendida se complete una ficha con los datos del paciente, tipo de cirugía y causa de suspensión, considerando no solo la clasificación REM de suspensiones, sino que se incorpore en texto libre la justificación de lo que llevo a la suspensión. Esta ficha deberá ser firmada por el anestesista del quirófano donde se suspende cirugía, el primer cirujano y la enfermera supervisora de pabellón. Esta ficha deberá ser llevada por el jefe de pabellón a reunión de tabla del día siguiente para su análisis. En anexo N°7 se propone modelo de ficha.

8.5. Personal, equipamiento e infraestructura

El personal mínimo para realizar una cirugía mayor es: cirujano, anestesiólogo, ayudante de cirugía (médico-cirujano), arsenalero, pabellonero y TENS de anestesia y una enfermera o matrona (mínimo 1 por cada 2 quirófanos). En algunas cirugías mayores muy específicas de las especialidades de oftalmología, otorrinolaringología y dental, así como algunos procedimientos endoscópicos de otras especialidades con un solo operador (ejemplo ERCP) pueden realizarse sin ayudante de cirugía. En general, se considera que todos los integrantes del equipo quirúrgico debieran tener un plan de capacitación continua.

La Unidad de Pabellones debe contar con una jefatura médica, enfermera/matrona supervisora y enfermera/matrona coordinadora encargada de la continuidad de la atención, IAAS y Calidad. Además, debe contar con un auxiliar de servicio por cada 2 quirófanos y 3 TENS diurnos para unidades de apoyo (farmacia, insumos, esterilización, biopsias y ropa, entre otros).

Las salas de preanestesia son necesarias para Cirugía Mayor Ambulatoria y son bastante útiles para los pacientes que vienen directo desde su casa. Sin embargo, su utilización debe considerar procedimientos preanestésicos avanzados (anestesia regional, Vías venosas centrales) en pacientes hospitalizados.

La información de equipamiento e infraestructura necesarios para realizar una intervención quirúrgica mayor, se encuenra disponible en las Guías de diseño para establecimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad publicadas en https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/?page_id=5487.

8.6. Tabla 5: Resumen Sub Proceso Quirúrgico

SUBPROCESO QUIRÚRGICO		
Responsable	Equipo Quirúrgico	
Objetivo	Realizar la intervención quirúrgica de manera segura y efectiva, minimizando los riesgos y optimizando los resultados para el paciente	
Entradas	Ingreso administrativo del paciente al centro hospitalario	
Salidas	Salida del paciente del quirófano	
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Equipo Quirúrgico ▸ Personal de Pabellón ▸ Personal de SOME, admisión, camilleros y salas de hospitalización 	
	Tarea	Descripción
Actividades	Admisión del paciente	Se ingreso administrativamente el paciente.
	Ingreso de enfermería	Ingreso clínico Revisa la documentación necesaria para intervención quirúrgica
	Ingreso médico	Se realiza el ingreso médico del paciente y revisión consentimiento.
	Evaluación preanestésica	1. Revisión de evaluación y exámenes del paciente 2. Evaluación de condición actual
	Preparación del quirófano	Gestión de insumos, equipamiento, infraestructura y recursos humanos.
	Registro clínicos y de Insumos	1. Registro en ficha clínica y formularios asociados de la prestación quirúrgica 2. Registro de tiempos quirúrgicos 3. Registro de insumos
	Traslado del Paciente al Quirófano	Tarea en la cual se realiza el traslado del paciente por parte de los auxiliares al quirófano previa solicitud por enfermera de pabellón.
	Ingreso del paciente a la unidad de pabellón	1. Recepción del paciente en el pabellón 2. Chequeo de entrada, de la lista de chequeo para la seguridad en cirugía
	Pausa quirúrgica	Aplicación de la pausa quirúrgica de la lista de chequeo para la seguridad en cirugía
	Aplicación de anestesia	Se aplica sedación o anestesia general o regional.
	Intervención Quirúrgica	Se realiza el acto quirúrgico propiamente
	Pausa de Salida	Recuento de compresas y gasas, instrumental y material cortopunzante.
	Término de la cirugía	cierre de la herida operatoria o extracción del último instrumento de la cavidad respectiva.
	Indicación y traslado	Traslado del paciente a postoperado
Registros de tiempos en pabellón	Se deben registrar en sistema ad hoc los tiempos indicados.	

9. SUBPROCESO POST QUIRÚRGICO

El proceso postquirúrgico es fundamental para garantizar una recuperación exitosa y segura del paciente después de la cirugía. Se trata de un subproceso clínico que incluye un conjunto de actividades específicas y adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

Durante el proceso postquirúrgico, se lleva a cabo la evaluación de la respuesta inmediata y mediata del paciente a la intervención quirúrgica. Se realizan controles y exámenes médicos para detectar y prevenir posibles complicaciones, y se administran los tratamientos necesarios para controlar el dolor, la inflamación y otros síntomas y signos asociados a la cirugía.

El objetivo final del proceso postquirúrgico es dar de alta al paciente una vez que ha recuperado las condiciones clínicas necesarias para continuar su recuperación fuera del hospital o en la unidad de la cama de salida requerida. El alta puede incluir su traslado a una unidad de hospitalización o, en el caso de cirugía mayor ambulatoria, egreso a su domicilio.

Es importante destacar que la recuperación después de una cirugía puede variar según las condiciones clínicas individuales de cada paciente y la complejidad de la intervención quirúrgica. Por lo tanto, el proceso postquirúrgico es un subproceso clave que debe ser gestionado de manera adecuada y personalizada para cada paciente.

9.1. Monitorización y atención durante la recuperación

Es importante destacar que el periodo de recuperación después de una intervención quirúrgica es un proceso activo que requiere un monitoreo continuo del paciente. Además de vigilar al paciente para detectar y tratar complicaciones, también es esencial estimular una recuperación precoz mediante la movilización y la alimentación, tan pronto como las condiciones fisiológicas lo permitan. En este sentido, la institución debe garantizar un régimen de alimentación adecuado para cada tipo de paciente e intervención.

Por otro lado, es importante señalar que no existen tiempos mínimos predeterminados para el alta de esta unidad por lo que se sugiere aplicar los distintos scores o escalas disponibles y validados por la evidencia científica (Anexo N°8).

La recuperación post operatoria implica:

1. Monitorización y manejo del dolor, náuseas y delirio
2. Detección precoz de complicaciones postoperatorias
3. Coordinación eficaz con Gestión del Cuidado y Equipo Quirúrgico
4. Reinicio precoz de ingesta oral
5. Propender reinicio de actividad física y retorno a las actividades normales
6. Evaluación objetiva y estandarizada de la recuperación del paciente
7. Reunión del paciente y núcleo familiar cercano o cuidadores

Es fundamental mantener un flujo adecuado del proceso quirúrgico para el cumplimiento de la tabla quirúrgica, por lo que es necesario contar con un número adecuado de unidades para recuperación de pacientes durante el proceso de recuperación anestésica, de manera que no se interrumpa el funcionamiento de la unidad.

En el ámbito de postquirúrgico, existen dos tipos de recuperación que dependen de la fase en que se encuentra el paciente:

9.1.1. Recuperación Fase I, inmediata

Esta fase está destinada a pacientes operados bajo anestesia general, anestesia neuroaxial, sedación, niños o cirugías prolongadas.

Para garantizar una recuperación adecuada, es necesario contar con el equipo y el mobiliario adecuados, así como con el recurso humano capacitado y suficiente. En cuanto al equipamiento y mobiliario, se requieren al menos dos cupos (camillas o camas de recuperación) por cada quirófano de cirugía mayor, monitorización no invasiva y un carro de paro.

En cuanto al recurso humano, se recomienda una enfermera o matrona por cada seis unidades de recuperación, un TENS por cada tres unidades de recuperación, un auxiliar de servicio por cada seis unidades de recuperación, un kinesiólogo y un anestesiólogo encargado de la unidad de recuperación.

9.1.2. Recuperación Fase II, tardía o pre-alta

Esta fase está destinada a la readaptación al medio para pacientes operados bajo anestesia neuroaxial o local y/o sedación

Al igual que en la fase anterior, es necesario contar con el equipo y el mobiliario adecuado, así como con el recurso humano suficiente. Para el equipamiento y mobiliario, se necesitan al menos 2 unidades (sillón clínico) de recuperación por cada cupo de recuperación inmediata.

En cuanto al recurso humano, se recomienda que exista una enfermera o matrona por cada seis unidades de recuperación, un TENS por cada seis unidades de recuperación y un auxiliar de servicio por cada seis unidades de recuperación. Además, se debe adecuar la infraestructura para el acompañamiento del paciente.

Adicionalmente, es importante contar con cupos o camas de tránsito para recuperación prolongada. Estos cupos deben considerarse en las unidades de pabellones que tienen quirófanos de cirugía mayor hospitalizados y quirófanos de cirugía mayor ambulatorios que funcionen hasta las 20 horas y el usuario deba completar su recuperación de CMA durante la noche. Dependiendo del modelo de gestión, sólo en hospitales de alta complejidad y con camas de recuperación que puedan funcionar en horario extendido. Si el hospital es adulto y pediátrico, estas unidades deben diferenciarse.

Por último, para el egreso de pacientes de Recuperación fase I (inmediata) o fase II (mediata o tardía) se sugiere aplicar al menos una de las siguientes escalas validadas por la evidencia científica: el Score de Recuperación White o el Score de Alta PADSS (Post Anesthetic Discharge Scoring) o Aldrete Modificado. Estas escalas permiten evaluar de forma objetiva el proceso de recuperación del paciente.

9.2. Tabla 6: Resumen sub proceso post quirúrgico

SUB-PROCESO POST QUIRÚRGICO		
Responsable	Anestesiólogo	
Objetivo	Garantizar una recuperación exitosa y segura del paciente después de la cirugía.	
Entradas	Paciente ingresado a la unidad de cuidados post anestésicos.	
Salidas	Paciente en condiciones de egreso de la unidad de cuidados post anestésicos.	
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Anestesiista ▸ Enfermera o Matrona ▸ TENS 	
	Tarea	Descripción
Actividades	Recepción del Paciente	Se realiza la recepción del paciente luego de la intervención quirúrgica.
	Evaluación de enfermería/matronería	Se realiza la evaluación post anestesia al paciente intervenido por parte de la enfermera o matrona donde se evalúan signos vitales, dolor, sangrado y recuperación de la anestesia.
	Evaluación por anestesiólogo	Se realiza una evaluación completa por parte de un anestesiólogo de la condición del paciente luego de ser intervenido quirúrgicamente.
	Indicaciones al equipo post quirúrgico	El anestesiólogo deja las indicaciones que se deben aplicar al paciente según su estado luego de la intervención. Cuales son las indicaciones? Son genéricas? Se podrán nombrar genéricamente?
	Revisión y ejecución de Indicaciones	Se revisan y ejecutan las indicaciones dejadas por el anestesiólogo para el paciente.
	Alta de Recuperación	Luego de la evaluación del paciente y la ejecución de las indicaciones, se procede a dar el alta de la unidad de recuperación.
	Coordinación de Traslado	Tarea en la cual se realiza la coordinación para el traslado del paciente a su cama de salida o domicilio según corresponda

9.3. Consideraciones especiales en el Sub-Proceso postquirúrgico inmediato en Gineco-Obstétrica

Si bien el proceso de recuperación postquirúrgica es transversal a diferentes especialidades, en el ámbito gineco-obstétrico existen algunos requerimientos de cuidados específicos, que son parte del abordaje integral que requiere este proceso. Si bien, las intervenciones asociadas en al ámbito gineco obstétrico serán abordadas en orientaciones específicas para dicho ámbito de especialidad, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones cuando corresponda.

En la recuperación gineco-obstétrica, no sólo se encuentra involucrada la persona intervenida, si no el trinomio madre/padre e hijo/a. Este proceso de recuperación inmediata, es crítico desde el ámbito físico, psicológico y emocional, pues las acciones a realizar están enfocadas en favorecer tempranamente el desarrollo vincular por medio del contacto piel a piel, el inicio precoz de la lactancia, así como también, detectar y manejar eficazmente las complicaciones y/o emergencias que pudiesen develarse en ese momento, como son: hemorragia postparto, síndrome hipertensivos del postparto

o manifestaciones de descarga séptica (principales causas directas de muerte materna) Así como también detectar y manejar precozmente los problemas adaptación extrauterina del Recién Nacido en el período de transición. Por otro lado, el manejo de este proceso debe resguardar enfoques integradores como lo son el enfoque de derecho, de género e interculturalidad, ya que se reconocen como habilitantes para dar una atención segura, de calidad y pertinente a modo de impactar favorablemente en la experiencia positiva del proceso reproductivo para todos los involucrados. Estos enfoques hoy, se encuentran además garantizados por leyes cuyo cumplimiento es mandatorio, dentro de este marco legal destacan: Ley Dominga, “acompañamiento en el proceso de duelo perinatal”, Ley Mila, Ley IVE, entre otros. Es por eso que se requiere tener un espacio diferenciado, así como también el personal adecuado y con las competencias técnicas a modo de cautelar todos los aspectos mencionados previamente, cuando el establecimiento tiene en su cartera de servicio parto.

10. CONSIDERACIONES PARA EL RECURSO HUMANO DEL PROCESO QUIRÚRGICO

El análisis de recursos humanos según estándares constituye un marco referencial para definir dotaciones, si bien es cierto, dan respuesta en un momento específico, corresponden a un instrumento sujeto a revisiones y/o actualizaciones permanentes, por parte de los equipos técnicos, en conformidad a nuevas exigencias y/o nuevos requerimientos.

En términos generales, considerando la normativa vigente, la referencia de estándar de recursos humanos para el funcionamiento del proceso quirúrgico hospitalario para cirugías mayores electivas, se expresa conforme a ley estatutaria, estamento y descripción genérica de cargos; identificando conforme a áreas y elementos trazadores una definición de estándar basal expresada en jornadas equivalentes a 22 y 44 horas semanales en la ley 19664 y 44 horas semanales en la ley 18834.

10.1. Tabla 7: Resumen Estándar basal de dotación de recursos humanos, DIGEDEP

Área	Ley Estatutaria	Estamento	Denominación Genérica de Cargo	Estándar de dotación de Recursos Humanos
Unidad Prequirúrgica	Ley 18834	Profesionales	Enfermera (o)	1 cada 3 quirófanos
		Técnicos	Técnico en Enfermería	1 cada 3 quirófanos
		Administrativos	Administrativos	1 cada 6 quirófanos
	Ley 19664	Médicos	Anestesióloga (o)	22 horas semanales
Gestión	Ley 19664	Médicos	Jefatura	22 horas semanales
	Ley 18834	Profesionales	Supervisora (or)	44 horas semanales
			Coordinadora (or) Continuidad de la atención, IAAS y Calidad	44 horas semanales
		Administrativos	Secretaria (o)	44 horas semanales
Preanestesia	Ley 18834	Profesionales	Enfermera (o) - Matrón (a)	1 cada 6 cupos de preanestesia
		Técnicos	Técnico en Enfermería	1 cada 6 cupos de preanestesia
		Auxiliares	Auxiliar de Servicios	1 cada 6 cupos de preanestesia

Quirófanos	Ley 19664	Médicos	Anestesióloga (o)	1 cada 1 quirófano
			Cirujana (o)	2 cada 1 quirófano
	Ley 18834	Profesionales	Enfermera (o) - Matrón (a)	1 cada 2 quirófanos
			Técnicos	Técnico en Enfermería - Arsenalera (o)
		Técnico en Enfermería - Pabellonera (o)		1 cada 1 quirófano
		Técnico en Enfermería - Anestesia		1 cada 1 quirófano
		Técnico en Enfermería - Áreas de apoyo (Farmacia - Insumos - Esterilización - Biopsias - Ropería)		3 para la Unidad
		Auxiliares	Auxiliar de Servicios	1 cada 2 quirófanos
	Administrativos	Administrativos	1 cada 6 quirófanos	
Recuperación	Ley 18834	Profesionales	Enfermera (o) - Matrón (a)	1 cada 6 Unidades de recuperación
		Técnicos	Técnico en Enfermería	1 cada 4 Unidades de recuperación
		Auxiliares	Auxiliar de Servicios	1 cada 12 Unidades de recuperación

11. REUNIÓN MENSUAL DE COMITÉ DIRECTIVO DE PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA

La reunión mensual del Comité directivo de productividad quirúrgica es de carácter estratégico y tiene como objetivo revisar y monitorear el estado de cumplimiento de los objetivos quirúrgicos definidos por la institución. En esta reunión, se deben evaluar todas las variables que subyacen para la correcta programación de bloques y tablas quirúrgicas, incluyendo recursos humanos, físicos e insumos, así como la medición del uso eficiente de los quirófanos (% de suspensión, horas en trabajo, entre otros).

En esta instancia, se deben revisar indicadores del proceso quirúrgico y de las diferentes especialidades, detectar las brechas, corregir problemas y plantear mejoras para aumentar la productividad. Es de la mayor importancia que este liderada por la más alta autoridad del establecimiento y concurren a esta todos los involucrados del proceso.

Durante esta reunión se deben presentar el set de indicadores de los subprocesos que incorpore al menos:

1. Actividad de la unidad prequirúrgica
2. Porcentaje de suspensión quirúrgica global y por causas,
3. Porcentaje de ocupación de pabellones (REM) total y por especialidad,
4. Nº de horas perdidas por retraso de la 1º cirugía y por término anticipado de la actividad quirúrgica.
5. Rendimiento de quirófanos en trabajo y dotación.

Cabe mencionar que la asignación de bloques quirúrgicos a las distintas especialidades es uno de los aspectos que debe ser evaluado mensualmente, considerando indicadores de eficiencia en el uso de los quirófanos, el volumen de casos en espera, tanto GES como no GES, entre otros. Esta asignación debe ser realizada por el SDM del establecimiento y el jefe de pabellón, y puede ser modificada si se considera necesario, frente al cumplimiento de metas sostenidas con los indicadores evaluados.

Es relevante que en esta reunión mensual participen:

1. Subdirector Médico del establecimiento quien lidera el comité directivo de productividad quirúrgica
2. Subdirector de Gestión de Cuidados
3. Subdirector administrativo
4. Jefe de Pabellón
5. Jefe o representante de anestesiología
6. Jefes de Servicios Clínicos
7. Encargado de Unidad Prequirúrgica
8. Encargado de Control de Gestión

12. ANEXOS

Anexo 1. "Encuesta de Ingreso a la Unidad"

INFORMACION DE CONTACTO

Nombre completo	<input type="text"/>	Rut	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>		
Comuna	<input type="text"/>	Región	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Nombre contacto 1	<input type="text"/>	Teléfono contacto 1	<input type="text"/>
Email contacto 1	<input type="text"/>		
Nombre contacto 2	<input type="text"/>	Teléfono contacto 2	<input type="text"/>
Email contacto 2	<input type="text"/>		

INFORMACIÓN GENERAL

¿trabaja usted en forma remunerada? si no

¿es usted el proveedor principal de su hogar? si no

¿se encuentra con licencia médica producto de problema de salud? si no

¿cuida niños o adultos mayores no autovalentes? si no

¿puede continuar realizando esta labor? si no

¿tiene quien lo apoye cuando este en recuperación? si no

HÁBITOS

¿consume usted alguna de las siguientes sustancias

<input type="checkbox"/> alcohol	frecuencia	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tabaco	frecuencia	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Marihuana	frecuencia	<input type="text"/>

ANTECEDENTES CLÍNICOS

¿La enfermedad por la que esta esperando le produce dolor? si no

¿el dolor desaparece con analgesicos vía oral? si no

¿el dolor lo ha llevado a consultar en servicios de urgencia? si no

¿presenta alguna alergia? si no

¿cuales?

Peso

Talla

IMC

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

¿se encuentra en tratamiento?

¿se encuentra en tratamiento?

HTA

DM

Su diabetes requiere insulina si no

Marihuana

Dislipidemia

Enfermedad renal crónica

Enfermedad hepática crónica

Enf. hematológica o coagulopatía

EPOC o enf. respiratoria crónica

Antecedente de IAM

¿tiene secuelas funcionales?

Antecedente de ACV

¿tiene secuelas funcionales?

Otras enfermedades



FARMACOS CONSUMIDO (nombre del fármaco y dosis)

--

REDES DE APOYO

¿usted vive solo? si no

Si usted vive solo, ¿cuenta con quien lo cuide en el periodo postquirúrgico? si no

¿Quiénes componen su red de apoyo?

--

Anexo 2. Criterios de Inclusión y exclusión de Pacientes CMA

Criterios de inclusión de Pacientes CMA

Los pacientes que cumplan con todos los criterios señalados a continuación serán candidatos a CMA.

Edad	Mínima: 1 año
	Edad Máxima: 75 años, excepto cirugía oftalmológica o superficie (sin límite de edad)
Clasificación ASA	ASA I y II
	ASA III que no tengan descompensación en los últimos 6 meses y que se someta a una cirugía oftalmológica o menor/superficial
Criterios Psicológicos	Capacidad de comprender y retener instrucciones
	Paciente colaborador y actitud positiva
Entorno Social	Seguridad en contar con acompañante adulto por las primeras 48 hrs postoperatorias
	Domicilio accesible en 30 minutos a algún hospital con servicio de urgencia
	Teléfono de contacto

Criterios de Exclusión de Pacientes CMA

Cualquiera de los siguientes criterios será causa de exclusión de una CMA.

ASA III, excepto cirugía oftalmológica y de superficie.
TACO, Excepto si cirujano solicita no suspenderlo (Ej: algunos oftalmólogos o cirugías menores/superficiales)
Enfermedad pulmonar severa con anestesia general
IMC > 35 con anestesia general
IMC > 40 con anestesia neuroaxial / regional / local
Abuso Alcohol y/o drogas
Antecedentes de complicaciones anestésicas graves
Paciente poco cooperador, ansioso, temeroso, negativo, mala experiencia o con pocas expectativas de la CMA
Mala red de apoyo (cuidador dudoso, sin acceso a algún servicio de urgencia, sin teléfono de contacto)

Anexo 3. “Seguimiento y acompañamiento del paciente en LEQ”

El objetivo de este protocolo es apoyar el trabajo de las UPPQ con recomendaciones para el seguimiento y acompañamiento de los pacientes que se encuentran en LE para resolución quirúrgica de su patología.

Uno de los factores que empeoran la condición de salud de los pacientes en espera es la falta de información y la incertidumbre frente a la solución de su problema de salud. Es por esto que se ha definido como una de las funciones principales de la UPQ el acompañar y mantener informados a los pacientes y sus familias durante la espera.

Dado el gran número de pacientes en espera y las necesidades diferentes de estos, se propone que se establezcan distintos tipos de acompañamiento considerando las características de la patología por la que se encuentra en lista de espera y las características del paciente y su entorno.

Las variables que se propone sean consideradas para definir el tipo de seguimiento son:

- Autoeficacia²
- Acceso a telefonía y/o internet
- Ruralidad
- Patología oncológica
- Problema de salud tiempo dependiente (riesgo vital)

TABLA 8: TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE Y SU PATOLOGÍA

Características del paciente	Acompañamiento estándar	Acompañamiento Intensivo	Acompañamiento especial (a través o con APS)	Acompañamiento especial intensivo (a través o con APS)
Autoeficacia menor a 30 puntos		X	X	X
Autoeficacia de 30 o más puntos	X			
Paciente sin acceso expedito a telefonía o internet			X	X
Paciente rural			X	X
Características de la patología				
Oncológica		X		X
Potencial riesgo vital (PS tiempo-dependiente)		X		X

² Según Escala de Autoeficacia General

Acompañamiento estándar

Contacto telefónico cada **seis meses** para evaluar cambios en la condición de salud, cumplimiento de indicaciones, aparición de nueva sintomatología que requiera evaluación, posibles consultas en urgencia por la patología que lo tiene en lista de espera, resolución de la patología en el extrasistema o en otro establecimiento de la Red.

Acompañamiento intensivo

Contacto telefónico cada **tres meses** para evaluar cambios en la condición de salud, cumplimiento de indicaciones, aparición de nueva sintomatología que requiera evaluación, posibles consultas en urgencia por la patología que lo tiene en lista de espera, resolución de la patología en el extrasistema o en otro establecimiento de la Red.

Acompañamiento especial

Contacto inicial telefónico o por correo electrónico con el centro de APS del paciente. En este contacto se informará a su centro de salud de APS la indicación quirúrgica del paciente, así como las necesidades de compensación de comorbilidades y el tiempo estimado para realizar cirugía. Cada 6 meses si no es posible contactar al paciente se contactará nuevamente al centro de salud de APS para solicitar información sobre cambios en la condición de salud, cumplimiento de indicaciones, aparición de nueva sintomatología que requiera evaluación, posibles consultas en urgencia por la patología que lo tiene en lista de espera, resolución de la patología en el extrasistema o en otro establecimiento de la Red.

Acompañamiento especial intensivo

Contacto inicial telefónico o por correo electrónico con el centro de salud de APS correspondiente al paciente. En este contacto se informará a APS la indicación quirúrgica del paciente, así como las necesidades de compensación de comorbilidades y el tiempo estimado para realizar cirugía. Cada 3 meses si no es posible contactar al paciente se contactará nuevamente a la APS para solicitar información sobre cambios en la condición de salud, cumplimiento de indicaciones, aparición de nueva sintomatología que requiera evaluación, posibles consultas en urgencia por la patología que lo tiene en lista de espera, resolución de la patología en el extrasistema o en otro establecimiento de la Red.

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (BÄBLER, SCHWARZER Y JERUSALEM, 1993)

		Nunca	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
		1	2	3	4
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer				
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

Anexo 4. Propuesta de Preparación Preoperatoria

El presente protocolo de estudio prequirúrgico se basa en la mejor y mas actualizada evidencia consolidada por miembros de la Sociedad de Anestesiología. Se propone su uso en las UPQ, pero se recomienda acordarlo con cirujanos y anestesistas del nivel local.

A partir de la “encuesta de ingreso a la UPPQ” y de la solicitud quirúrgica se podrá estimar el **riesgo relacionado con el paciente** (Tabla 1) y el **riesgo relacionado con el tipo de cirugía** (Tabla 2). La información resultante de ambas tablas permitirá determinar el tipo de estudio prequirúrgico que requerirá cada paciente (ver resumen de pertinencia de exámenes, tabla 3).

La UPQ podrá solicitar los exámenes preoperatorios según el protocolo acordado a nivel local. Cuando se obtengan resultados de exámenes alterados, así como a los pacientes ASA III y ASA IV, se les solicitará evaluación preoperatoria ambulatoria por anestesista antes de ser considerado como un paciente programable.

TABLA 2: INDICACIÓN ASA BASADA EN LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE Y SU CAPACIDAD PARA TOLERAR LA CIRUGÍA Y LA ANESTESIA.

	ASA I Sano	ASA II Enfermedad sistémica moderada y sin limitaciones funcionales	ASA III Enfermedad Sistémica Severa, leves limitaciones funcionales y sin amenaza a la vida	ASA IV Enfermedad Sistémica Severa, severas limitaciones funcionales y una constante amenaza a la vida
Ejemplos Adultos	<p>IMC <30</p> <p>No tabaco</p> <p>Mínimo OH</p> <p>Buena tolerancia al ejercicio</p>	<p>HTA bien controlada</p> <p>DM bien controlado</p> <p>IMC 30-40</p> <p>Bebedor social frecuente</p> <p>Tabaco frecuente</p> <p>Embarazo</p> <p>Enfermedad pulmonar moderada</p>	<p>HTA y DM mal controlada</p> <p>IMC > 40</p> <p>Enf Renal Crónica (diálisis regular)</p> <p>Enfermedad pulmonar crónica con exacerbaciones intermitentes</p> <p>Angina Estable</p> <p>Marcapaso Implantable</p> <p>Moderada disminución de la Fracción Eyección</p> <p>IAM > 3m</p> <p>ACV > 3m</p> <p>TIA > 3m</p> <p>Stent > 3m</p> <p>RNPT < 60 sem edad postconcepcional corregida</p> <p>Abuso/dependencia OH y Drogas</p> <p>Hepatitis activa</p>	<p>Angina inestable</p> <p>Enfermedad pulmonar crónica con pobre control</p> <p>Insuf Cardíaca Sintomática</p> <p>IAM < 3m</p> <p>ACV < 3m</p> <p>TIA < 3m</p> <p>Stent < 3m</p> <p>Disfunción valvular severa</p> <p>Enf Renal Crónica terminal sin diálisis regular</p> <p>Severa reducción de Fracción de Eyección cardíaca</p>

<p>Ejemplos Pediátricos</p>	<p>Sano IMC normal</p>	<p>Enfermedad cardíaca congénita asintomática. Arritmia bien controlada. Asma sin exacerbación. Epilepsia bien controlada DM NIR IMC anormal (percentil por edad) TEA con limitaciones moderadas Enfermedad oncológica en remisión AOS leve a moderada</p>	<p>Cardiopatía congénita estable no corregida. Asma con exacerbaciones. Epilepsia mal controlada DM insulino requiriente. Obesidad Mórbida Desnutrición AOS severa. Enfermedad oncológica activa. Falla renal Distrofia muscular. Fibrosis quística. Antecedente de trasplante de órgano. Malformación cerebral o médula espinal. Hidrocefalia sintomática. Infante prematuro EPC<60 sem TEA con limitaciones severas Enfermedad metabólica Via aérea difícil Nutrición parenteral de larga data RNT < 6 sem</p>	<p>Cardiopatía congénita sintomática Falla cardíaca congestiva Secuelas de prematurez Encefalopatía hipóxica isquémica aguda Shock Sepsis CID Desfibrilador automático implantable. dependencia del ventilador. Endocrinopatía. Trauma severo Distrés respiratorio severo Enfermedad oncológica avanzada</p>
<p>Ejemplos en obstetricia</p>	<p>-</p>	<p>Embarazo normal SHE bien controlado Preeclampsia controlada, sin signos de severidad. Diabetes gestacional controlada con dieta</p>	<p>Preeclampsia con signos de severidad DM con complicaciones o altos requerimientos de insulina Enfermedad trombofílica que requiere anticoagulación</p>	<p>Preeclampsia con signos de severidad complicada: HELLP u otro evento adverso Cardiomiopatía periparto con FE<40% Cardiopatía no corregida o descompensada, adquirida o congénita</p>

IMC: índice de masa corporal; DM Diabetes mellitus; NIR no insulino requiriente; TEA trastorno del espectro autista; AOS apnea obstructiva del sueño; EPC edad post- concepcional; RNT recién nacido de término; CID coagulación intravascular diseminada; SHE síndrome hipertensivo del embarazo; FE fracción de eyección.

El riesgo relacionado con la cirugía está determinado por el tipo y la duración de la cirugía, y la urgencia del procedimiento o intervención. La estimación del riesgo quirúrgico es una amplia aproximación del riesgo de muerte a 30 días de ocurrida la cirugía por causa cardiovascular, infarto al miocardio y ataque cerebrovascular, que sólo tiene en cuenta la intervención quirúrgica específica (sin considerar las comorbilidades del paciente).

TABLA 3: CLASIFICACIÓN DE RIESGO SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA³

Riesgo primeros 30 días postoperatorios de muerte de causa cardiovascular, IAM y ACV	Riesgo Quirúrgico Bajo <1%	Riesgo Quirúrgico Intermedio 1 - 5%	Riesgo Quirúrgico Alto > 5%
Ejemplos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mamas ▪ Dental ▪ Tiroidectomía ▪ Oftalmología ▪ Ginecológica menor ▪ Ortopédica menor (menisectomía) ▪ Reconstructiva ▪ Cirugía de superficie ▪ Dermatológicas ▪ Urológica menor (RTU) ▪ Cirugía torácica vídeo-asistida (metastasectomías - resecciones segmentarias) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carotídea asintomático (stent o endarterectomía) ▪ Carotídea sintomática (endarterectomía) ▪ Reparación de aneurisma aórtico endovascular ▪ Cirugía de cabeza y cuello ▪ Intraperitoneal ▪ Esplenectomía ▪ Hernia hiatal ▪ Colectomía ▪ Lobectomía o bilobectomía ▪ Neurológica u ortopédica mayor (cadera y columna) ▪ Angioplastia arterial periférica ▪ Trasplante renal ▪ Cirugía urológica o ginecológica mayor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resección adrenal ▪ Cirugía aórtica y vascular mayor ▪ Carotídea sintomática (stent carotídeo) ▪ Cirugía pancreática y duodenal) ▪ Resección hepática, cirugía de ductos biliares ▪ Esofagectomía ▪ Revascularización abierta de extremidad inferior isquémica o amputación ▪ Neumonectomía (vídeo asistida o abierta) ▪ Trasplante pulmonar o hepático ▪ Reparación de intestino perforado ▪ Cistectomía total

³ ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. Eur Heart J. 2022 Oct 14;43(39):3826-3924. doi: 10.1093/eurheartj/ehac270. PMID: 36017553.

TABLA 4: RESUMEN PERTINENCIA EXÁMENES DURANTE EL ESTUDIO PREOPERATORIO⁴⁻⁵⁻⁶

	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV
	Sano	Enfermedad sistémica moderada y sin limitaciones funcionales	Enfermedad sistémica severa, con leve limitación funcional y sin amenaza a la vida	Enfermedad sistémica severa, con severa limitación funcional y amenaza constante a la vida
Bajo	No de rutina	No de rutina	Función renal - ECG	
Intermedio	No de rutina	Función renal - ECG	Hemograma - P. Coagulación - Función renal - ECG	
Alto	Hemograma - Coagulación - Función renal - ECG			

Sin perjuicio de lo anterior, en la tabla 4 se presentan algunas condiciones adicionales para la evaluación prequirúrgica.

TABLA 5. CONSIDERACIONES GENERALES DE LA EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

Test	Recomendación
Exámenes preoperatorios de rutina	NO recomendado
Electrocardiograma	En cirugía de mediano y alto riesgo. <ul style="list-style-type: none"> ASA I > 65 años En pacientes > de 45 años con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida
Biomarcadores (troponina de alta sensibilidad y péptido natriurético)	Considerar en cirugía de mediano y alto riesgo. <ul style="list-style-type: none"> ASA I > 65 años En pacientes > de 45 años con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular
Radiografía de tórax	Enfermedad pulmonar reciente o enfermedad pulmonar crónica con cambios de sintomatología
Perfil Urinario (Orina Completa)	Síntomas urinarios / Cirugía urológica / Cirugía con implantes metálicos
Ecocardiograma	No recomendado en asintomáticos / Mala capacidad funcional (< 4 MTS) / Cardiopatía estructural
Test de esfuerzo y coronariografía	No se recomienda en asintomáticos
Función pulmonar	ASA III o IV (por motivo respiratorio) / Enfermedad Pulmonar sintomática
Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)	Diabéticos
Test Embarazo	Chequeo riesgo embarazo y con consentimiento paciente
Clasificación Grupo/Rh	Pacientes con riesgo de sangrado >500cc, anemia al ingreso.

⁴ Apfelbaum JL, Connis RT, Nickinovich DG, et al. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*. 2012;116:522-538.

⁵ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45>. BMJ 2016; 354 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i3292> (Published 14 July 2016)

⁶ National Institute for Health and Care Excellence. Routine Preoperative Tests for Elective Surgery: NICE Guideline [NG45]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016

Hematocrito: en pacientes con condiciones que aumentan la probabilidad de anemia: historia de sangrado, enfermedad inflamatoria crónica, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, signos clínicos o síntomas de anemia, u otros trastornos hematológicos, quimioterapia, radioterapia, extremos de edad o procedimientos en los que se prevé una pérdida significativa de sangre (>500 cc)

Función renal y electrolitos: antecedentes de enfermedad renal crónica, pacientes sometidos a cirugías intraperitoneales, antecedente de diabetes mellitus, arteriosclerosis, enfermedad hepática, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, mayores de 65 años y en pacientes en que se prevea el uso potencial de drogas nefrotóxicas en el perioperatorio.

Glicemia: sospecha clínica de alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Pacientes con mayor incidencia de infección de herida operatoria y complicaciones cardiovasculares en relación a la hiperglicemia, tales como: pacientes sometidos a cirugía vascular, cirugía ortopédica y cirugía de columna vertebral.

Recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina activada: en pacientes con comorbilidades asociadas a alteración de la hemostasia (enfermedad hepática, enfermedad renal), usuarios de anticoagulantes, alteraciones de la hematopoyesis y en aquellos cuyos antecedentes o hallazgos en la historia o examen físico sugieran un trastorno de la coagulación subyacente.

Electrocardiograma (ECG): en pacientes con enfermedad coronaria conocida, enfermedades pulmonares, arritmias, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades cardíacas estructurales, diabéticos insulino-requirientes, aquellos con enfermedad renal y en pacientes sometidos a cirugías de riesgo cardíaco elevado (>1%) o pacientes con factores de riesgo que serán sometidos a cirugías de bajo riesgo.

Ecocardiograma: pacientes con signos o síntomas de insuficiencia cardíaca, como soplo cardíaco y síntomas cardíacos como disnea, síncope, dolor torácico.

Radiografía de tórax: pacientes con signos o síntomas de condiciones cardiopulmonares nuevas o inestables.

Examen de orina: si se sospecha infección urinaria y si la realización de este examen puede cambiar alguna decisión de la cirugía. En pacientes que serán sometidos a procedimientos urológicos específicos, o a la instalación de prótesis con material foráneo (prótesis de articulaciones, válvulas cardíacas).

Suspensión de medicamentos previo a la cirugía

TABLA: DISCONTINUACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIPLAQUETARIOS ANTES DE LA CIRUGIA⁷

Antiagregante	Días de suspensión del medicamento antes de la cirugía
Aspirina	3 días (Alto riesgo de sangrado: 7 días)
Clopidogrel	5 días
Prasugrel	7 días
Ticagrelor	3-5 días
Acenocumarol	2-3 días (mediano y alto riesgo de sangrado)
Warfarina	5 días (mediano y alto riesgo de sangrado)
Dabigatrán	24 - 48 horas (bajo riesgo de sangrado) 48 - 96 horas (alto riesgo de sangrado)
Rivaroxabán y Apixaban	24 - 36 horas (bajo riesgo de sangrado) 48 horas (alto riesgo de sangrado)
Heparina de bajo peso molecular	24 horas

⁷ Nazar J. Claudio, Cárdenas C. Antonia, Coloma D. Roberto, Contreras C. José Ignacio, Molina Ian, Miranda H. Pablo et al . Manejo perioperatorio de pacientes con tratamiento anticoagulante crónico. Rev Chil Cir [Internet]. 2018 [citado 2023 Mayo 31]; 70(1): 84-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000100084&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2017.06.003>.

Anexo 5. Indicaciones preoperatorias pacientes pediátricos y adultos

5.1. Indicaciones Preoperatorias Pediátricas

Debe presentarse el día _____ a las _____ hrs, en _____

El día de su cirugía debe venir acompañado de un adulto responsable, quien debe de ser su representante legal, debe autorizar los procedimientos y ser capaz de informar al médico los antecedentes que se le soliciten y preguntarle sus dudas. El será el responsable de trasladarlo al ser dado de alta.

Ayuno: Para todas las edades en niños que no sean obesos, sin antecedentes de prematuridad con reflujo Gastroesofágico.

- Líquidos claros (agua, jugo sin pulpa, té. NO LECHE): 2 horas.
- Lactancia Materna: Exclusiva hasta 4 horas antes de la cirugía.
- Fórmulas lácteas: Formulas y/o de vaca 6 horas antes de la cirugía.
- Sólidos livianos: Té y dos galletas sin crema, 6 horas antes de la cirugía, no lácteos.

El incumplimiento de este ítem o la omisión de no haber cumplido las indicaciones puede llevar a consecuencias graves como por ejemplo vómitos con riesgo de ingresar al pulmón y/o la muerte.

El día de la cirugía debe venir:

- Bañado y lavado de pelo desde la mañana. En caso de pediculosis, debe ser tratado
- Uñas cortas
- Ropa cómoda y amplia
- Los lactantes deben traer pañales y ropa muda
- Sin objetos de valor

Debe tomar TODOS sus medicamentos el día de la cirugía con al menos una cucharada sopera de agua. Si habitualmente utiliza inhaladores, debe usarlos el día de la cirugía.

Existen algunos medicamentos que NO DEBE de tomar el día de la cirugía, estos son:

- Los usados en la Diabetes, como por ejemplo Metformina, Glibenclamida
- La Insulina, debe disminuir la última dosis a la mitad de la dosis habitual el día de la cirugía.
- Aspirina, se debe suspender según indicación médica y/o de Unidad Prequirúrgica.

Debe traer radiografías, exámenes de sangre, ecografías u otra información relevante a la cirugía. Si toma medicamentos, debe traerlos.

Dar aviso previo a la cirugía si presenta algún diente suelto o si es alérgico a algún medicamento o alimento.

Debe informar si el día de la cirugía está con fiebre, resfriado, diarrea, vómitos, infecciones, tratamiento antibiótico o lesiones cercanas al sitio de la cirugía. Si presenta alguno de estos problemas debe dar aviso al momento de citar telefónicamente.

En caso de no poder asistir el día de la cirugía (por enfermedad u otro motivo), por favor avise cuando lo confirmen para pabellón y así se podrá citar a otro paciente de la lista de espera

5.2. Indicaciones Preoperatorias Adultos

Debe presentarse el día _____ a las _____ hrs, en _____

Se recomienda venir con un acompañante y traer documento de identificación.

Ayuno: la última comida normal debe ser el día anterior a la cirugía hasta las 12 hrs. de la noche. El ayuno del día de la cirugía depend del tipo de comida y de la hora en que se programó la cirugía, como se explica:

- Líquidos claros: incluyen agua, té, café (**sin leche**), hasta 2 horas previo a la hora de la cirugía. La ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía mejora la hidratación del paciente, disminuye la sed y aumenta la sensación de bienestar del paciente.
- Comidas livianas (pan de marraqueta, galletas con mermelada) hasta 6 horas antes de la cirugía.
- Una comida liviana NO incluye derivados de la leche como queso, quesillo, yogurt, ni alimentos proteicos como carne o jamón, ni alimentos grasos como palta, frituras o huevo.

El incumplimiento de este ítem o la omisión de no haber cumplido las indicaciones puede llevar a consecuencias graves como por ejemplo vómitos con riesgo de ingresar al pulmón y/o la muerte.

- El día de la cirugía debe presentarse bañado, con ropa cómoda, sin maquillaje, sin crema, uñas cortas y sin esmalte.
- No traer dinero, objetos de valor, joyas ni reloj.
- Antes de ingresar a pabellón debe retirarse prótesis dental, lentes, audífonos los cuales quedarán a cargo de su acompañante o guardada junto a sus cosas.

Tome TODOS sus medicamentos el día de la cirugía con al menos 1 cucharada sopera de agua. Si habitualmente utiliza inhaladores, debe usarlos el día de la cirugía.

Existen algunos medicamentos que NO DEBE de tomar el día de la cirugía, estos son:

- Usados en la Diabetes, como por ejemplo Metformina, Glibenclamida. (Otros como Canagliflozina, Dapagliflozina y Empagliflozina deben suspenderse 3 días antes de la cirugía programada, y la Ertugliflozina debe suspenderse al menos 4 días antes).
- Insulina, debe disminuir la última dosis a la mitad de la dosis habitual el día de la cirugía.
- Anticoagulantes Orales, debe informar al equipo de salud para hacer la preparación necesaria que deberá programarse paciente a paciente, según tipo de cirugía.
- Aspirina, se debe suspender solo según indicación médica y/o de Unidad Prequirúrgica.

Debe traer radiografías, exámenes de sangre, electrocardiograma, ecografías u otra información relevante a la cirugía. Si toma medicamentos debe traerlos.

Dar aviso previo a la cirugía si es alérgico o si presenta algún diente suelto. En caso de sospecha de embarazo informar inmediatamente.

Debe informar si está con fiebre, resfrío, diarrea, vómitos, infecciones, tratamiento antibiótico o lesiones cercanas al sitio de la cirugía. Si presenta alguno de estos problemas debe dar aviso al momento de la confirmación telefónica previa a la cirugía.

En caso de no poder asistir el día de la cirugía (por enfermedad u otro motivo), por favor avise inmediatamente o cuando lo confirmen para pabellón y así se podrá citar a otro paciente de la lista de espera.

Anexo 6. “Propuesta de indicadores de funcionamiento de la UPPQ y de Productividad Quirúrgica”

- **Porcentaje de pacientes con plan de seguimiento y acompañamiento definido**
 (Nº de pacientes ingresados a la UPPQ con plan de seguimiento definido en el mes /Nº pacientes con indicación quirúrgica en el mismo mes) *100.
 Consideraciones:

 - Pacientes con plan de seguimiento= pacientes ingresados a UPPQ a los que se le ha aplicado la encuesta de ingreso y en base a ella se ha definido el tipo de acompañamiento que tendrá.
 - Paciente con indicación quirúrgica en el mes son aquellos que tienen una SIC para cirugía dentro de ese mes.
- **Índice de pacientes preparados en el periodo**
 (Nº de pacientes preparados para la cirugía (en estado programable) durante ese mes /Nº de quirófanos electivos en dotación) *100
- **Porcentaje de pacientes con evaluación para CMA**
 (Nº de pacientes en LE a los que se les aplico la encuesta de CMA en el mes/total de pacientes en LE en el mismo mes) *100.
- **Porcentaje de pacientes en estado programable**
 (Nº de pacientes en LE en estado programable en el mes/Nº total de pacientes en LE en el mismo mes) *100
- **Mediana de tiempo de espera entre el paciente en estado programable y cirugía realizada**
 Mediana de días de espera entre el momento que los pacientes pasan a estado programable y son operados
- **Porcentaje de paciente con plan de acompañamiento al día**
 (Nº de paciente de LE quirúrgica con plan de acompañamiento al día (contactos realizados) en el mes/Nº de paciente en LE quirúrgica en el mismo mes) *100
- **Número de días promedio de hospitalización prequirúrgica**
 (Nº de días cama de pacientes con ingreso programado para cirugía electiva que se encuentran en LE en un periodo/Nº de pacientes con ingreso programado para cirugía electiva hospitalizada que se encuentran en LE en el mismo periodo) *100
- **Garantías de Oportunidad GES retrasadas**
 (Garantías cumplidas + Garantías exceptuadas) del periodo a evaluar / ((Garantías cumplidas + Garantías exceptuadas + Garantías incumplidas atendidas + Garantías incumplidas no atendidas) del periodo a evaluar + Garantías retrasadas acumuladas)] x 100.
- **Hrs anestesiología protegidas para evaluación preoperatoria**
 (Número de Hrs anestesiología protegidas para eval. Preop /Nº de quirófanos de dotación)
- **Resultado de encuesta de satisfacción usuaria**
 (Nº de encuestas con mas de 22 puntos aplicadas en el periodo/total de encuestas aplicadas) *100

Propuesta de Encuesta de satisfacción para pacientes quirúrgicos					
		3	2	1	0
1	El médico que lo atendió ¿le explicó su cirugía, los riesgos y beneficios?	si, claramente	si, pero no claramente	si, pero vagamente	No
2	La información que recibió por parte del personal de la unidad prequirúrgica antes de la operación fue:	muy buena	buena	Mala	muy mala
3	El trato recibido por parte del personal que lo atendió en el hospital lo consideró:	muy buena	buena	Mala	muy mala
4	¿Cómo considera las instalaciones (quirófanos, habitaciones, etc.) del hospital donde fue intervenido?	muy buena	buena	Mala	muy mala
5	En general, ¿quedó satisfecho con su estancia en el hospital?	muy satisfecha/o	satisfecha/o	poco satisfecha/o	nada satisfecha/o
6	Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido el hospital donde se operó, lo calificaría como:	muy buena	buena	Mala	muy mala
7	Tras la intervención quirúrgica, el equipo de salud hizo todo lo posible para aliviar sus molestias	siempre	Casi siempre	A veces	nunca
8	La información que recibió al irse de alta la considera	muy buena	buena	Mala	muy mala

Anexo 7. Ficha de suspensión quirúrgica

Fecha	
Nombre paciente	
Cirugía principal	
Causa de suspensión	
Justificación de la suspensión	
Identificación de quirófano	
Nombre 1° cirujano	
Nombre enfermera	

Firma anestesista del quirófano _____

Firma 1° cirujano _____

Firma enfermera supervisora _____

Anexo 8. Escalas de recuperación post anestésica, Aldret modificada

Puntuación de Aldrete modificada para determinar egreso de la unidad de cuidado postoperatorio⁸

Calificación	Descripción
<i>Actividad: capaz de moverse voluntariamente o seguir órdenes</i>	
2	4 extremidades
1	2 extremidades
0	0 extremidades
<i>Respiración</i>	
2	Capaz de respirar profundamente y toser libremente
1	Disnea, respiración poco profunda o limitada
0	Apnea
<i>Circulación</i>	
2	Presión arterial \pm 20 mm del nivel prequirúrgico
1	Presión arterial \pm 20-50 mm del nivel prequirúrgico
0	Presión arterial \pm 50 mm del nivel prequirúrgico
<i>Nivel de consciencia</i>	
2	Completamente despierto
1	Alerta al llamado
0	No responde
<i>Saturación de oxígeno</i>	
2	Capaz de mantener la saturación de O ₂ > 92% al aire ambiente
1	Necesita inhalar O ₂ para mantener saturación de O ₂ > 90%
0	La saturación de O ₂ se mantiene menor a 90% a pesar de O ₂ suplementario

⁸ Aldrete JA. The post-anesthesia recovery score revisited. J Clin Anesth. 1995 Feb;7(1):89-91. doi: 10.1016/0952-8180(94)00001-k. PMID: 7772368.

Cristina Alexandra Benavides Caro, Franklyn Edwin Prieto Alvarado, Marcela Torres, Giancarlo Buitrago, Hernando Gaitán Duarte, Cecilia García, Luz María Gómez Buitrago. Revista Colombiana de Anestesiología. 2015 Ene-Mar;4(1):20-30. doi: 10.1016/j.rca.2014.10.008

