



MANUAL DE GESTIÓN POR PROCESOS

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

AUTORES:
FERNANDO DELGADO VELILLA
JOSE RAMON MORA MARTINEZ

**HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA. SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA**

Avenida 9 de julio, 2. 28981 Parla. Madrid

MANUAL DE GESTIÓN POR PROCESOS

© **Editores:** Fernando Delgado Velilla y José Ramón Mora Martínez.

© **Autores principales:** Fernando Delgado Velilla, José Ramón Mora Martínez, Jesús Cruz Gómez, Juan Manuel Cáceres Furuhejm, Javier Rodríguez Guerrero, Israel Pérez Muñoz, Juan Antonio García García

Madrid, Agosto de 2014

ISBN: 978-84-697-0945-0

Reservado todos los derechos de autor¹

ENTIDADES COLABORADORAS



¹ Salvo prescripción diferente, no podrá reproducirse ni utilizarse ninguna parte de esta publicación bajo ninguna forma y por ningún procedimiento, electrónico o mecánico, fotocopias y microfilms inclusive, sin el acuerdo escrito del SCOT del hospital Infanta Cristina.



PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR GERENTE

Las organizaciones sanitarias deben hacer un esfuerzo por conocer cómo realizan el conjunto de tareas que hacen posibles los diferentes procesos que se desarrolla dentro del marco de la atención sanitaria. Esta forma de pensar tiene un resultado evidente en la calidad, seguridad y eficiencia de la asistencia que se presta a las personas que acuden a los centros sanitarios.

La gestión por procesos es una oportunidad de salto competitivo para cualquier tamaño y tipo de servicio sanitario. En particular para aquellas en las cuales existen procesos muy reiterativos y con riesgos de presentar una alta variabilidad. En todos los casos, esta Libro confió que será una pieza de referencia.

Esta publicación, además, refleja un doble compromiso por parte de la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina, en primer lugar con la mejora continua y por otro, el compromiso de una vocación de poder compartir con otros servicios y unidades de traumatología, así como unidades quirúrgicas en general, su experiencia en la gestión por procesos. Es por ello, que estoy convencido que estos dos aspectos van a redundar en una mejor atención sanitaria.

Finalmente quisiera mostrar mi agradecimiento por la labor de asesoramiento a José Ramón Mora Martínez para poder plasmar el día a día del servicio de traumatología del hospital y también al conjunto de profesionales que junto a Fernando Delgado Velilla como jefe de servicio de la unidad, han realizado el esfuerzo que se refleja en este libro.

Dr. Carlos Mingo Rodríguez

Agosto de 2014

PRESENTACIÓN DE LOSEEDITORES

Trabajar mediante un modelo de **Gestión Clínica por Procesos** constituye actualmente la tendencia más innovadora en la gestión del conocimiento y la innovación dentro de las organizaciones sanitarias que están enfocadas a la línea de la nueva gestión clínica. Hemos considerado la gestión clínica por procesos el instrumento clave del cambio.

El proyecto de mejora de la calidad del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCOT) se inicia en 2009, desde ese momento hemos llevado a cabo un trabajo de autoevaluación bianual de la calidad total siguiendo como proceso clave la **Norma Internacional UNE EN ISO 9004/ 2008**. En este momento disponemos de un servicio altamente estabilizado, donde prácticamente están documentados todos los procesos funcionales que conforma el sistema de gestión clínica. Sin embargo, consideramos que tenemos que seguir avanzando y comenzar en la siguiente etapa con la estabilización de aquellos procesos susceptibles de coordinar con otros niveles o fases de atención a los pacientes: los Procesos Clínicos Integrados.

Esta fase completa ha permitido conocer y monitorizar gradualmente el grado de avance del servicio en la definición e implantación de un **Sistema de calidad total complementado con un modelo de gestión clínica basado en el profesionalismo**, orientado hacia los resultados en los destinatarios (pacientes y profesionales), puesto que se han identificado con rigor tanto las carencias como las oportunidades de mejora explícitas o latentes de nuestro modelo organizativo; un modelo compatible tanto para el despliegue del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) como para la mejora del desempeño alineada con la Norma ISO, siendo en general compatibles ambas a través del instrumento implantado.

Como resultado de este trabajo se identificaron seis proyectos de avance significativo hacia la calidad total, entre los que se encuentran la realización y adecuación del **Mapa de Procesos** del SCOT, así como la documentación de los diferentes tipos de procesos identificados: gestión, soporte y clínicos.

En el año 2010 se publicó el libro de **Procesos de Gestión y Soporte** con un doble sentido: en primer lugar, desde el aspecto teórico posibilitar a los médicos del SCOT el acceso a un instrumento que les permite el ejercicio de un modelo de gestión clínica basado en el consenso y las buenas prácticas administrativas. Y en segundo lugar, desde el aspecto práctico facilitar la comprensión del método y las ideas, así como su aplicabilidad en situaciones reales para la organización y gestión. En esta primera etapa de la aplicación operativa de la gestión por procesos, quedó pendiente la documentación de los procesos operativos o clínicos, tarea esta que realizó durante 2011 y 2012 y que se presentó como **Libro de procesos Clínicos del SCOT**. En los años 2013 y 2014 se ha avanzado en la mejora de ambos libros, revisándolos e incluyendo en ellos la estimación de los costes como un factor clave para medir la eficiencia a través de la evaluación coste/efectividad. El modelo actual lo presentamos como la **“Implantación de un sistema de gestión clínica por procesos”**

Este proyecto se ha desarrollado mediante un modelo colaborativo de entidades públicas: Hospital Universitario Infanta Cristina y la Fundación de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Queremos reconocer el esfuerzo realizado por toda la plantilla de la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología de nuestro centro, que ha contribuido en la confección de los procesos individuales de la Unidad. Tanto el personal facultativo como de enfermería se han implicado en esta ardua labor. También hemos recibido ayuda fundamental del

personal de control de gestión y administrativo (María Teresa Sánchez y Desiré Bermejo por parte del HUIC, y Elena Romero, Marta Méndez y José María Casares por la FUNED) para la búsqueda y tabulación de los costes de todo el material (quirúrgico y otros) consumidos en cada proceso y la gestión administrativa del proyecto.

Tampoco podemos dejar de agradecer a los equipos directivos del Hospital Universitario Infanta Cristina (Dres. María Codesido, Carlos Mingo y Juan Torres) el apoyo incondicional recibido, sin el cual este proyecto habría sido imposible de realizar, así como a Pilar Muñoz, directora de formación y proyectos de la FUNED, por el apoyo ofrecido desde la Fundación.

Por último, agradecer a los Coordinadores Académicos y profesores del Máster Universitario en Administración Sanitaria de la ENS/UNED, doctores Luis Ángel Oteo y José Ramón Repullo el apoyo y revisión de los fundamentos teóricos y a los doctores Luis Guerra y Cristobal Belda, directores de la Escuela Nacional de Sanidad y el recién creado Instituto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad (IMIENS/UNED) la facilitación del desarrollo de este proyecto.

Esperamos que la presente publicación sea de utilidad para nuestros compañeros de especialidad y también para otros profesionales sanitarios. Destacar, por último, que en este proyecto dinámico de implantación y enfoque de mejora incremental de calidad, no exento de esfuerzo por el equipo de los profesionales participantes, queda abierto a cuantas sugerencias y comentarios de mejora se deseen aportar. Nuestro trabajo no termina aquí, al contrario, pretendemos seguir avanzando e ir transfiriendo nuestro conocimiento y experiencias dentro del marco científico propio de la especialidad.

Fernando Delgado Velilla

José Ramón Mora Martínez

ÍNDICE.

PRESENTACIONES DEL PROYECTO

1. INTRODUCCIÓN
2. LA NUEVA GESTIÓN CLÍNICA
3. CONTRIBUCIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
4. LA GESTIÓN POR PROCESOS
 - 4.1. LOS PROCESOS
 - 4.2. ENFOQUE DE LA CALIDAD BASADA EN PROCESOS
5. MAPA DE PROCESOS: ASPECTOS CONCEPTUALES
 - 5.1. MODELACIÓN Y DIAGRAMACIÓN DE PROCESOS
 - 5.2. ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD CLÍNICA DE UROLOGÍA EN BASE A PROCESOS: PROPUESTA DE UN MAPA DE PROCESOS
 - 5.3. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS ESPECÍFICOS DE LA UNIDAD DE UROLOGÍA
 - 5.4. DIAGRAMAS DE FLUJO
6. LA METODOLOGÍA ABQ COMO INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS
 - 6.1. FACTORES CLAVE EN LA METODOLOGÍA ABQ
 - 6.2. SISTEMA ABM: GESTIÓN BASADA EN LAS ACTIVIDADES
 - 6.3. SISTEMA ABC: CONTABILIDAD BASADA EN LOS COSTES
7. EL PROFESIONAL RESPONSABLE DE PROCESOS
8. MEJORA CONTINUADA DE PROCESOS Y SU CONTROL DE GESTIÓN
9. DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN
10. DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE SOPORTE
11. DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS CLÍNICOS

INTRODUCCIÓN

El nuevo entorno sanitario está marcado por el dinamismo y la interdependencia de factores estratégicos económicos, tecnológicos y sociales. El cambio es hoy parte inherente a la propia naturaleza de las organizaciones sanitarias, y por consiguiente es preciso gestionarlo e institucionalizarlo. ¿Cómo dirigir este proceso de transformación?... ¿Cómo hacer esta transición desde el modelo epistemológico actual hoy en crisis?

La experiencia ha demostrado que la arquitectura organizativa burocrática del sector sanitario público no concilia bien con los “*modelos de contingencia adaptativos*”, es decir, con el ajuste de las funciones y procesos estratégicos a los cambios discontinuos y globales.

Este sistema burocrático con normativa y regulación estanca no permite expresar plenamente la autonomía profesional, ni facilita alinear los incentivos con dimensiones de calidad, coste y capacidad de respuesta. Estos modelos rígidos limitan así la incorporación de nuevas corrientes culturales y tecnológicas necesarias para dar respuesta a la complejidad e interdependencia agencial propia de los servicios sanitarios. Sin embargo, caben iniciativas como esta, la que hemos desarrollado desde el profesionalismo comprometido con los buenos resultados y el enfoque de gestión hacia el paciente.

En ese sentido es imprescindible evolucionar hacia diseños organizativos basados en la corresponsabilidad y participación efectiva donde prime una cultura de confianza que haga posible la transferencia de derechos de decisión a los microsistemas (unidades clínicas) así como la evaluación de procesos y resultados, implicando en la misma como agentes subsidiarios no solo a los propios profesionales, sino también a los usuarios, que asumirían un rol proactivo de naturaleza perceptiva y crítica según sus expectativas.

En el contexto de la calidad y la gestión clínica se enmarcan la **gestión por procesos** como instrumento clave en un modelo de gestión integral de los servicios clínicos a través de la estabilización y el control de gestión de los procesos de gestión, los procesos clínicos conocidos también como procesos operativos y los procesos de soporte.

Los primeros están enfocados a la programación y gestión de personas y actividades destinadas a satisfacer las necesidades de la unidad o servicio clínico. Los segundos son procesos que abarcan la implementación de decisiones, procedimientos médicos y enfermeros destinados a la recuperación de la salud de los usuarios (pacientes), clasificados por el sistema de información “GRD” (Grupos Relacionados con el Diagnóstico).

Es necesario aclarar que los GRD no son procesos, sino un sistema de clasificación basado en las características clínicas de las actividades, consumo de recursos que generan y utilidades para llevar a cabo análisis y control de la calidad en la asistencia sanitaria. Por último los procesos de soporte en el marco de la acción de un servicio clínico facilitan la toma de decisiones para establecer diagnósticos y planes terapéuticos que, en nuestro caso, los trataremos como procedimientos y trayectorias clínicas.

En este trabajo se incidirá principalmente en describir el despliegue del sistema de gestión por procesos en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Infanta Cristina, que establece desde la perspectiva de la nueva gestión clínica el abordaje de los principales procesos de organización y procedimientos clínicos asociados a los GRDs que se atienden y que, por su frecuencia y efecto, supone el grueso de la actividad clínica que se desarrolla en la unidad.

El sistema que se utiliza, además del modelo de estabilización general de procesos, es el sistema **ABQ** (Calidad basada en la Gestión de las actividades), el cual a su vez se compone de dos subsistemas relacionados: **ABM** (gestión de las actividades clínicas) y **ABC** (Contabilidad Basada en las Actividades).

1. LA NUEVA GESTIÓN CLÍNICA

La denominada nueva gestión clínica viene a representar un modelo de cambio organizativo y funcional en los microsistemas asistenciales fruto del desarrollo del conocimiento aplicado y de las innovaciones tecnológicas que se generan de forma dinámica y disruptiva en los servicios sanitarios. Es por tanto un **proceso de innovación organizativa microinstitucional**, es decir, aquella que se practica en las unidades y servicios clínicos, pero que precisa de un aprendizaje cuyo ciclo de maduración y consolidación es siempre lento y discontinuo, ya que conlleva un cambio significativo cultural y de valores profesionales, además de una decidida implicación de la Dirección Gerencia del centro sanitario.

Las competencias esenciales (profesionales, tecnológicas y organizativas) junto con las competencias intratécnicas (relaciones personales, culturales, sociales, etc.) constituyen la base de sustentación de la nueva gestión clínica. Estas competencias forman parte de un sistema y son el resultado de experiencias relevantes de equipos multidisciplinares, cuya inserción profunda, tácita e idiosincrásica, hace muy difícil su desintegración o fragmentación.

El objetivo principal de la gestión clínica moderna no es otro que maximizar los resultados de salud mediante una práctica asistencial segura, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en las necesidades reales y expectativas de los pacientes, lo que precisa de un sistema de información, evaluación y control integral.

Los objetivos operativos de esta práctica gestora serían:

- La reducción de la variabilidad en la utilización de servicios.
- El uso apropiado de los procedimientos y tecnologías.
- El incremento de la efectividad y la eficiencia (asignativa y técnica).
- La adecuación de los servicios al concepto de necesidad.
- La mejora de la calidad total en los servicios sanitarios.

La consecución de estos objetivos debe contribuir a la mejora de la salud individual y poblacional y a la satisfacción de los usuarios, dado que este modelo de práctica asistencial promueve una asistencia segura, centrada en el paciente, efectiva, eficiente

y *just in time*, junto con medidas de prevención primaria y secundaria, mejora de la coordinación en el manejo de los enfermos crónicos, complejos, pluripatológicos y frágiles, así como pautas de racionalización en los patrones de asignación tecnológica, realización de pruebas diagnósticas y prescripción farmacéutica.

Estos microsistemas funcionales también permiten enfocar y asignar de forma eficiente los recursos en el ciclo asistencial a través de la **gestión clínica por procesos**, mejorando estándares en la calidad del servicio y promoviendo la creación de un entorno de cooperación y confianza profesional en el que se consiguen buenos resultados en términos de productividad y desempeño, integrando factores internos de producción: capital humano, tecnológico, social, cultural y ético.

Más allá de la relevancia que se viene prestando a estas nuevas formas de funcionamiento en la organización asistencial, lo que realmente es valioso de los microsistemas clínicos es el cambio de cultura profesional y la forma de trabajo conjunta, coordinada y estructurada para asegurar la calidad del servicio por medio de equipos motivados en sus fines y objetivos, que comparten valores e intereses y asumen la responsabilidad en el uso socialmente eficiente de los recursos sanitarios.

2. CONTRIBUCIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA A LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Hoy sabemos que la calidad de los servicios y cuidados sanitarios depende del desarrollo, continuidad e integración de los procesos en la cadena de valor asistencial, y ello está vinculado básicamente con la capacidad gestora para crear y sostener redes clínicas colaborativas mediante incentivos adecuadamente orientados. Creemos también que la integración profesional en los servicios de salud está directamente relacionada con la naturaleza del liderazgo, competencias y cultura profesional existente en el proceso de cambio.

La experiencia de la gestión cooperativa articulada funcionalmente en las instituciones sanitarias a través de los denominados “**contratos o acuerdos de gestión**”, que representan tácitamente acuerdos de servicios y de calidad (*quality agreements*) y que tratan de conciliar objetivos de gestión y propiamente clínicos, viene siendo la expresión organizativa de vanguardia en la meso y microgestión de las dos últimas décadas para reorientar la organización por procesos y desarrollar vínculos de confianza profesional. Este modelo de contingencia en las políticas de recursos humanos, requiere un ajuste estratégico (teoría del ajuste) para fidelizar el capital intelectual y sostener las dinámicas virtuosas agenciales internas.

En los microsistemas clínicos, un despliegue del aprendizaje y la innovación, debe conducir a una nueva organización del trabajo, en donde los equipos funcionales multidisciplinares se configuren como los elementos organizativos esenciales a través de la gestión horizontal por procesos. Quienes integran estas comunidades de prácticas están en condiciones de cooperar interna y externamente, de coordinar

actividades entre niveles asistenciales, de compartir conocimientos y capacidades esenciales y de comprometerse con unos objetivos institucionales, de equipo y personales específicos y mensurables, contribuyendo a la sostenibilidad interna del sistema sanitario con pro-eficiencia.

Para sostener esta tipología de organización horizontal es necesario renovar el marco contractual tácito y profesional aplicado sobre el conjunto de los miembros que participan en la comunidad de prácticas, que deberá articularse con mecanismos de compensación transparentes y equitativos, que incluyan además de incentivos monetarios, una carrera profesional basada en niveles de competencia y en resultados de calidad, coste y productividad.

La gestión de los procesos en las comunidades de prácticas clínicas obliga a gobernar el ciclo de vida completo del conocimiento operacional, y que debe estar basado en un sistema en redes integradas de proveedores de servicios sanitarios, lo cual implica una visión abierta, coordinada y de continuidad asistencial entre los diferentes niveles y estratos de la organización.

La protección y gestión del conocimiento esencial en los servicios sanitarios es probablemente la primera prioridad estratégica de las instituciones, por ser la garantía incondicional de calidad en las prestaciones de salud. Esta visión está sustentada en que el capital intelectual es el único recurso que permite conservar en el tiempo ventajas de distinción profesional competente.

Otro elemento crítico en los microsistemas es la gestión y **control de la I+D** dentro de la cadena de innovación de los servicios sanitarios. Esta función debe permanecer integrada en el modelo de gestión clínica a través de formas de colaboración científica para gobernar el ciclo virtuoso y completo del conocimiento.

Todas estas diversas fórmulas organizativas emprendedoras *-intrapreneurship-* de naturaleza cooperativa profesional que se han venido desarrollando en las instituciones sanitarias para gestionar procesos asistenciales homogéneos, con diferentes niveles de autogobierno, desarrollo y alcance (institutos, áreas o unidades funcionales, etc.) pueden contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de las actividades asistenciales, siempre que se garanticen los procesos de integración horizontal, las políticas profesionales adecuadas, el desarrollo de competencias esenciales y los mecanismos de cohesión organizativa.

De cara al futuro la autogestión de la **“cuenta de resultados”** en el microsistema asistencial va a requerir de nuevos impulsos y compromisos para renovar las competencias profesionales (integridad, iniciativa, resiliencia, negociación, motivación, unidad, comunicación, visión, delegación...) y metacompetencias (adaptabilidad, autoconocimiento, oportunidades, autorregulación, asertividad...). Esta cultura de responsabilidad socialmente proactiva en “tiempos de crisis” es concordante con una renovada filosofía sanitaria inserta en los principios que otorgan legitimidad al nuevo profesionalismo de las disciplinas de la salud.

3. LA GESTIÓN POR PROCESOS

En las Unidades Clínicas existen actualmente la necesidad de tener tres grandes focos de atención para poder satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y otras partes interesadas:

- **La organización de la Unidad**, como área de desarrollo clínico en sintonía con la dirección del centro y empoderándose de la gestión del capital humano y tecnológico necesario para el funcionamiento.
- **Las personas**, como factor fundamental y diferenciador. Son profesionales de la Unidad que intervienen y se responsabilizan de las decisiones clínicas y las acciones y actividades necesarias para el logro de los objetivos de gestión y clínicos.
- **Los procesos**, como marco de la acción y donde confluyen las diferentes variables que hay que gestionar a través de actividades coordinadas, pero no sólo dentro de la unidad, sino también fuera de ella integrando otros servicios o unidades y manteniendo relaciones y alianzas que faciliten resultados eficientes en términos de salud y gestión clínica.

3.1. Los procesos

Se denomina **Proceso** al conjunto de decisiones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenadas para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes propios de cada tipo de proceso.

La gestión clínica por procesos es una orientación o enfoque de la calidad cuya meta es generar un valor añadido (utilidad) sobre las **entradas** (input), realizando los **procedimientos** que hay que hacer (actividades) para el logro de un **resultado** (producto, efecto e impacto) satisfactorio para el cliente y eficiente para la organización (Outputs). Figura 1.

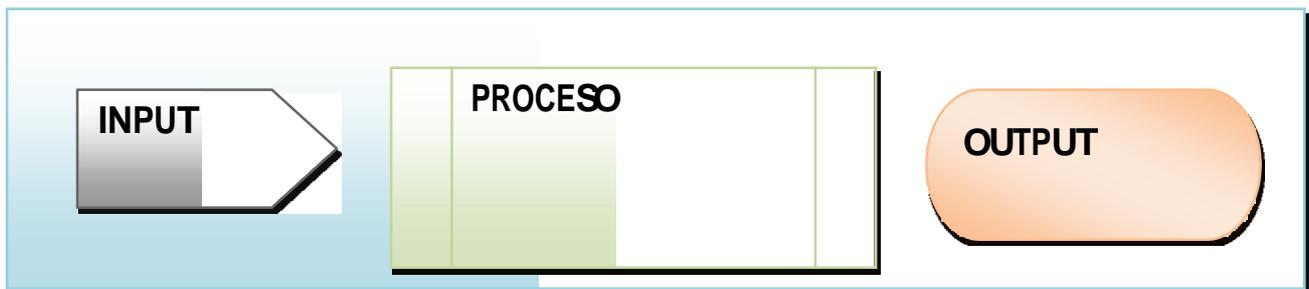


Figura 1.

3.2. Enfoque de la calidad basada en procesos

Actualmente se consideran cuatro factores clave a la hora de conseguir que los procesos estén enfocados a las personas (profesionales) clientes (pacientes y otros) y otras partes interesadas:

- I. **Factores determinantes de la calidad en los requisitos del proceso.** Es fundamental identificar y conceptualizar los requisitos del proceso, los cuales deben estar basados en las *necesidades* y *expectativas* de sus clientes.
- II. **Factores ligados a la calidad de las especificaciones.** Una vez que se han determinado y documentado los requisitos de los clientes se deben establecer *las especificaciones internas del proceso*, que no es otra cosa que la calidad que estamos dispuestos a ofertar en los flujos de salida o productos intermedios y finales.
- III. **Factores ligados a las actividades.** Cada proceso debe contener sus procedimientos: normas y guías de las actividades con sus secuencias y tiempos.
- IV. **Calidad del resultado final.** El resultado final está ligado a la calidad de los productos, los efectos que en el desarrollo de las actividades y la percepción del cliente del servicio recibido.

En la figura 2, se determina un ciclo de procesos que incluyen los cuatro factores clave que se han definido.

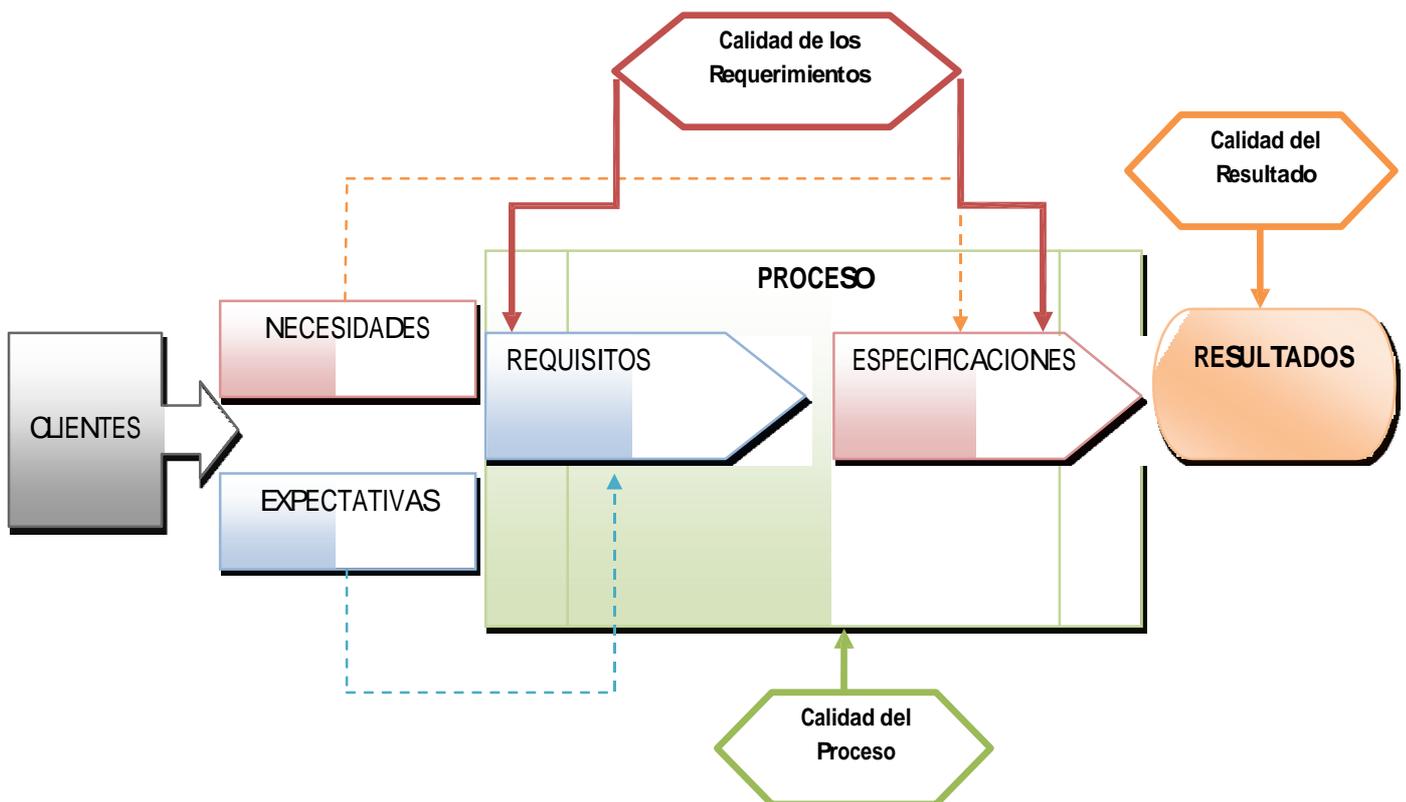


Figura 2

4. MAPA DE PROCESOS: ASPECTOS CONCEPTUALES

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, un **Mapa** es una representación gráfica y métrica de una porción de territorio sobre una superficie bidimensional. Su propósito inicial fue conocer el mundo donde habitamos y así, apoyados al principio por teorías filosóficas, los mapas constituyen hoy, sea cual sea su función, una fuente de información importantísima, permitiendo que nos situemos en relación estrecha con el entorno de estudio.

En esta línea se sitúan los **Mapas de Procesos**, es decir, nos muestran la estructura y organización del trabajo en un **Centro o Unidad Funcional** bajo la identificación y modelación actividades, de manera que se facilita la información de dónde se ubica nuestras tareas, cómo se establecen las relaciones y hacia qué fin se orienta.

Un Mapa de Procesos no es otra cosa, por tanto, que un **diagrama** que muestra de manera visual los tipos de procesos del entorno que se considere, así como las relaciones (si las hay) que se establecen entre ellos. Dichos diagramas se estructuran por niveles o grado de funciones con sus correspondientes conexiones ofreciendo así la oportunidad de mejorar la coordinación entre las interfases de la actividad organizacional. Asimismo, también aportan claves para distinguir sobre la tipología de procesos que tiene la organización.

En una empresa de salud encontramos prácticamente todo tipo de procesos: clave, estratégico, de gestión y operativos, constituyendo el primer paso para seleccionar los procesos sobre los que actuar en función del proveedor.

No existe un formato estándar para construir un mapa de procesos. En ese sentido cada centro o unidad funcional puede establecer el diseño que mejor se adapte a su complejidad de la estructura de su sistema y sus circuitos de actividad. No obstante, la expresión gráfica debe ser clara, de modo que permita que todos los componentes de la unidad puedan comprender de forma clara y rápida cuál es su lugar dentro de la organización y cómo establecer las relaciones y la realización de sus competencias, pudiendo valorar, una vez que se han establecido las métricas adecuadas, en qué medida su actividad influye en los demás integrantes de la unidad funcional.

4.1. Modelación y diagramación de procesos

Una metodología efectiva para la modelación y estabilización de los diferentes procesos que se desarrollan las empresas innovadoras es la **Metodología IDEF** (Modelo Integrado de Funcionamiento Definido). Las cajas IDEF aportan los flujos de entrada y salida al proceso: requerimientos de los clientes, las normas y guías de actuación, los recursos y sus proveedores, y la predefinición de los productos de salida.

La arquitectura de procesos por el método IDEF se confecciona por niveles (3 o 4, según el caso). Los niveles van siguiendo el grado de decisión, es decir, desde el gobierno de la empresa de salud o de la organización hasta el contacto con el cliente. Con esta técnica también se puede desplegar cualquier proceso unitario desde lo más general o

macroproceso a lo más específico (que constituye las instrucciones operativas para su implementación). En el caso De la Unidad de Urología, se ha seguido el método de “bloques de actividad”.

4.2. Organización de la unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología en base a procesos: propuesta de un mapa de procesos

Mediante el **método IDEF** se han establecido y despliegan cajas y flechas con el fin de modelar la estructura relacional y funcional del SCOT es decir, las decisiones, las actividades de la organización, así como del sistema de trabajo.

En ese sentido, se representa la arquitectura principal del mapa de procesos de la Unidad que como plataforma clínica hace un despliegue en **cuatro niveles**.

El Nivel 1, representado en la figura 3, establece las relaciones macro de la Unidad en el contexto de su **cadena de valor**. A partir de unas entradas (*inputs*), tales como las necesidades expresadas del entorno, las demandas de los clientes internos y usuarios de servicios clínicos, así como las relaciones con los proveedores de productos, se pretende realizar un proceso de producción en la Unidad con su visión/misión para devolver unas salidas (*outputs*) al entorno en forma de cartera de procesos; unos resultados que no sólo deberán resultar eficientes a los clientes, sino también generar una demanda de recursos a los proveedores pertinentes con la actividad clínica que realiza.

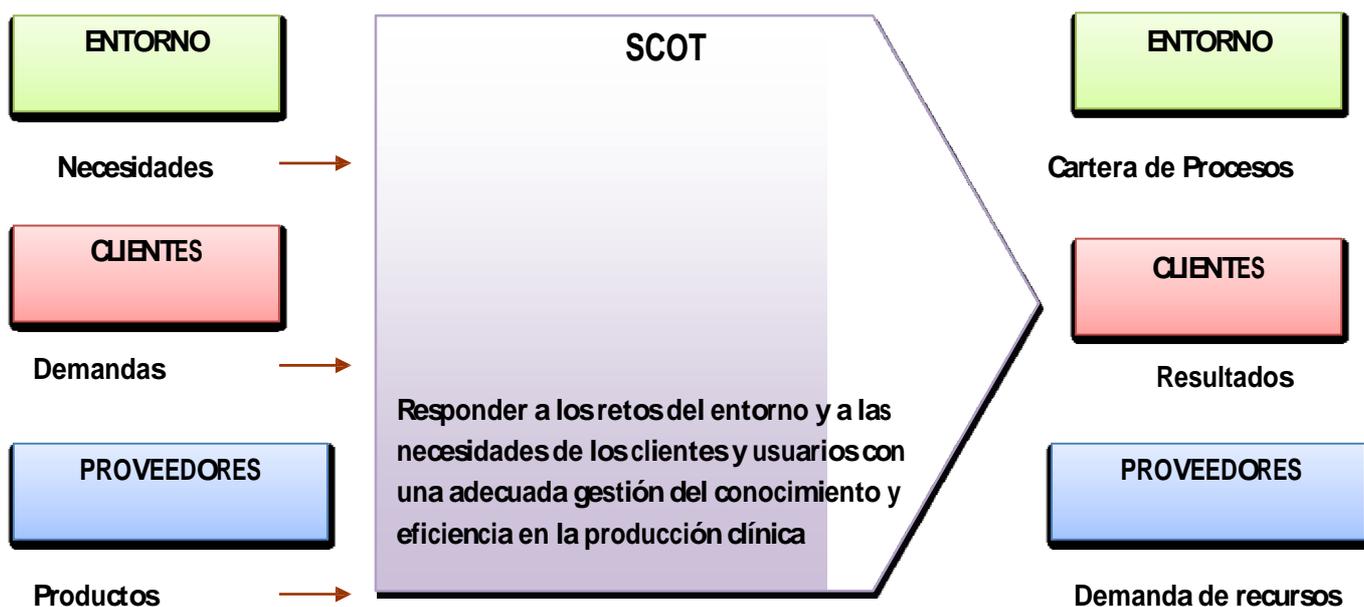


Figura 3. Nivel 1, Mapa de procesos del SCOT como Unidad Clínica

En el **Nivel 2**, aparecen cuatro macroprocesos: **Clave, Gestión, Producción y Soporte** (figura 4). El macroproceso **Clave** incluye el modelo de calidad seguido por la Unidad para conseguir la calidad total; el de **Gestión** comprende los procesos relativos a la

planificación, organización y control de la Unidad en coordinación con las líneas estratégicas que parten de la dirección del hospital; el de **Producción** con la actividad de estabilizar y ejecutar los procesos operativos (que los vamos a denominar clínicos) en un contexto de máxima calidad técnica y seguridad para el usuario; y por último, el macroproceso de **Soporte** o apoyo a la actividad clínica, pretende asegurar los equipos, pruebas, tecnologías e insumos necesarios para el funcionamiento adecuado de la actividad del servicio y sus procesos operativos y de gestión.

El **Nivel 3** está formado por los diferentes procesos identificados y clasificados por bloques de actividad. Son precisamente éstos los principales procesos de la Unidad de Urología que hay que documentar y estabilizar para conseguir situar al servicio en un nivel alto de maduración dentro de su estrategia de calidad total.

Por último, en el **Nivel 4** se documenta cada proceso mediante su correspondiente **formulario de estabilización**. En cada proceso se incluye los correspondientes **diagramas de flujo** que permite relacionar las condiciones operativas en la realización de los procedimientos y actividades con las de buenas prácticas y los marcos de referencias que rigen para cada proceso.



Figura 4. Nivel 2, Mapa de procesos SCOT.

4.3. Nivel 3. Clasificación de los procesos específicos de la unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Los procesos del SCOT, atendiendo a la misión que cumple cada uno se han clasificado de la siguiente manera:

- 4.3.1. **Procesos Clave.** Es el conjunto de decisiones directivas, que partiendo de una autoevaluación están destinadas a la gestión de proyectos, planes y procesos que garantizan la medición y mejora de la calidad de los productos intermedios y finales de la Unidad según se desprende de la norma internacional ISO 9004 de 2000. Los procesos clave de la Unidad de Urología son:
- Proceso de autoevaluación
 - Proceso de medida de la calidad y gestión de la mejora
- 4.3.2. **Procesos de Gestión.** Están destinados a la planificación y organización de las actividades en las diferentes áreas donde actúa la Unidad de urología, facilitando las tareas y respondiendo a las no conformidades. Son los siguientes:
- PG 01. Organización del área quirúrgica
 - PG 02. Gestión de la lista de espera quirúrgica
 - PG 03. Organización del área de hospitalización
 - PG 04. Organización de las consultas externas
 - PG 05. Organización de la urgencia
 - PG 06. Gestión de no conformidades
 - PG07. Jefe de guardia de hospital
- 4.3.3. **Procesos de Soporte.** Gestionan las actividades de formación y solicitud de pruebas diagnósticas, posibilitando la toma de decisiones clínicas, así como la destreza profesional en la ejecución de los procesos clínicos.
- PS 01. Organización de la formación continuada
 - PS 02. Solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen
 - PS 03. Solicitud de pruebas de laboratorio
 - PS 04. Gestión del sistema de información clínica
- 4.3.4. **Procesos Operativos o Clínicos.** Están dirigidos a la gestión de la práctica clínica estableciendo la documentación tanto de las características de los procesos como de las actividades. Se clasifican según las secciones en las que se organiza el SCOT.

❖ Sección Miembro Superior

- PMS01. GRD 223. PMS02. GRD 223. Procedimientos mayores hombro, codo, u otros procedimientos de la extremidad superior.
- GRD 224. PMS 02. Procedimientos mayores hombro, codo, u otros procedimientos de la extremidad superior.
- PMS03. GRD 254. Fractura, esguince, desgarró & luxación brazo

❖ Sección Mano y Muñeca

- PMM 01. GRD 229. Procedimiento sobre mano y muñeca, excepto procedimientos mayores en articulación, sin complicaciones
- PMM 02. GRD 06. Liberación del túnel carpiano
- PMM 03. GRD 08. Procedimientos sobre nervios craneales y periféricos y otros procedimientos quirúrgicos del Sistema Nervioso sin complicaciones
- PMM 04. GRD 441. Procedimiento sobre mano sin lesión traumática
- PMM 05. GRD 791. Desbridamiento de herida por lesiones por herida abierta

❖ Sección Miembro Inferior

- PMI 01. GRD 818: Sustitución de cadera excepto por complicaciones
- PMI 02. GRD 222. Procedimiento sobre la rodilla sin complicaciones
- PMI 03. GRD 209. Sustitución articulación mayor miembro inferior excepto cadera sin complicaciones.
- PMI 04. GRD 219. Procedimiento extremidad inferior excepto cadera, pie, fémur sin complicaciones, edad > 17.
- PMI 05. GRD 254. Fractura, esguince, desgarro & luxación pierna excepto pie.

❖ Sección Tobillo y Pie

- PTP 01. GRD 217. Desbridamiento de herida e injerto de piel (excepto herida abierta) por trastorno musculoesquelético y del tejido conectivo excepto mano
- PTP 02. GRD 225. Procedimientos sobre el pie.
- PTP 03. GRD 227. Procedimiento sobre tejidos blandos sin complicaciones

❖ Procesos Transversales Se distribuirán por secciones según la región anatómica afectada.

- PT 01. GRD 558. Procedimientos músculo-esquelético excepto articulación mayor bilateral o múltiple con complicaciones.
- PT 02. GRD 867. Escisión local y extracción dispositivo de fijación interna.
- PT 03. GRD 213. Amputación por trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo
- PT 04. GRD 216- Biopsias del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo.
- PT 05. Control del dolor en procesos asociados en la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología.

4.4. Nivel 4. Diagramas de flujo

El SCOT opera en un contexto de servicio clínico complejo y variado, cuando no de cierto grado de incertidumbre. Esto hace necesario documentar los factores y puntos críticos de cada proceso con el objetivo de posibilitar una uniformidad en la lógica e idoneidad de las actuaciones clínicas. A través de un diagrama de flujo o **Fujograma** se representa visualmente, mediante símbolos conectados por líneas y flechas las tareas y decisiones que están implicados en un determinado proceso sea del tipo que sea. A continuación del mapa de procesos se presenta el “significado” dado a cada uno de los pictogramas (símbolos) que se utilizarán en los diagramas de flujo para los diferentes procesos.

PROCESOS DE GESTIÓN



PROCESO CLAVE SCOT: GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL: NORMA UNE EN ISO 9004 DE 2009

Evaluación ISO 9004 de 2009

Revaluación ISO 9004 de 2009

Revisión y ajuste de la calidad

PROCESOS CLÍNICOS

Sección miembro superior

Sección mano y muñeca

Sección miembro inferior

Sección tobillo y pie

Procesos Transversales

- PMS01: GRD 224
- PMS02: GRD 223
- PMS03: GRD 254

- PMM 01: GRD 229
- PMM 02: GRD 06
- PMM 03: GRD 08
- PMM 04: GRD 441
- PMM 05: GRD 791
- PMM 06: GRD 229 II

- PMI 01: GRD 818
- PMI 02: GRD 222
- PMI 03: GRD 209
- PMI 04: GRD 219
- PMI 05: GRD 254

- PTP 01: GRD 217
- PTP02 : GRD 225
- PTP03 : GRD 227

- PT 01: GRD 558
- PT 02: GRD 867
- PT 03: GRD 213
- PT 04: GRD 216
- PT 05: PPTV

PS01: Organización Formación Continuada

PS02: Solicitud pruebas diagnóstico por imagen

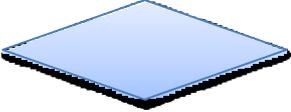
PS03: Solicitud pruebas laboratorio

PS04: Gestión sistema de información clínica

PROCESOS DE SOPORTE CLÍNICOS

CLIENTES SATISFECHOS

CLIENTES

SIMBOLO	SIGNIFICADO
	Limite inicial del proceso: comienzo
	Limite final del proceso: finalización
	Tareas a desarrollar
	Punto de decisión/control
	Enlace con otro proceso
	Apoyo en documento de evidencia o buenas prácticas
	Elementos del entorno que deben ser considerados para realizar una tarea
	Inputs o entradas relevantes a un determinado proceso
	Opciones de decisión
	Interfase del proceso que necesita revisión o mejora
	Señalizador de continuidad de proceso en otra página

5. LA METODOLOGÍA ABQ COMO INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

La puesta en marcha de sistemas de gestión de la calidad en entornos de innovación empresariales implica, no solo la disponibilidad de un buen sistema de información, sino también sistemas de gestión integral de la calidad; es decir, de qué forma o a través de qué procesos se obtiene la producción sanitaria (Actividades); qué productos o servicios se generan (Resultados) y con qué recursos se llevan a cabo las actividades (Costes).

La metodología de la **Calidad Basada en la Gestión de las Actividades (ABQ)** persigue la optimización de cada una de las actividades que componen cada proceso con la finalidad de lograr un resultado con la mejor excelencia posible, tanto para los usuarios del proceso como para los profesionales implicados y otros grupos de interés.

La excelencia se consigue mediante la integración eficaz de todas las unidades de la organización. Y para ello, esta metodología propone analizar cada una de las actividades y seleccionar y documentar aquellas que son clave para el logro de resultados expresados en forma de características de salud, gestión, costes y satisfacción de todos los implicados.

La cultura de la gestión ABQ tiene por tanto un doble enfoque. Un primer enfoque cualitativo, donde se diseña qué actividades hay que realizar, cómo se realizan y por quién. Un segundo enfoque cuantitativo, donde se decide qué recursos son los más adecuados para la realización de las actividades y qué valor económico tienen. De esta manera se abordan las dos dimensiones de gestión que se consideran fundamentales en la innovación empresarial, posibilitando además un entorno más seguro y eficiente en los usuarios y profesionales.

5.1. Factores clave en la metodología ABQ

La metodología ABQ define los siguientes factores de excelencia empresarial en el entorno sanitario:

- **Conexión entre las partes de la organización.** La excelencia necesita que los diferentes niveles asistenciales (atención especializada y primaria), áreas y servicios de una organización tengan conectividad funcional y esta sea coherente en el proyecto de mejora de la calidad.
- **Integración de las actividades.** Los niveles y servicios deben organizarse en la medida de lo posible mediante Áreas Clínicas Integradas o cualquier otro tipo funcional de organización coherente con la normativa actual. Estos modelos organizativos posibilitan una mejor comunicación entre las personas y la conexión de las actividades clínicas y administrativas.
- **Mantener la cadena cliente/proveedor.** Desde la óptica interna de la organización se produce una cadena de demanda (cliente interno) y oferta (proveedor), que conforman diferentes tipos de interfaces en los procesos; dentro de la organización existe una compleja relación cliente/ proveedor, sin

embargo un funcionamiento eficaz de la cadena se produce cuando los clientes solicitan con racionalidad sus necesidades y éstas son satisfechas en el menos tiempo posible y sin fallos por el proveedor. Por otro lado, desde la perspectiva del usuario (cliente externo y principal) recibe servicios con la máxima seguridad y calidad organizacional y técnica generándole una buena satisfacción en la utilización de los servicios de salud.

- **Racionalización en la decisión pruebas y recursos.** La asignación precisa de las pruebas y recursos es una decisión clave en la excelencia. Las pruebas diagnósticas deben prescribirse evitando duplicidades dentro de la organización y en consonancia con la urgencia y severidad de los casos. Los recursos a emplear en sus diferentes variedades deben ser analizados conforme a quién los induce, como a las necesidades clínicas y administrativas y, en su caso, guiarlos para minimizar la variabilidad y establecer así un mejor control de los costes.

Como consecuencia de lo expuesto, la calidad basada en la gestión de las actividades debe ser entendida como un sistema que alberga a dos subsistemas conexos entre sí: por un lado la realización y evaluación de las actividades (ABM), y por otro los costes que generan las decisiones inductoras del consumo de recursos (ABC).

5.2. Sistema ABM: Gestión Basada en las Actividades

El sistema ABM "*Activity Based Management*" persigue como objetivo fundamental conseguir que la organización gestione todos sus procesos con la máxima efectividad, es decir, conseguir realizar todos los objetivos mediante la identificación y gestión correcta de las actividades necesarias para lograrlos. En ese sentido las decisiones, tanto de la línea de dirección como ejecutiva deben perseguir cuatro funciones:

- Conocer las expectativas de los usuarios del servicio
- Conseguir que las decisiones de planificación y dirección sean adecuadas,
- Garantizar la seguridad de la práctica clínica.
- Optimizar los tiempos de las diferentes actividades según el tipo de proceso, y
- Establecer mecanismos de evaluación de la calidad para la mejora continua.

La gestión y evaluación de las actividades de la organización ordenadas según normas, procedimientos o guías permite obtener, por tanto, una información relevante de cómo funcionan los equipos y los procesos.

Para que el sistema ABM pueda ser implantado la organización debe considerar:

- Diseñar el mapa de procesos organizándolos por bloques y tipos.
- Documentar los procesos una vez que han sido analizadas cada una de sus actividades y se comprende por todos los implicados las funciones y competencias requeridas.

- Evaluar la ejecución de las actividades a través de las métricas precisas y utilizar la información derivada del control de gestión para tomar nuevas decisiones y seguir mejorando.

5.2.1. Expectativas de los usuarios del servicio

Las expectativas son creencias subjetivas y esperadas de los consumidores/usuarios de los servicios. En este caso, consideran los **resultados de la importancia relativa (IR)**, obtenidos a través de un panel de pacientes, de los servicios de médico quirúrgicos, dónde se responde a la cuestión: “Cómo debe ser la provisión de los cuidados clínicos que se le prestan? Tanto las dimensiones analizadas como las variables incluidas en cada una de ellas han sido ordenadas según la importancia otorgada por el grupo de panelistas, obteniéndose el siguiente resultado: 1) accesibilidad, 2) seguridad/competencia, 3) información y 4) empatía (tabla 1).

ARBOL DE EXPECTATIVAS DE PACIENTES //USUARIOS		
DIMENSIÓN	%IR	EXPECTATIVA
ACCESIBILIDAD	32%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que no existan diferencias entre pacientes en el acceso a los servicios. ▪ Que se le resuelvan los problemas de salud con celeridad.
SEGURIDAD/ COMPETENCIA	27%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que exista una atención personalizada ▪ Que se eviten riesgos innecesarios en la aplicación de los cuidados clínicos. ▪ Que los profesionales están bien cualificados y capacitados ▪ Garantías de que los servicios se realizan en las condiciones más óptimas del espacio clínico.
INFORMACIÓN	22%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que siempre se le informe de los procedimientos que se le van a aplicar. ▪ Que se les ofrezca una información comprensible ▪ Que existan soportes informativos claros sobre los autocuidados
EMPATÍA	19%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que el trato sea respetuoso y correcto ▪ Que el profesional sea tolerante frente a sus problemas personales

Tabla 1.

5.2.2. Condiciones que garantizan la seguridad y calidad en las salidas/productos del proceso

Estas condiciones o atributos comprenden el marco de referencia en relación al contexto de seguridad y calidad que se esperan en los productos y subproductos facilitados por los proveedores del proceso. Las condiciones son visibles y medibles y se

originan desde el límite inicial al final, constituyendo de esa manera los flujos de salida del proceso. Según el destinatario se dividen en:

- **Paciente / familia:** es el diente principal. Se determinan las características de los cuidados clínicos en relación a intervenciones médicas, información y apoyo emocional.
- **Otros servicios:** se especifican las características de calidad en relación a la coordinación y continuidad asistencial del proceso con otros servicios de apoyo o nivel asistencial.

Los flujos de salida están enfocados en consecuencia, por una parte, a dar una respuesta efectiva a las necesidades y expectativas de los pacientes como clientes/usuarios principales y, por otra, en su caso, a gestionar las demandas de otras partes interesadas: proveedores y clientes secundarios.

5.2.3. Formulario de estabilización y control de los componentes del proceso

El SCOT opera en un contexto de servicio clínico complejo y variado, cuando no de cierto grado de incertidumbre. Esto hace necesario documentar los factores y puntos críticos de cada proceso con el objetivo de posibilitar una uniformidad en la lógica e idoneidad de las actuaciones médicas. El formulario de estabilización de procesos consta de los siguientes datos claves:

- **Proceso:** título del proceso y código asignado en el mapa de proceso.
- **Misión:** razón de ser del proceso: qué se hace, para quién y cómo se opera.
- **Límites:** dónde comienza y termina el proceso.
- **Tiempo:** periodo que transcurre desde el límite inicial y final del proceso.
- **Cientes:** quien demanda y recibe un servicio o productos: cliente principal (destinatario directo) y secundarios (quien se beneficia indirectamente del producto o servicio que recibe el cliente principal)
- **Proveedores:** quien oferta y realiza el servicio o producto.
- **Necesidades y expectativas de los clientes:** requisitos que deben cumplir los servicios o productos para satisfacer la demanda.
- **Entradas (inputs):** recursos, tecnologías generales y específicas, así como los documentos normativos o de guía que deben tenerse en cuenta para implementar las actividades del proceso.
- **Salidas (outputs):** productos intermedios o finales que reciben los clientes.
- **Métricas:** criterios o indicadores de medida de control de las actividades y productos del proceso.
- **Frecuencia:** veces en la que se repite o replica el proceso.
- **Coste:** valor monetario de los recursos empleados en la realización de las actividades: tiempo de trabajo y utilización de recursos significativos inducido por decisiones médicas y, en su caso, de otros profesionales. Para la estimación del coste se aplica un ajuste del método ABM/ ABC, y en el caso de que el proceso (GRD) contenga varios subprocesos (procedimientos) el coste total será el valor ponderado de los mismos.

- **Responsable:** profesional/es que es garante de que el proceso se realice en las mejores condiciones de idoneidad, lo monitoriza y evalúa su rendimiento en base a las métricas propuestas.

5.2.4. Procedimientos para los procesos de gestión y soporte

En los procesos de gestión y soporte se establecen procedimientos específicos que sirven como guía y norma en la manera o método de proceder. Los procedimientos en estos procesos se dividen en dos secciones:

- I. **Sección organizativa.** Que corresponde a las decisiones o tareas sistematizadas que debe realizar el responsable del proceso como gestor clínico. Normalmente es el jefe de la unidad quien debe supervisar que estos procesos se lleven a cabo puesto que de ellos depende la gestión del servicio clínico.
- II. **Sección operativa.** Son las acciones que se llevan a cabo por el resto de los miembros del servicio desde el punto de vista ejecutivo, con la finalidad de garantizar que los requisitos o especificaciones del proceso se realicen en un contexto de seguridad y calidad organizativa.

La realización de estos procedimientos en los diferentes espacios relacionados con la unidad supone la realización de **tareas de dirección y organización clínica** que la clasificamos de la siguiente manera:

- **ACP: Tareas de Actividad de Coordinación de Proceso.** Acciones de dirección llevadas a cabo por el jefe de unidad y responsable de procesos para asegurar la programación de las actividades.
- **ACI: Tareas de Actividad de Comunicación Interna.** Acciones de información e interacción entre profesionales dentro del servicio para asegurar la conexión de las actividades.
- **AEU: Tareas de Actividad Ejecutiva de la Unidad.** Acciones de soporte en la organización interna necesarias para que el proceso tenga conectadas adecuadamente las actividades médicas y enfermeras.
- **AEC: Tarea de Actividad Ejecutiva Clínica.** Acciones de actividad clínica necesarias para facilitar el cumplimiento de los requisitos de los procesos operativos o clínicos.
- **ACP: Tareas de Actividad de Comunicación a Pacientes/Familia.** Acciones encaminadas a cumplir la normativa vigente relacionada con los derechos del paciente.
- **ACH: Tareas de Actividad de Coordinación Hospitalaria.** Acciones realizadas por los miembros del servicio en otras dependencias del hospital.

5.2.5. Trayectorias clínicas para los procesos clínicos

Es el modo de ejecutar cronológicamente determinadas decisiones y acciones con una serie de pasos claramente consensuados por el equipo del servicio clínico, que permite realizar una ocupación, trabajo, investigación, o estudio correcto en el abordaje de uno

o varios procedimientos incluidos en el sistema de información GRD en el que ha sido incluido el paciente. Las trayectorias clínicas pueden ser más o menos complejas según el proceso y pueden indicar desde una ordenación que sirva de referencia, hasta una secuencia sistematizada donde se especifique la tarea, quién la realiza y cómo hay que realizarla.

En la trayectoria clínica se describen las buenas decisiones y prácticas junto con la garantía de calidad para el paciente que, bien por evidencias científicas o por consenso interno basado en la experiencia empírica de los profesionales, conforma la función profesional de cada proceso. Puede haber trayectorias clínicas, tanto para pacientes beneficiarios de cirugía mayor ambulatoria, como los que necesitan internamiento hospitalario. En éstos, la trayectoria comprende desde el día del ingreso hasta el día del alta. Cada trayectoria clínica debe contener los siguientes elementos que serán ordenados y cuantificados en base a las actividades claves que se consideren necesaria en el proceso::

Actividad de Consultas Externas. Se entiende por consulta externa la atención ambulatoria realizada por médicos y enfermeros (curas) que realiza la unidad para un proceso concreto. Las consultas pueden ser de tres tipos: **primera** (pacientes atendido por primera vez para su reconocimiento, diagnóstico y determinación del tratamiento a seguir por el mismo); **sucesiva** (nueva atención derivada de la primera consulta o las que se generan como consecuencia de la revisión del proceso una vez dado el alta hospitalaria) y de alta resolución (aquellas que componen un procedimiento efectuado en el mismo día para la realización de pruebas complementarias, diagnóstico e instauración del tratamiento).

Actividad relacionada con Funciones profesionales: La función médica y enfermera agrupa las decisiones, atención y cuidados realizados por médicos y enfermeros y en su caso con el apoyo de otros profesionales.

- **Actividad médica.** Descripción de las decisiones y desempeño médico desde el día del ingreso hasta el día del alta con especial referencia a los siguientes atributos:
 - Revisión del preoperatorio
 - Información al paciente/familiares
 - Preparación del paciente para la cirugía
 - Información de interés intraquirúrgica
 - Información de interés postquirúrgica inmediata
 - Acciones de visitas en planta.
 - Gestión del alta

- **Actividad de enfermería en cuidados compartidos.** establece los cuidados enfermeros que desde la perspectiva médica/enfermera deben realizarse obligatoriamente al paciente por el personal de enfermería.

Actividad de Pruebas complementarias: son decisiones clínicas cuya realización está fuera del servicio, pero sin embargo son necesaria gestionarlas adecuadamente como

soporte para el diagnóstico y tratamiento. La prueba que tiene mayor fiabilidad (mayor sensibilidad y especificidad) es la más adecuada para llegar a un determinado diagnóstico. Las pruebas muy sensibles sirven para descartar enfermedades y las muy específicas para confirmarlas.

Actividad de pruebas de diagnóstico por imagen y otras pruebas complementarias. Solicitud de estudios que usan diferentes tecnologías para establecer las condiciones estructurales de órganos y tejidos y su funcionalidad.

Actividad de pruebas de laboratorio. Solicitud de determinaciones relacionadas con el servicio de análisis clínico.

Actividad quirúrgica. Comprende la especificación del Tiempo Quirúrgico Estándar (TQE) del proceso, el equipo médico y enfermero que estará presente en la intervención quirúrgica y los materiales quirúrgicos genéricos que se emplean según el peso específico del proceso. A más peso del proceso, mayor consumo de insumos y material de campo quirúrgico.

- **Tecnología y materiales específicos.** Complementa el apartado anterior tanto en la actividad de funciones profesionales como cirugía. En esta sección se especifica los materiales tecnológicos que deben ser utilizados en según la necesidad del proceso y considerando la relación coste/efectividad.

Actividad de prescripción farmacológica: compone la dispensación de fármacos basados en la evidencia científica disponible o en la experiencia de expertos que deben aplicarse por consenso a todos los pacientes incluidos en el proceso.

Dieta: contempla, si es necesario, el tipo de dieta según el momento de la trayectoria clínica en las etapas pre, intra y postoperatoria

Actividad Física: Establecimiento de las condiciones estándar de movilidad durante las etapas/días de estancia en el hospital, sin perjuicio que la rehabilitación es otro proceso complementario.

Otras medidas de interés clínico: hace referencia a todas las disposiciones necesarias para la prevención de complicaciones potenciales, tanto generales como específicas del proceso.

5.3. Sistema ABC: Contabilidad Basada en los Costes

El sistema ABC "*Activity Based Costing*" o contabilidad basada en costes, contiene la información relativa al análisis de las actividades en cuanto a los recursos destinados a las mismas y los objetos de coste que estas generan. Este sistema tratado en combinación con el sistema ABM sirve de apoyo a la evaluación económica de las operaciones que se llevan a cabo en los procesos; es decir, permite evaluar la eficiencia de los procesos y por extensión de la organización.

El sistema ABC es básico para el desarrollo de la contabilidad analítica en los centros sanitarios, constituyendo un método perpendicular y complementario a los sistemas tradicionales de control del gasto. El sistema ABC, desde el punto de vista empírico, siempre debe ser aplicado una vez que el sistema ABM se ha desarrollado y documentado, de esta forma el sistema ABC nos permite obtener una estimación bastante precisa sobre el coste orientado al proceso desde la óptica de la contabilidad analítica y, asimismo, conseguir una información relevante sobre el valor económico de las actividades derivadas de la inducción de las decisiones gestoras y ejecutivas.

Las características principales que podemos observar cuando aplicamos el sistema ABC en las organizaciones sanitarias son:

- Al establecerse un coste orientado al proceso, es decir, el valor monetario asignado a los recursos empleados, se puede obtener con una alta precisión la estimación de los costes reales que se producen en los diferentes servicios de los centros sanitarios.
- El coste sigue los sistemas de decisiones, tanto gestoras como clínicas. Aplicando el método a las decisiones en los procesos de gestión o soporte se puede estimar el valor económico que representa esta función dentro de la organización en cuanto a los centros de gastos estructurales (administración, gerencia y dirección, etc.) e intermedios (admisión, docencia, etc.). Y si lo aplicamos a los procesos clínicos también podemos conocer el valor económico que se deriva de cada decisión clínica en términos de actividades ligadas a consumos en relación a los centros de coste finales (servicios clínicos).
- Por último, a largo plazo la aplicación del ABC constituye una información estratégica, en el sentido de evaluar si son eficientes en términos de costes, estableciendo para ello las oportunas comparaciones, así como los datos relativos a los productos o servicios sanitarios, mediante un análisis de la combinación de aquellos servicios que en sus procesos empleen actividades más eficientes.

6.3.1 Conceptos principales manejados en el desarrollo del método de cálculo de costes en los procesos.

La aplicación del sistema ABC empleado en este trabajo está basado en el siguiente marco teórico que a continuación se expone:

Coste: Valor monetario de los recursos utilizados para el desarrollo de las actividades que responden y satisfacen las necesidades de los clientes. El **coste estándar** de un Proceso está representado por *“el valor estimado de los factores productivos que utiliza la organización clínica, una vez que han sido proyectadas y documentadas las actividades en la guía o trayectoria clínica, y eliminadas aquéllas que no aportan valor ni al cliente ni a la organización”*.

Tipos de costes que se deben considerar en la aplicación del modelo ABC a los procesos:

- **Costes directos:** valor asociados a la cantidad de recursos (*Profesionales e insumos específicos de los procesos*) que componen las actividades de los procesos, *decididas e inducidas por los profesionales* que realizan las actividades dentro del centro de coste donde se generan dichos procesos.
- **Costes indirectos variables:** Valor de los productos finales demandados e inducidos desde las actividades, pero generados en otros servicios diferentes al centro de coste donde se genera el proceso y que son repercutidos en el proceso.

Los costes directos e indirectos variables, constituyen el **coste fundamental** de los procesos clínicos, puesto que siguen a las decisiones clínicas

- **Costes indirectos fijos:** valor de los elementos *estructurales* y de funcionamiento del hospital que da soporte al mantenimiento de los espacios, así como de otros servicios de apoyo a la realización de la actividad de la unidad/servicio donde se realizan los diferentes tipos de procesos. Este tipo de costes no se deben aplicar en los procesos por separado, sino cuando se ha realizado el presupuesto clínico de la unidad.
- **Presupuesto clínico:** Es el valor del coste unitario de los procesos multiplicado por la frecuencia pactada en el contrato de gestión. A este resultado se le agrega el valor estimado de los costes indirectos fijos, que para un servicio de urología suele estar situado entre el 5 y 7% del valor total de los mismos.

Con la aplicación del sistema ABC al sistema de información GRDs, es decir, en los procesos clínicos, necesariamente hay que establecer dos conceptos de costes, ya que un GRD puede tener uno o varios procedimientos asociados.

- **Coste Relativo de un Procedimiento.** Valor estimado de las actividades asociadas a dicho procedimiento que forma parte del GRD. En el caso que el GRD cuente con un solo procedimiento, El coste del GRD será el valor económico otorgado a tal procedimiento.
- **Coste ponderado del GRD.** Si un GRD tiene asociado más de un procedimiento, el coste ponderado es el resultante de procesar los costes de los procedimientos que lo integran en función de la frecuencia que se produce para cada uno de esos procedimientos.

6. EL PROFESIONAL RESPONSABLE DE PROCESOS

Los procesos deben de tener siempre un profesional de referencia en el ciclo de la gestión por procesos. Cuando un profesional se le encomienda la gestión de uno o varios procesos encontramos diferentes tipos de referencias o nombre para su rol, tales como: propietario, dueño, gestor, coordinador, responsable etc., de procesos. Nosotros vamos a utilizar el término **Responsable de Procesos (RP)**.

El RP debe ser un profesional con alta cualificación y experiencia en los procesos en los que va a responsabilizarse. Su **misión** es colaborar, desde una **responsabilidad transversal** en la gestión de la producción del centro, ocupando una posición activa en la identificación, categorización, documentación, ajustes e innovaciones que permitan obtener resultados fiables y eficientes en los procesos que gestione.

Como RP debe combinar conocimientos y habilidades en un **marco de acción** que contiene tres áreas (tabla 1):

- I. **Liderazgo participativo y facilitador.** En esta área el RP debe tener una correcta alineación con los elementos estratégicos de la organización: misión, visión y valores. Como tareas específicas en este área se encuentran:
 - Participar activamente en el proyecto de diseño y documentación de los procesos que le corresponden como futuro responsable.
 - Implantar y validar los requisitos y especificaciones del proceso.
 - Asumir la responsabilidad encomendada asegurando la eficacia y eficiencia en el desarrollo de las actividades.
 - Facilitar al resto de los miembros de los procesos las aptitudes necesarias para el buen desempeño.
 - Tomar decisiones en el espacio de la autonomía que haya sido pactada con la dirección.
 - Identificar acciones de mejora, priorizarlas y proponer su implementación.
 - Convocar, dirigir y gestionar las resoluciones que se hayan tomado en la comisión de seguimiento de procesos.
 - Apoyarse en los servicios de calidad del centro para recibir información relevante y científica que pueda afectar al proceso.

- II. **Comunicación.** El RP debe establecer mecanismos que aseguren la comunicación interna y externa del proceso. Las tareas propias de esta área son:
 - Establecer circuitos efectivos que asegure la correcta interacción con otros procesos.
 - Mantener informado al equipo de procesos, la dirección del centro o servicio de los resultados que se van obteniendo y, en su caso, desviaciones y propuestas de medidas correctoras.
 - Establecer un sistema de información y retroalimentación en las cuestiones que se determinen con todos los que de forma directa e indirecta estén implicados en el proceso.
 - Revisión periódica del desarrollo del proceso con otros responsables de procesos que puedan tener relación con los propios.

- Redactar y trasladar a las partes interesadas los correspondientes informes de resultados o mejoras propuestas.
 - Promover la divulgación y visibilidad externa de los resultados obtenidos tanto a nivel profesional como científico.
- III. **Control de gestión.** Esta área abarca el seguimiento del proceso, evaluación y, en consonancia con su liderazgo, la mejora continuada de los procesos. Las tareas necesarias para cumplir esta acción son:
- Seguimiento sistemático del cuadro de mando del proceso.
 - Revisión de normas, procedimientos y guías.
 - Revisión de recursos empleados y sus costes.
 - Evaluación sostenida de los resultados que se vayan obteniendo.
 - Realizar informes ejecutivos relativos a propuestas de cambios para corregir defectos de calidad o proponer acciones de mejora.

7. MARCO CONCEPTUAL DE LA MEJORA CONTINUADA Y EL CONTROL DE GESTIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

La gestión por procesos como agente en la gestión y desarrollo de la Calidad Total forma parte de un ciclo de mejora de la calidad. Este ciclo, conocido como “Ciclo de Deming” consta de cuatro fases generales:

- I. **PLANIFICAR O DISEÑAR.** Describir el Plan de Calidad mediante la formulación de los objetivos de mejora, los proyectos y otras actividades necesarias para cumplirlos, de acuerdo con un resultado esperado.
- II. **HACER O GESTIONAR.** Implantar los nuevos proyectos y actividades y, en caso de enfoque de procesos, implantarlos y gestionar día a día según los procedimientos, normas, trayectorias o vías clínicas.
- III. **CONTROLAR Y SEGUIMIENTO.** Analizar información crítica de los proyectos, actividades y procesos basándose en los indicadores, estándares y criterios que se han formulado como logros de resultados, detectar desviaciones y reaccionar identificando mejoras posibles en los defectos de calidad observado.
- IV. **AJUSTAR Y MEJORAR.** Ajustar las acciones sobre el diseño establecido para seguir mejorando priorizando en aquellas más pertinentes.

Actualmente el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCOT) se encuentra, en cuanto a la implantación de la gestión por procesos entre las fases 3 y 4: Controlar y Mejorar. En este sentido, la figura 5 contempla un modelo de “sistemática” de control de procesos una vez que las fases 1 y 2 se han realizado con éxito.

Partiendo del Mapa de Procesos del SCOT, lo primero que se realiza es una reunión de seguimiento con los Responsables de Procesos, donde aborda el análisis y evaluación de los procesos implantados, según el siguiente orden:

- Explicación de la actividad y método de trabajo.
- Validación del formulario de control de procesos.
- Identificación de nuevos procesos de gestión, soporte y clínicos.
- En caso de que haya que modificar, mejorar o incluir algún proceso nuevo, se asignan tareas con un cronograma y cuya coordinación recae en el Responsable de procesos.
- Se acuerda con la gerencia del Hospital proceder a la estimación de costes de cada proceso.
- Por último, se adapta el ajuste y se pilotan los cambios o el nuevo proceso.

Las orientaciones posibles que sigue el *equipo de revisión* de procesos son:

1. **Participación y comunicación entre los miembros del SCOT.** Facilitar la implicación de los miembros del equipo del servicio en la gestión por procesos, estableciendo canales de comunicación eficaces en todo aquello que posibilite una mejora en la gestión de los procesos.
2. **Medición de resultados.** Evaluar el grado de cumplimiento de los criterios y estándares definidos como métricas del proceso.
3. **Orden y organización de los atributos del proceso.** Revisar del orden de los atributos del proceso siguiendo, según el tipo de procesos los formularios de estabilización, seguridad y calidad en los productos intermedios y finales, así como las trayectorias clínicas; comprobación de la adecuación de las personas que participan, recursos, documentos, métricas y situación de defectos de calidad identificados en la primera estabilización. Sobre esta base, se retirará todo lo innecesario, se incluirá lo omitido, se anotará si persiste o no los defectos de calidad identificados y se generará un nuevo proceso con los cambios establecidos.
4. **Análisis causal.** Para la valoración del orden y adecuación de los atributos del proceso se recurre al análisis de las causas que generan los defectos de calidad, estableciendo, en función de los problemas detectados desde medidas de mejora gradual a medidas de cambios drásticos. Para ello se formarán grupos de mejora de la calidad
5. **Captación de buenas prácticas.** Identificar buenos resultados en otros servicios de cirugía ortopédica y traumatología, incorporando las buenas prácticas mediante un proceso de benchmarking al servicio.
6. **Establecer una estimación o revisión de costes de los procesos.** Para la estimación de costes de procesos se aplica como se ha mencionado

anteriormente el modelo ABQ. El **ABQ** establece una relación causal entre una actividad del proceso que ha sido validada por el equipo médico del SCTO (conjunto de tareas: ABM) y los costes estándar (valor monetario de los recursos necesarios: ABC)

7. **Formación y capacitación.** Fomentar sostenidamente la formación de los implicados en la gestión por procesos, generar expertos en la línea de especialización clínica y posibilitar la organización de formatos docentes que tengan como objetivos socializar el conocimiento y la experiencia adquirida.
8. **Visibilidad del proyecto.** Establecer un flujo de información permanente de los resultados de la gestión por procesos a las partes interesadas; en concreto es importante reportar resultados a la dirección del hospital, así como a otros proveedores o clientes críticos.

7.1. Seguimiento y ajuste del mapa de procesos

Los mapas de procesos deben revisarse periódicamente, al menos una vez al año y siempre que se identifique un nuevo proceso. Los nuevos procesos identificados deben ser codificados y ubicarlos dentro de su bloque correspondiente.

Por otra parte, cada proceso documentado hay que revisarlo según protocolo establecido previamente. En dicho protocolo se incluirán todas las variables, actividades, decisiones que pueden generar incertidumbres; el objetivo es minimizar las incertidumbres y así establecer un árbol de decisiones que evite la variabilidad y otros defectos de calidad.

En figura 5 se describe en general cómo se debe llevar a cabo la revisión del mapa de procesos y los procesos que lo compone. A continuación se incluyen los diversos cuestionarios que previamente consensuados nos servirán de guía para revisar cada uno de los procesos.

En la revisión de los procesos de gestión, soporte y clínicos se utilizan los siguientes:

- Cuestionario marco de seguimiento y adecuación de procesos.
- Cuestionario de seguimiento y control de la estabilización de procesos
- Cuestionario de control y ajuste de los procedimientos.
- Cuestionario de control y ajuste del diagrama de flujo.
- Cuestionario de control de las características de seguridad y calidad
- Cuestionario de control de Trayectorias clínicas

En dichos cuestionarios se introduce ejemplos de cómo se han efectuado y evolucionado las revisiones previas entre los documentos realizados durante los años 2011 a 2014.

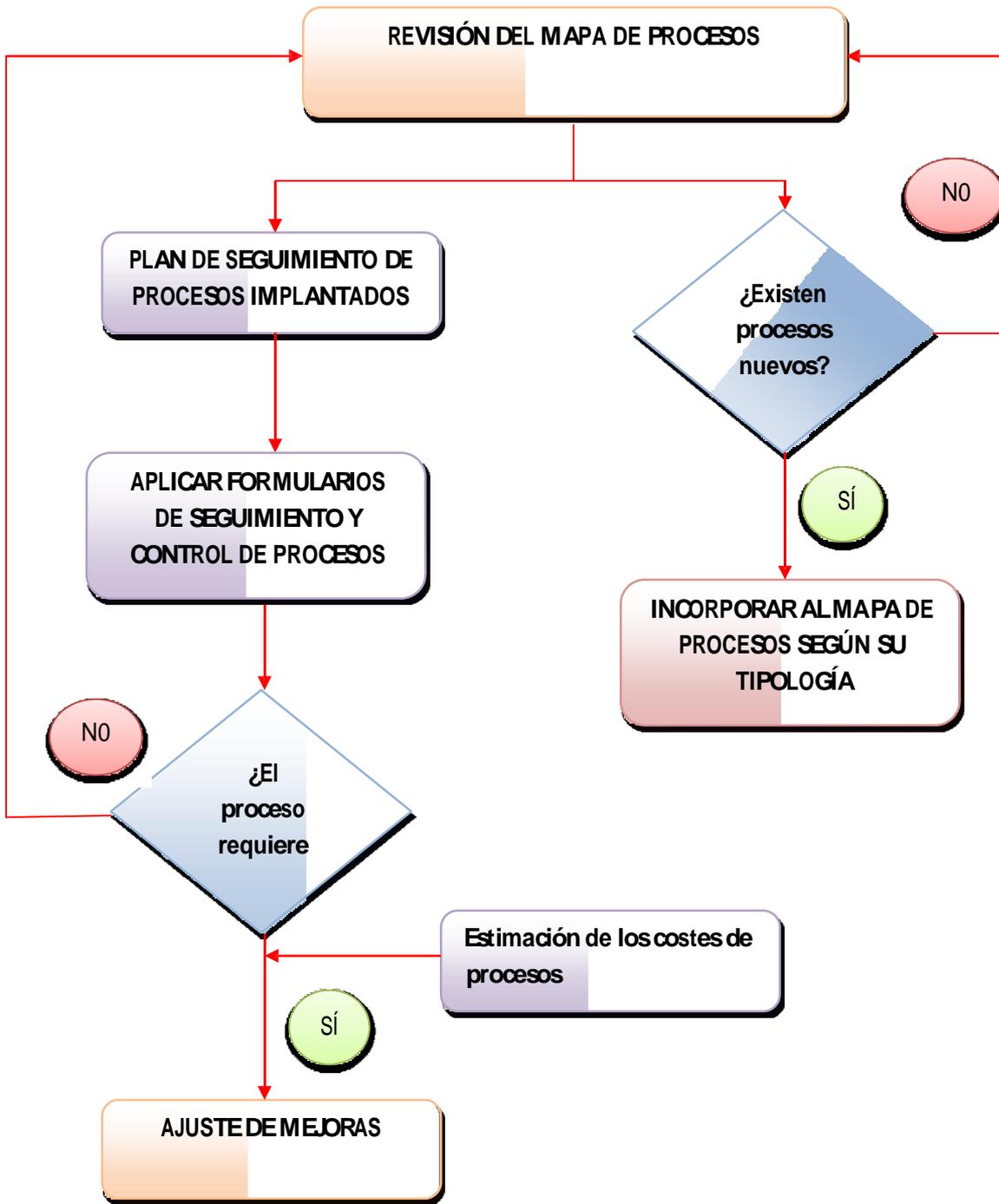


Figura 5. Seguimiento y ajuste de procesos

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y ADECUACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS

¿SE IDENTIFICAN REVISIONES IMPORTANTES O NUEVOS PROCESOS DE GESTIÓN? **S** **NO**

NUEVOS PROCESOS DE GESTIÓN IDENTIFICADOS:

- Gestión unidad Aparato Locomotor: coordinación Atención Especializada Atención Primaria. Pendiente de estabilizar hasta que se consolide la Unidad del Aparato Locomotor.
- Gestión de la calidad total: autoevaluación, reevaluación y mejora continuada
- Gestión de la guardia Jefe de Hospital

PROCESOS DE GESTIÓN QUE HAN NECESITADO CAMBIOS :

- En gestión es necesario estimar los costes directos.
- Organización de la Hospitalización
- Organización de las Consultas Externas
- Organización de la Urgencia
- Gestión lista de espera quirúrgica

¿SE IDENTIFICAN NUEVOS PROCESOS DE SOPORTE? **S** **NO**

PROCESOS DE SOPORTE QUE NECESITAN REVISIÓN

- Todos los procesos de soporte necesitan la estimación de sus costes directos
- Organización de la Formación Permanente
- Solicitud de pruebas de Diagnóstico por Imagen
- Gestión de la información clínica

¿SE IDENTIFICAN NUEVOS PROCESOS CLÍNICOS? **S** **NO**

NUEVOS PROCESOS CLÍNICOS IDENTIFICADOS:

Trabajar sobre Procesos Clínicos Integrados a partir de 2014

PROCESOS CLÍNICOS QUE NECESITAN REVISIÓN

- Todos los procesos clínicos necesitan la estimación de sus costes

CUESTIONARIO MARCO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS**CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN**

NOMBRE DEL PROCESO	TIPO DE PROCESO	CODIGO	
MISIÓN DEL PROCESO: Está bien definida la razón de ser del proceso: indica qué hacemos, para quién lo hacemos y cómo lo hacemos.			
En caso de ajuste de la Misión, ¿dicho ajuste ha sido total o parcial?		Total	Parcial
LIMITES DEL PROCESO: Están bien situados el comienzo y finalización del proceso y no necesita ajuste.		SI	NO
Cuando se detecta que hay que ajustar algún límite del proceso, se exige la revisión completa del mismo, y esto cobra especial importancia en la adecuación de los procedimientos.			
TIEMPO DEL PROCESO: En cada proceso debe figurar la estimación temporal que abarca (tiempo entre los límites inicial y final)		SI	NO
FRECUENCIA DEL PROCESO: Los procesos son protocolos que se repiten continuamente y tienen una frecuencia sostenida en el tiempo; dicha frecuencia debe figurar en la evaluación de la implantación, debiendo ser fija normalmente en los procesos de gestión y soporte y variable, según el contrato programa, en los procesos clínicos.		SI	NO
		SI	NO

<p>CLIENTES: Están correctamente identificados y registrado los receptores del proceso, así como las necesidades y expectativas que presentan. En caso de que se hayan identificado nuevas necesidades y expectativas deben ser incluidas en el formulario de estabilización y revisar si necesitan nuevas actividades o toma de decisiones para satisfacerlas.</p>		
<p>PROVEEDORES: Están identificados y definidos los proveedores del proceso, tanto desde el punto de vista interno del SCOT como de otros servicios o niveles de atención sanitaria. Los procedimientos realizados por los proveedores deben satisfacer los requisitos (necesidades y expectativas) de los clientes del proceso</p>	SI	NO
<p>ENTRADAS DEL PROCESO: Están definidos los recursos especiales que intervienen en el proceso, las normas reguladoras, los procedimientos y las guías o trayectorias clínicas.</p> <p>En este aspecto hay que prestar atención en los procesos de gestión y soporte a cualquier norma que pueda regular legalmente la ejecución del proceso. En los procesos clínicos, es imprescindible que exista la trayectoria clínica.</p> <p>En caso de ajuste, se debe indicar en qué aspectos concretos el proceso presentaba fallos o defectos de calidad y de qué tipo.</p>	SI	NO
<p>SALIDAS DEL PROCESO: Están expresados los productos intermedios o finales. En los procesos de gestión, los productos se deben ajustar a las actividades o decisiones que contiene el procedimiento, mientras que en los procesos clínicos, se revisará el formulario de calidad y seguridad del proceso en los flujos de salida.</p>	SI	NO
<p>MÉTRICAS DEL PROCESO: la medición del proceso se realiza mediante métricas. Son criterios e indicadores con sus estándares (que deben estar fijados en el protocolo de estabilización), los cuales nos permiten conocer las tendencias de resultados, hacer estimaciones y, en su caso, corregir desviaciones.</p> <p>Valorar solo la inclusión de métricas que estén sometidas a un proceso de control de gestión/cuadro de mando del hospital, ya que el resto va a ser muy difícil de generar información significativa. Por tanto, todo aquello que pueda medir y no esté institucionalizado, intentar convertirlo en “criterios privados del servicio”.</p>	SI	NO

RESPONSABLE DEL PROCESO. Cada proceso debe disponer de un Responsable, el cual será el que lidere dicho proceso.	SI	NO
La revisión del proceso culminará con un informe firmado por el responsable del proceso.		
COSTES. Cada proceso debe tener incluido la estimación de costes, estimados por el método ABQ: ABM/ABC	SI	NO

QUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS		
CRITERIOS DE VALORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS		
NOMBRE DEL PROCESO	TIPO DE PROCESO	CODIGO
REDACCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: ¿El proceso tiene redactado el procedimiento ejecutivo?	SI	NO
ACTORES DEL PROCEDIMIENTO: El procedimiento tiene asignados el Responsable y FEAs?	SI	NO
SISTEMATIZACIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS: ¿Están bien detalladas en orden las actividades, tareas o decisiones?	SI	NO
SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO: ¿El procedimiento permite la evaluación de métricas y en su caso la corrección de desviaciones?	SI	NO
CONOCIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO: ¿El procedimiento es conocido y aceptado por los miembros del SCOT?	SI	NO
APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO . ¿El procedimiento se aplica con éxito?	SI	NO
	SI	NO

COHERENCIA CON EL DIAGRAMA DE FLUJO: ¿Se corresponde el diagrama de flujo con los pasos reflejados en el procedimiento? _____

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS		
CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL DIAGRAMA DE FLUJO		
NOMBRE DEL PROCESO	TIPO DE PROCESO	CODIGO
EXISTENCIA DEL FLUJOGRAMA: ¿ El proceso tiene el flujograma? _____		
	SI	NO
COHERENCIA DEL FLUJOGRAMA. ¿Las figuras del flujograma con sus contenidos se corresponden con las propuestas en el libro de procesos? _____		
	SI	NO
SISTEMATIZACIÓN DE ACTIVIDADES Y TAREAS: ¿Están bien detalladas y sistematizadas las figuras de acuerdo a los procedimientos? _____		
	SI	NO
SISTEMA DE CORRECCIÓN DE DEFECTOS DE CALIDAD: ¿Persisten los defectos de calidad reseñados en el flujograma? En su caso, ¿están corregidos? _____		
	SI	NO
CALIDAD DE INTERPRETACIÓN: ¿Entienden todos los miembros del SCOT el flujograma? _____		
	SI	NO

**1. CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS
CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DEL PROCESO**

NOMBRE DEL PROCESO	TIPO DE PROCESO	CODIGO	
	clínico		
REDACCIÓN DE LOS DESTINATARIOS: El proceso clínico debe incluir la relación de destinatarios que serían los clientes principales y secundarios, así como otros servicios o unidades con el que el proceso mantiene interfaces de coordinación asistencial.	SI	NO	
	SI	NO	
FLUJOS DE SALIDA. El proceso tiene identificados los factores y unidades asistenciales que intervienen en el mismo.	SI	NO	
	SI	NO	
CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD: ¿Están bien detalladas en orden las actividades, tareas o decisiones?: <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica: correctamente cumplimentado los requisitos marcados en Selene. • Preoperatorio del paciente • Intraoperatorio • Postoperatorio • Otros productos finales de unidades de coordinación asistencial 	SI	NO	

**CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS
CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LA TRAYECTORIA CLÍNICA**

NOMBRE DEL PROCESO	TIPO DE PROCESO	CODIGO	
	clínico		
<p>PREINGRESO: Consultas externas: el proceso debe de tener estandarizado el número y tipo de consultas externas que de promedio debe realizarse a cualquier paciente que cumpla las características clínicas de este proceso antes de ser tratado quirúrgicamente o mediante otras medidas similares.</p>		SI	NO
<p>AL INGRESO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad médica • Actividad de cuidados de enfermería en actividades colaborativas/derivados • Medicación • Actividad física • Dieta • Otras medidas de interés clínico 		SI	NO
<p>ACTIVIDAD MEDICA: La actividad médica recoge las decisiones y tareas referentes al</p> <p>INBRESO: confirmación de que el paciente está incluido en el parte de quirófano y revisión del preoperatorio, considerando dentro de éste apartado el consentimiento informado, el informe de anestesia y reanimación, el tratamiento prequirúrgico y la necesidad de pruebas de imagen y laboratorio .</p> <p>INTRAOPERATORIA: en el espacio quirúrgico la trayectoria debe disponer de la revisión del paciente antes de bajar a quirófano con marcado de la extremidad a intervenir, dentro de quirófano la cumplimentación de la lista de verificación quirúrgica "Check-list", y el chequeo de cuantas necesidad clínicas sean necesarias en función del tipo de proceso y las características endógenas de cada paciente.</p> <p>EN CONVALENCIA O INTERNAMIENTO: en esta fase la trayectoria debe contemplar la visita diaria en planta, la adecuación del tratamiento médico y quirúrgico, enfermero en cuanto a actividades derivadas, valoración de la rehabilitación, pruebas de imagen y laboratorio y alta.</p> <p>AL ALTA. Al alta del paciente se debe considerar: los criterios de alta, la medicación, los cuidados de continuidad, la cita en consultas externas y la cumplimentación del informe de alta al paciente y los datos de alta requeridos por el Selene.</p>		SI	NO
<p>ACTIVIDAD ENFERMERÍA: las actividades de enfermería deben de incluir: acogida del paciente, valoración de enfermería, procedimiento de preparación quirúrgica, plan de cuidados estándar o individual, informe de alta de enfermería.</p>			

PRUEBAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN: El proceso debe de tener consignado el número y tipos de prueba de diagnóstico por imagen necesarias para obtener facilitar un correcto juicio clínico.		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECIFICOS: En este apartado deberá estar incluido cualquier tipo de tecnología/ material quirúrgico necesario para el tratamiento y práctica clínica.		
PRUEBAS DE LABORATORIO: El proceso debe de tener consignado el número y tipos de prueba diagnósticas de laboratorio necesarias para obtener facilitar un correcto juicio clínico.		
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA: La medicación en trayectoria clínica debe contener aquella establecida por la unidad de anestesia y reanimación, así como toda la medicación estándar que debe facilitarse al paciente según el proceso, pautada por tiempo y dosis.		
ACTIVIDAD: En la trayectoria se debe reflejar los datos de inmovilización, reposo, movilización y deambulacion, así como cualquier otra característica según la estructura musculo-esquelética afectada.		
DIETA: La dieta se prescribirá según las necesidades medico quirúrgicas del proceso y las características individuales de los pacientes.		
OTRAS MEDIDAS CLÍNICAS: En este apartado se reflejarán todas las medidas complementarias necesarias para una correcta evolución del proceso/paciente, la atención a la familia, así como cualquier otra observación que pueda influir en el bienestar del paciente en su etapa pre, intra o postquirúrgica.		
POS-ALTA CLÍNICA: Consultas externas: el proceso debe de tener estandarizado el número y tipo de consultas externas que de promedio debe realizarse a cualquier paciente que cumpla las características clínicas necesarias para ofertarle el alta definitiva, una vez cumplidos los requisitos de la fase diagnóstica y terapéutica.		

SECCIÓN DE
PROCESO CLAVE

PROCESO CLAVE GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR LA NORMA ISO 9004 DE 2009

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Gestión de la calidad total por la norma ISO 9004 de 2000	CÓDIGO DE PROCESO:	PC 01
-----------------	--	---------------------------	--------------

RESUMEN

El proceso establece un modelo de gestión de la calidad basado en la autoevaluación y reevaluación del SCOT, mediante un formulario de atributos adaptado y validado, tomando como referencia la norma internacional UNE EN ISO 9004 de 2009. Es un proceso continuo de mejora de la calidad donde cada el servicio revisa sus actuaciones, procedimientos, procesos y relaciones con pacientes y otras partes interesadas.

El proceso abarca 3 subprocesos:

- ✓ Evaluación del grado de desempeño por norma ISO 9004 de 2009
- ✓ Reevaluación del grado de desempeño por norma ISO 904 de 2009
- ✓ Revisión y mejora de los procesos implantados

ABSTRACT

The process establishes a model of quality management based on the self-assessment and reevaluation of the SCOT, a form of attributes adapted and validated, with reference to the international standard UNE EN ISO 9004 2009. It is a continuous process of improvement of the quality where each service review their actions, procedures, processes and relationships with patients and other interested parties. The process involves 3 threads:

- ✓ evaluation of the level of performance by standard ISO 9004 2009
 - ✓ reevaluation of the degree of performance by standard ISO 904 2009
 - ✓ review and improvement of the implemented processes
-

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS					
PROCESO :	Gestión de la calidad total por norma ISO 9004 de 2009				
TIPO DE PROCESO	Clave de la unidad	CÓDIGO	PC01		
MISIÓN DEL PROCESO	Tomando como referencia el modelo de la Norma UNE EN ISO 9004 de 2009 adaptado a las organizaciones sanitarias, establecer un juicio objetivo sobre el grado de madurez en el desempeño de la Unidad de Cirugía ortopédica y Traumatología (Evaluación) con la finalidad de identificar oportunidades para la mejora continua, al año de la evaluación identificar los cambios producidos y revisar los enfoques del modelo bajo la filosofía de la mejora continua de la calidad.				
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Recoger un juicio crítico de todos los miembros del SCOT, a través de la cumplimentación del cuestionario de autoevaluación de unidades clínicas ISO 9004 de 2009.			
	FINAL	Informe de resultados de la reevaluación en el grado de desempeño del SCOT.			
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	50 horas// 3000 UTM	FRECUENCIA	1 Autoevaluación anual	
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS		
	<ul style="list-style-type: none"> Todos los miembros del SCOT <ul style="list-style-type: none"> Médicos 		<ul style="list-style-type: none"> Usuarios del servicio Proveedores del servicio Otras partes interesadas 		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS		
	<ul style="list-style-type: none"> Contar con un plan de calidad como referencia en la mejora continua. 		<ul style="list-style-type: none"> Ordenar las áreas de actividad de la gestión clínica. Conocer objetivamente los puntos débiles que presenta el SCOT en el desempeño global de sus competencias. Identificar y analizar los procesos y procedimientos que se llevan a cabo en la unidad Documentar y aplicar la gestión clínica por procesos. 		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Dirección del Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC). Proveedor facilitador 				
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de la Unidad FEAS de la Unidad 		<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de autoevaluación ISO 9004 de 2009. 		<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario validado.
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Documento de resultados de la Autoevaluación. Documento Resultado de la Reevaluación Plan de Calidad de la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología Documento: mapa de procesos de la Unidad Documento: libro de procesos de gestión y soporte Documento: libro de procesos clínicos 				
COSTE	PERSONAL	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	1995,5 €				1995,5 €
MÉTRICAS	Criterios: Los requisitos del proceso existen y son válidos tanto para proveedores como para clientes. Indicadores:				

	<p>De Autoevaluación :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madurez en el desempeño global de la Unidad • Madurez en la gestión de la calidad de la Unidad • Madurez en la gestión de recursos • Madurez en la realización de los productos/procesos <p>De proyectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proyectos identificados. • Acciones de mejora identificadas. • Tasa de proyectos desarrollados. • Tasa de acciones de mejora desarrolladas.
RESPONSABLE	Fernando Delgado Velilla
OBSERVACIONES	<p>I. Este proceso se aplica en dos tipos de subprocesos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Al inicio: Subproceso único de medición de la calidad en el momento del arranque. b. Al completar los tiempos fijados en el cronograma del plan de calidad: Subproceso de medición de la calidad y análisis de la mejora. <p>II. Se ha completado el proceso de reevaluación con lo resultados expresados en la Tabla 1.</p>

TABLA 1. REGISTROS DE RESULTADOS COMPARATIVOS ENTRE 2011 Y 2009

CAPITULOS	Nivel de maduración 2011	Nivel de maduración 2009	Puntos en 2011	Puntos en 2009	Efecto en el desempeño 2011	Efecto en el desempeño 2009
PRIMERO	Muy alto	Muy Bajo	9 sobre 10	3 sobre 10	90%	30%
SEGUNDO	Alto	Alto	48 sobre 60	43 sobre 60	80%	71%
TERCERO	Alto	Alto	36 sobre 50	32 sobre 50	72%	71%
CUARTO	Muy Alto	Medio	54 sobre 60	36 sobre 60	90%	60%
QUINTO	Alto	Bajo	32 sobre 40	15 sobre 40	80%	37,5%
RESULTADO GLOBAL	Alto	Medio	179 sobre 240	129 sobre 240	74,5%	54%

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO : GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR NORMA ISO 9004 DE 2009

CÓDIGO PC 01

CÓDIGO PC 01. Pr 01

DE PROCESO:

PROCEDIMIENTO:

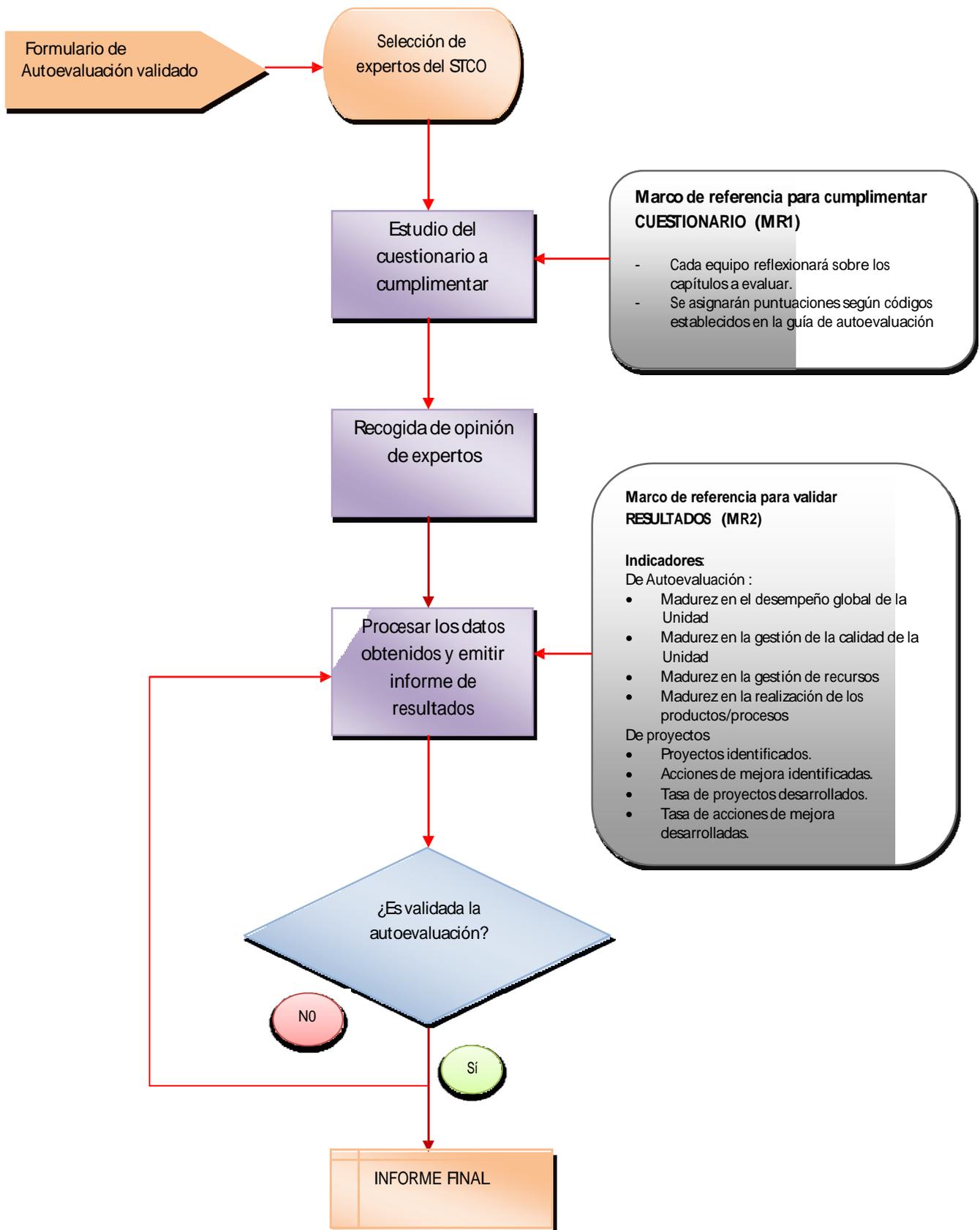
FASE DE ORGANIZACIÓN

- I. Organización de los equipos de trabajo para establecer el grado de maduración del STCO en el marco de la calidad total.
- II. Hacer seguimiento de la mejora de la calidad del STCO

FASE OPERATIVA

- I. Constitución de un grupo de expertos de la Unidad.
 - II. Explicar el cuestionario a cumplimentar.
 - III. Recogida de la opinión y juicio de todos los profesionales de la Unidad a través de 5 reuniones mantenidas con una hora de duración de cada una de ellas.
 - IV. Procesar los datos obtenidos.
 - V. Emitir resultados.
 - VI. Validar resultados con la Dirección del hospital.
 - VII. Elaborar el informe final del trabajo.
 - VIII. Publicar trabajo final.
-

DIAGRAMA DE PROCESO: PC01 GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR NORMA ISO 9004 DE 2009



UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	AUTOEVALUACIÓN NORMA ISO 9004 DE 2009	Frecuencia	CÓDIGO	PG04
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico		Valor UTM	Coste Directo
ACI	1	Dirección de Unidad	Organización de los equipos de trabajo	30		0,70	21
ACI	2	Dirección de Unidad	Hacer seguimiento de la mejora de la calidad del STCO	25		0,70	17,5
AEU	3	SCOT	Recogida de la opinión y juicio de todos los profesionales de la Unidad a través de 5 reuniones	445		0,70	311
AEU	4	SECOT	Procesamiento de la información recopilada	1500		0,70	1050
AEU		SECOT	Validar avances de resultados	500		0,70	350
AEU	5	SCOT	Elaborar informe final	500		0,70	350
Observaciones: Sin observaciones				Total UTM	3000	Total Coste de las Actividades Gestionadas	1995,5 €

SECCIÓN DE PROCESOS DE GESTIÓN

PG 01. ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Organización del área de hospitalización	CÓDIGO	PG.01
		DE PROCESO	

RESUMEN

Este proceso establece las condiciones necesarias para asegurar una atención médica integral a los pacientes ingresados dentro de la unidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Planifica la rotación de efectivos en planta, así como las principales tareas que deben realizar en su agenda de trabajo. El proceso pone énfasis en la importancia de la coordinación con otros espacios de asistencia, principalmente con el área quirúrgica y urgencias e incide en las buenas prácticas de control de los procesos clínicos y en la importancia de una información precisa y de calidad a los pacientes y familiares.

ABSTRACT

This process establishes the conditions necessary to ensure a comprehensive medical care to patients admitted in trauma and surgery Ortopédica unit. Plans for the rotation of troops in plant as well as major tasks to be carried out in your work schedule. The process puts emphasis on the importance of coordination with other areas of assistance, mainly with the surgical area and emergency and has an impact on good practices for control of clinical processes and the importance of accurate information and quality to patients and families.

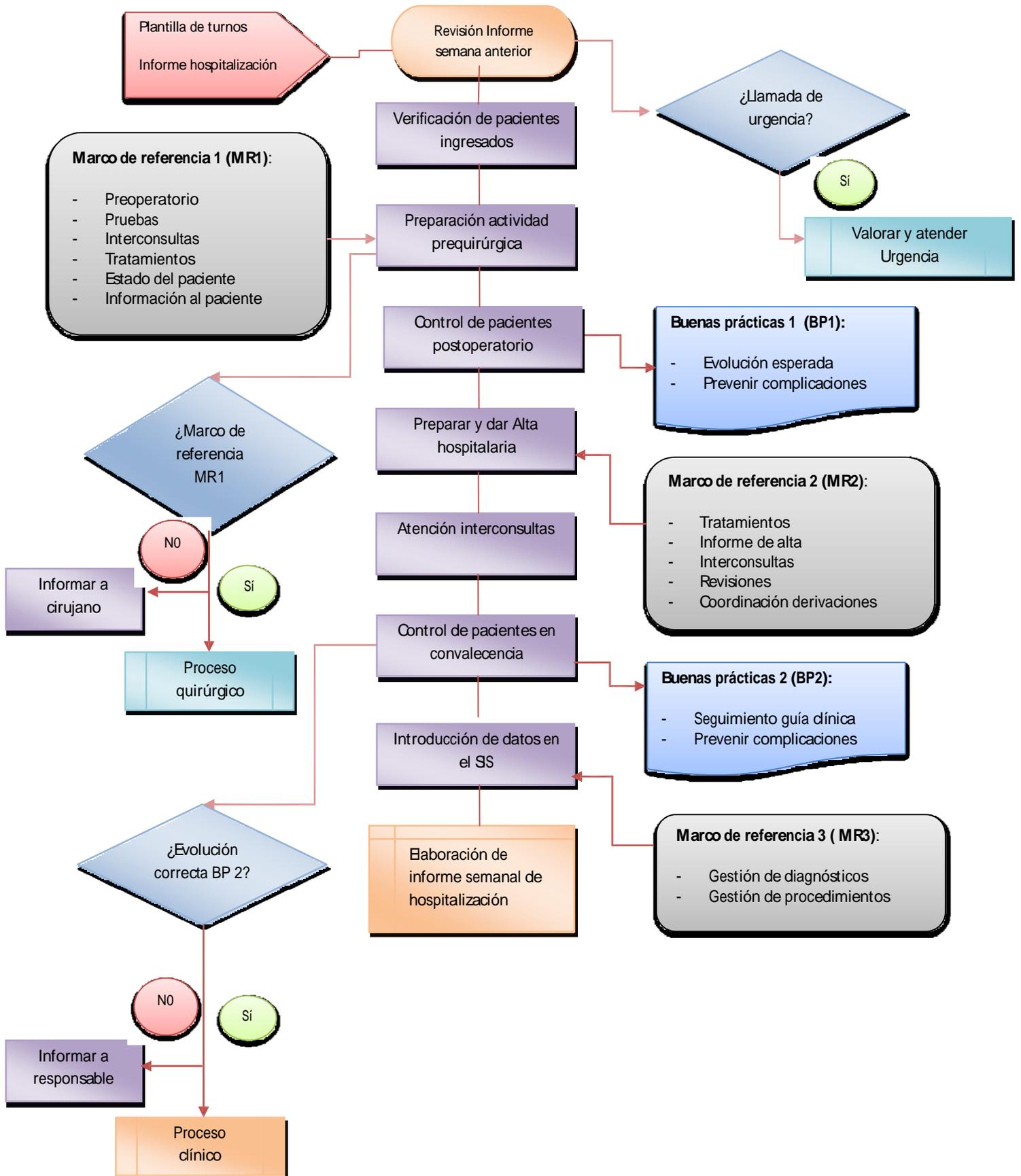
FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO :	Organización del área de hospitalización					
TIPO DE PROCESO	GESTIÓN			CÓDIGO	PG.01	
MISIÓN DEL PROCESO	Abordar las necesidades clínicas propias de la especialidad de los enfermos ingresados en el SCOT mediante la asignación permanente de un FEA en planta de lunes a viernes (los fines de semana y festivos las incidencias las realizará el FEA de guardia) mediante la organización de una agenda/programa que facilite la mayor seguridad y calidad técnica en la atención de los procesos clínicos.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Entrada/posición del FEA en planta de hospitalización según su régimen de rotaciones por el espacio de atención del SCOT				
	FINAL	Realizar informe al finalizar su estancia en hospitalización con incidencias y situación general de pacientes ingresados.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	7 horas		FRECUENCIA	5 días/ 1FEA Mensual: 20 Anual: 260	
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIO		
	Plantilla médica (FEAs) del SCOT			Pacientes ingresados		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES EXPECTATIVAS					
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de servicio: Responsable de elaborar el informe final 					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> FEA asignado a planta 	<ul style="list-style-type: none"> "Table" de conexión a intranet "Buscapersonas" 		<ul style="list-style-type: none"> Plantilla de organización del STCO Procedimiento operativo del proceso 		
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes preparados para cirugía en el día Tratamientos médicos actualizados Altas según estándar de estancia media en procesos clínicos Interconsultas atendidas Informe semanal realizado Pacientes informados con los requisitos de calidad (nota 1) 					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	295€	No	No	No	No	295€
MÉTRICAS	<p>Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes.</p> <p>Indicadores: Tasa de rotación médica en hospitalización. Estándar: 1 rotación/12 semanas</p> <ul style="list-style-type: none"> Tasa de rotación médica en hospitalización. Estándar: 1 rotación/12 semanas Estancia Censal Ingresos Ingresos urgentes Éxitus Ingresos por traslado servicio Ingresos programados Altas totales Altas Traslado de Servicio 					

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interconsultas con otros servicios
RESPONSABLE	Dr. Fernando Delgado Velilla
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Se incidirá, por parte de cada FEA del SCOT en la <u>calidad de la información</u>, ofreciendo siempre a los pacientes y familiares una información homogénea referente a la evolución del proceso clínico. • El FEA asignado a la unidad de hospitalización debe atender también a la llamada de urgencia de la Unidad durante el turno de mañana.

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS			
PROCESO	ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN		
CÓDIGO DE PROCESO	PG.01	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG.01.Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del proceso etapa ejecutiva			
<ul style="list-style-type: none"> I. Confeccionar la plantilla de organización del Trabajo del SCOT trimestralmente II. Insertar la plantilla en la Intranet del SCOT// Comunicar por correo electrónico a los médicos del servicio. 			
FASE OPERATIVA			
<ul style="list-style-type: none"> I. Lectura del informe de hospitalización de la semana anterior. II. Revisión del número y características de enfermos ingresados en planta. III. Identificación y preparación de la actividad prequirúrgica: estado general de paciente y constantes, pruebas preoperatorias, pruebas complementarias, interconsultas, tratamientos médicos. IV. Revisión del estado general y quirúrgico de pacientes postquirúrgicos. V. Preparación de la documentación prealtas: a domicilio (tratamientos, informe clínico de alta y revisiones en consultas), coordinación con trabajador social de altas por traslados a centros de media/larga estancia. VI. Cumplimentar documentación de altas a pacientes. VII. Atención a las interconsultas pendientes solicitadas por otros servicios medico quirúrgicos del hospital. VIII. Revisión de pacientes ingresados y en convalecencia de procesos clínicos. IX. Información al paciente y familiares coordinada con el médico responsable del paciente. X. Evaluación de incidencias relevantes e Información si procede a responsables de procesos clínicos, responsables de sección o jefe de servicio. XI. Cumplimentar la información clínica en el Sistema de Información del Servicio (SIS) de responsabilidad del FEA asignado a hospitalización. XII. Informar d situación complejas o de riesgo al médico de guardia que da continuidad a la atención en hospitalización. XIII. Confección de la memoria semanal sobre la situación de pacientes ingresados y subirlo a la intranet del SCOT. 			

DIAGRAMA DE PROCESO: ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN



UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN		CÓDIGO	PG01
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	variable	Dirección Unidad	Confección plantilla organización Unidad de Hospitalización	15	1	0,70	10,5€
ACP	variable	Dirección Unidad	Trasladar a FEA organización de la Unidad	15	1	0,70	10,5 €
ACU	01	Hospitalización	Revisión/información informe entrada salida de guardia	15	1	0,70	10,5€
AEI	02	Hospitalización	Verificación de pacientes ingresado	15	1	0,70	10,5€
AEI	03	Hospitalización	Preparación actividad pre quirúrgica	10	3	0,70	21€
AEC	04	Hospitalización	Control de pacientes en postoperatorio	10	3	0,70	21€
AEC	05	Hospitalización	Preparar altas de la Unidad	30	2	0,70	42€
AEA	06	Hospitalización	Atención interconsultas internas	30	2	0,70	42€
AEC	07	Hospitalización	Control de pacientes en convalecencia	10	8	0,70	56€
ACP	08	Hospitalización	Información a paciente/familia	5	8	0,70	28 €
AEU		Hospitalización	Introducción de datos en el SS	60	1	0,70	42 €
Observaciones:				Total UTM	420	Total Coste de las Actividades Gestionadas	295€

PG 02 GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Gestión de la lista de espera quirúrgica	CÓDIGO	PG 02
		DE PROCESO:	

RESUMEN

Este proceso ordena las decisiones y flujos administrativos tanto de pacientes pendientes de ingreso programado como de valorados en urgencias con necesidad quirúrgica. El propósito es incluirlos en programación quirúrgica sin sobrepasar los tiempos de demora máxima que tiene establecido la Comunidad de Madrid. El proceso actualmente presenta algunos problemas de “colas”, por lo que se proponen medidas precisas para conciliar con mayor eficacia los objetivos institucionales y las necesidades de los pacientes valorados por los médicos del servicio.

ABSTRACT

This process orders decisions and administrative workflows both valued at emergency surgical need outstanding scheduled income patients. The purpose is to include them in surgical scheduling without exceeding maximum delay that has established the Madrid times. The process currently has some problems "queues", so precise measures are proposed to reconcile better institutional objectives and needs of patients by physicians service.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS							
PROCESO:	Gestión de la lista de espera quirúrgica						
TIPO DE PROCESO	GESTIÓN			CÓDIGO	PG02		
MISIÓN DEL PROCESO	Gestionar las necesidades de espera quirúrgica, tanto en los pacientes pendientes de ingreso programado como de los ingresos urgentes, con el fin de abordar con eficiencia los procesos quirúrgicos propios de la especialidad.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Inclusión en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) desde consultas externas o urgencias.					
	FINAL	Paciente programado en parte de quirófano					
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	No superior a 30 días desde consulta ANR		FRECUENCIA	4 mensual. 48 por año		
	PRINCIPAL			SECUNDARIO			
CLIENTES/ USUARIOS	Plantilla médica del SCOT			Pacientes susceptibles de cirugía			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES// EXPECTATIVAS						
	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar el proceso de demora quirúrgica con la máxima eficacia y celeridad. • Cumplir los estándares establecidos sobre demora máxima en cirugía. • Organización quirúrgica coherente con cada caso. 						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de quirófano: dirección, jefes de servicios quirúrgicos, supervisión enfermería y servicio de admisión • Jefe del SCOT 						
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Servicio: plantilla de organización del trabajo. • FEAS SCOT 		<ul style="list-style-type: none"> • Archivo LEQ programa Selene 		<ul style="list-style-type: none"> • Parte de quirófano semanal del SCOT • Decreto 605/2003 de la Comunidad de Madrid. • Decreto 63/2004 de la Comunidad de Madrid. • Decreto 478/2004 de la Comunidad de Madrid. • Orden 602/ 2004 de la Comunidad de Madrid. 		
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes incluidos en LEQ programada • Pacientes incluidos en LEQ urgente 						
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL	
	377,70	No	No	No	No	377,70€	
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio 1: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes. • Criterio 2. Los pacientes aptos para programación quirúrgica no deben sobrepasar 30 días. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tasa de pacientes aptos para programación quirúrgica. ○ Número de pacientes que superan la demora máxima 						
RESPONSABLE	Dr. Fernando Delgado Velilla						
OBSERVACIONES	I. Para ofertar una acción en la gestión de la LEQ centrada en las necesidades del paciente, y dado los recursos actualmente disponibles, en la actualidad se deben						

	<p>conciliar el estándar de demora quirúrgica institucional en pacientes programados con el criterio propuesto por los FEAs del SCOT de urgencia real. Desde el punto de vista funcional y en aras de lograr el mejor pronóstico en los pacientes del STCO se deberían establecer dos medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer de 8 horas de utilización de quirófano de urgencias 2 días a la semana. • Separar la gestión de LEQ en dos enfoques: por un lado, la LEQ programada (CMA y CMH) y, por otro, la LEQ de pacientes ingresados desde urgencias. <p>II. En la LEQ por ingresos urgentes se debe valorar los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Comorbilidad asociada • Severidad del caso • Punto de gravedad del proceso: criterio de pronóstico adverso en caso de demora quirúrgica. <p>III. En el abordaje del proceso urgente se atenderá a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes estables y bajo control que puedan ser intervenidos sobre la marcha por disponibilidad de quirófano y medios humanos. • Pacientes sujetos a espera máxima en programación quirúrgica, que no deben superar los 7 días.
--	--

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO:	GESTIÓN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA		
CÓDIGO DE PROCESO:	PG 02	CÓDIGO PROCEDIMIENTO:	PG 02. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Comisión De Quirófano:			
I. Reunión semanal y aprobación del parte semanal de programación quirúrgica del SCOT			
II. Control de demoras máxima.			
FASE OPERATIVA			
FEAs del SCOT:			
I. Establecimiento del diagnóstico médico-quirúrgico en consulta			
II. Apertura Registro de inclusión LEQ			
a. Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)			
b. Cirugía mayor Hospitalaria (CMH)			
III. Solicitud de preoperatorio:			
a. Analítica completa			
b. Placa Rx Torax			
IV. Interconsulta con Anestesia: validación del paciente para LEQ			
V. Interconsultas (si precisa el paciente) con medicina interna y/o geriatría			
VI. Recibir comunicación visto bueno de anestesia			
VII. Inclusión del paciente en LEQ			
VIII. Inclusión del paciente en parte de quirófano según criterios clínico y disponibilidad de cama.			

DIAGRAMA DE PROCESO: GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA



Marco de referencia para pacientes candidatos a cirugía (MR2)

- Registra tipo de cirugía:
 - o CMA
 - o CMH

Buenas prácticas 2 (BP2):

- Solicitar analítica completa
- Placa RX de tórax
- Interconsultas, si procede, con medicina interna y/o geriatría

Marco de referencia para pacientes ingresados por Urgencias (MR1)

- Disponer de 8 horas/semana de quirófano.

Buenas prácticas 1 (BP1):

- Valorar:
 - o Edad
 - o Comorbilidad
 - o Severidad

Apertura registro
Selene para inclusión
en LEQ

Incluir en LEQ
(NO más de 7 días)

Solicitar Interconsulta
Anestesia

Valoración en
consulta de
Anestesia (CA)

Remitir informe al
SCOT



Valoración de
problemas de

Incluir en
programación
quirúrgica

Marco de referencia para pacientes en programación quirúrgica (MR3)

- No sobrepasar 30 días de demora desde Visto Bueno de Consulta de anestesia.
- Aprobación por la Comisión de Quirófano

Proceso
quirúrgico según
diagnóstico

UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	GESTIÓN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA		CÓDIGO	
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACH	1	Dirección hospital	Reunión semanal de la comisión de programación quirúrgica	60	1 por semana	0,70	42
ACP	2	Jefatura SCOT	Control de demoras máximas en el SCOT	45	1 por semana	0,70	31,5
AEC	3	Consultas	Diagnóstico del proceso	15	6 por día	0,70	63
AEC	4	Urgencias	Diagnóstico del proceso	15	2 por día	0,70	63
AEA	5	Consultas/ urgencia	Solicitud interconsulta ANR	10	8 por día	0,70	56
AEU	6	SCOT	Valoración informe ANR	5	8 por día	0,70	28
AEU	7	SCOT	Inclusión de pacientes en LEQ mediante Selene	15	8 por día	0,70	84
ACP	8	Jefatura SCOT	Control de Listado de pacientes quirúrgico	15	1 por semana	0,70	10,5
Observaciones:				Total UTM	180	Total Coste de las Actividades Gestionadas	377,70€

PG 03 ORGANIZACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	Organización del área quirúrgica	CÓDIGO DE PROCESO:	PG 03
------------------	---	-------------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso aborda la organización de la programación quirúrgica como función sistemática del servicio. Se concretan los requisitos de calidad organizativa y seguridad necesarios para garantizar la ausencia de errores en los pacientes incluidos en los partes quirúrgicos. También incluye la guía de las principales decisiones que el médico debe tomar en los momentos antes y después del acto quirúrgico para conseguir un mayor grado de calidad técnica en su desempeño.

ABSTRACT

This process deals with organization of surgical scheduling as systematic function of the service. Organizational quality and safety requirements to ensure the absence of errors at the patients included in the surgical parts are realized. Also includes major decisions doctor should take in the moments before and after the surgical Act to achieve a higher degree of technical quality in performance guide.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

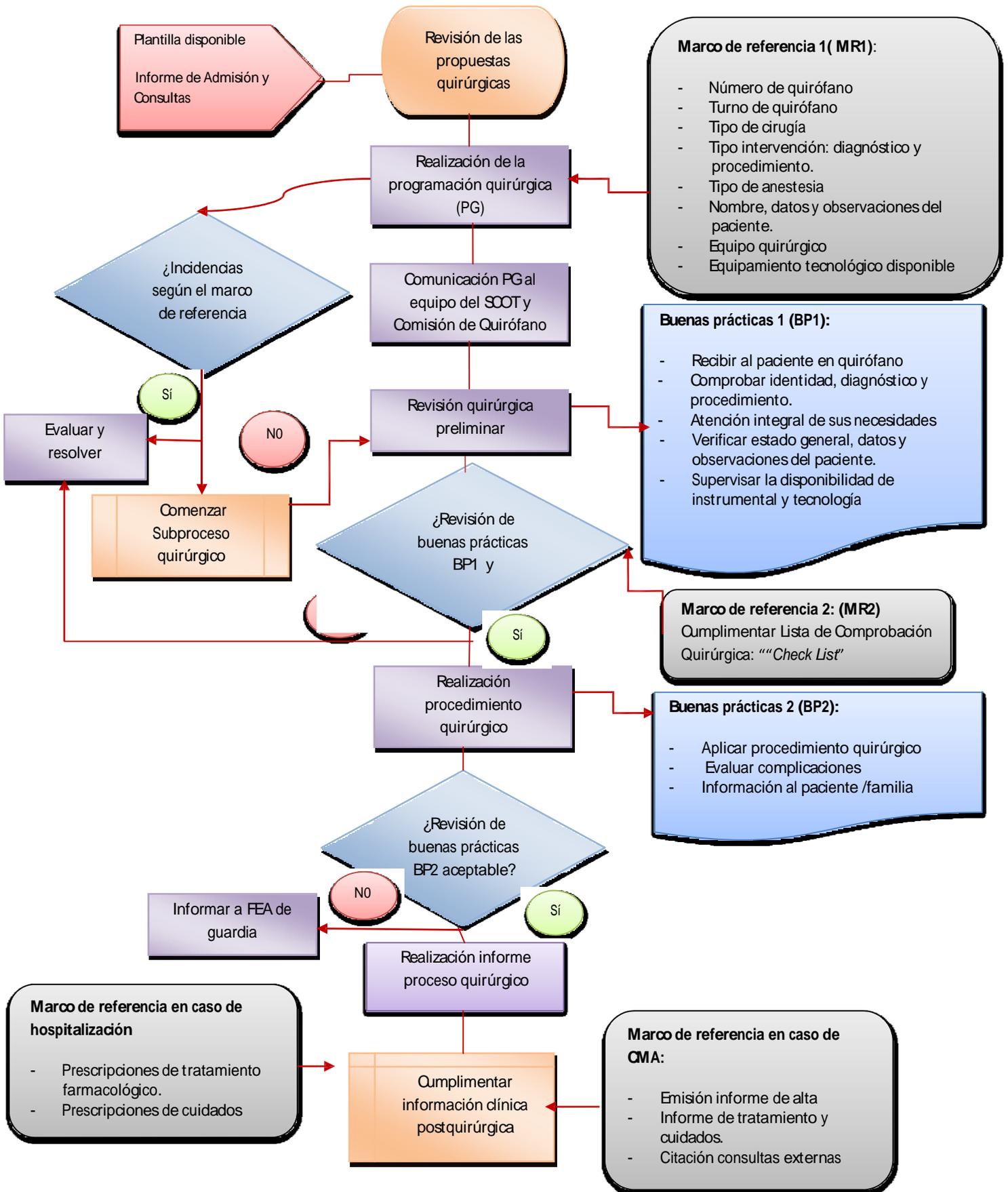
PROCESO:	Organización de la urgencia					
TIPO DE PROCESO	GESTIÓN			CÓDIGO	PG03	
MISIÓN DEL PROCESO	Abordar las necesidades quirúrgicas propias de la especialidad de los enfermos que precisan dicha atención (intervenciones programadas o urgentes con o sin estancia) mediante la asignación en dos quirófanos diarios con 4// 5 FEAs, de lunes a viernes en horario de mañana (observación 1). La programación se realizará mediante un documento de "parte quirúrgico semanal" que facilite la mayor seguridad y calidad técnica en la atención de los procesos clínicos.					
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Revisión por el Jefe de Servicio de la propuesta quirúrgica y confección de un parte semanal de programación quirúrgica (observación 2)				
	FINAL	Realización del informe relativo al acto quirúrgico.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	02:00 H. / semana		FRECUENCIA	4 mensual. 48 anual	
	CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIO	
	Plantilla médica del SCOT			Servicio de Admisión, Dirección Médica, personal no facultativo del Área Quirúrgica, Supervisión de Enfermería del Área Quirúrgica, Servicio de Esterilización, Servicio de Anestesiología.		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES// EXPECTATIVAS					
	<ul style="list-style-type: none"> Conocer con antelación la agenda de trabajo, tanto la plantilla médica del SCOT como el personal no facultativo del Área Quirúrgica (en concreto la Supervisión de Enfermería), la Dirección Médica, el Servicio de Admisión, el Servicio de Anestesiología, el Servicio de Esterilización y los proveedores de material quirúrgico. Conocer las especificaciones que regulan la calidad técnica en la organización del trabajo en el Área Quirúrgica (planificación preoperatoria correcta) Disponer de los recursos técnicos necesarios para desarrollar las actividades. 					
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de servicio: Parte Quirúrgico Semanal. FEA: desarrollo del procedimiento operativo en Área Quirúrgica. 					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> FEAs (4/5) asignados a 2 quirófanos diarios y 2 en horario atención continuada. 				<ul style="list-style-type: none"> Procedimiento operativo del proceso. Propuestas quirúrgicas y condiciones necesarias de la cirugía para su inclusión en el parte de quirófano proporcionadas por Servicio de Admisión. 	
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Parte de programación quirúrgica con sus especificaciones de calidad (observación 3). 					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	182 €	No	No	No	No	182€

MÉTRICAS	<p>Criterio: Todos los proveedores y clientes del proceso conocerán sus factores productivos y resultados.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de partes de programación quirúrgicas realizados al año ▪ Total Intervenciones Quirúrgicas ▪ Intervenciones Quirúrgicas Urgentes Ambulantes ▪ Total Intervenciones Quirúrgicas Urgentes Diferidas Ingresados ▪ Total Intervenciones Quirúrgicas con Hospitalización ▪ Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas, no Sustituídas ▪ Intervenciones Quirúrgicas Programadas ▪ Intervenciones Quirúrgicas Programadas con Hospitalización ▪ Total Intervenciones Quirúrgicas CMA ▪ Total Intervenciones Quirúrgicas Urgentes Diferidas Ambulantes ▪ Intervenciones Quirúrgicas Programadas Ambulantes ▪ Intervenciones Quirúrgicas Urgentes con Hospitalización ▪ Intervenciones Quirúrgicas Urgentes ▪ Total Intervenciones Quirúrgicas Otros procedimientos Ambulantes ▪ Total Hospital de día Quirúrgico
RESPONSABLE	<p>Dr. Fernando Delgado Velilla</p>
OBSERVACIONES	<p>1.- En horario de atención continuada –tarde-noche, fines de semana y festivos las incidencias quirúrgicas las realizará el FEA de guardia junto con el FEA localizado.</p> <p>2.- El parte de quirófano contendrá una programación para la cirugía programada con estancia y para la CMA. El parte quirúrgico puede ser modificado en caso necesario según las incidencias (intervenciones con urgencia diferida, suspensiones), con posteriores revisiones en Comité de Quirófano del Hospital y en Sesión Clínica Prequirúrgica del SCOT.</p> <p>3.- El parte de programación quirúrgica incluirá al menos: número de quirófano, turno de utilización (mañana ó tarde), nombre completo del paciente, edad, sexo, número de historia clínica, tipo de cirugía (con estancia ó CMA), tipo de anestesia (general, raquídea, locorregional, local, sin anestesia), equipamiento tecnológico especial, observaciones (necesidad de modificación de tratamiento, alergias del paciente, necesidad de sangre, necesidad de URPA ó UCI para control postoperatorio, RX intraoperatoria, etc.), tipo de intervención (diagnósticos y procedimientos), equipo quirúrgico (cirujano responsable y relación sistematizada de los ayudantes). La programación quirúrgica se comunicará en tiempo y forma a: al equipo médico del SCOT, Supervisión de Enfermería del Área Quirúrgica, Dirección Médica, Servicio de Admisión, Servicio de Anestesiología y proveedores de material quirúrgico mediante correo electrónico, colocación en la intranet del Hospital y Comité de Quirófano del Hospital.</p>

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	Organización del área quirúrgica		
CÓDIGO DE PROCESO	PG 03	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG 03. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del proceso:			
<ul style="list-style-type: none"> I. Confeccionar la plantilla de organización del Trabajo del SCOT semanal/ mensual. II. Confeccionar el Parte de Quirófano Semanal según las propuestas quirúrgicas desde el Área de Consultas Externas y Urgencias que llegan a través del Servicio de Admisión. III. Plantear el Parte de Quirófano en la Comisión de Quirófano del Hospital. En su caso, realizar las modificaciones necesarias a lo largo de la semana. IV. Insertar el Parte de Quirófano definitivo en la Intranet del SCOT y darlo a conocer por correo electrónico a los médicos del servicio y a los demás clientes secundarios del proceso. 			
FASE OPERATIVA			
FEAs asignados al Área Quirúrgica:			
<ul style="list-style-type: none"> I. Participación en la Sesión Clínica Prequirúrgica del SCOT. II. Lectura diaria del Parte de Quirófano así como de las posibles modificaciones (consultando la aplicación Selene). III. Cumplimentación de la Lista de Comprobación Quirúrgica ("Check-list"): Recibir al paciente y atender sus necesidades psicológicas y físicas en caso necesario: comprobación identidad paciente y de diagnósticos y procedimientos indicados, marcando lado a operar, revisando el estado general de paciente y constantes, pruebas preoperatorias, pruebas complementarias, interconsultas y tratamientos médicos. IV. Supervisión de disponibilidad de las pruebas, instrumental y tecnología necesaria para la intervención quirúrgica. V. Responsabilizarse o participar (según su papel en el equipo quirúrgico) activamente en la intervención quirúrgica, aplicando las técnicas más apropiadas al caso. VI. Cumplimentar la información clínica en el Sistema de Información del Servicio (SIS) de responsabilidad del FEA asignado al Área Quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> i. Protocolo/informe postoperatorio. ii. Emisión del informe de alta en pacientes de CMA con las recetas de medicamentos prescritos, solicitud de revisión en Consultas Externas y pruebas complementarias iii. En los pacientes que queden ingresados, indicar las órdenes de tratamiento (farmacológico y no farmacológico), interconsultas y pruebas complementarias que se precisen. VII. Informar de situaciones complejas o de riesgo al médico de guardia que da continuidad a la atención en hospitalización. VIII. Información inmediata a los acompañantes del paciente de la intervención y del proceso terapéutico que seguirá el paciente. 			

DIAGRAMA DE PROCESO: GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA



UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA		CÓDIGO	PG03
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	1	Jefatura del SCOT	Elaboración del parte de programación quirúrgica	60	1 por semana	0,70	42
ACP	2	Jefatura del SCOT	Realización del a programación quirúrgica	120	1 por semana	0,70	84
ACI	3	SCOT	Participación Sesión clínica prequirúrgica	45	1 por semana	0,70	31,5
AEC	4	Área Quirúrgica	Comprobación de la Lista de Verificación Quirúrgica	10	1	0,70	7
AEC	5	Área Quirúrgica	Aplicación del procedimiento quirúrgico	variable	Observación 1	0,70	
AEU	6	Área Quirúrgica	Realización del informe posquirúrgico	15	1	0,70	10,5
ACP	7	SCOT	Información familiares y paciente	10	1	0,70	7
Observaciones:				Total UTM	260	Total Coste de las Actividades Gestionadas	182 €
I. Los procedimientos quirúrgicos tienen un tiempo variable y no se imputan en este proceso. Se tomarán los dichos tiempos para valorar el coste de los correspondientes procesos clínicos.							

PG 04. ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Organización de las consultas externas	CÓDIGO	PG 04
		DE PROCESO:	

RESUMEN

Este proceso traza la organización de la demanda (a veces controlada y a veces no) de pacientes ambulantes en el área de consultas externas. Se establece una estandarización en la tarea médica que permita acercarse con eficacia a los tiempos asignados al ratio tiempo de consulta/paciente. El proceso presenta problemas funcionales externos e internos que condiciona la calidad de las actividades, y es por eso que se plantean medidas con el fin de solucionar o mejorar las disfunciones identificadas.

ABSTRACT

This process outlines the Organization of demand (sometimes controlled and sometimes not) travelling patients in the area of external consultations. Standardization is set in the medical tasks that allow approaching times assigned to ratio query/patient time effectively. Process external and internal functional problems that affects the quality of the activities, and is why measures in order to fix or improve the identified problems are planted.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO:	Organización de consultas externas					
TIPO DE PROCESO	GESTIÓN		CÓDIGO	PG 04		
MISIÓN DEL PROCESO	Atender y abordar las necesidades y organización de la demanda mediante atención ambulatoria en todos los pacientes derivados por Atención Primaria, otras áreas del SCOT y otras especialidades médico-quirúrgicas del hospital.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	LI1.- Organización mensual de la oferta de consultas. LI 2.- Citación del paciente a consulta de Traumatología, previa Inclusión en lista de espera de consultas por el servicio de Admisión.				
	FINAL	LF1.- Plantilla de organización de Consultas Externas mensual realizada. LF2.- Alta médica en consulta (curación o mejoría) sin nueva cita.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	variable	FRECUENCIA	1 por mes		
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO			
	Médicos del SCOT		Pacientes ambulantes			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES EXPECTATIVAS					
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer con antelación la agenda de trabajo (observación 1). • Racionalización de la agendas según pacto con la dirección del hospital (observación 2) • Locales de consultas adecuados dentro del horario de jornada laboral, salvo incidencias. • Personalización de las consulta por sección, médico y semana (observación 3) 					
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Servicio: confección de la agenda de consultas externas: distribución FEAs según programación de consultas. • FEAs: Pase de consultas. • Servicios centrales: diagnóstico por imagen, Laboratorio. • Admisión. • Consulta de Enfermería como soporte. 					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA	DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Servicio. • Médicos SCOT (5.5 FEAs destinados a consulta/ semana) 		Programa Selene	Agenda de consultas TRA programa Selene.		
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de consultas entregada a los FEAs del SCTO. • Pacientes diagnosticados: pendientes de pruebas y pendientes de revisión. • Pacientes con alta definitiva. 					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	263,00					263,00€
MÉTRICAS	Criterio 1: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes. Criterio 2. Los pacientes para atención ambulatoria no deben sobrepasar entre 35 y 40 días Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Total consultas externas • Primeras consultas • Consultas sucesivas • Primeras de alta resolución • Primeras no de alta resolución • Consultas en hospital • Pacientes no presentados • Pacientes no presentados en primeras consultas 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes no presentados en sucesivas consultas • Relación sucesivas primeras • Relación primeras visitas/ día • Relación consultas alta resolución/ primeras • Relación consultas hospital/total • Relación pacientes no presentados/total citas • Relación primeras no presentadas/ primeras • Relación visitas sucesivas no presentadas/sucesivas
RESPONSABLE	Dr. Fernando Delgado Velilla.
OBSERVACIONES	<p>Observación 1. En la organización actual de las consultas se cuenta con la ocupación de 24 locales semanales según la siguiente distribución horaria y locales:</p> <p><u>Horario:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mañanas: de 08:30 H. a 14:30 H. - Tardes: de 15:30H. a 21:00 H. <p><u>Distribución de locales y espacios para consulta médica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lunes: 3 locales de mañana y 2 de tarde ▪ Martes: 5 locales de mañana y 2 de tarde ▪ Miércoles: 5 locales de mañana ▪ Jueves: 5 locales de mañana ▪ Viernes 5 locales de mañana <p>Además se cuenta con sala de yesos y consulta de enfermería.</p> <p>De los locales asignados al STCO, 4 son adecuados, 1 está en precario y los espacios de atención ambulante del SCOT son discontinuos.</p> <p>Observación 2.- Existe alta presión en la demanda de la atención ambulante. Actualmente se supera el estándar de 22 pacientes por agenda de consulta/local, ya que se están atendiendo de 25 a 30. Esta sobreproducción ha estado justificada hasta el momento para normalizar los tiempos de demora en consultas, sin embargo una vez normalizados, debe corregirse. En ese sentido se proponen las siguientes medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Racionalizar la derivación de pacientes desde Atención Primaria. ▪ Regular la demanda sentida desde las diferentes asociaciones de enfermos y usuarios propias de la especialidad: fibromialgia, artritis reumatoide, etc. ▪ Mejorar la eficacia en la gestión de altas de procesos clínicos proponiendo en cada uno de ellos ratios adecuados según pronósticos basados en la experiencia de los médicos del STCO. <p>Observación 3.- Actualmente las consultas ya se han personalizado por sección y médico.</p>

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO:	Organización de consultas externas		
CÓDIGO DE PROCESO	PG 04	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG 04. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del Proceso:			
<ul style="list-style-type: none"> I. Confeccionar la plantilla de organización de consultas del SCOT una vez al mes, dentro de la plantilla de organización el trabajo del SCOT. II. Insertar la plantilla en la Intranet del SCOT// Comunicar por correo electrónico a los médicos del servicio. III. Seguimiento y control de métricas del proceso. IV. Revisión del proceso en el plazo establecido. 			
FASE OPERATIVA			
FEAs en consultas			
<u>En Primera Visita:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> I. Realización de la historia clínica con una correcta anamnesis. II. Revisión de la validez de la documentación, pruebas diagnósticas y tratamientos que aporta el paciente. III. Solicitar pruebas de diagnóstico por imagen y analíticas según la hipótesis diagnóstica establecida por el médico y protocolos del servicio. IV. Establecer, si procede, tratamiento paliativo en función de los síntomas identificados. V. Informar al paciente/ familia sobre los aspectos que deben conocer y consentir a lo largo del proceso. 			
<u>En segunda visita, preferentes y sucesivas:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> I. Valoración de las pruebas de confirmación de diagnóstico e indicación sobre el régimen de tratamiento más adecuado: ambulatorio o internamiento. En este último caso, se cumplimentarán los formularios correspondientes y comunicará. Solicitud, si procede, de nuevas pruebas o analíticas. II. Información a pacientes y/o familiares autorizados del diagnóstico, opciones terapéuticas y pronóstico. III. Expedición de recetas de medicamentos (fármacos) y de productos de prestaciones específicas (ortoprotésicas) y servicios (transporte sanitario) bien cumplimentadas y considerando según la normativa vigente de la Comunidad de Madrid. IV. Valoración de la agenda de nuevas citas en caso de tener que volver a revisión. V. Establecer alta del tratamiento especializado en caso de criterio de curación o mejoría sin necesidad de revisión. 			

DIAGRAMA DE PROCESO: ORGANIZACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS

- Pacientes derivados desde APS
- Pacientes derivados desde urgencias, hospitalización y otros servicios

Inclusión del paciente en agenda de consultas TRAUMA

Plan mensual de organización de Consultas

RUTA ATENCIÓN PRIMARIA

RUTA URGENCIAS Y PACIENTES QUIRÚRGICOS

Marco de referencia para pacientes derivados desde APS (MR1)

- Necesidad de Interconsulta con Especialista en COT
- Inclusión en lista de espera por el servicio de Admisión

Paciente en Agenda Primera Visita: TRA 00, 01 y 02

Paciente en Agenda preferente TRA PREF

Marco de referencia para pacientes citados como Preferentes (MR2)

- Pacientes derivados desde el área de urgencias con necesidad de seguimiento.
- Pacientes derivados después de alta hospitalaria con necesidad de seguimiento
- Interconsultas solicitadas por otros servicios del hospital

Buenas prácticas 1(BP1):

- Apertura de historia clínica
- Revisión pruebas aportadas
- Revisión tratamientos previos
- Solicitud de pruebas
- Establecer tratamiento paliativo
- Informar al paciente/familia

Seguir protocolo primera visita

¿Necesidad de seguimiento ambulante de

¿Necesidad de seguimiento ambulante de MR2?

Marco de referencia para pacientes preferentes que necesitan revisiones (MR3)

- Citar para consultas sucesivas en TRA 03
- Citar paciente para procedimiento quirúrgico (LE) Valoración de pruebas y diagnóstico
- Instaurar o confirmar tratamiento
- Valorar nueva cita o Alta
- Información a paciente/familiares
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 - Pronóstico

Remitir al paciente a citas

Paciente en Agenda de visita sucesiva

Alta o derivación

Remitir al paciente a citas

Paciente en Agenda preferente TRA PREF

Marco de referencia para citar según tipo de proceso clínico en:

- TRAMI
- TRAMS
- TRAMAN
- TRAPIE
- Procedimiento quirúrgico (LEQ)
- TRAMS
- TRAMAN
- TRAPIE
- Procedimiento quirúrgico (LEQ)

Seguir protocolo visitas sucesivas

Alta en consulta

Buenas prácticas 2(BP2):

- Valoración de pruebas y diagnóstico
- Instaurar o confirmar tratamiento
- Valorar nueva cita o Alta
- Información a paciente/familiares
 - Diagnóstico
 - Tratamiento
 - Pronóstico

UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS		CÓDIGO	PG04
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	1	Jefatura del SCOT	Confección de la plantilla de organización de consultas externa	60 0,6/ consulta	1 por mes	0,70	0,50
ACP	2	Jefatura del SCOT	Comunicación a los médicos del SCOT de la plantilla	10 0,1/ consulta	1 por mes	0,70	0,1
AEC	3	Consultas	Realización/seguimiento de la historia clínica del paciente	3	25	0,70	52,5
AEC	4	Consultas	Valoración /seguimiento del paciente	3	25	0,70	52,5
AEC	5	Consultas	Solicitud/valoración y seguimiento de pruebas diagnósticas	3	25	0,70	52,5
AEC	6	Consultas	Revisión de tratamientos y expedición de recetas	3	25	0,70	52,5
AIP	7	Consultas	Información al paciente/familia	2	25	0,70	35
AEU	8	Consultas	Nueva citación/alta del paciente	1	25	0,70	17,5
Observaciones: En la descripción de las actividades médicas se ha realizado una combinación de las acciones entre consultas primeras y sucesivas				Total UTM	15,7	Total Coste de las Actividades Gestionadas	263,00€

PG 05 ORGANIZACIÓN DE LA URGENCIA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Organización de la urgencia	CÓDIGO DE PROCESO:	PG 05
-----------------	------------------------------------	-------------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso proyecta la distribución de tareas y guía de decisiones médicas para mejorar la eficacia en el flujo y control de pacientes que acuden a urgencias de cirugía ortopédica y traumatología. El proceso continúa presentando problemas de dotación de espacios propios de la especialidad, así como la disponibilidad de quirófanos para abordar cirugía urgente, por lo que se proponen medidas basadas en la adecuación de recursos a las necesidades y demanda.

ABSTRACT

This process maps the distribution of tasks and guide medical decisions to improve the efficiency in the flow and control of patients who come to the emergency room of orthopedic surgery and traumatology. The process continues to present problems of areas of specialty staffing, as well as the availability of operating theatres to address urgent surgery, so the adequacy of resources to the needs and demand-based measures are proposed.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

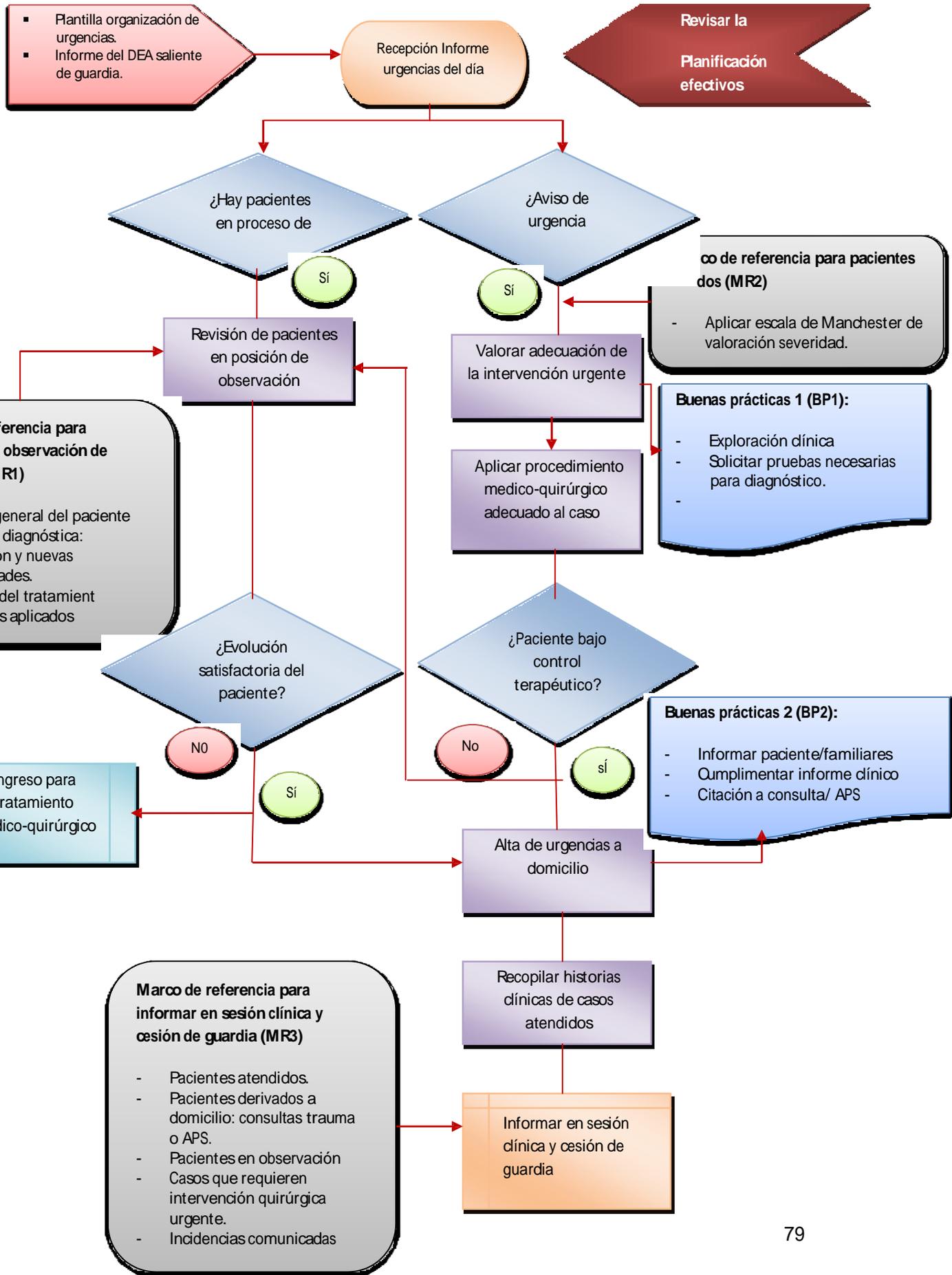
PROCESO	Organización de la urgencia					
TIPO DE PROCESO	GESTIÓN			CÓDIGO	PG05	
MISIÓN DEL PROCESO	Atender a las situaciones clínicas que demande un ciudadano dentro del área de urgencia bajo el concepto de triaje: agudeza, gravedad y severidad. La asistencia se llevará a cabo bajo los criterios de adecuación (grado de la urgencia y los recursos necesarios para solucionarla) y ajuste de la respuesta asistencial en función del riesgo para la salud.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Entrada/posición del FEA a las 8.30 en sesión clínica definida en la plantilla mensual de guardias médicas				
	FINAL	Informe de cierre de guardia, recogiendo las historias clínicas de los enfermos vistos: no ingresados, ingresados y en observación.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	24 horas/día		FRECUENCIA	30/ 31 procesos / mes. 365 procesos/año	
	CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIO	
	Plantilla médica del SCOT			Pacientes		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES// EXPECTATIVAS					
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer con antelación la plantilla de guardias de presencia y localizadas. • Conocer las especificaciones que regulan la calidad técnica en la organización del trabajo en urgencias. • Disponer de los recursos técnicos necesarios para desarrollar las actividades. 					
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Servicio: plantilla de organización del trabajo. • FEA: desarrollo del procedimiento operativo en el área de urgencias, planta (festivos, tardes y noches laborables) y quirófano si surge patología quirúrgica de urgencia. 					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • FEA de presencia (24 horas). • FEA localizado (17 horas laborables, 24 festivos)- • Médico de refuerzo (7 horas días laborables, 14 horas festivos, ver observación 1). 		<ul style="list-style-type: none"> • Sala de yesos, box de traumatología, sala de curas. • Soporte informático (Seleny y Manchester) 		<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento operativo del proceso. 	
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Plantilla de organización de la atención en el área de urgencia. • Enfermo dado de alta con informe asistencial correctamente cumplimentado. • Enfermo ingresado en el área de hospitalización por necesidad de seguimiento médico quirúrgico. 					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	80,6	No	No	No	No	80,6 €
MÉTRICAS	<p>Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes.</p> <p>Indicadores: Tasa de rotación médica en urgencias. Estándar: 1 guardia /12 días , con variación estacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgencias atendidas: seguimiento mensual/anual • Altas de urgencias • Altas por ingresos. • Revisitas (en 48 h) 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes ingresados (porcentaje de ingresos urgentes) • Urgencias operadas durante la guardia. • Índice de mortalidad • Tiempo de respuesta del FEA de traumatología o refuerzo según prioridad de escala de Manchester : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 240min (azul); ▪ 120min(verde); ▪ 60 minutos (amarillo); ▪ 10 minutos(naranja); ▪ Extrema urgencia (rojo).
RESPONSABLE	Dr. Fernando Delgado Velilla
OBSERVACIONES	<ol style="list-style-type: none"> I. Bajo nuestro punto de vista la atención de urgencia se mejoraría con 2 FEAs de presencia física solo para la guardia, independientemente del FEA asignado a la planta y con el refuerzo de 24 horas, aprovechar quirófano de urgencia de la mañana. II. Es necesario la clasificación de la demanda urgente de traumatología en el espacio de urgencia, contemplando, además la de adultos y niños. III. El triaje de los pacientes atendidos en el área de urgencia de traumatología debería ser realizado en primera opción por el cuadro médico general de urgencia, interviniendo el traumatólogo como consultor en segunda llamada, salvo en casos claros de afectación del aparato locomotor que ponga en riesgo estructuras funcionales claves.

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	Organización de la urgencia		
CÓDIGO DE PROCESO	PG 05	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG05. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del proceso			
<ul style="list-style-type: none"> I. Confeccionar la plantilla de organización de urgencias del SCOT una vez al mes, dentro de la plantilla de organización el trabajo del SCOT. Informar semanalmente. II. Insertar la plantilla en la Intranet del SCOT// Comunicar por correo electrónico a los médicos del servicio. III. Gestionar incidencias tales como cambios de guardias, organización pacientes, etc. 			
FASE OPERATIVA			
FEA asignado a urgencias:			
<ul style="list-style-type: none"> I. Recepción y lectura de la información relativa a la guardia del día anterior. II. Revisión del número y características de enfermos en posición de observación de la urgencia: estado general de paciente y constantes, pruebas diagnósticas, interconsultas, tratamiento médico. III. Atención a los problemas médico-quirúrgicos que surjan en aquellos pacientes que se encuentran ya valorados en el área de urgencias (Boxes y observación) o ingresados en planta. IV. Recepción a la nueva demanda urgente de traumatología aplicando los estándares de la escala de Manchester: exploración clínica y solicitud de pruebas complementarias para el diagnóstico. V. Aplicar las medidas de cuidados terapéuticos requeridos por el paciente según el diagnóstico realizado VI. Elaborar el informe de alta de la urgencia según la evolución y tipo de paciente VII. Cumplimentar documentación complementaria necesaria por paciente atendido en urgencias (informe o nota de urgencias, citación a consultas, hoja de prescripción, partes de lesiones, etc.). VIII. Realización de las interconsultas urgentes solicitadas por otros servicios clínicos. IX. Cumplimentar la información clínica en el Sistema de Información del Servicio (SIS) de responsabilidad del FEA asignado a urgencia. X. Evaluación de incidencias relevantes e Información si procede a responsables de la Guardia (jefe de urgencias, jefe de hospital, jefe de servicio). XI. Gestionar la recogida de historias clínicas de los enfermos atendidos para la sesión clínica temática de la mañana. XII. Informar en la sesión clínica de los casos vistos: número de urgencias atendidas, tipos de urgencia, casos clínicos, incidencias, pacientes ingresados, pacientes en área de urgencias pendientes de resolución, cirugías pendientes urgentes, etc. XIII. Entrega de la guardia al FEA entrante de guardia según plantilla de organización del SCOT. 			

DIAGRAMA DE PROCESO: ORGANIZACIÓN DE LA URGENCIA



UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN URGENCIA			CÓDIGO	
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo	
ACP	1	Coordinación	Confeccionar y gestionar agenda de organización de la urgencia	10	1	0,70	7	
ACI	2	Coordinación	Comunicar plantilla de organización a médicos de la unidad	5	1	0,70	3,5	
AEU	3	Urgencia	Recepción informe de urgencia día anterior: posición de guardia	20	1	0,70	14	
AEC	4	Urgencia	Revisión de pacientes en posición de observación	15	2	0,70	21	
AEC	5	Urgencia	Aplicar procedimientos médico-quirúrgico ajustado al caso	10	1	0,70	7	
AEC	6	Urgencia	Resolución clínica de pacientes en posición de observación	5	1	0,70	3,5	
AEU	7	Urgencia	Recopilar historias clínicas de los casos atendidos	15	1	0,70	10,5	
ACI	8	Unidad	Informar del diario de urgencia en sesión clínica y cesión de guardia	20	1	0,70	14	
Observaciones:				Total UTM	100	Total Coste de las Actividades Gestionadas	80,60€	
<ul style="list-style-type: none"> • En este proceso solo se ha computado el tiempo dedicado por el FEA a las actividades clave en su servicio de guardia. • No está imputado el coste de guardia médica, considerándose, que es una actividad obligada y necesaria de alerta. 								

PG 06. GESTIÓN NO CONFORMIDADES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Gestión de no conformidades	CÓDIGO DE PROCESO:	PG 06
-----------------	------------------------------------	-------------------------------	--------------

RESUMEN

El proceso establece acciones concretas para ofrecer una respuesta eficaz a los flujos de comunicación interna y externa en el caso de sugerencias quejas y reclamaciones interpuestas por aquellos que se sientan afectados en la actividad médico-quirúrgica de la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

ABSTRACT

The process sets concrete measures to offer an effective response to the flows of internal and external communication in the case of suggestions, complaints and claims filed by those who feel affected in the medical-surgical activity of the unit of orthopaedic surgery and traumatology.

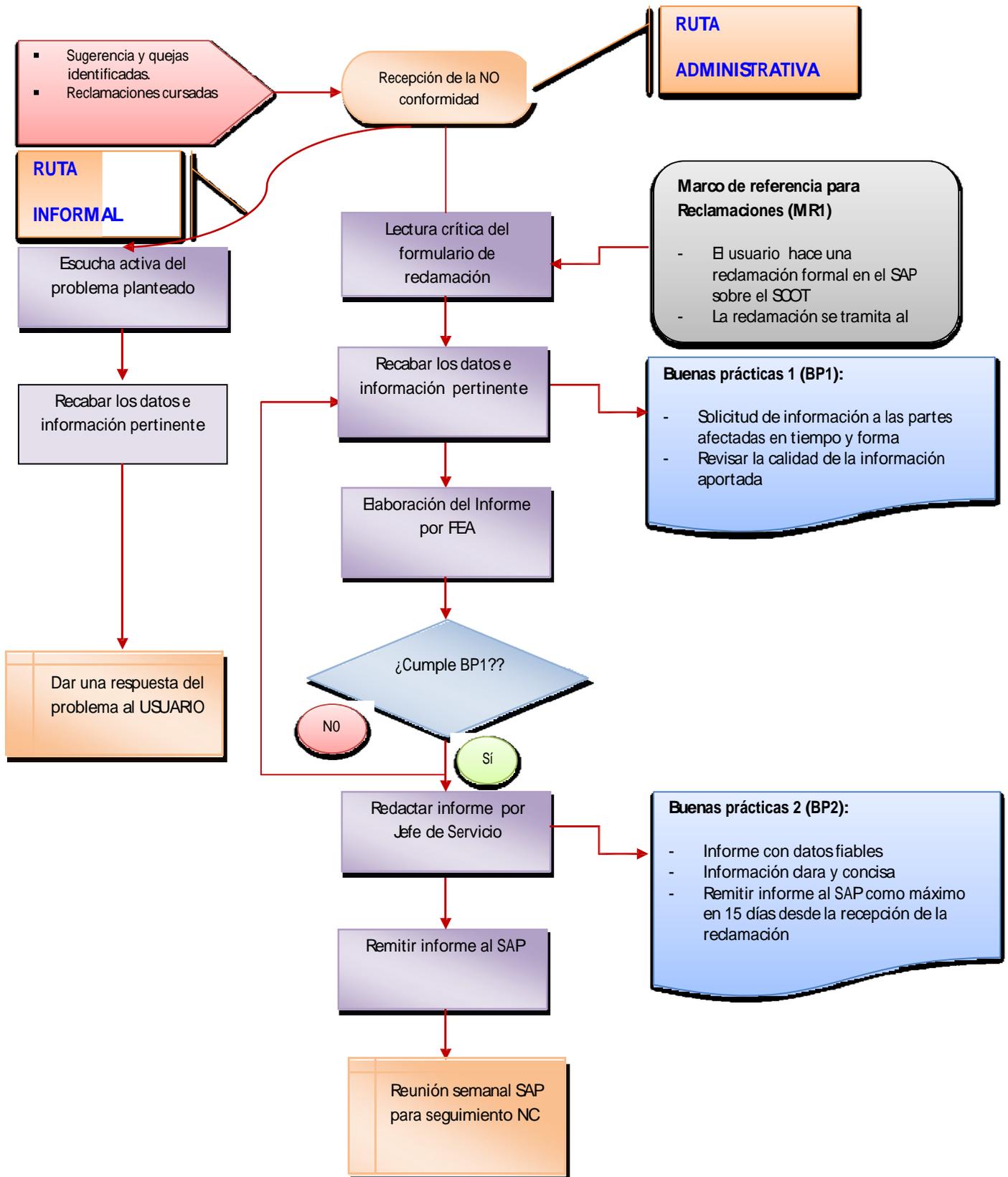
FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO	Gestión de no conformidades					
TIPO DE PROCESO	GESTIÓN		CÓDIGO	PG06		
MISIÓN DEL PROCESO	Dar una respuesta eficaz y rigurosa todas las sugerencias, quejas y reclamaciones (verbales y escritas) en el plazo reglamentario tanto a los pacientes o familiares del SCOT como aquéllas tramitadas desde el Servicio de Atención al Paciente (SAP) recabando la información relevante tanto de usuarios como de profesionales afectados.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Recepción de la queja o reclamación por el cauce formal				
	FINAL	Informe entregado con una respuesta adecuada al caso planteado.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	No superior a 15 días	FRECUENCIA	Variable		
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO			
	Servicio de Atención al Paciente (SAP)		Pacientes y familia			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES EXPECTATIVAS					
	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener respuesta rigurosa en relación al expediente tramitado sobre disconformidad tramitado por el SAP. • Solucionar los problemas planteados en cada expediente en virtud a los límites éticos y organizativos del SCOT. • Disponer de los recursos técnicos necesarios para desarrollar las actividades. 					
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de servicio: Responsable de elaborar el informe final • FEA: Aportar información solicitada por el Jefe de Servicio 					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Servicio. • Personal en servicio del SCOT. 				<ul style="list-style-type: none"> • Formulario normalizado de tramitación de reclamación. • Formulario normalizado de respuesta de reclamación 	
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sugerencias y quejas verbales con escucha activa y respuesta adecuada. • Informe del SCOT firmada por el jefe de Servicio contestando a la reclamación formulada. 					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	77,70 €	No	No	No	No	70,70 €
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tasa de reclamaciones correctamente contestadas. <p>Algoritmo: Número de reclamaciones contestadas x 100 / Número de reclamaciones recibidas.</p>					
RESPONSABLE	Dr. Fernando Delgado Velilla					

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO	Gestión de no conformidades		
CÓDIGO DE PROCESO	PG 06	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG 06. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del proceso etapa ejecutiva			
<ul style="list-style-type: none"> I. Recepción de sugerencia o queja por parte de paciente o familiares II. Recepción de reclamación formalizada desde el Servicio de Atención al Paciente III. Emitir respuesta verbal en sugerencia o queja IV. Remitir informe administrativo en caso de reclamación V. Reunión semanal SAP 			
Responsable del proceso etapa operativa en caso de sugerencia o queja verbal			
<ul style="list-style-type: none"> I. Escucha activa de la sugerencia o queja II. Recabar información en el SCOT si procede sobre el caso planteado III. Contacto con usuario o familiar y dar una respuesta en el menor tiempo posible sobre el caso planteado. 			
FASE OPERATIVA			
Responsable del proceso etapa operativa en caso de Reclamación formalizada			
<ul style="list-style-type: none"> I. Recepción de la reclamación formalizada emitida desde el SAP II. Análisis de la reclamación: lectura crítica de la misma III. Recabar datos e información relevante de los actores afectados: pacientes y profesionales del SCOT IV. Revisión y elaboración de informe por FEA V. Redactar informe siguiendo formulario normalizado VI. Enviar informe al SAP: información emitida uniforme, coherente y evitando duplicidades. 			

DIAGRAMA DE PROCESO: GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES



UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES		CÓDIGO	PG06
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACI	1	SAP	Recepción de reclamación	5	1	0,70	3,5 €
AEU	2	Dirección de la Unidad	Lectura crítica del formulario/ queja recibida	15	1	0,70	10,5 €
ACP	3	Dirección de la Unidad	Gestión de datos e información de antecedentes	15	1	0,70	10,5 €
ACI	4	Unidad SCOT	Revisión, análisis e informe por FEA	30	1	0,70	21 €
AEI	5	Dirección de la Unidad	Análisis de la información recuperada	10	1	0,70	7,0€
AEI	6	Dirección de la Unidad	Redactar informe final	15	1	0,70	10,5 €
AEA	7	Dirección de la Unidad	Enviar informe al SAP	5	1	0,70	3,5,€
AQH	8	Dirección Hospital	Reunión semanal con SAP	6	1 por semana	0,70	4,2, €
Observaciones:				Total UTM	101	Total Coste de las Actividades Gestionadas	77,70 €

PG 07. JEFE DE GUARDIA DEL HOSPITAL

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Jefe de guardia del hospital	CÓDIGO DE PROCESO:	PG 07
-----------------	-------------------------------------	---------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso abarca la organización de las actividades que debe llevar a cabo el jefe de servicio de cirugía ortopédica y traumatología, cuando asume las funciones de jefe de guardia de hospital. En este marco se ocupa de la coordinación de los servicios sanitarios del centro en ausencia de los órganos directivos y fuera de su jornada habitual de trabajo en presencia física.

ABSTRACT

This process covers the Organization of the activities that the Chief of orthopedic surgery and Traumatology service, must carry out when it assumes the functions of Chief of hospital guard. In this framework it occupies the coordination of health services of the Centre in the absence of executive bodies and outside usual working hours working in physical presence.

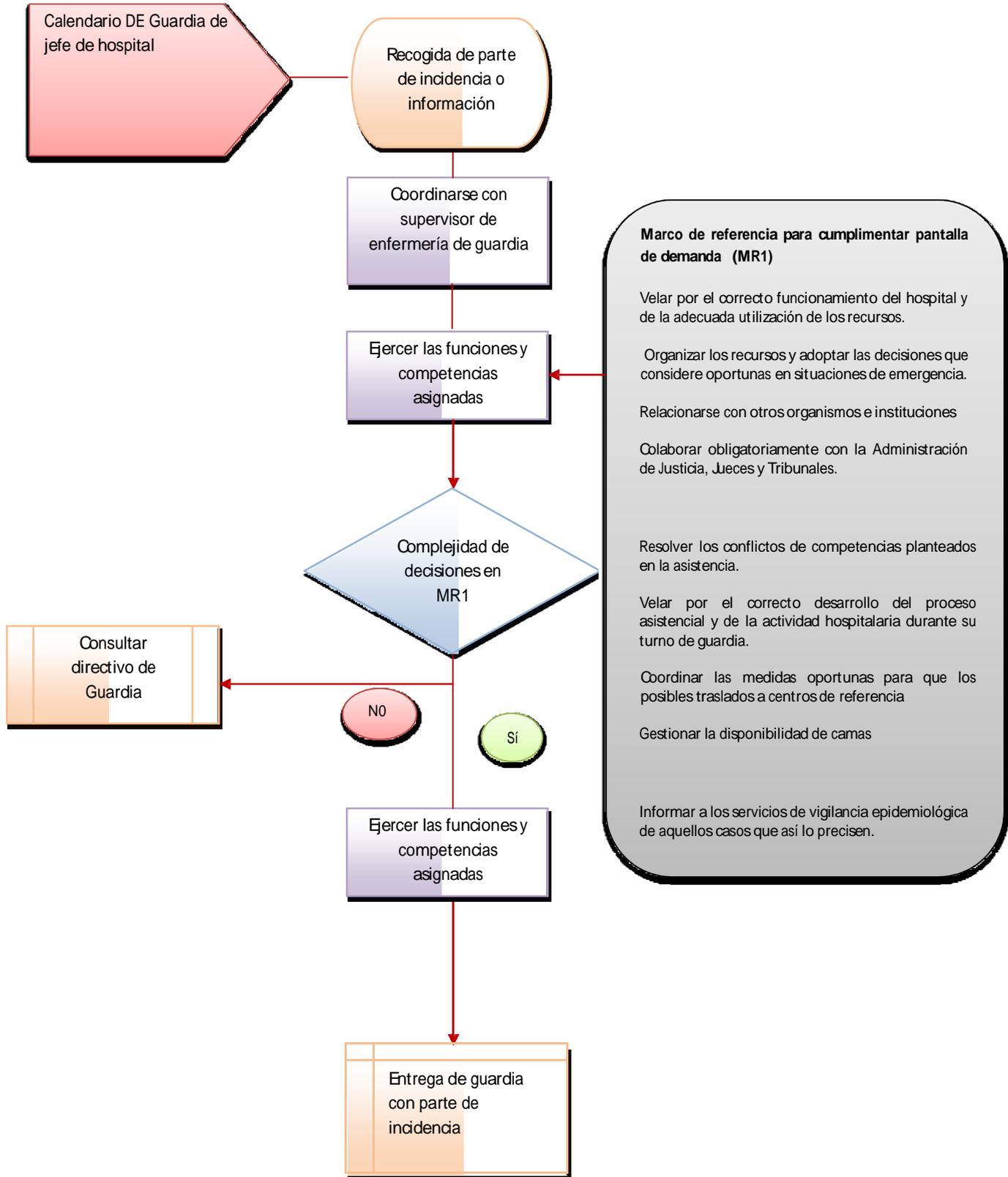
FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS							
PROCESO	JEFE DE GUARDIA DEL HOSPITAL						
TIPO DE PROCESO	GESTIÓN			CÓDIGO		PG.06	
MISIÓN DEL PROCESO	Ejercer, en ausencia física del equipo directivo del hospital, las funciones de dirección y coordinación de la totalidad de los servicios sanitarios, asumiendo por tanto la máxima autoridad del hospital por designación de la gerencia a propuesta de la dirección médica.						
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Laborables: Recogida de la situación/parte de incidencia o información de la dirección médica. Sábados y festivos: Recogida de la situación/parte de incidencia o información del jefe de guardia saliente.					
	FINAL	Laborables: Entrega de la situación/parte de incidencia o información a la dirección médica. Sábados y festivos: .Entrega de la situación/parte de incidencia o información al jefe de guardia entrante.					
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	Días laborables: 15:00 a 08:00 H. del día siguiente. Sábados y festivos: 08:00 a 08:00H. del día siguiente.		FRECUENCIA	1/ 2 veces mes		
	PRINCIPAL			SECUNDARIO			
CLIENTES/ USUARIOS	Personal de los diferentes servicios del hospital. Otras partes interesadas externas			Dirección del Hospital			
	NECESIDADES EXPECTATIVAS						
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar el desarrollo normal de la actividad asistencial. ▪ Colaborar en la solución de incidencias y problemas que le planteen los facultativos y resto de personal de guardia, según las funciones y actividades operativas asignadas al jefe de guardia. ▪ Facilitar la coordinación con el supervisor de enfermería de guardia. 						
PROVEEDORES	Jefe de servicio						
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS		
	Jefe de servicio				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resolución de 17 de diciembre de 1997 de la presidencia ejecutiva del INSALUD por la que se desarrolla la figura de Jefe de guardia, de acuerdo con la orden Ministerial de 9 de diciembre de 1977 ▪ Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento gestionados por el INSALUD (art. 30) 		
SALIDAS	Información transmitida a la salida de guardia Parte de incidencias en su caso Procedimientos administrativos y/o legales iniciados en guardia						
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL	
	Jefe de Servicio					Laborables: 300€. Sábados y festivos: 730 €	
MÉTRICAS	Criterio 1: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes.						

	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del parte de incidencias según criterios marcados por la Dirección. • Número de urgencias • Tiempo medio de clasificación • Tiempo medio atención • Camas libres
RESPONSABLES	Dr. Fernando Delgado Velilla.
OBSERVACIONES	<p>Las condiciones de jefe de guardia de hospital son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser médico con una experiencia profesional mínima de 5 años. ▪ Ser jefe de servicio. ▪ Ser jefe de sección con responsabilidad de coordinación de unidad clínica, preferentemente, con una permanencia en el Centro de al menos 2 años. ▪ Formar parte del correspondiente turno de guardia de presencia física. <p>Este proceso, al tener un coste asignado según jornada (laborables o sábados y festivos), no hace falta construir la tabla de costes.</p>

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS			
PROCESO	JEFE DE GUARDIA DE HOSPITAL		
CÓDIGO DE PROCESO	PG. 07	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG07. Pr 1
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del Proceso: Dirección médica/ Gerencia del hospital			
<ul style="list-style-type: none"> I. Con periodicidad trimestral elaborar el listado y calendario de guardia. II. Aprobación del plan de jefe de guardia de hospital por la Comisión de dirección 			
FASE OPERATIVA			
Jefe de Servicio:			
<ul style="list-style-type: none"> I. Velar por el correcto funcionamiento del hospital y de la adecuada utilización de los recursos materiales, cumpliendo y haciendo cumplir las normas carácter general y las propias del hospital. II. Organizar los recursos y adoptar las decisiones que considere oportunas en situaciones de emergencia y en las que se requiera una actuación urgente, de acuerdo con los planes escritos que existan en el hospital o con su propio criterio en ausencia de aquéllos. III. Relacionarse con otros organismos e instituciones como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Comunidad de Madrid y Policías Locales, protección civil y medios de comunicación social, coordinando a la vez cualquier información sobre la urgencia o sobre los pacientes hospitalizados. IV. Colaborar obligatoriamente con la Administración de Justicia, Jueces y Tribunales. V. Resolver los conflictos de competencias planteados en la asistencia, siendo su decisión de obligado cumplimiento para todo el personal. VI. Velar por el correcto desarrollo del proceso asistencial y de la actividad hospitalaria durante su turno de guardia. VII. Coordinar las medidas oportunas para que los posibles traslados a centros de referencia se realicen de acuerdo con los planes escritos que existan en el hospital o con su propio criterio en ausencia de aquéllos. VIII. Gestionar la disponibilidad de camas adoptando las medidas precisas, cuando existan situaciones de necesidad. IX. Informar a los servicios de vigilancia epidemiológica de aquellos casos que así lo precisen. X. Redactar para la Dirección del Centro/ Jefe de hospital entrante un parte de incidencias de todos los hechos y actuaciones que se hayan producido durante el tiempo en que ha desempeñado la Jefatura de Guardia, entregándolo en la Dirección al finalizar el turno de guardia. 			

DIAGRAMA DE PROCESOS: JEFE DE GUARDIA DE HOSPITAL



SECCIÓN DE PROCESOS DE SOPORTE

PS 01. ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO	Organización de la formación continuada	CÓDIGO DE PROCESO	PS 01
----------------	--	--------------------------	--------------

RESUMEN

El proceso aborda la organización y gestión de la de la formación médica desde el punto de vista del aprendizaje inductivo (casos clínicos), la transferencia de conocimiento (asistencia a eventos divulgativos de la especialidad), participación en proyectos de investigación, así como la regulación administrativa para la asistencia a cursos de formación continuada del personal médico del servicio.

ABSTRACT

The process deals with the Organization and management of the medical training from the point of view of inductive learning (clinical cases), the transfer of knowledge (assistance to educational events of specialty), participation in research projects as well as the administrative regulation for attendance at courses of training medical personnel service.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO	Organización de la formación continuada					
TIPO DE PROCESO	SOPORTE			CÓDIGO	PS 01	
MISIÓN DEL PROCESO	Actualizar y mejorar las capacidades: conocimiento, habilidades y actitudes, de los profesionales del SCOT con el propósito de desarrollar las competencias disciplinares y tecnológicas propias de la Especialidad frente a las demandas sociales y las propias del sistema sanitario. La organización de la formación continuada es un macroproceso anual que está formado por varios subprocesos formativos (observación 1).					
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Identificación de las necesidades formativas para el Plan de Formación continuada anual.				
	FINAL	Memoria de los procesos de formación interna y de transferencia de conocimiento.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	Variable		FRECUENCIA	MENSUAL Según procesos ANUAL 1 macroproceso	
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIO		
	En formación interna: Plantilla médica del SCOT. En formación externa: otros profesionales, tanto de la especialidad como interesados en el aprendizaje de temas transferibles desde el SCOT.			Pacientes y otros servicios internos y externos al hospital.		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES EXPECTATIVAS					
	<ul style="list-style-type: none"> Escucha activa por parte de los responsables del plan de formación de las necesidades de formación colectiva e individual. Conocer con antelación la programación, actividades y rol en los procesos formativos. Que se le faciliten conforme a la normativa vigente los medios necesarios para la formación y reciclaje profesional. Disponer de los recursos necesarios que faciliten la formación de calidad. 					
PROVEEDORES	En el diseño e implementación del Plan de Formación: jefe de servicio y responsable de formación continuada. En formación interna y transferencia del conocimiento: médicos del servicio (observación 2) En formación externa. Docentes y ponentes invitados a los formatos de los procesos formativos.					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	Jefe de Servicio FEAS		Biblioteca con libros y revistas científicas propias de la especialidad. Tecnológicos: conexión en red y privilegios a los FEAs para acceder a documentación científica.		Plantilla de organización de la formación continuada. Protocolos de solicitud de permisos o comisión de servicios para formación o instrucción. Normativa asociada a la Formación continuada (observación 3).	
SALIDAS	Memoria de Resultados Anual del Plan de Formación Continuada (tangible). Publicaciones científicas (tangible). Ponencias y docencia realizada en procesos formativos (tangible). Mejora de las competencias técnico-asistenciales de los FEAs (intangible). Mejora en habilidades formativas del personal del SCOT (intangible). Valor añadido de prestigio al SCOT y hospital (intangible).					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	2691,50					2691,50 €

MÉTRICAS	<p>Criterio: Los requisitos de los proceso existen y son conocidos y son conformes tanto para proveedores como clientes.</p> <p>Indicadores:</p> <p>a) <u>de sesiones clínicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesiones clínicas totales/año. Distribución por FEA y tipo (ver nota 1). ▪ Asistencias a cursos y otros formatos docentes. Distribución por FEA. <p>b) <u>de publicaciones:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revistas nacionales e internaciones. <p>c) <u>de docencia, ponencias, comunicaciones y posters:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Horas de formación impartidas en cursos y otros eventos formativos: congresos, jornadas, etc.
RESPONSABLES	<p>Dr. Fernando Delgado velilla.</p> <p>Dr. Oscar Torre Pérez</p>
OBSERVACIONES	<p>Observación 1.- A través del "Plan anual de Formación continuada del SCTO" se presentan los siguientes procesos de formación continuada en el servicio:</p> <p>A) <u>Formación médica interna en servicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión clínica de evolución de casos atendidos en urgencias/cirugía del día anterior. Diaria de lunes a viernes ▪ Sesión clínico radiológica: 1 diaria de lunes a viernes. ▪ Sesión clínica de formación interna: 1 semanal. ▪ Sesión clínica de estudio de caso. 1 semanal. ▪ Sesión clínica bibliográfica. 1 semanal. ▪ Sesión clínica de análisis y propuestas de mejora de calidad de las suspensiones quirúrgica. 1 mes <p>B) <u>Formación médica externa al servicio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asistencia a cursos, congresos, seminarios, jornadas, conferencias y talleres en otros centros y servicios nacionales y extranjeros. <p>C) <u>Participación en transferencia de conocimiento y experiencias:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación de los médicos del SCOT como docentes y ponentes en distintos formatos de transferencia de conocimiento: cursos, congresos, jornadas, etc. ▪ Publicaciones propias de la especialidad en revistas y otros recursos de divulgación científica. <p>Observación 2.- En formación interna se consigue a través del desarrollo de las competencias del FEA un doble rol en las sesiones clínicas tanto. Como "cliente" cuando recibe transferencia de conocimiento y experiencias de otro compañero y como "proveedor" cuando asume la función de ponente.</p> <p>Nota 3.- Los documentos de referencia que orientan la acción formativa del SCOT son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Directrices generales de la dirección médica del hospital. ▪ Orden SCO/226/2007, de 24 de enero, sobre el programa formativo de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología. ▪ Ministerio de Sanidad y Consumo/Ministerio de Educación. Sub. Dir. Gral de Ordenación profesional y Sub, Dir, Gral. De Especialidades en Ciencias de la salud. Requisitos de Acreditación de Unidades Docentes.

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	Organización de la formación continuada		
CÓDIGO DE PROCESO	PS 01	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PS01. Pr 01

FASE DE ORGANIZACIÓN

Responsable del Proceso:

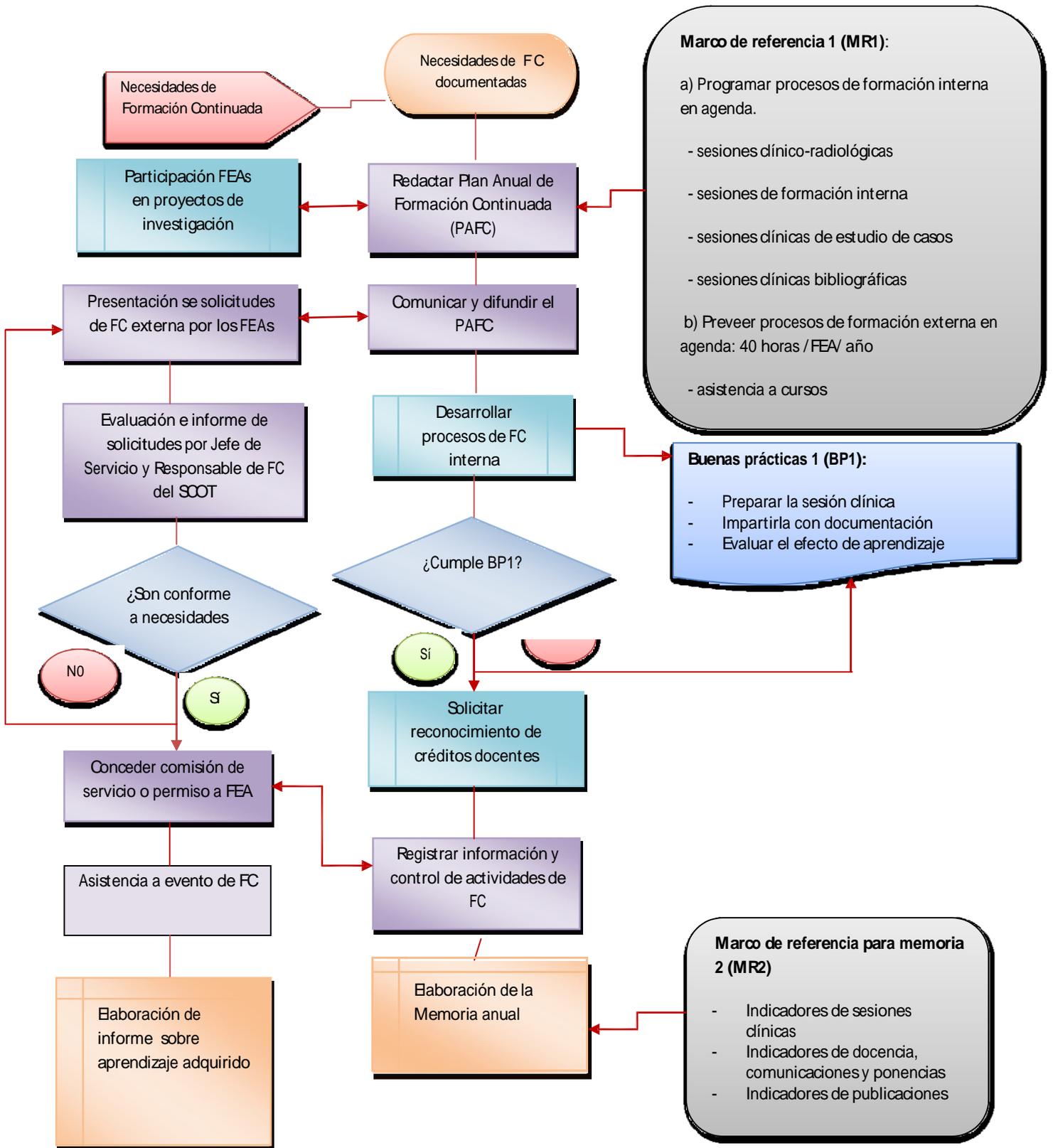
- I. Identificar las necesidades formativas de los FEAs y del hospital para el curso y antes de confeccionar el plan de formación.
- II. Confeccionar el Plan de Formación Continuada y adaptar los cronogramas formativos dentro de la plantilla de Organización del Trabajo del SCOT, con carácter mensual y con la suficiente antelación (al menos 1 mes antes del mes en curso).
- III. Insertar la plantilla en la Intranet del SCOT// Comunicar por correo electrónico a los médicos del servicio.

FASE OPERATIVA

FEAs en consultas

- I. Difusión y promoción de las actividades de Formación Continuada tanto las propias del hospital o servicio como las derivadas de sociedades Científicas de la especialidad, Agencia Laín Entralgo, Colegio de Médicos o empresas relacionadas con la actividad.
- II. Confección del listado de sesiones bibliográficas y/o teóricas con carácter semestral.
- III. Recepción de solicitudes de asistencia a actividades de Formación Continuada cumplimentadas según formulario de Gestión de la Formación del Hospital.
- IV. Comunicación de las solicitudes y actividades de Formación Continuada al Jefe del Servicio para su inclusión en la plantilla mensual de organización del trabajo.
- V. Comunicación de solicitudes de Formación Continuada al departamento de Planificación y Desarrollo.
- VI. Registro de las actividades de Formación Continuada.
- VII. Participar en estudios y proyectos de investigación del STCO relacionados con la clínica, epidemiología y gestión clínica.
- VIII. Impartir formación en cursos organizados tanto por el centro hospitalario, como en el área de salud u otras instituciones (asociaciones de pacientes, concejalía de sanidad).
- IX. Confección de la memoria anual de Formación Continuada del SCOT.

DIAGRAMA DE PROCESOS: ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA



UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA		CÓDIGO	PG04
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	1	Jefatura de Servicio	Identificación necesidades de formación FEAS	420/año	1 /año	0,70	294
ACP	2	Jefatura de Servicio	Confección del Plan Anual de Formación Continuada (PAFC)	420/año	1/año	0,70	294
ACF	3	Jefatura de Servicio	Comunicación y gestión interna PAFC de la Unidad	120/año	1/ mes	0,70	84
ACF	4	SCOT	Identificación y difusión interna de programas formativos	1440/año	1/semana	0,70	1008
ACF	5	SCOT	Programación de sesiones clínicas del SCTO	240/año	1/semestre	0,70	168
ACF	6	SCOT	Recepción/gestión interna de solicitudes de formación FEAS	65/año	variable	0,70	45,5
ACF	7	SCOT	Registro y monitorización de actividades de formación FEAS	720/año	1 /mes	0,70	504
ACP	8	Jefatura de Servicio	Realización de la memoria anual de Formación Continuada	420/año	1/año	0,70	294
Observaciones:				Total UTM	3845	Total Coste de las Actividades Gestionadas	2691,50 €

PS 02. SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen	CÓDIGO DE PROCESO	PS 02
-----------------	---	--------------------------	--------------

RESUMEN

El proceso proyecta la ordenación de decisiones y gestión de solicitudes de las diferentes pruebas de diagnóstico por imagen necesarias, a juicio médico, para el control de pacientes incluidos en los procesos clínicos. Se ha identificado en el análisis del proceso actual defectos de calidad relacionados con duplicidades y desconexiones con el servicio de radiología, por lo que se proponen medidas dirigidas a mejorar la comunicación interna con dicho servicio.

ABSTRACT

Process planning management decisions and management of requests for the various necessary, Imaging tests medical opinion for the control of patients enrolled in clinical processes. It has been identified in the analysis of the current process quality defects related to duplication and disconnections to the service of Radiology, therefore proposes measures to improve internal communication with the service.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

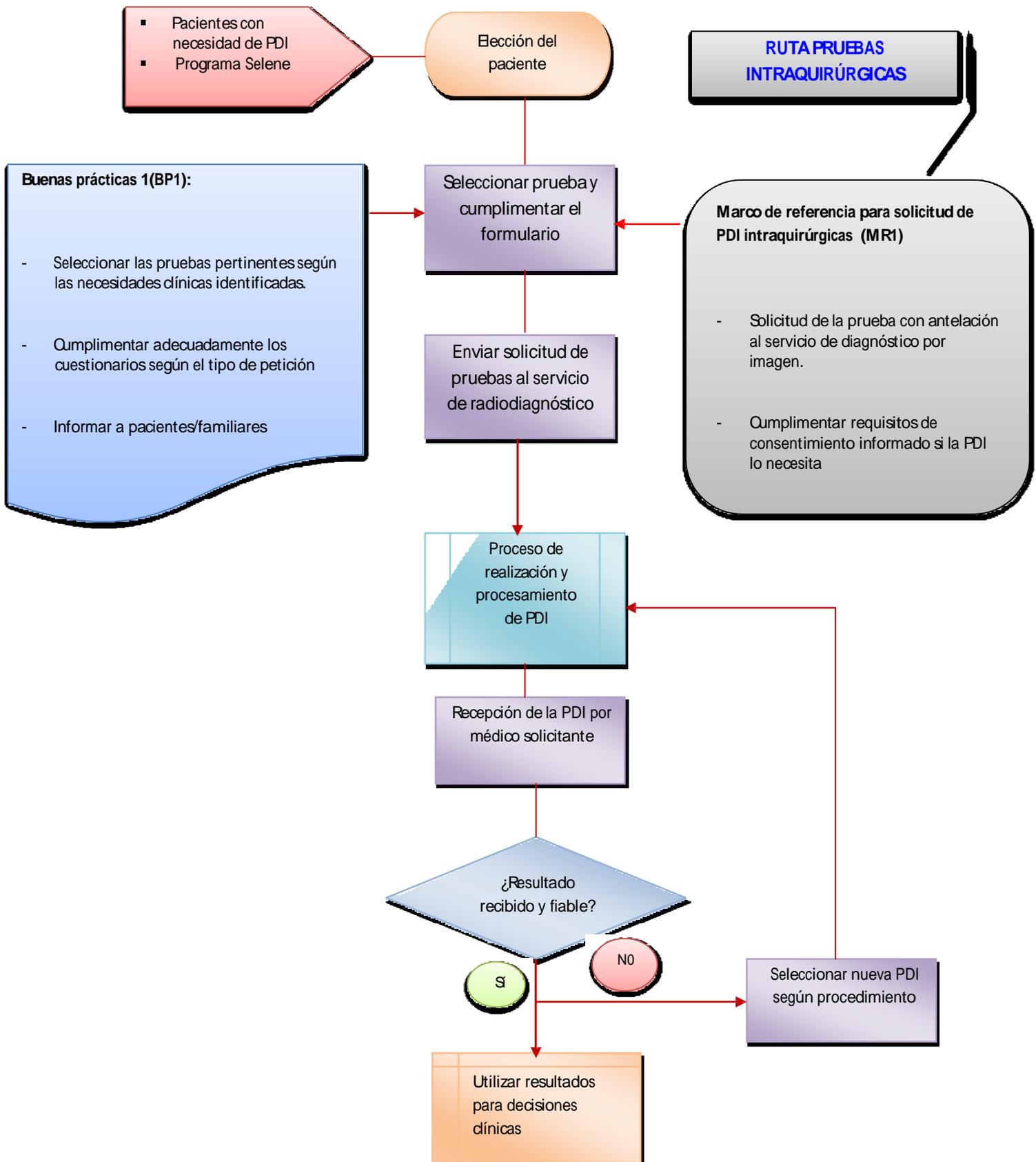
FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS						
PROCESO	SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN					
TIPO DE PROCESO	SOPORTE			CÓDIGO		PS.02
MISIÓN DEL PROCESO	Solicitar las pruebas complementarias de diagnóstico por imagen - pruebas externas (medicina nuclear, densitometría, RMN abierta), pruebas internas con informe de Diagnóstico por Imagen (ecografías, RMN, TAC) y pruebas internas sin informe (RX simples)-, necesarias para el sostenimiento diagnóstico y tratamiento de los procesos clínicos del SCOT.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Solicitud por parte del FEA del SCOT de la prueba diagnóstica por imagen (PDI) según el tipo.				
	FINAL	Emisión del diagnóstico clínico por parte del FEA del SCOT una vez recibida la PDI.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	variable		FRECUENCIA	diaria	Variable
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIO		
	Médicos del SCOT			Pacientes hospitalizados. Pacientes en fase intraoperatoria. Pacientes ambulantes: consultas y urgencias.		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES EXPECTATIVAS					
	<p>1.- Disponer de las PDI con el informe pertinente cuando el paciente acude al SCOT en sus distintas áreas de trabajo.</p> <p>2.- Existencia de una buena correlación entre la PDI solicitada y la que se entrega en el entorno clínico Selene (por ejemplo, si se pide una RX anteroposterior (AP) y lateral (L) de muñeca, que no nos entreguen una AP y una oblicua).</p> <p>3.- Poder comunicarse con el Supervisor de RX cuando surge algún contratiempo.</p> <p>4.- Poder solicitar RX urgentes para consultas de Alta Resolución (AR) o indicación clínica.</p> <p>5.- Disponer de una buena accesibilidad al Sistema en caso de fallo informático.</p>					
PROVEEDORES	<p><u>Servicios externos de PDI:</u> Medicina Nuclear Hospital Universitario de Getafe, Servicio Diagnóstico por Imagen de Hospital Universitario La Paz (RMN abierta), y Anillo radiológico del Hospital Universitario Infanta Sofía (Densitometría ósea).</p> <p>• <u>Servicio interno de PDI:</u> Servicio Diagnóstico por Imagen de Hospital Infanta Cristina.</p>					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	<p>1.- FEAS del SCOT</p> <p>2.- Servicio de Admisión Hospital Infanta Cristina.</p>		<p>1.- Servicio de Medicina Nuclear Hospital Universitario de Getafe.</p> <p>2.- Servicios de Diagnóstico por la Imagen Hospital Universitario La Paz, Infanta Cristina e Infanta Sofía.</p> <p>3.- Entorno Clínico Selene.</p>		<p>1.- Procedimiento operativo del proceso.</p> <p>2.- Protocolo de Solicitud de RMN abiertas de Hospital Universitario La Paz.</p> <p>3.- Protocolo de Solicitud de Pruebas de Medicina Nuclear Hospital Universitario Getafe.</p> <p>4.- Protocolo de Solicitud de DMO de Hospital Infanta Sofía.</p>	
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico del paciente. Realización de acto quirúrgico bajo control de RX. 					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	23,10	No	No	No	No	23,10 €
MÉTRICAS	<p>Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nº de estudios radiológicos simples (incluyendo las exploraciones en quirófano), especialmente si son en procesos de alta resolución. Nº de ecografías generales. 					

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N° de ecografías doppler. ▪ N° de RMN (incluyendo abiertas y artroRMN). ▪ N° de TAC. ▪ N° de DMO. ▪ N° de gammagrafías óseas.
RESPONSABLE	<p>Dr. Fernando Delgado Velilla.</p> <p>Dr. Jesús Cruz Gómez.</p>
OBSERVACIONES	<p>1.- Se incidirá, por parte de cada FEA del SCOT en la calidad de la información de la solicitud de la PDI, ofreciendo siempre a los proveedores una información homogénea referente a la evolución del proceso clínico.</p> <p>2.- Se solicitará al Servicio de Diagnóstico por Imagen del HIC que cuando se haga una exploración RX en quirófano se cargue in situ en el Entorno Clínico Selene para ahorrar nuevas exploraciones al paciente ingresado así como desplazamientos y riesgos por la movilización en la Planta y en el Área de Diagnóstico por Imagen.</p> <p>3.- Estamos a la espera de realizar una Sesión Conjunta con el de Diagnóstico por Imagen del HIC (Supervisor, Técnicos de Rayos y FEAS) para mejorar los procesos.</p> <p>4.- Se ha comenzado a realizar sesiones clínicas conjuntas con el servicio de radiodiagnóstico.</p>

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO	SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN		
CÓDIGO DE PROCESO	PS 02	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PS 02. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del Proceso: <ul style="list-style-type: none">I. Supervisar la lista de Derivaciones no aceptadas para solucionar las incidencias.II. Comunicar por correo electrónico a los FEAs del SCOT de las incidencias detectadas para solucionarlas.III. Reunión con periodicidad con el servicio de radiodiagnóstico: sesión clínica conjunta.IV. Solicitud de la prueba de exploración en quirófano con antelación para que pueda estar avisado el Técnico de Rayos asignado de acuerdo con las características del parte de quirófano.			
FASE OPERATIVA			
FEAS: <ul style="list-style-type: none">I. Cumplimentar documentación de Solicitud de Derivación para PDI y adecuación a los Protocolos establecidos. Abrir programa Selene mediante clave de usuario y contraseña.<ul style="list-style-type: none">i. Selección paciente dianaii. Elegir petición según catálogo de PDI disponibles.iii. Cumplimentar formulario de solicitudiv. Enviar formulariov. Recibir resultados requeridosII. Información al paciente y familiares y entrega de consentimientos informados si la PDI lo precisara (uso de contraste intravenoso).III. Evaluación de incidencias relevantes e Información si procede a responsables de procesos clínicos, responsables de sección o jefe de servicio.IV. Cumplimentar la información clínica en el Sistema de Información del Servicio (SIS) de responsabilidad del FEA que solicita la PDI.			

DIAGRAMA DE PROCESOS: SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN



**UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA ESTIMACIÓN
COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC**

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN		CÓDIGO	PS02
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	1	Dirección de Unidad	Supervisar y corregir posibles desviaciones en el proceso	0,50	variable	0,70	0,35
ACP	2	Dirección de Unidad	Sesión clínica conjunta con el servicio de radiodiagnóstico.	0,50	1 /mes	0,70	0,35
ACE	3	Dirección de la Unidad	Solicitud de la necesidad de radiología según parte de quirófano.	5	1	0,70	3,5
AEC	4	SCOT	Cumplimentación electrónica/ manual de las solicitudes de PDI	10	1	0,70	7
AEI	5	SCOT	Información al paciente/familia en caso que lo exija el procedimiento de consentimiento informado	5	1	0,70	3,5
ACP	6	SCOT	Valoración e información de incidencias	2	1	0,70	1,4
AEU	7	SCOT	Cumplimentar información clínica de responsabilidad del FEA	10	1	0,70	7
Observaciones:			Total UTM	33		Total Coste de las Actividades Gestionadas	23,10€

PS 03. SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Solicitud de pruebas de laboratorio	CÓDIGO DE PROCESO	PS 03
-----------------	--	--------------------------	--------------

RESUMEN

El proceso ordena los diferentes tipos de solicitudes de pruebas de laboratorio necesarias, a juicio médico, para el control y tratamiento de pacientes incluidos en los procesos clínicos del servicio.

ABSTRACT

Process sort different types of requests of necessary laboratory tests in medical opinion for the control and treatment of patients enrolled in clinical service processes.

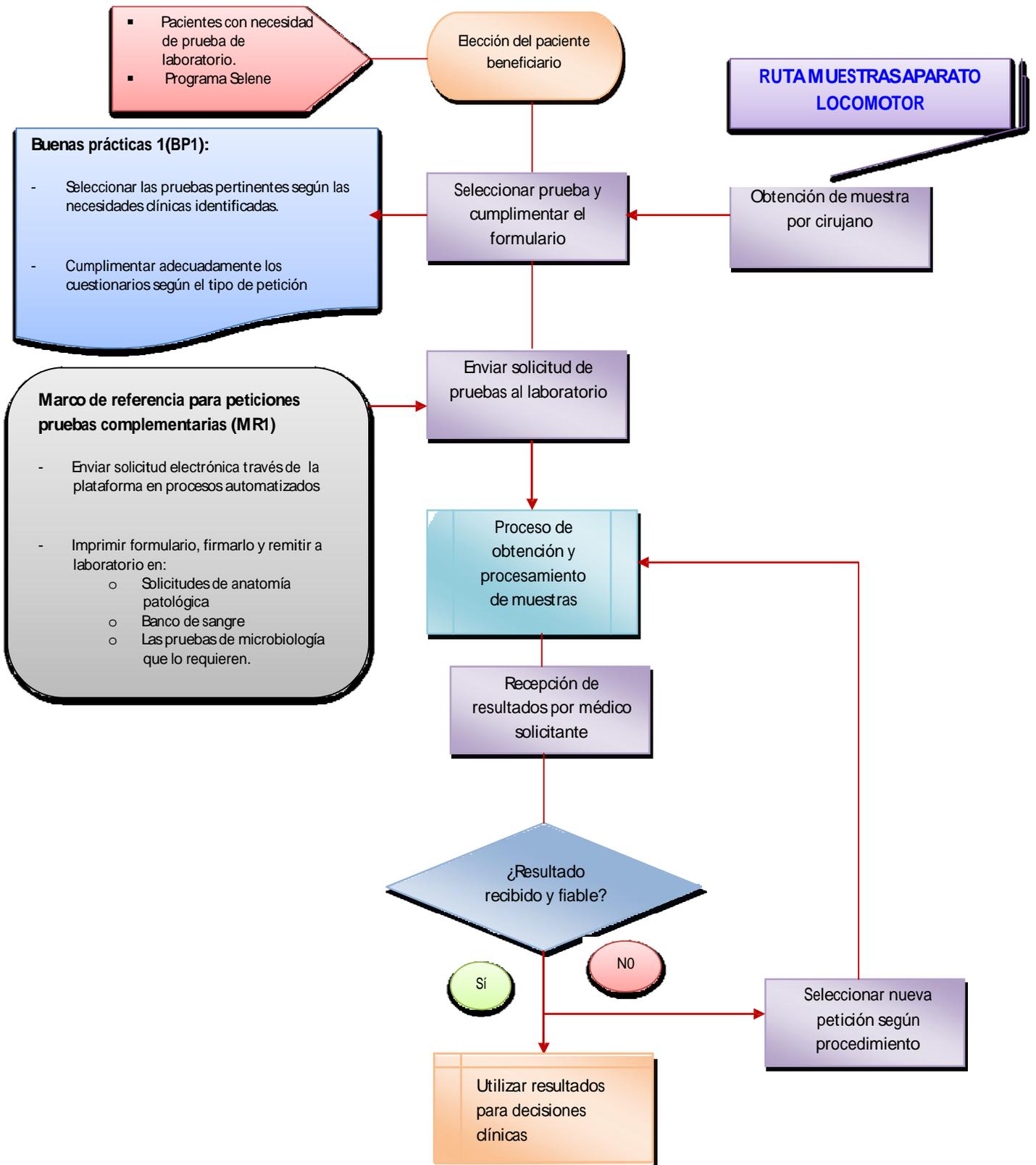
FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO	Solicitud de pruebas de laboratorio					
TIPO DE PROCESO	SOPORTE			CÓDIGO	PS03	
MISIÓN DEL PROCESO	Solicitar las pruebas de analítica (sangre, orina y otros fluidos que afectan al aparato locomotor), microbiología y anatomía patológica necesarias para el sostenimiento diagnóstico y tratamiento en los pacientes incluidos en los procesos clínicos del SCOT.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Petición de la prueba, según el tipo, a través del programa Selene.				
	FINAL	Recepción del resultado por el médico petionario.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	Variable (observación 1)		FRECUENCIA	Variable	
	CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIO	
	Médicos del SCOT petionario de la prueba.			Pacientes hospitalizados. Pacientes en fase intraoperatoria. Pacientes ambulantes: consultas y urgencias.		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES EXPECTATIVAS					
	1.- Conocer, según necesidades para diagnóstico y tratamiento, los resultados de las pruebas con la mayor fiabilidad posible.					
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio de análisis clínico. - Laboratorio de microbiología. - Laboratorio de anatomía patológica. 					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal especializado en gestión de pruebas complementarias. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tecnología apropiada al tipo de petición. 		Formularios peticiones pruebas del programa Selene.	
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Muestras obtenidas. • Resultados finales del proceso de laboratorio sin informe. • Resultados finales de laboratorio con informe. 					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	10,50					10,50 €
MÉTRICAS	<p>Criterio 1: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes.</p> <p>Criterio 2. Los resultados de las pruebas estarán disponibles con la máxima celeridad y fiabilidad.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de pruebas analíticas solicitadas/recibidas. - Número de pruebas de anatomía patológica solicitadas/recibidas. - Número de pruebas de microbiología solicitadas/recibidas. 					
RESPONSABLE	Dr. Fernando Delgado Velilla. Dr. Oscar Torre Pérez.					
OBSERVACIONES	1.- La recepción de los resultados de las pruebas depende del tipo solicitado y del tipo de laboratorio que las procesa.					

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	Solicitud de pruebas de laboratorio		
CÓDIGO DE PROCESO	PS 03	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PS 03. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del Proceso:			
<ul style="list-style-type: none">I. Hacer seguimiento del proceso a través de las métricas específicas del mismo.II. Revisar y corregir errores de calidad según tiempo estimado de revisión.			
FASE OPERATIVA			
FEAS:			
<ul style="list-style-type: none">I. Abrir programa Selene mediante clave de usuario y contraseña.II. Selección paciente diana.III. Elegir petición según catalogo de pruebas de laboratorio disponibles.IV. En muestras específicas del aparato locomotor obtención de muestra por el cirujano.V. Cumplimentar formulario de solicitud.VI. Enviar formulario.VII. Recibir resultados requeridos.			

DIAGRAMA DE PROCESOS SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO



**UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA ESTIMACIÓN
COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC**

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS		CÓDIGO	PG04
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	1	Dirección Unidad	Seguimiento del proceso y gestión de incidencias	5	variable	0,70	3,5
AEC	2	SCOT	Gestión completa de la solicitud	10	variable	0,70	7
Observaciones:				Total UTM	15	Total Coste de las Actividades Gestionadas	10,50 €

PS 04. GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Gestión del sistema de información clínica	CÓDIGO DE PROCESO	PS 04
-----------------	---	------------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso establece el procedimiento a seguir para identificar el diagnóstico más apropiado en los casos vistos en consulta, urgencias y, en su caso hospitalización, con el fin de ofrecer al servicio de admisión del hospital la información necesaria para su codificación. El proceso actualmente presenta problemas de variabilidad en determinar el diagnóstico preciso. En este sentido, se propone medidas de formación al personal médico del servicio

ABSTRACT

This process establishes the procedure to follow to identify the most appropriate diagnosis in cases seen in consultation, emergency and, where appropriate, hospitalization, in giving service of hospital admission information necessary for its encoding. The process currently presents variability in determining accurate diagnosis problems. In this sense, proposes mediated training medical personnel service.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO	Gestión del sistema de información clínica					
TIPO DE PROCESO	SOPORTE			CÓDIGO	PS04	
MISIÓN DEL PROCESO	Introducir en el Sistema de Información Interna (Registro de Demanda Selene / Servicio de Admisión del hospital) una correcta información enfocada a la codificación, la cual estará basada en la identificación precisa de los procedimientos/ diagnóstico de los casos visto en consultas, urgencia y hospitalización.					
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Paciente valorado en el espacio asistencial.				
	FINAL	Envío automatizado del diagnóstico asignado al servicio de admisión.				
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	158 UTM		FRECUENCIA	150 por día	
	CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIO	
	Servicio de Admisión.			SCOT		
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	NECESIDADES EXPECTATIVAS					
	Establecer un diagnóstico preciso /código en los procesos atendidos dentro del SCOT.					
PROVEEDORES	Médicos del SCOT					
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS		TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	Médicos del SCTO		Programa Selene, pantalla "Registro de Demanda".		Listado de procesos potencialmente atendidos en el SCOT que contiene el programa Selene.	
SALIDAS	Documento cumplimentado y enviado en programa Selene "Registro de Demanda" al servicio de Admisión.					
COSTE	PERSONAL	CIRUGÍA	TECNOLOGÍA	FARMACIA	PRUEBAS	TOTAL
	77,00€	No	No	No	No	77,00€
MÉTRICAS	<p>Criterio 1: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes.</p> <p>Criterio 2. La información enviada desde el SCOT al servicio de Admisión cumple el estándar del 95% de aciertos en la codificación.</p> <p>Indicadores: No sobrepasar los 30 días hábiles en LEQ desde que se da el visto bueno en la consulta de anestesia.</p>					
RESPONSABLES	Dr. Fernando Delgado Velilla. Dr. Jesús Cruz Gómez. Dr. Israel Pérez Muñoz. Dr. Javier Rodríguez Guerrero. Dr. Alberto paredes Pérez. Dr. Oscar Torres					
OBSERVACIONES	Se han resuelto satisfactoriamente los defectos en la asignación de código/ diagnóstico asignado al paciente una vez que se ha formado al cuadro de médicos y por ellos mismos has adquirido más experiencia en la realización de esta tarea.					

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO	Gestión del sistema de información clínica		
CODIGO DE PROCESO	PS 04	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PS 04

FASE DE ORGANIZACIÓN

Responsable del Proceso:

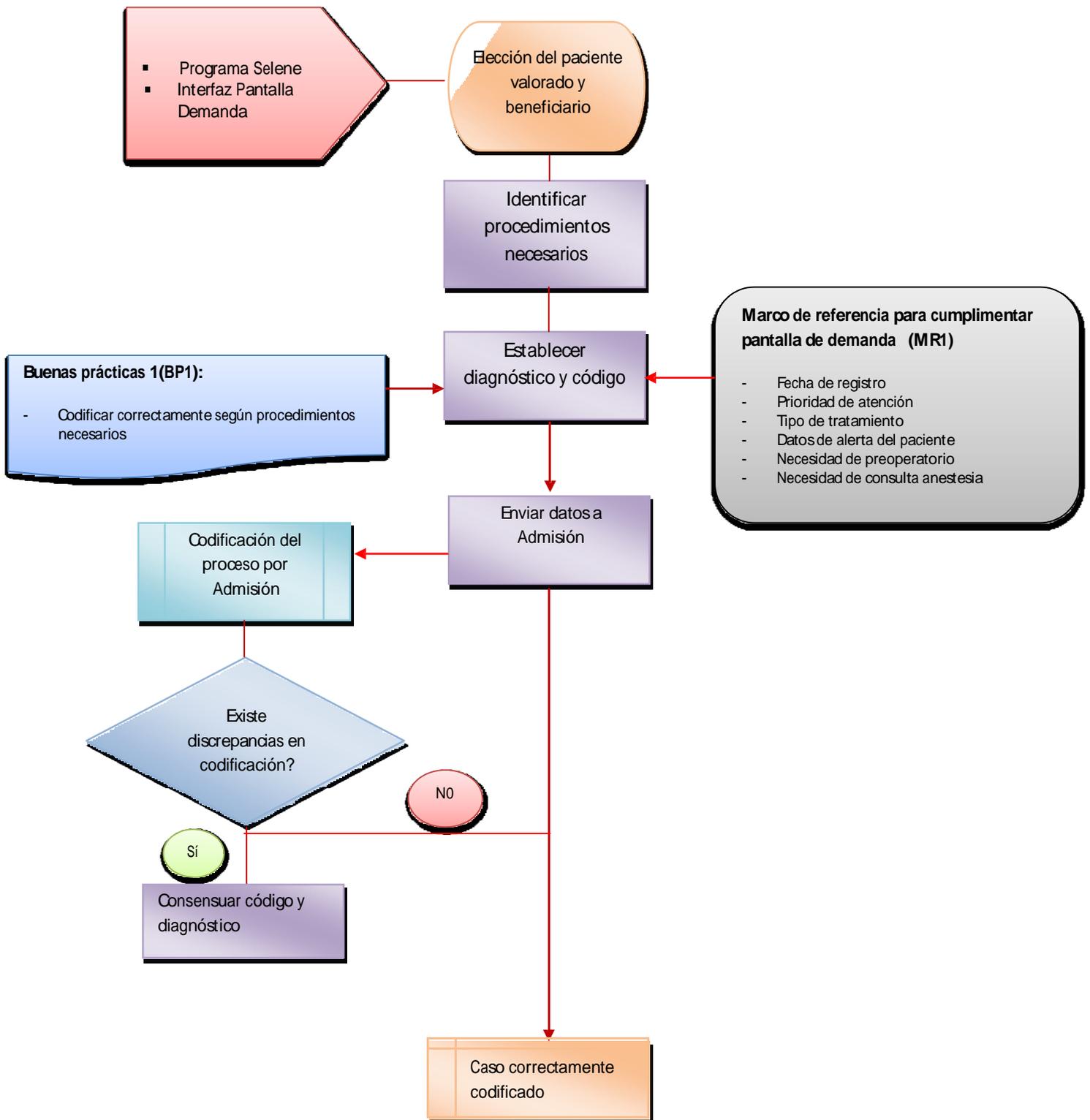
- I. Revisar la calidad de la gestión de información y codificación en el programa Selene
- II. Evaluar junto con el servicio de Admisión la validez de la información remitida.

FASE OPERATIVA

FEAS:

- I. Abrir programa Selene.
- II. Elegir interfaz "pantalla de demanda".
- III. Identificar sobre la valoración realizada al paciente los procedimientos (con su código) que requiere.
- IV. Elegir código o diagnóstico según necesidades terapéuticas.
- V. Cumplimentar datos generales del paciente según valoración y procedimientos requeridos.
 - a. Fecha de registro de demanda.
 - b. Prioridad de atención: normal, preferente, urgencia diferida, urgencia.
 - c. Tipo de tratamiento: ambulatorio o ingreso.
 - d. Diagnóstico.
 - e. Procedimientos.
 - f. Datos de alerta del paciente.
 - g. Necesidad de preoperatorio.
 - h. Consulta anestesia.
- VI. En caso de que el paciente sea valorado en el área de urgencia y se necesite intervención prioritaria, proceder a ingresarlo y cumplimentar datos desde hospitalización.

DIAGRAMA DE PROCESOS: GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA



UNIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA		CÓDIGO	PG04
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACI	1	Dirección de Unidad	Revisar la calidad de la información/codificación introducida en el Selene	90	1 vez por día	0,70	63
AEU	2	SCOT/ADM	Evaluar la calidad de datos con el servicio de Admisión	60	1 vez por semana	0,70	8,4
AEU	3	SCOT	Posicionarse en el programa y localizar paciente	3	1	0,70	2,1
AEU	4	SCOT	Cumplimentar los pasos de codificación	5	1	0,70	3,5
Observaciones:			Total UTM	158		Total Coste de las Actividades Gestionadas	77,00€

PROCESOS CLÍNICOS

SECCIÓN
MIEMBRO SUPERIOR

GRD 223. PROCEDIMIENTOS MAYORES HOMBRO, CODO U OTROS PROCEDIMIENTOS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR CON COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	Prótesis de Hombro // Prótesis de Codo.	CÓDIGO DE PROCESO:	PMS 01
------------------	--	-----------------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la recuperación emocional, de dolor y de la función de la movilidad del hombro y brazo en los pacientes que requieren un abordaje quirúrgico, bien del hombro o de cualquier parte del brazo. Los pacientes comprendidos en este proceso presenta como añadido algún tipo de comorbilidad que debe ser atendida a la par de los procedimientos principales. Tiene una estancia promedio de 5 días en el hospital y un seguimiento posterior en domicilio, consultas externas y rehabilitación de aproximadamente 40 días.

ABSTRACT

Which is a process the emotional recovery of pain and function of the mobility of the shoulder and arm in patients requiring a surgical approach, or the any part of the arm and shoulder. The patients included in this process presented as added some kind of comorbidity must be attended to in the main proceedings. It has an average stay of 5 days in the hospital and a subsequent monitoring in home, outpatient and rehabilitation of approximately 40 days.

GRD 223: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención mayor de hombro o codo u otras de extremidad superior. Las más frecuentes son: artroplastia de hombro o codo, reducción abierta o cerrada con fijador interno de fractura de cubito o radio y reparación del manguito de los rotadores. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso en hospital	ESTANCIA MEDIA	5 días
PESO GRD	0,9984		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Fractura diáfasis humeral placas.

GRD 223. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO SUSTITUCIÓN ARTICULAR HOMBRO/CODO

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada. -Comorbilidad identificada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Pruebas cruzadas de sangre realizadas. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ PDI disponibles ✓ Paciente bien colocado según intervención. ✓ Campo quirúrgico estéril ✓ Vía de abordaje limpia ✓ Cabeza humeral reseca ✓ Cabeza humeral Fresada y preparada ✓ Canal humeral preparado ✓ Prótesis colocada ✓ Componentes cementados ✓ Herida suturada <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Informe de alta médica realizado. ✓ Paciente con comorbilidad controlada. ✓ Control PDI realizado. ✓ Control de hemograma y bioquímica. ✓ Movilización y ejercicios pautados.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.</p> <p>3. Consentimiento de transfusión sanguínea cumplimentado y firmado por el paciente.</p>

COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	Interconsulta de Rehabilitación solicitada en la etapa postoperatoria
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Continuidad cuidados domiciliarios
	TRABAJADOR SOCIAL	Problemas sociales que limiten el TMA identificados en consulta o durante el proceso comunicado a Trabajador social.

GRD 223. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO							
TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro superior			CÓDIGO	PMM 05		
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor o pérdida de movilidad en hombro o miembro superior por lesiones traumáticas.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.					
	FINAL	Alta hospitalaria y continuidad con rehabilitación.					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	5 días	FRECUENCIA	43			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. OTROS SUBPROCESOS <ul style="list-style-type: none"> Médico Servicio Anestesia y Reanimación. Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médico y Técnico de Laboratorio. Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación. 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> Prótesis total anatómica: <ul style="list-style-type: none"> componente glenoideo de varios tamaños Cemento óseo Sutura de alta resistencia Emiprótesis <ul style="list-style-type: none"> componente humeral de varios tamaños Fármacos 				<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica. Listado de verificación quirúrgica. 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGÍA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	73,50€	68,40€	2918,48€	18,00€	10,10€	26,73€	3115,21€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Javier Guerrero						
OBSERVACIONES:							

GRD 223: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS 1,5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

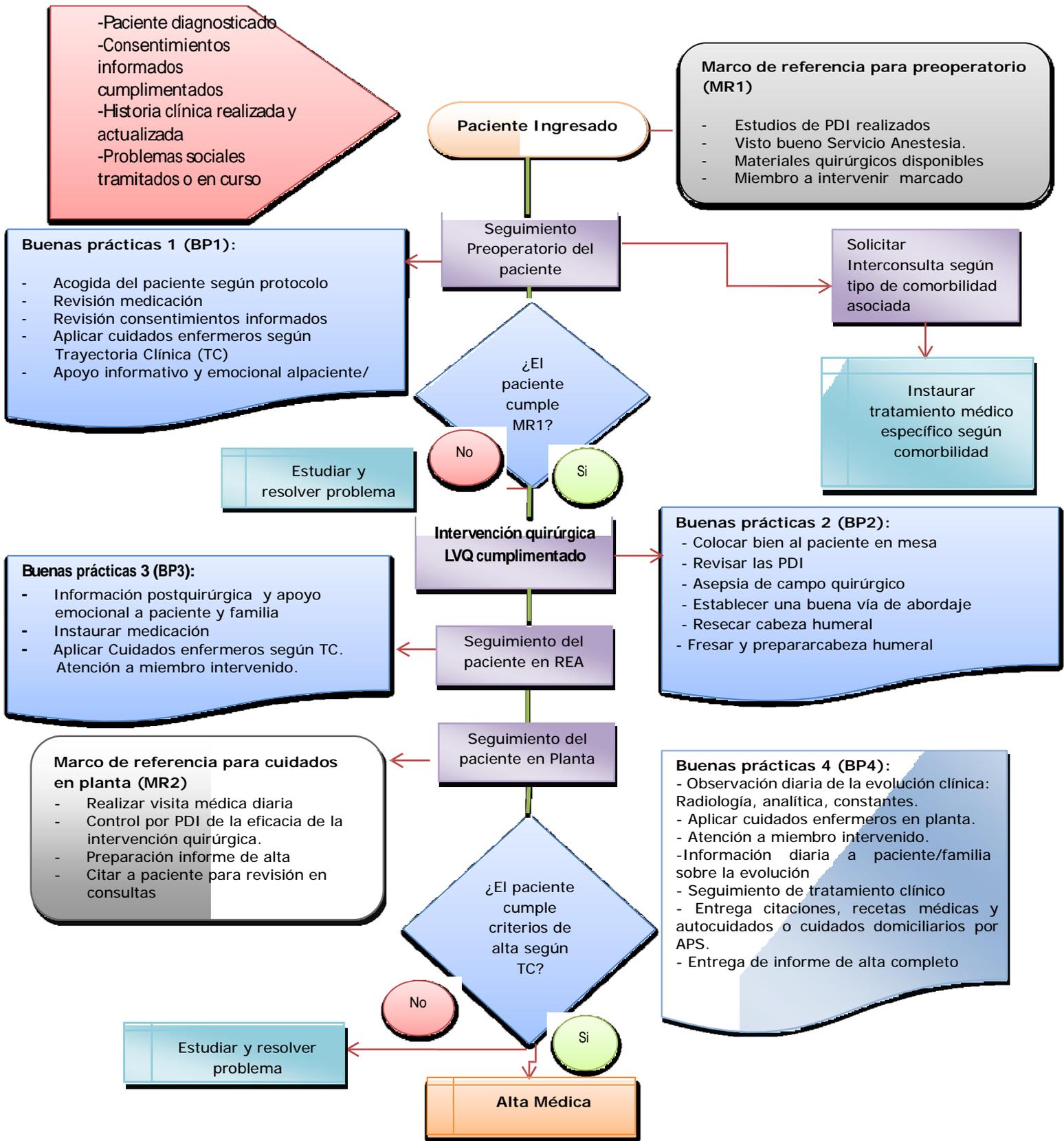
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
ATENCIÓN MÉDICA	<p>Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>- Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento Informado de Traumatología. - Consentimiento Informado de transfusión sanguínea. - ITC o formulario de Anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). - Pruebas cruzadas para banco de sangre (3 CH). - Estudios de imagen. - Contraindicación de cirugía. <p>Estado general. Medicación suspendida.</p>	<p>PREVIO A Quirófano: Revisión del paciente, marcado del miembro por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado Quirúrgico y de transfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesia. - Comprobar material <p>QUIRÓFANO. “CheckList”</p> <p>Vía periférica y sondaje urinario si procede. Colocación del paciente. Lavado estéril: 10 minutos con clorhexidina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información postoperatoria a familiares por Cirujano. <p>REANIMACIÓN Y PLANTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pautar medicación analgésica - Revisar medicación habitual del paciente - Indicaciones tolerancia según ANR - Indicación si dieta y cuidados específicos - Pedir ITC rehabilitación 	<p>-Visita Traumatología. TRAUMATÓLOGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interconsulta con especialidad según comorbilidad asociada - Actualización del tratamiento. - Retirar profilaxis - Información paciente / familiares: vía clínica. - Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). - Medicación habitual del paciente. - Valoración por rehabilitación. - Control HBPM 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar de herida quirúrgica. - Revisión tratamientos. - Retirar profilaxis antibiótica - Anticipar la posibilidad del alta: hacer prealta e informe de alta 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar herida quirúrgica <p>ALTA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entregar alta con informe y recetas - Últimas indicaciones a paciente y familiares - Qtar a curas enfermería en 7 días. - Qtar a consulta en 3 semanas - Entregar informe de alta * Entregar recetas - Entregar hoja normas a seguir.

		-Pedir control Rx y hemograma -Ver color, movilidad y sensibilidad mano y dedos Informar a la familia.			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	La pauta por anestesia. Medicación según su comorbilidad Prevención de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)	Petidina: 200mg. 24 h. Ketorolaco 120mg. 24/h S. Fisiológico 250 ml/24h Ketorolaco rescatate Omeprazol 20/24h. Cefazolina 2 gr IV/8h	Petidina: 200mg. 24 h. Ketorolaco 120mg. 24/h S. Fisiológico 250 ml/24h Omeprazol 20/24h. Cefazolina 2 gr IV/8h	Retirar bomba Ketorolaco IV/8h Metamizol IV/8 Omeprazol 20/24h.	Ketorolaco VO/8h Metamizol VO/8 Omeprazol 20/24h.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	-Acogida del paciente: vía clínica. -Toma de constantes (Tª, TA, FC). - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica	-PLANTA: Finalización de Preparación prequirúrgica: - ducha con clorhexidina y pijama antes de quirófano. -En REA prequirúrgico . Comprobación: vías, rasurado. Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC, -En REA postquirúrgico Monitorización. (Constantes vitales por turno, control diuresis) -Control color, movilidad y sensibilidad dedos -Control analgesia	Por este orden. -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Control diuresis, retirar sondaje urinario si procede -Control redón -Control dolor -HBPM. -Control Fluidoterapia intravenosa si continua pautada	-Curar herida -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Retirar redón si menos de 30 cc en 24h -HBPM -Control emisión heces	-Curar herida -Constantes alta (Tª, TA, FC). -HBPM
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	-Reposo en cama semisentado -Movilidad de manos y dedos	-Levantar a sillón y caminar -Movilidad de muñeca y dedos	-Levantar -Ejercicios pendulares 5 veces al día 15 minutos	-Levantar -Ejercicios pendulares
DIETA	Absoluta desde la cena	Según criterio del cirujano	Habitual según paciente	Habitual según paciente	Habitual según paciente

OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Procedimiento información a familiares del HIC Informar de la necesidad del cabestrillo estabilizador	Información al paciente	Hielo local	Hielo local	Insistir en la movilización de hombro y otras articulaciones
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 3 Consultas de enfermería: 3				

GRD 223: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



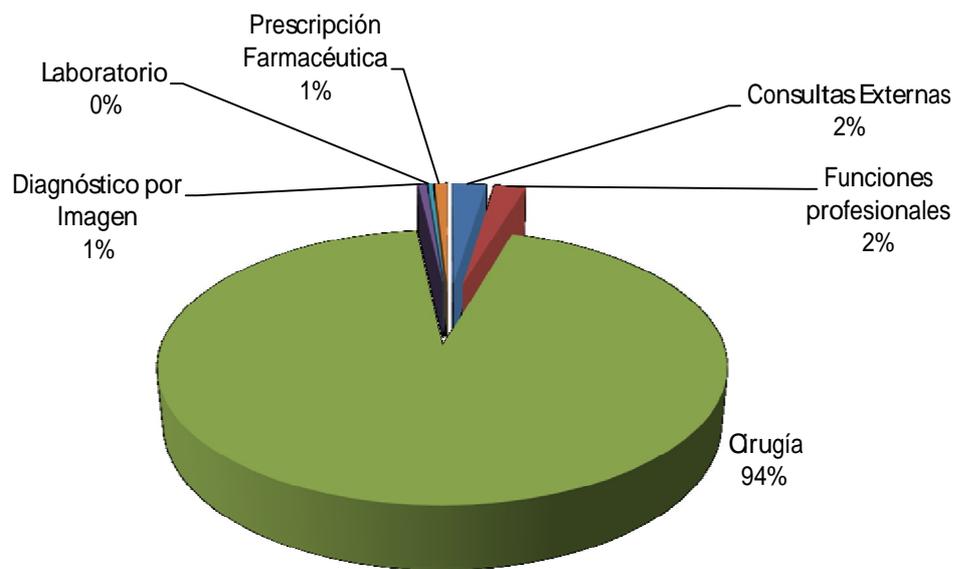
223. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO FRACTURA DIAFISIS HUMERAL PLACAS

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20min x 0,70€/min	14,00	1,50	21,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15min x 0,70€/min	10,50	5,00	52,50€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				73,50€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15min x 0,70€/min	10,50	3	31,50€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30min x 0,41€/min	12,30	3	36,90€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				68,40€
ATENCIÓN MÉDICA	160	0,70	2,00	224,00€
CUIDADOS ENFERMERÍA	160	0,41	2,00	131,20€
AUXILIAR QUIRÓFANO	160	0,30	1,00	48,00€
MATERIALES ESPECÍFICOS				2392,39€
MATERIALES GENERALES				75,89€
ANATOMÍA PATOLÓGICA			1,00	40,00€
SUBTOTAL CIRUGÍA				2918,48€
RX TORAX		6,00	1	6,00€
RX EXTREMIDADES		6,00	1	6,00€
RX PELVISEXTREMIDAD INFERIOR		6,00	1	6,00€
RX COLUMNA		6,00	0	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				18,00€
HEMOGRAMA		1,50	1,00	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1,00	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1,00	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS				8,98€
ANALGESICOS				10,52€
OTROS				7,23€
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				26,73€

COSTE DEL PROCESO GRD 223: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO FRACTURA DIAFISIS HUMERAL PLACAS

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	73,50€
FUNCIONES PROFESIONALES	68,40€
CIRUGÍA	2918,48€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	18,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,73€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	3115,21€

COSTES DE LAS ACTIVIDADES: PROCESO GRD 223



GRD 223: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención relacionada con fracturas de húmero o codo asociadas a complicaciones.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso en hospital	ESTANCIA MEDIA	5 días
PESO GRD	0,9984		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Cirugía reconstructiva de fracturas húmero distal.
-

GRD 223. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO FRACTURA 1/3 PROXIMAL HÚMERO/CODO

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Pruebas cruzadas de sangre realizadas. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ PDI disponibles ✓ Paciente bien colocado según intervención. ✓ Campo quirúrgico estéril ✓ Vía de abordaje limpia ✓ Fractura Reducida ✓ Placa Humeral colocada ✓ Atornillado y última revisión ✓ Herida suturada ✓ Drenaje y apósito colocado ✓ Cabestrillo inmovilizador colocado <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Informe de alta médica realizado. ✓ Paciente con comorbilidad controlada. ✓ Control PDI realizado. ✓ Control de hemogramay bioquímica. ✓ ITCrehabilitación solicitada ✓ Control de color, movilidad y sensibilidad mano y dedos
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información y apoyo emocional a paciente y familia durante el proceso.</p>

		3. Consentimiento de transfusión sanguínea cumplimentado y firmado por el paciente.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	Interconsulta de Rehabilitación solicitada en la etapa postoperatoria
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Continuidad cuidados domiciliarios
	TRABAJADOR SOCIAL	Problemas sociales que limiten el TMA identificados en consulta o durante el proceso comunicado a Trabajador social.

GRD 223. FRACTURA 1/3 PROXIMAL Y DISTAL DE HÚMERO

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro superior		CÓDIGO	PMM 05			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor o pérdida de movilidad en hombro o miembro superior por lesiones traumáticas.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.					
	FINAL	Alta hospitalaria y continuidad con rehabilitación.					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	5 días	FRECUENCIA	43			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. <p style="margin-left: 20px;">OTROS SUBPROCESOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico Servicio Anestesia y Reanimación. • Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médico y Técnico de Laboratorio. • Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. • Médico y Fisioterapeuta de Rehabilitación. 						
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos. • Cabestrillo • Placas de varios tamaños y lados • Instrumental placas 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. • Listado de verificación quirúrgica. 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	73,50€	68,40€	1196,93€	18,00€	10,10€	26,73€	1393,66€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Javier Guerrero						
OBSERVACIONES:							

GRD 223: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS	1,5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.
----------------------------	---

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

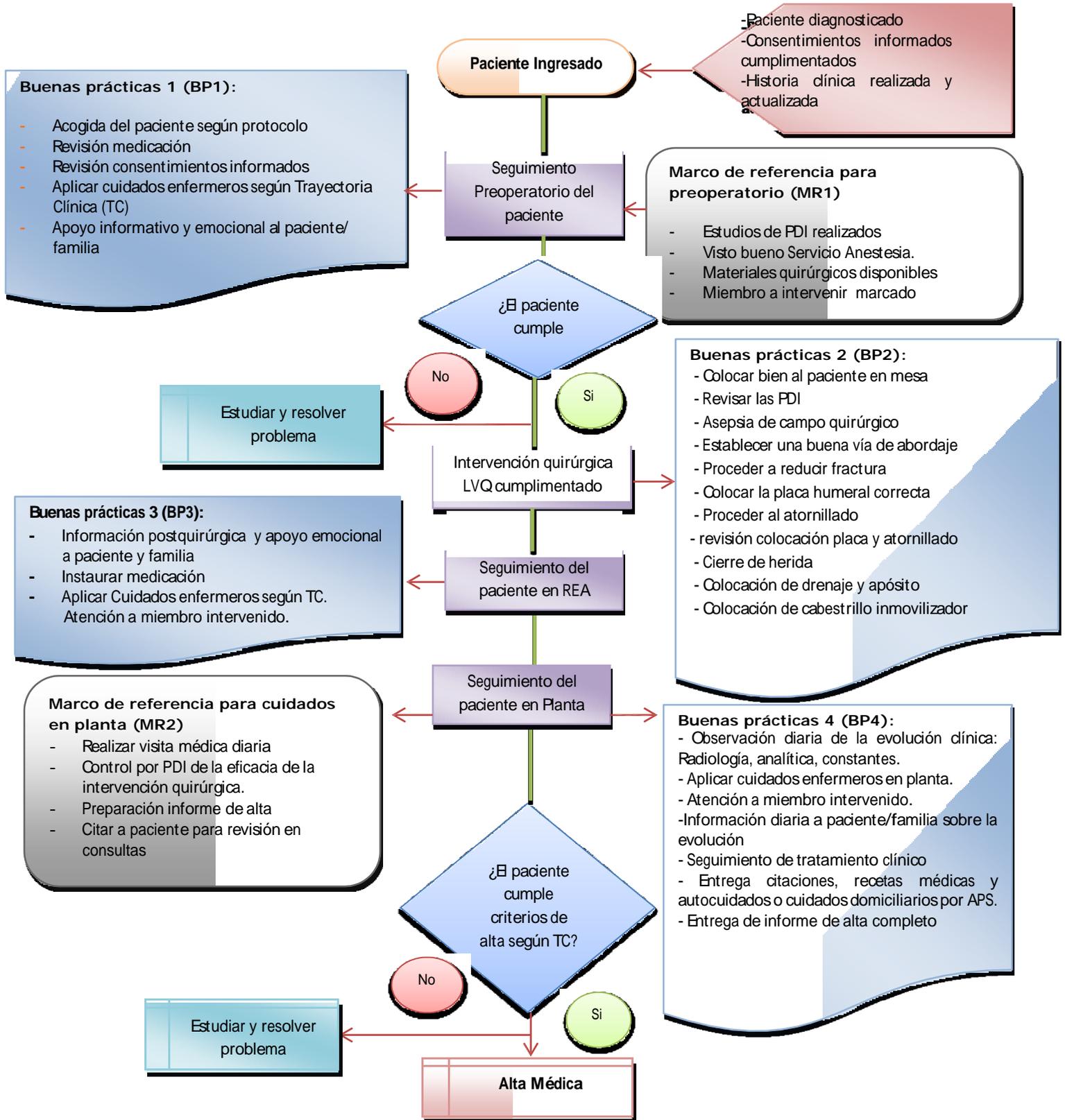
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA/ POSTOPERATORIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4
ATENCIÓN MÉDICA	<p>Confirmación del parte de quirófano.</p> <p>- Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento Informado de Traumatología. - Consentimiento Informado de transfusión sanguínea. - ITC o formulario de Anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). - Pruebas cruzadas para banco de sangre (3 CH). - Estudios de imagen. - Contraindicación de cirugía. - Medicación de base por comorbilidad. 	<p>PREVIO A Quirófano: Revisión del paciente, marcado del miembro por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado Quirúrgico y de transfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesia. - Comprobar material <p>QUIRÓFANO.</p> <p>“CheckList”</p> <p>Vía periférica y sondaje urinario si procede.</p> <p>Colocación del paciente.</p> <p>Lavado estéril: 10 minutos con clorhexidina</p> <p>-Información postoperatoria a familiares por Cirujano.</p> <p>REANIMACIÓN Y PLANTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pautar medicación analgésica -Revisar medicación habitual del paciente -Indicaciones tolerancia según ANR -Indicación si dieta y cuidados específicos -Ver color, movilidad y sensibilidad mano y dedos. 	<p>Visita Traumatología.</p> <p>TRAUMATÓLOGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Actualización del tratamiento. -Retirar profilaxis -Información paciente / familiares: vía clínica. -Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). -Medicación habitual del paciente. -Valoración por rehabilitación. -Control HBPM 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verificar de herida quirúrgica. -Revisión tratamientos. -Retirar profilaxis antibiótica -Anticipar la posibilidad del alta: hacer prealta e informe de alta 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verificar herida quirúrgica <p>ALTA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entregar alta con informe y recetas -Últimas indicaciones a paciente y familiares -Otar a curas enfermería en 7 días. -Otar a consulta en 3 semanas -Entregar informe de alta -Entregar recetas -Entregar hoja normas a seguir. 	

		-Informar a la familia.				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	La pauta dada por anestesia. Medicación según su comorbilidad. Prevención de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)	Petidina: 200mg. 24 h. Ketorolaco 120mg. 24/h S. Fisiológico 250 ml/24h Ketorolaco rescatate Omeprazol 20/24h. Cefazolina 2 gr IV/8h	Petidina: 200mg. 24 h. Ketorolaco 120mg. 24/h S. Fisiológico 250 ml/24h Omeprazol 20/24h. Cefazolina 2 gr IV/8h	Petidina: 200mg. 24 h. Ketorolaco 120mg. 24/h S. Fisiológico 250 ml/24h Omeprazol 20/24h.	Retirar bomba Ketorolaco IV/8h Metamizol IV/8 Omeprazol 20/24h.	Ketorolaco VO/8h Metamizol VO/8 Omeprazol 20/24h.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	-Acogida del paciente: vía clínica. -Toma de constantes (Tª, TA, FC). - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica	-PLANTA: Finalización de Preparación prequirúrgica: - ducha con clorhexidina y pijama antes de quirófano. -En REA prequirúrgico . Comprobación: vías. Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC, -En REA postquirúrgico Monitorización.(Constantes vitales por turno, control diuresis) -Control color, movilidad y sensibilidad dedos -Control analgesia	Por este orden. -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Control diuresis, retirar sondaje urinario si procede -Control dolor -HBPM. -Control Fluidoterapia intravenosa si continua pauta	-Curar herida -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Control emisión heces	-Curar herida -Constantes al alta (Tª, TA, FC). -HBPM	
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	-Reposo en cama semisentado -Movilidad de manos y dedos	-Levantar a sillón y caminar -Movilidad de muñeca y dedos	-Levantar -Ejercicios pendulares 5 veces al día 15 minutos	-Levantar -Ejercicios pendulares	
DIETA	Absoluta desde la cena	Según criterio del cirujano	Habitual según paciente	Habitual según paciente	Habitual según paciente	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Necesidad del cabestrillo estabilizador	Información al paciente	Hielo local	Hielo local	Movimientos pendulares de Coodman.	

POSTALTA: CONSULTASEXTERNAS

Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 3 Consultas de enfermería:3
-----------------------------	---

GRD 223: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



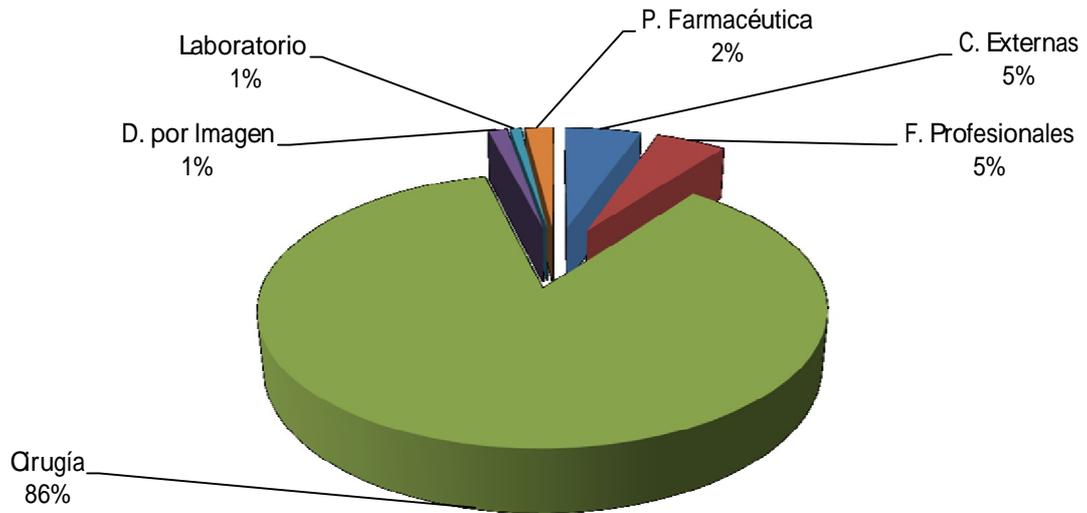
223. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE FRACTURAS HÚMERO DISTAL

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20 minx0,70€/min	14,00	1,50	21,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15 minx0,70€/min	10,50	5,00	52,50€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				73,50€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15 minx0,70€/min	10,50	3,00	31,50€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30 minx0,41€/min	12,30	3,00	36,90€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				68,40€
CIRUJANO	160,00	0,70	2,00	224,00€
ENFERMERA	160,00	0,41	2,00	131,20€
AUX. QUIRÓFANO	160,00	0,30	1,00	48,00€
ANATOMÍA PATOLÓGICA		1,00		40,00€
MATERIALES ESPECÍFICOS				677,84€
MATERIALES GENERALES				75,89€
SUBTOTAL CIRUGÍA				1196,93€
RX TORAX		6,00	1,00	6,00€
RX EXTREMIDADES		6,00	1,00	6,00€
RX PELVIS/EXTREMIDAD INFERIOR		6,00	1,00	6,00€
RX COLUMNA		6,00	0,00	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				18,00€
HEMOGRAMA		1,50	1,00	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1,00	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1,00	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS				8,98€
ANALGÉSICOS				10,52€
OTROS				7,23€
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				26,73€

COSTE DEL PROCESO GRD 223: PROCESO CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE FRACTURAS HÚMERO DISTAL

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	73,50€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	68,40€
CIRUGÍA	1196,93€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	18,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,73€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	1393,66€

COSTES DE LAS ACTIVIDADES: PROCESO GRD 223



GRD 224. PROCEDIMIENTOS SOBRE HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO EXCEPTO PROCEDIMIENTO MAYOR DE ARTICULACIÓN SIN COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	Procedimientos sobre hombro, codo o antebrazo excepto procedimientos mayores articulares sin complicaciones.	CÓDIGO DE PROCESO:	PMS 02
------------------	---	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que promueve la solución quirúrgica del dolor y la pérdida de habilidad en el manejo de la mano o muñeca en aquellos pacientes que aquejan enfermedades traumáticas o no traumáticas, que producen rigidez articular o deformidad debido a fracturas o afectación de los huesos o articulaciones. Este proceso siempre se realiza mediante Cirugía con Ingreso Hospitalario, con una estancia de un día en el hospital a partir de la intervención quirúrgica. El seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 3 meses.

ABSTRACT

Process that promotes the surgical solution of pain and loss of skill in the management of the hand or wrist in those patients complaining of traumatic or non-traumatic conditions producing joint stiffness or deformity due to fractures or bone or joint lesions. Always carried out by Hospitalary surgery, with one day stay after the surgical procerure. Subsequent outpatient follow-up is about 3 months.

GRD 224: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de hombro, codo o antebrazo excepto un procedimiento mayor articular. Los más frecuentes son reducción abierta o cerrada con fijador interno de fractura de cúbito o radio, reparación de luxación recidivante de hombro u ostectomía parcial de Cy R.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía con ingreso	ESTANCIA MEDIA	1 día
PESO GRD	0,9304		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Reducción abierta o cerrada con fijador interno de fractura de cúbito o radio.
 - Ostectomía parcial de cúbito y radio.
-

GRD 224. PROCEDIMIENTOS SOBRE HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO EXCEPTO PROCEDIMIENTO MAYOR DE ARTICULACIÓN SIN COMPLICACIONES

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en mesa de mano. ✓ Colocación de manguito de isquemia en antebrazo (anestesia locorregional) o en brazo (anestesia general o plexo axilar). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la reducción abierta o cerrada con fijador interno de fractura de cúbito o radio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal o en zig-zag en dorso o cara palmar de antebrazo distal y muñeca (Henry), respetando estructuras tendinosas y neurovasculares, con disección de estructuras capsuloligamentosas cuando sean fracturas articulares. ▪ Reducción y estabilización de la fractura con el material de osteosíntesis adecuado (bajo visión intensificador de imagen), aporte de injerto o sustituto óseo cuando sea necesario. <p>2.- Técnica quirúrgica general para la osteotomía parcial de cúbito o radio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal o en zig-zag en cara palmar o interna de antebrazo distal y muñeca, respetando estructuras tendinosas y neurovasculares, con disección de estructuras capsuloligamentosas cuando haya afectación articular. ▪ Resección de segmento óseo para corregir la deformidad.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción y estabilización de la zona de osteotomía con el material de osteosíntesis adecuado (bajo visión intensificador de imagen), aporte de injerto o sustituto óseo cuando sea necesario. <p>En todas las variantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de hospitalización cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	<p>3. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>4. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales

GRD 224. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO							
TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro superior			CÓDIGO	PMM 05		
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor o pérdida de movilidad en mano o muñeca por lesiones traumáticas o no de las estructuras que forman la extremidad superior, para recuperar habilidad en el manejo de las mismas.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Hospitalización.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día		FRECUENCIA	68		
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Médicos del Servicio de Neurofisiología. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. • Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Gafas-lupa o microscopio de microcirugía. • Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. • Bisturi eléctrico bipolar. • Injerto óseo o sustitutos óseos. • Fármacos. • Caja de Cirugía de Mano. • Mano de plomo. • Protección radiológica. 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. 		
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGIA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	51,98€	44,25€	1672,60€	155,95€	10,10€	26,92€	1961,80€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Javier Guerrero						
OBSERVACIONES:							

GRD 224: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS	1,5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.
----------------------------	---

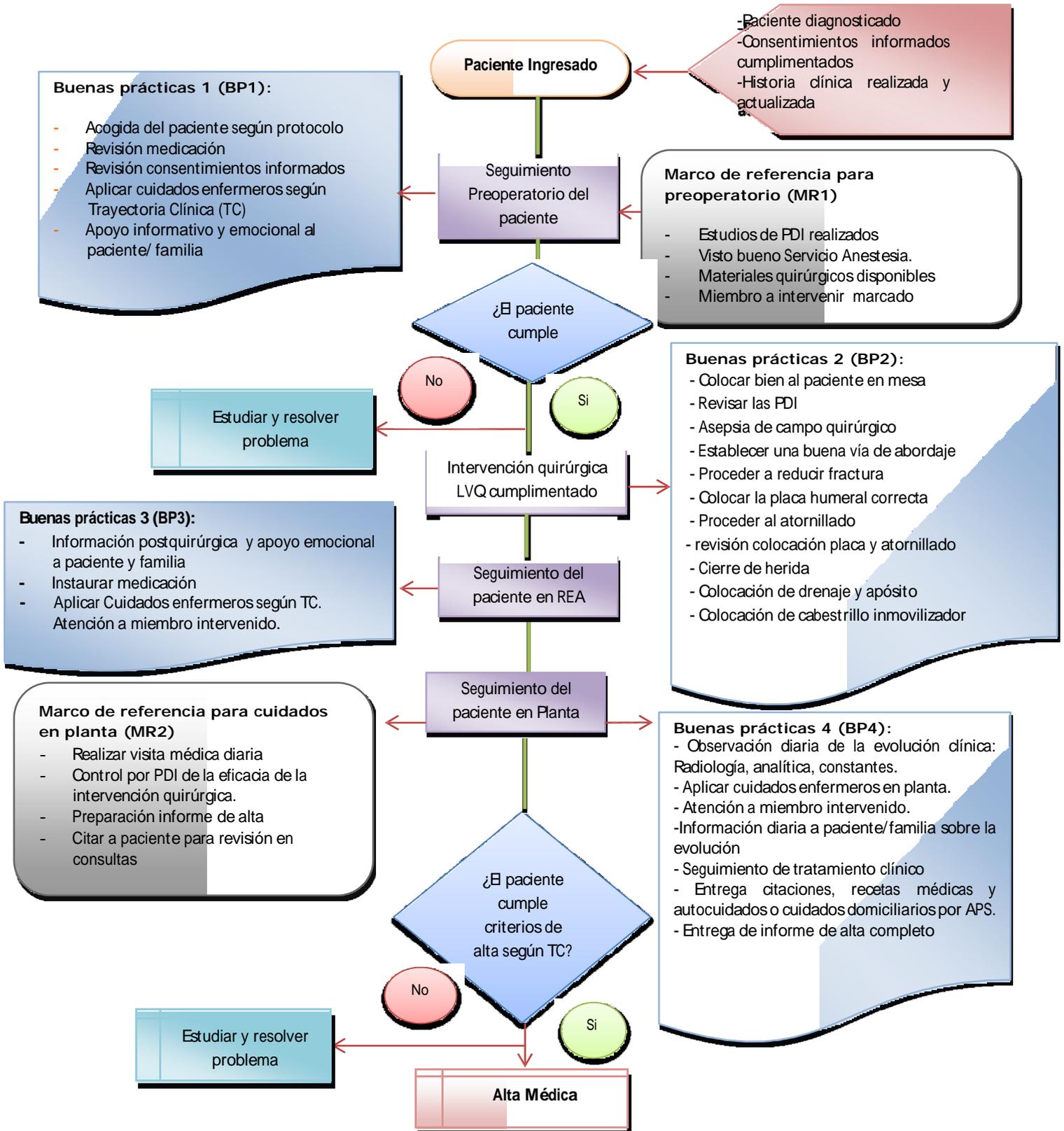
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	DÍA 1 (CONVALESCENCIA)	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>-Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Consentimiento Informado de Traumatología. .ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida. 	<p>PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>-Anestesia: general / raquídea / locorregional.</p> <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente a planta de Hospitalización. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Citas de consulta y curas al alta. -Informe de alta. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica. 	<p>-Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. <p>-Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días -Consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.</p>
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	<p>En fracturas RXC:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Urgencia: 2 . En consulta: 1 <p>En casos de fracturas articular TAC: 1</p> <p>En ostectomía:</p>		RXC : 1		<p>En consulta externa postoperatoria 2 RXC</p> <p>En algunos casos de fractura articular TAC: 1</p>

	. TAC: 1 . RX: 1				
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico medico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS 1 Instrumentista			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Clips quirúrgicos Material de vendaje e inmovilización Placas de titanio atornillada: 1 Agujas de Kirschner: 3			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina) -Profilaxis antibiótica en implante de fractura: Cefazolina 2 gr. (4 dosis) de elección, salvo alergia.	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar).	-Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d. Profilaxis antibiótica: Cefazolina 2 gr. Durante 6 horas /24 H.	-Paracetamol 1 gr. c/6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1 mg/kg/d.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes CMA.	En prequirúrgicos: - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC,	En postquirúrgicos -Monitorización de constantes vitales por turno. -Estado de la mano y miembro intervenido. -Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo -Analgesia intravenosa.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia aspecto miembro superior. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos -Retirar fluidoterapia intravenosa.	

	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar -Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC): <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado general. - Medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia. 			- Alta enfermería.	
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		<ul style="list-style-type: none"> - Reposo en cama-sillón. - Movilización espontánea. 	Deambulaci3n	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> -Procedimiento de informaci3n a pacientes y familiares en el HIC -Guía de acogida pacientes. 				Citaci3n por Chaqueta Verde en Admisi3n para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisi3n en 1 mes. - Citaci3n consulta cirujano.
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gesti3n de consultas externas Consulta médica: 2 Consultas de enfermería: 2				

GRD 224: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



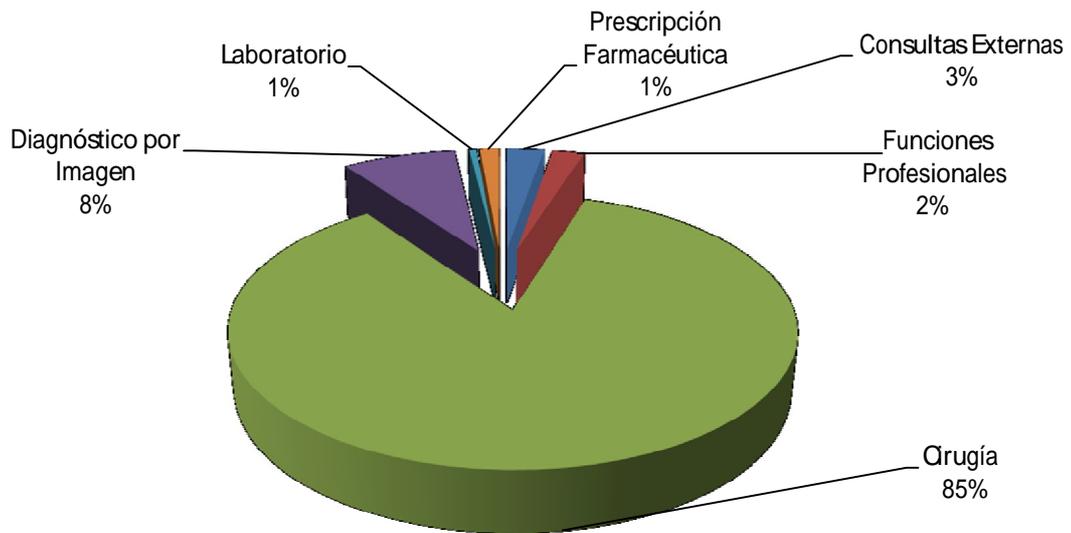
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70€	1,5	16,50
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70€	2M	21,98
	15	0,45€	2 E	13,50
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			51,98 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70€	1	21,00
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45€	1	20,25
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30€	1	3,00
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				44,25€
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70€	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45€	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				1537,00
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				1672,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70€	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8€	5	36,00
TAC		75,30€	1.5	112,95€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				155,95 €
HEMOGRAMA		1,5€	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56€	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04€	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12€	4	4,48
ANALGESICOS		1,56€	10	15,60
ANTINFLAMATORIOS		2,62€	2	5,24
OTROS		0,80€	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				26,92€

COSTE DEL PROCESO GRD 224: PROCEDIMIENTO HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO EXCEPTO PROCEDIMIENTO MAYOR DE ARTICULACIÓN SIN COMPLICACIONES.

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	51,98€
FUNCIONES PROFESIONALES	44,25€
CIRUGÍA	1672,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	155,95€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,92€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	1961,80 €

COSTES DE LAS ACTIVIDADES: PROCESO GRD 224



GRD 254. FRACTURA, ESGUINCE, DESGARRO Y LUXACIÓN DEL BRAZO

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Fractura con esguince o desgarro o luxación de hombro	CÓDIGO DE PROCESO:	PMS 03
-----------------	--	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la recuperación emocional, de dolor y de la función de la movilidad del hombro y brazo en los pacientes que requieren un abordaje quirúrgico de baja complejidad. Tiene una estancia promedio de 2 días en el hospital y un seguimiento posterior en consultas externas y rehabilitación de aproximadamente 30 días.

ABSTRACT

Which is a process the emotional recovery of pain and function of the mobility of the shoulder and arm in patients requiring a surgical approach of low complexity. It has an average stay of 2 days in the hospital and a subsequent follow-up outpatient and rehabilitation of approximately 30 days.

GRD 254: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético ingresados por fractura, esguince o luxación a nivel de la extremidad superior. Las más frecuentes son: luxaciones glenohumerales, luxación de codo, reducción cerrada con o sin fijación percutánea con agujas de Kirshner de fractura de hombro, codo o antebrazo en niños o adultos, MBA en hombro o codo.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso en hospital	ESTANCIA MEDIA	2 días
PESO GRD	0,6955		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Cirugía protésica de hombro para fracturas.
-

GRD 254. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO: FRACTURA, ESGUINCE, DESGARRO Y LUXACIÓN DE BRAZO

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada. -Comorbilidad identificada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Pruebas cruzadas de sangre realizadas. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisado "Check-list". ✓ Paciente bien colocado según intervención. ✓ Control de Rx intraoperatorio. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Fractura correctamente reducida. ✓ Colocación de aguja percutánea valorada. ✓ Si aguja colocada, curar y cubrir zona. ✓ Brazo almohadillado. ✓ Yeso cerrado vs férula colocada. ✓ Cabestrillo inmovilizador colocado <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Informe de alta médica realizado. ✓ Movilización y ejercicios pautados. ✓ Color, movilidad y sensibilidad de mano bajo control.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia durante el proceso.</p> <p>3. Consentimiento de transfusión sanguínea cumplimentado y firmado por el paciente.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.

	ANESTESIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	Interconsulta de Rehabilitación solicitada en la etapa postoperatoria
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Continuidad cuidados domiciliarios
	TRABAJADOR SOCIAL	Problemas sociales que limiten el TMA identificados en consulta o durante el proceso comunicado a Trabajador social.

GRD 254. FRACTURA, ESGUINCE, DESARROLLO Y LUXACIÓN DE BRAZO

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro superior		CÓDIGO	PMM 05			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor o pérdida de movilidad en hombro o miembro superior por lesiones traumáticas.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.					
	FINAL	Alta hospitalaria y continuidad con rehabilitación.					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	2 días	FRECUENCIA	11			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. <p>OTROS SUBPROCESOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Médico Servicio Anestesia y Reanimación. Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médico y Técnico de Laboratorio. Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación. 						
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos Agujas de Kirschner 				<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica. Listado de verificación quirúrgica. 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	56,00€	91,20€	2282,05€	18,00€	10,10€	26,73€	2484,08€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Javier Guerrero						
OBSERVACIONES:							

GRD 254: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS 1,5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

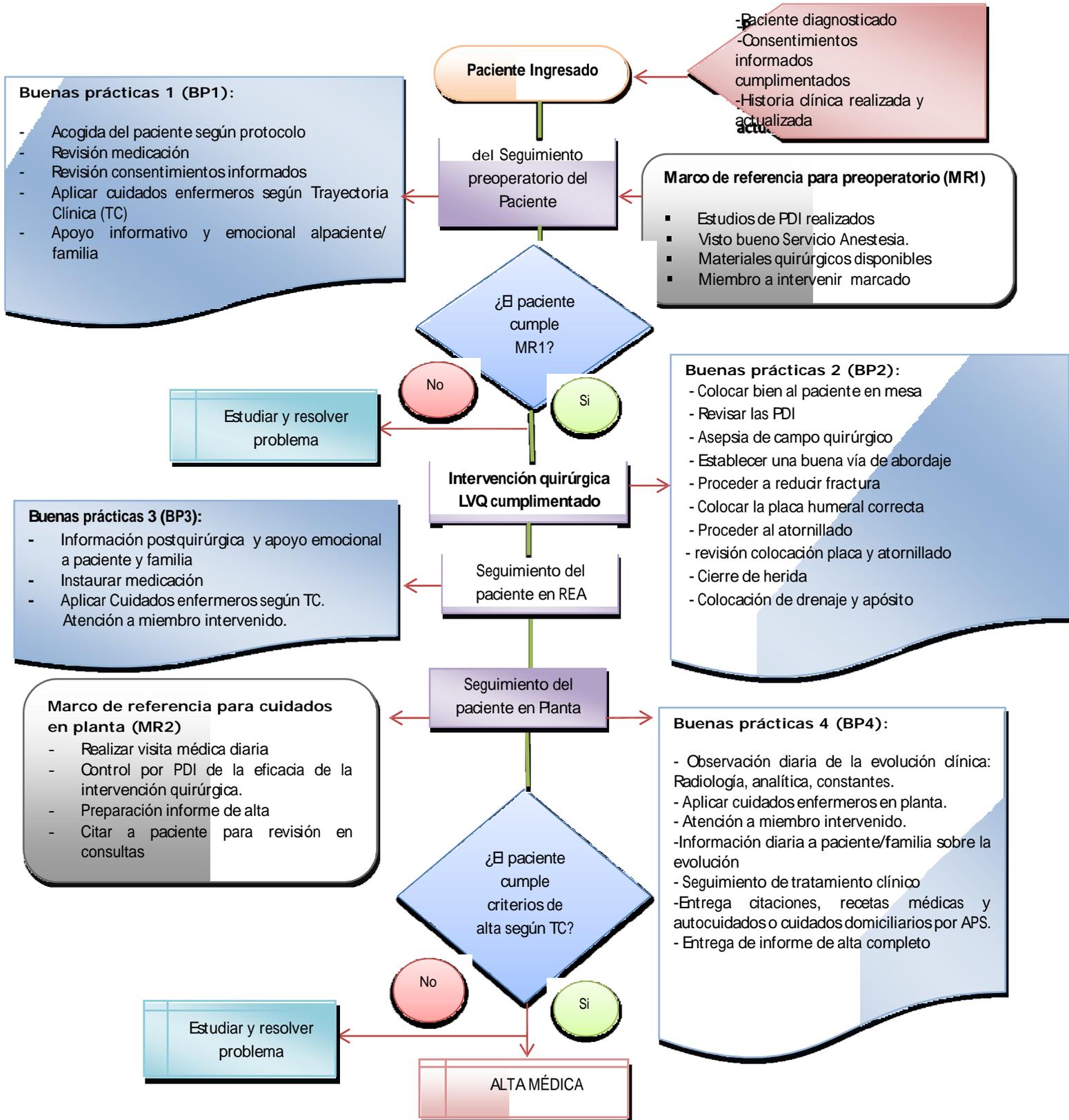
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
ATENCIÓN MÉDICA	<p>Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento Informado de Traumatología. - Consentimiento Informado de transfusión sanguínea. - ITC o formulario de Anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). - Estudios de imagen. - Contraindicación de cirugía. Estado general. 	<p>PREVIO A Quirófano: Revisión del paciente, marcado del miembro por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado Quirúrgico y de transfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anestesia. - Comprobar material <p>QUIRÓFANO.</p> <p>“CheckList”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación del paciente. - Lavado estéril: 10 minutos con clorhexidina - Información postoperatoria a familiares por Cirujano. <p>-REANIMACIÓN Y PLANTA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pautar medicación analgésica - Revisar medicación habitual del paciente - Indicaciones tolerancia según ANR - Indicación si dieta y cuidados específicos - Pedir ITC rehabilitación - Pedir control Rx y hemograma 	<p>Visita Traumatología.</p> <p>TRAUMATÓLOGO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar de herida quirúrgica. - Actualización del tratamiento. - Retirar profilaxis - Información paciente / familiares: vía clínica. - Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica) - Medicación habitual del paciente. - Regular fluidoterapia - Valoración por rehabilitación. <ul style="list-style-type: none"> - Qtar en consulta de enfermería a la semana - Qtar en consulta médica en 15 días - Entregar informe de alta 		

		-Ver color, movilidad y sensibilidad mano y dedos Informar a la familia.			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	La pauta por anestesia. Medicación según su comorbilidad Prevención de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)	Petidina 200 mg Ketorolaco 120 mg Suerofisiológico 250 ml Omeoprazol Cefaloxina 2 gr. IV si agujas			
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	-Acogida del paciente: vía clínica. -Toma de constantes (Tª, TA, FC). - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica	-PLANTA: Finalización de Preparación prequirúrgica: - ducha con clorhexidina y pijama antes de quirófano. -En REA prequirúrgico . Comprobación: vías, rasurado. Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC. -En REA postquirúrgico Monitorización.(Constantes vitales por turno, control diuresis) -Control color, movilidad y sensibilidad dedos -Control analgesia	Por este orden. -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Control diuresis, retirar sondaje urinario si procede -Control redón -Control dolor -Control Fluidoterapia intravenosa si continua pauta	-Curar herida -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Retirar redón si menos de 30 cc en 24h -HBPM -Control emisión heces	-Curar herida -Constantes alta (Tª, TA, FC). -HBPM
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	-Reposo en cama semisentado -Movilidad de manos y dedos	-Levantar a sillón y caminar -Movilidad de muñeca y dedos		
DIETA	Absoluta desde la cena	Según criterio del cirujano	Habitual según paciente		
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Procedimiento información a familiares del HIC	Información al paciente	-Hielo local -Insistir en la movilización de hombro y otras articulaciones.		

	Informar de la necesidad del cabestrillo estabilizador				
POSTALTA: CONSULTASEXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 4 Consultas de enfermería: 4				

GRD 254: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



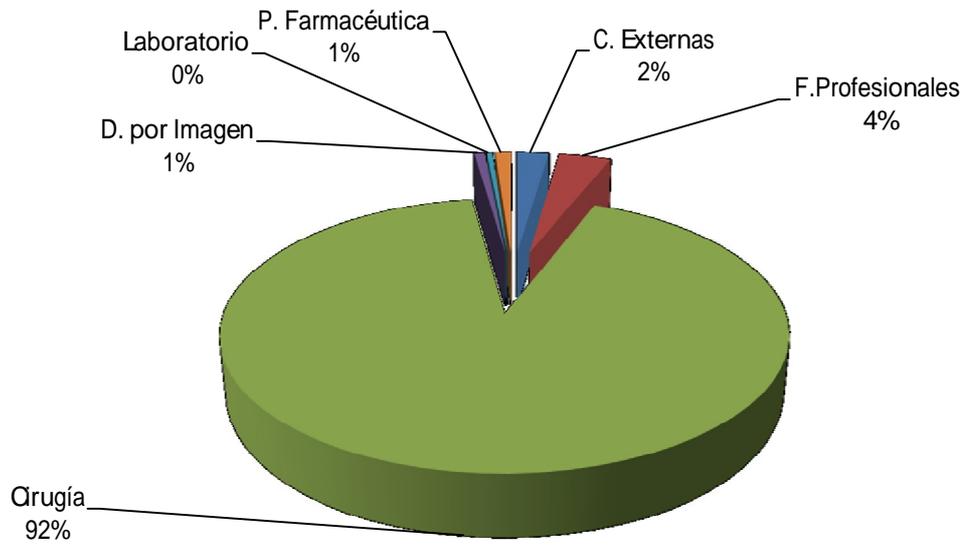
GRD. 254 ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO CIRUGÍA PROTÉSICA DE HOMBRO PARA FRACTURAS

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20min x 0,70€/min	14,00	1,50	14,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15min x 0,70€/min	10,50	4,00	42,00€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				56,00€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15min x 0,70€/min	10,50	4,00	42,00€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30min x 0,41€/min	12,30	4,00	49,20€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				91,20€
CIRUJANO	160,00	0,70	2,00	224,00€
CUIDADOS ENFERMERÍA	160,00	0,41	2,00	131,20€
ANATOMÍA PATOLÓGICA			1,00	40,00€
MATERIALES ESPECÍFICOS				1810,96€
MATERIALES GENERALES				75,89€
SUBTOTAL CIRUGÍA				2282,05€
RX TORAX		6,00	1,00	6,00€
RX EXTREMIDADES		6,00	1,00	6,00€
RX PELVISEXTREMIDAD INFERIOR		6,00	1,00	6,00€
RX COLUMNA		6,00	0,00	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				18,00€
HEMOGRAMA		1,50	1,00	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1,00	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1,00	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS				8,98€
ANALGESICOS				10,52€
OTROS				7,23€
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				26,73€

COSTE DEL PROCESO GRD 254: CIRUGÍA PROTÉSICA DE HOMBRO PARA FRACTURAS

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	56,00€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	91,20€
CIRUGÍA	2282,05€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	18,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,73€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	2484,08€

COSTES DE LAS ACTIVIDADES: PROCESO GRD 254



SECCIÓN
MANO Y MUÑECA

GRD 229. PROCEDIMIENTOS SOBRE LA MANO O LA MUÑECA EXCEPTO PROCEDIMIENTOS MAYORES ARTICULARES SIN COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Procedimientos sobre la mano o la muñeca excepto procedimientos mayores articulares sin complicaciones.	CÓDIGO DE PROCESO:	PMM 01
-----------------	--	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que promueve la solución quirúrgica del dolor y la pérdida de habilidad en el manejo de la mano o muñeca en aquellos pacientes que aquejan enfermedades traumáticas o no traumáticas, que producen rigidez articular o deformidad debido a tumores, heridas, fracturas o retracción secundaria a la afectación del tejido subcutáneo, tendones o vainas tendinosas, fascia, los huesos o articulaciones. Este proceso casi siempre se realiza mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que generalmente no produce estancia en el hospital a partir de la intervención quirúrgica. El seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 3 meses.

ABSTRACT

Process that promotes the surgical solution of pain and loss of skill in the management of the hand or wrist in those patients complaining of traumatic or non-traumatic conditions producing joint stiffness or deformity due to tumours, wounds, fractures or shrinkage secondary to the involvement of subcutaneous tissue, tendons or tendon sheaths, fascia, bones or joints. Almost always carried out by Ambulatory surgery, so no hospital stay after surgery is needed and subsequent outpatient follow-up is about 3 months.

GRD 229: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre mano o muñeca excepto intervenciones articulares mayores. Las más frecuentes son: fasciectomía de la mano, escisión de ganglión, reparación de dedo en resorte, sutura de tendón, escisión de tendón, reducción de fractura con fijación interna, escisión de lesión de tejido blando o injerto óseo.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Clugía Mayor Ambulatoria	ESTANCIA MEDIA	1 día para Procedimientos 6 y 8. El resto de procedimientos sin ingreso
PESO GRD	0,8803		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Fasciectomía de mano.
 - Escisión de ganglión.
 - Reparación de dedo en resorte.
 - Sutura de tendón.
 - Escisión de tendón.
 - Fractura con fijación interna: los pacientes beneficiarios de este procedimiento se quedan un día hospitalizado para observación y tratamiento del dolor.
 - Escisión de lesión de tejido blando.
 - Injerto óseo: los pacientes beneficiarios de este procedimiento se quedan un día hospitalizado para observación y tratamiento del dolor.
-

GRD: 229. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS SOBRE LA MANO O LA MUÑECA EXCEPTO PROCEDIMIENTOS MAYORES ARTICULARES SIN COMPLICACIONES

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en mesa de mano. ✓ Colocación de manguito de isquemia en antebrazo (anestesia locorregional) o en brazo (anestesia general o plexo axilar). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la fasciectomía de mano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal, en zig-zag o transversal sobre las zonas de retracción cutánea de la palma y los dedos respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ▪ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido subcutáneo fibrótico que produzca retracción articular en dedos y que compriman a los paquetes neurovasculares. ▪ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo, a veces palma abierta. <p>2. Técnica quirúrgica general para escisión ganglión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal o transversal de la piel sobre tumoración con disección de tejido subcutáneo hasta la misma, llegando hasta el pedículo procedente de la cápsula articular, desde la superficie hacia la profundidad, respetando ligamentos articulares. ▪ Resección de la lesión sin suturar la brecha capsular.

		<p>3. Técnica quirúrgica general para reparación de dedo en resorte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión transversal de la piel sobre pliegue palmar distal del rayo afecto, con disección de tejido subcutáneo hasta polea flexora A1, separando paquetes neurovasculares comisurales. ▪ Incisión con bisturí de la polea A1 desde proximal hacia distal, comprobando mediante extracción de tendones flexores la completa movilidad del dedo. ▪ Disección y liberación microquirúrgica de adherencias y estructuras que compriman al nervio. <p>4. Técnica quirúrgica general para sutura de tendón:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión en zig-zag o transversal sobre las zona lesionada del trayecto del tendón flexor o extensor en la palma y los dedos respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ▪ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido necrótico, respetando paquetes neurovasculares y estructuras de refuerzo tendinoso (poleas flexoras, aparato extensor). ▪ Realización de sutura directa o mediante injerto tendinoso según distintas técnicas (marco de Kessler-Tajima, Bunnel, 8 fascículos) ▪ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo. <p>5.- Técnica quirúrgica general para escisión de tendón:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión en zig-zag o transversal sobre las zona lesionada del trayecto del tendón flexor o extensor en la palma y los dedos respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ▪ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido necrótico, respetando paquetes neurovasculares y estructuras de refuerzo tendinoso (poleas flexoras, aparato extensor). ▪ Realización de sutura directa o mediante injerto tendinoso según distintas técnicas (marco de Kessler-Tajima, Bunnel, 8 fascículos). ▪ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo. <p>6.- Técnica quirúrgica general para reducción de fractura con fijación interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal o en zig-zag en dorso o cara palmar de muñeca, carpo, metacarpo o dedos, respetando estructuras tendinosas y neurovasculares, con disección de estructuras capsuloligamentosas cuando sean fracturas articulares.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción y estabilización de la fractura con el material de osteosíntesis adecuado (bajo visión intensificador de imagen), aporte de injerto o sustituto óseo cuando sea necesario. <p>7.-Técnica quirúrgica general para escisión de lesión de tejido blando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal, lo más directa posible hacia la lesión. ▪ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido enfermo procurando dejar márgenes quirúrgicos limpios. <p>8.- Técnica quirúrgica general para injerto óseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal sobre las zonas dadora de injerto óseo (vascularizado –peroné, radio distal, colgajo pronador cuadrado- o no -radio distal, olécranon, cresta ilíaca). ▪ Disección y liberación microquirúrgica del hueso afecto, raspado y retirada de zona necrótica de foco de fractura o tumor según anatomía patológica. ▪ Colocación del injerto óseo y estabilización del hueso receptor con material de osteosíntesis. <p>En todas las variantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de CMA cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1.Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia durante el proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	<p>5. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>6. Confirmado visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales

GRD 229. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de mano y muñeca	CÓDIGO	PMM 01				
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor o pérdida de movilidad en mano o muñeca por lesiones traumáticas o no de las estructuras que forman la extremidad superior, para recuperar habilidad en el manejo de las mismas.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA:	108			
			115 casos (8,38%) año 2012				
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Médicos del Servicio de Neurofisiología. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. • Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Gafas-lupa o microscopio de microcirugía. • Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. • Bisturi eléctrico bipolar • Agentes biológicos para impedir fibrosis postquirúrgica. • Autoinjerto de tendón. • Injerto óseo o sustitutos óseos. • Fármacos. • Caja de Cirugía de Mano. • Mano de plomo. • Protección radiológica. 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	QUIJADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	43,09€	61,88€	525,92€	30,00€	10,10€	8,10€	679,09€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: • Número de altas proceso. • Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Jesús Cruz Gómez						
OBSERVACIONES:							

GRD 229: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS	1, 5 consultas de media entre todos los procedimientos del GED. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.
----------------------------	---

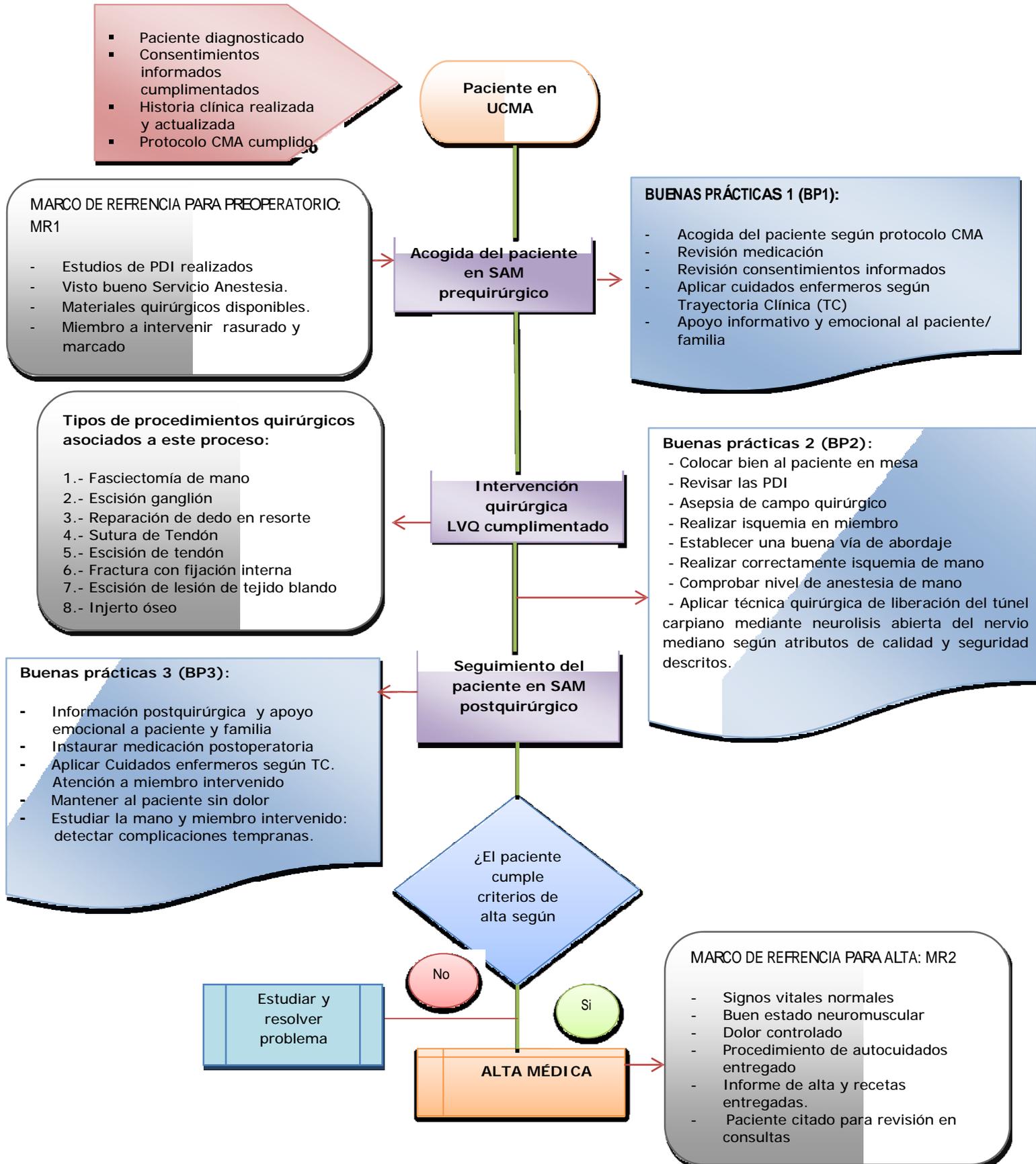
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	CONVALESCENCIA	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<p>Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Consentimiento Informado de Traumatología. -ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). -Contraindicación de cirugía. -Estado general. -Medicación suspendida. 	<p>PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anestesia: general / raquídea / locorregional. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Crujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Otas de consulta y curas al alta. -Informe de alta. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica. 	<p>-Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. <p>-Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días -Consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.</p>
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	<p>En fracturas RXC:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Urgencia: 4 -En consulta 2 <p>Resto de procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ecografía: 1 -RX: 1 		RXC : 1		<p>En consulta externa postoperatoria 4 RXC</p> <p>En algunos casos de fractura casos de</p>

	En casos de fracturas articular TAC 1				fracturas articular TAC 1
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico médico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS 1 Instrumentista			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Cips quirúrgicos Material de vendaje e inmovilización En reducción de fracturas: Tornillos canulados: 1 Placas de titanio atornillada: 1 Agujas de Kisser: 3			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre.				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina). -Profilaxis antibiótica en implants de fractura: Cefazolina 2 gr. (4 dosis) de elección, salvo alergia.	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar).	-Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d. Profilaxis antibiótica en implants de fractura: Cefazolina 2 gr. Durante 6 horas /24 H.	-Paracetamol 1 gr. c/6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1 mg/kg/d.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica</i> : Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la	En prequirúrgicos: - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica.	En postquirúrgicos Monitorización de constantes vitales por turno. Estado de la mano y miembro intervenido.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia aspecto miembro superior. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos	

	<p>infección de localización quirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar <p>-Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado Gral. - Medicación suspendida. <p>-Rasurado de la zona a intervenir -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia.</p>	- Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC,	Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo Analgesia intravenosa.	-HBPM. -Retirar fluidoterapia intravenosa. -Alta enfermería.	
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón CMA. - Movilización espontánea.	Deambulación	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	-Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC -Guía de acogida pacientes.		Sentar en sillón CMA-cama	Citación por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisión en 1 mes. -Citación en consulta del cirujano.	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 1,5 Consultas de enfermería: 1,5				

GRD 229: DIAGRAMA DE FLUJO



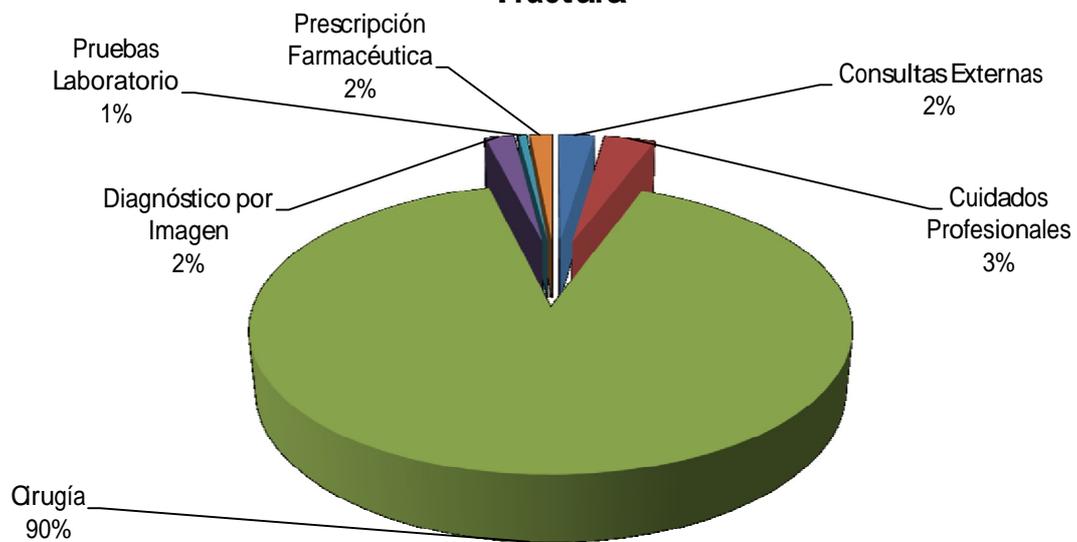
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: PROCEDIMIENTO DE REDUCCIÓN DE FRACTURA

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,48
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5 M	16,48
	15	0,45	1,5 E	10,12
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			43,08€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	1,5	31,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	1,5	30,40
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				61,90€
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				1537,00
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				1672,60 €
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	1	7,20
ECOGRAFIAS	2,6	8	1	20,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				35,00 €
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	10	15,60
ANTINFLAMATORIOS		2,62	2	5,24
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				26,92€

DEL PROCESO GRD 229: PROCEDIMIENTO REDUCCIÓN DE FRACTURAS

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	43,08€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	61,90€
CIRUGÍA	1672,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	35,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,92€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	1849,60€

PROCESO GRD 229: Procedimiento de Reducción de Fractura



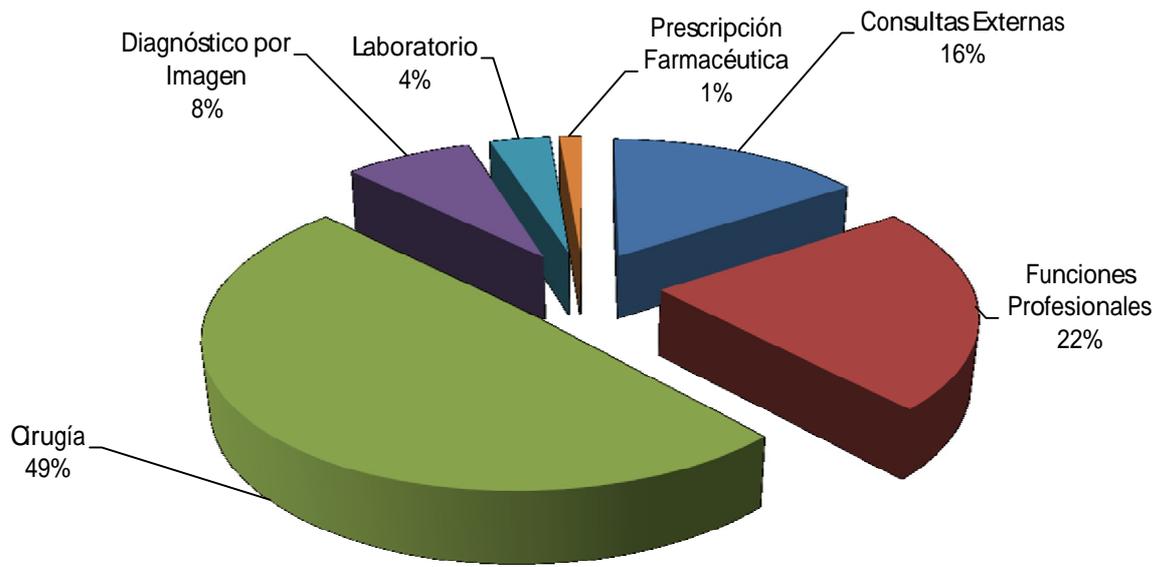
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: PROCEDIMIENTO DE FASCIECTOMÍA

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTEUNITARIO	FRECUENCIA	SJBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,48
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5M	16,48
	15	0,45	1,5 E	10,12
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			43,08€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	1,5	31,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	1,5	30,40
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				61,90€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				0
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				135,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	2	14,40
ECOGRAFIAS	2,6	8	0	0
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				21,40€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	0	0
ANALGESICOS		0,03	1	0,03
ANTINFLAMATORIOS		0,92	1	0,92
OTROS		2,62	1	2,62
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				3,57€

COSTE DEL PROCESO GRD 229: PROCEDIMIENTO FASCIECTOMÍA

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	43,08€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	61,90€
CIRUGÍA	135,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	21,40€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	3,57€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	275,65€

GRD 229: Procedimiento de Fasciectomía



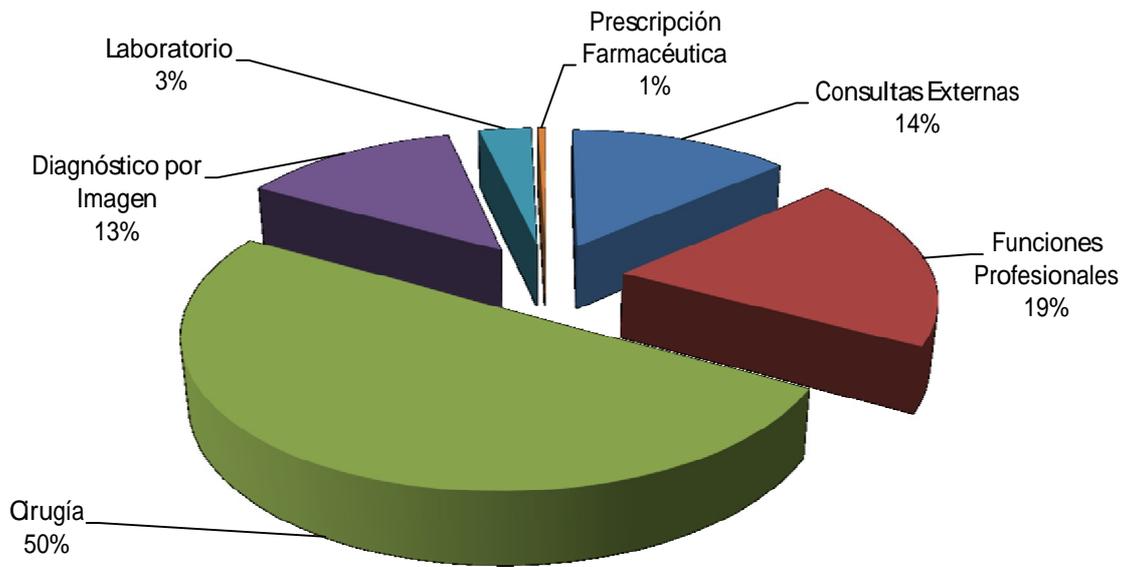
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: PROCEDIMIENTO DE EXTIRPACIÓN GANGLIÓN

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,50
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5 M	16,50
	15	0,45	1,5 E	10,12
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			43,12€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	1,5	31,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	1,5	30,37
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				61,87€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	2	48,60
MATERIALES ESPECÍFICOS				0
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				159,90€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	2	14,40
ECOGRAFIAS	2,6	8	1	20,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				42,20€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	0	0,03
ANALGESICOS		0,03	1	0,92
ANTINFLAMATORIOS		0,92	1	0
OTROS		2,62	0	
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				0,95€

COSTE DEL PROCESO GRD 229: PROCEDIMIENTO EXTIRPACIÓN GANGLIÓN

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	43,12€
FUNCIONES PROFESIONALES	61,87€
CIRUGÍA	159,90€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	42,20€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	0,95€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	318,14€

GRD 229: Procedimiento de Extirpación Ganglión



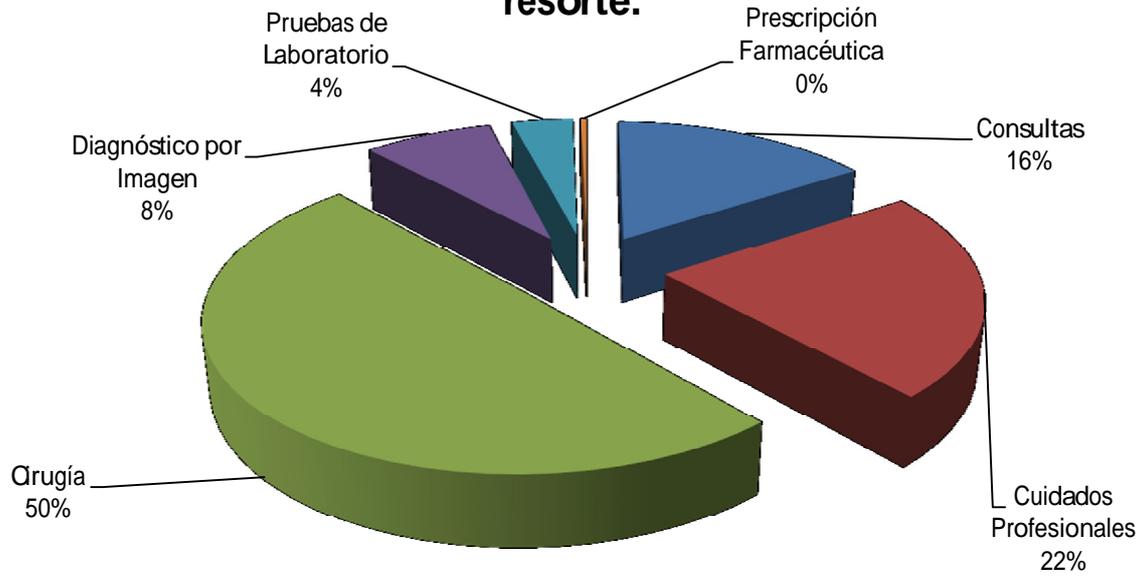
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: PROCEDIMIENTO DE REPARACIÓN DEDO RESORTE

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,48
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5 M	16,48
	15	0,45	1,5 E	10,12
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			43,08€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	1,5	31,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	1,5	30,37
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				61,87€
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				0
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				135,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	2	14,40
ECOGRAFIAS	2,6	8	0	0
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				21,40€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	0	0,03
ANALGESICOS		0,03	1	0,92
ANTINFLAMATORIOS		0,92	1	0
OTROS		2,62	0	
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				0,95€

COSTE DEL PROCESO GRD 229: PROCEDIMIENTO DE REPARACIÓN DEDO RESORTE

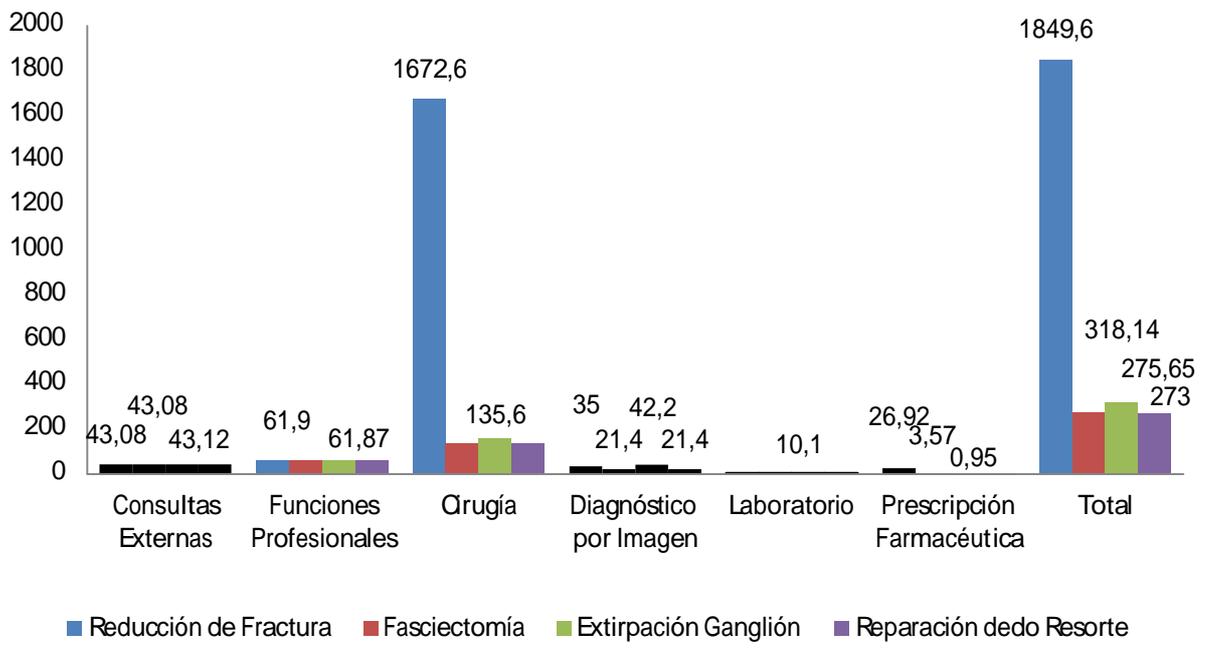
ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	43,08€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	61,87€
CIRUGÍA	135,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	21,40€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	0,95€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	273,00€

GRD 229: Procedimiento de Reparación dedo resorte.



GRD 229: COSTE PONDERADO SEGUN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	43,09€
FUNCIONES PROFESIONALES	61,88€
CIRUGÍA	525,92€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	30,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	8,10€
COSTE MEDIO TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCEDIMIENTOS	679,09€



GRD 06. LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Liberación del túnel carpiano.	CÓDIGO DE PROCESO:	PMM 02
-----------------	---------------------------------------	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la solución quirúrgica del dolor y de la pérdida de la habilidad en el manejo de la mano y de la calidad de sueño en los pacientes con compresión del nervio mediano en el túnel carpiano. Se realiza mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que no tiene estancia en hospital a partir de la intervención quirúrgica y el seguimiento posterior en consultas externas de aproximadamente 30 días.

ABSTRACT

Process that promotes the surgical solution of pain and loss of skill in the management of the hand and quality of sleep in patients with compression of the median nerve in the carpal tunnel. It is carried out by Ambulatory Surgery, so no hospital stay after surgery is needed and subsequent outpatient follow-up is approximately 30 days.

GRD 06: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado una liberación del túnel carpiano.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Grugía sin ingreso	ESTANCIA MEDIA	1 día
PESO GRD	0,6900		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Liberación del túnel carpiano.
-

GRD 06. LIBERACIÓN DEL TÚNEL CARPIANO.

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
<p>PACIENTE</p>	<p>CUIDADOS MÉDICOS</p>	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en mesa de mano. ✓ Colocación de manguito de isquemia en antebrazo (anestesia locorregional) o en brazo (anestesia general o plexo axilar). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. <p>Técnica quirúrgica general para liberación de túnel carpiano mediante neurolysis abierta del nervio mediano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal de la piel en eje de lado radial 3º espacio intermetacarpiano desde línea de Kaplan 3,5 cm hacia muñeca. ▪ Fascia palmar superficial entre eminencia ténar e hipoténar diseccionada ▪ Diseccionado y abierto ligamento anular del carpo en toda su longitud en su inserción en apófisis unciforme del hueso ganchoso, evitando dañar paquete cubital, arco palmar arterial, ramas finales nervio mediano. ▪ Revisado túnel carpiano para realizar sinovectomía y descartar causas secundarias de compresión del nervio mediano. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herida suturada con material reabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de hospitalización cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.

PACIENTE	INFORMACIÓN	1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	7. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 8. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa.

GRD 06. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de mano y muñeca			CÓDIGO	PMM 02		
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor, pérdida de movilidad, parestesias y alteraciones emocionales por compresión del nervio mediano en la muñeca, para recuperar habilidad en el manejo de la mano y buena calidad sueño nocturno.						
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día		FRECUENCIA	73		
	CLIENTES/ USUARIOS				SECUNDARIOS		
	Paciente			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médicos y Técnicos de Laboratorio. Médicos del Servicio de Neurofisiología. Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. Personal T.I.G.A. Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> Gafas-lupa o microscopio de microcirugía. Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. Bisturí eléctrico bipolar. Fármacos. Caja de Cirugía de Mano. 				<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica. 		
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGÍA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	37,59€	0,00€	135,60€	08,80€	10,10€	0,95€	193,04€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Jesús Cruz Gómez						
OBSERVACIONES:							

GRD 06: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:	1,5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas
-----------------------------	--

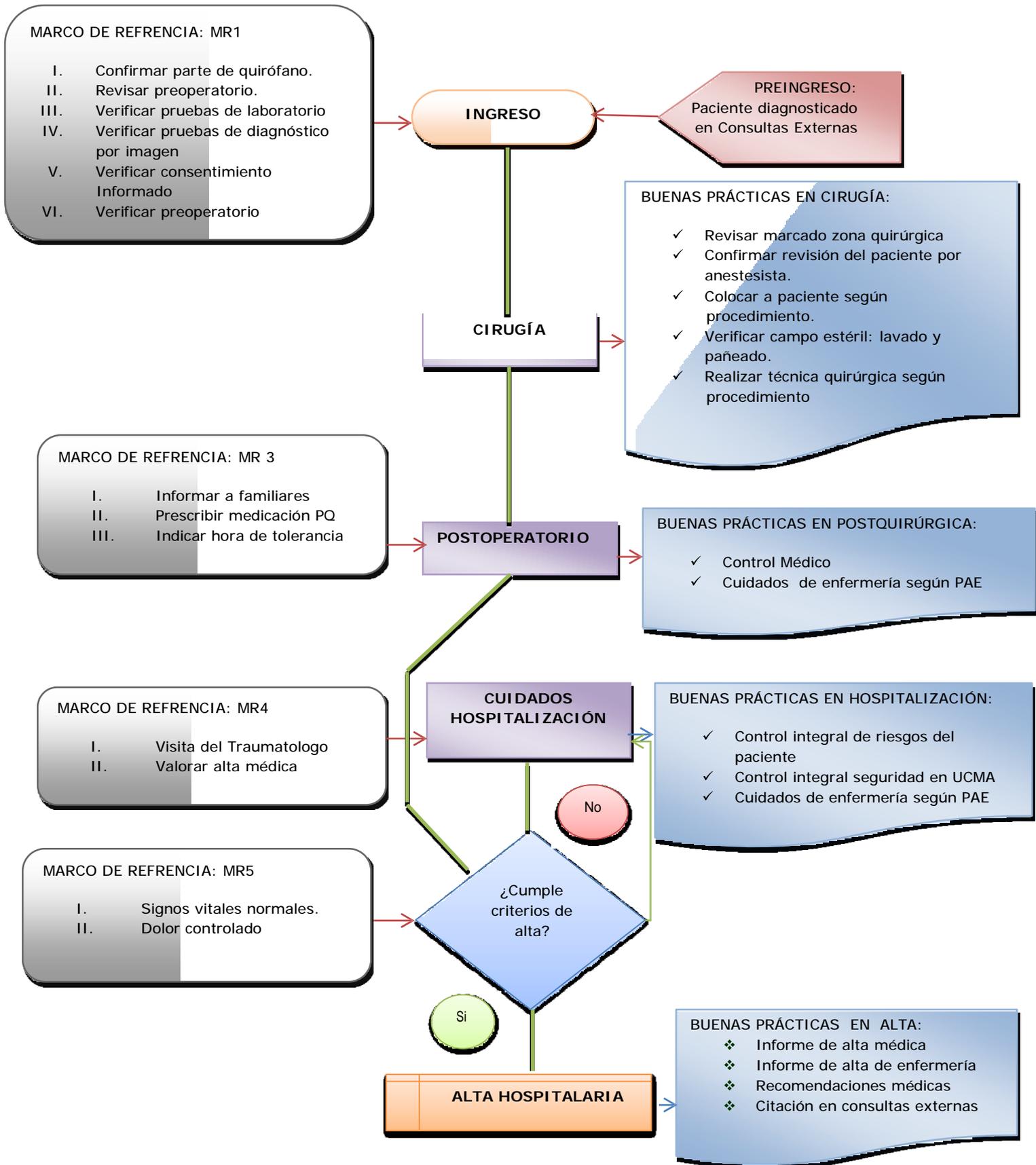
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior. -Revisión del preoperatorio: -Consentimiento Informado de Traumatología. -ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). -Contraindicación de cirugía. -Estado general. -Medicación suspendida. 	<ul style="list-style-type: none"> -PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: general / raquídea / locorregional. -QUIRÓFANO. <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril. - Técnica quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> POSTERIOR A QX: -Información postoperatoria a familiares por Crujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Citas de consulta y curas al alta. -Informe de alta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Criterios de Alta: <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días -Consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	RXC En consulta 2			
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico medico promedio 56 minutos. Equipo: 2 FEAS 1 Instrumentista		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Sutura quirúrgica Material de vendaje e inmovilización		

PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre.			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina).	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar))	-Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Dexketoprofeno 1 c/8 h iv.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente: <i>Trayectoria dínica:</i></p> <p>Protocolo de Área Quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica. - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología. - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar. <p>-Valoración de enfermería.</p> <p>-Documentación de enfermería.</p> <p>-Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado general. - Medicación suspendida. <p>-Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia.</p>	<p>En prequirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC, 	<p>En postquirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de constantes vitales por turno. -Estado de la mano y miembro intervenido. -Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo. -Analgesia intravenosa. 	Protocolo de heridas quirúrgicas.

ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		- Reposo en cama-sillón CMA. - Movilización espontánea.	Deambulaci3n.
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquir3rgica	Habitual	Habitual
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	-Procedimiento de informaci3n a pacientes y familiares en el HIC. -Guía de acogida pacientes.		Sentar en sill3n CMA-cama.	-Creaci3n de informe de alta. -Citaci3n por Chaqueta Verde en Admisi3n para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisi3n en 1 mes. -Citaci3n consulta cirujano.
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	Referencia: proceso de gesti3n de consultas externas Consulta m3dica: 2 Consultas de enfermería: 2			

GRD 06: DIAGRAMA DE FLUJO



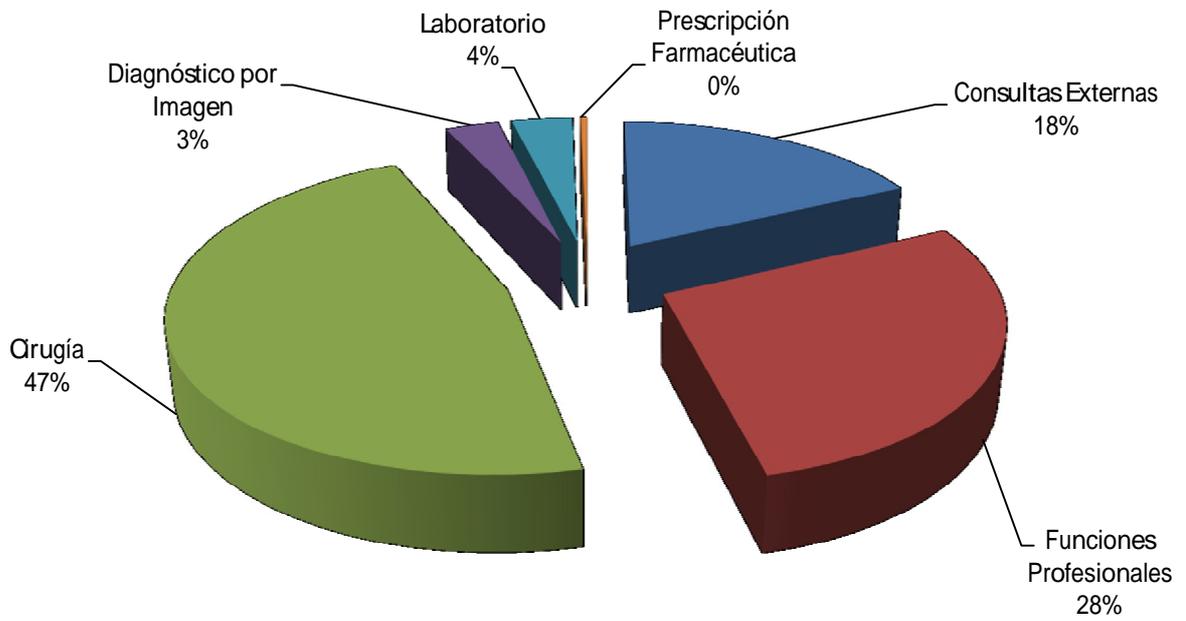
GRD 06: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: LIBERACIÓN DEL TUNEL CARIANO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,50
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	2M	22,00
	15	0,45	2 E	13,50
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			52,00€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	2	42,00
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				82,50€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				0
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				135,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RX CONVENCIONALES	0,9	1	2	1,80
ECOGRAFIAS	0	0	0	0
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				8,80€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS		1,12	0	0
ANALGÉSICOS		0,03	1	0,03
ANTINFLAMATORIOS		0,92	1	0,92
OTROS		2,62	0	
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				0,95€

COSTE DEL PROCESO GRD 6: LIBERACIÓN TÚNEL DEL CARPO

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	52,00€
FUNCIONES PROFESIONALES	82,50€
CIRUGÍA	135,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	8,80€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	0,95€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	289,95€

GRD 06: Liberación del Túnel Carpiano



GRD 08: PROCEDIMIENTOS SOBRE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	Procedimientos sobre nervios craneales y periféricos y otros procedimientos quirúrgicos del sistema nervioso sin cc.	CÓDIGO DE PROCESO:	PMM 03
------------------	---	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la solución quirúrgica del dolor neuropático y de la pérdida de la habilidad en el manejo de las extremidades y de la calidad de sueño en los pacientes con lesiones en nervios periféricos como consecuencia de compresiones, heridas, tumores o complicación de cirugías previas. Se realiza mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que no tiene estancia en hospital a partir de la intervención quirúrgica y el seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 3 meses.

ABSTRACT

Process that promotes the surgical solution of neuropathic pain and loss of skill in the management of the extremities and sleep quality in patients with peripheral nerve injuries as a result of compression, injury, tumours or complications from previous surgeries. It is carried out by Ambulatory Surgery, so no hospital stay after surgery is needed and subsequent outpatient follow-up is approximately 3 months.

GRD 08: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del sistema nervioso a los que se les ha practicado una intervención sobre nervios craneales o periféricos (excepto liberación del túnel carpiano) o cirugía estereotáxica o se les ha implantado un marcapasos cardiaco. Las intervenciones más frecuentes son: escisión de nervio craneal o periférico, descompresión o lisis de adherencias de nervios o ganglios periféricos, sutura o transposición de nervio o implantación de neuroestimulador espinal.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía sin ingreso	ESTANCIA MEDIA	1 día
PESO GRD	1,5914		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Descompresión o lisis de adherencia de nervios periféricos.
 - Escisión de nervio periférico.
 - Sutura o transposición de nervio periférico.
-

GRD 08. PROCEDIMIENTOS SOBRE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC.

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en mesa de mano. ✓ Colocación de manguito de isquemia en antebrazo (anestesia locorregional) o en brazo (anestesia general o plexo axilar). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. <p>Técnica quirúrgica general para descompresión o lisis de adherencias de nervios periféricos (recidiva de STC, epicondilitis con compresión n. interóseo posterior, síndrome del pronador redondo):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal de la piel sobre corredera, arco o zona lesionada del nervio con disección de tejido subcutáneo y fascial muscular hasta nervio, desde zona sana proximal hacia distal. ✓ Disección y liberación microquirúrgica de adherencias y estructuras que compriman al nervio. ✓ Cobertura del nervio con colgajo graso o muscular o aporte de sustancia biológica. <p>Técnica quirúrgica general para escisión de nervio periférico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal de la piel sobre zona lesionada del nervio con disección de tejido subcutáneo hasta nervio lesionado, desde zona sana proximal hacia distal. ✓ Resección de zona enferma y retracción de cabo proximal para que no quede en lecho quirúrgico (a veces enterrarlo en hueso o músculo). <p>Técnica quirúrgica general para sutura o transposición de nervio periférico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal de la piel sobre corredera, arco o zona lesionada del nervio con disección de tejido subcutáneo y fascial muscular hasta nervio, desde zona sana proximal hacia distal.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diseción y liberación microquirúrgica de adherencias y estructuras que compriman al nervio. ✓ Resección de tejido necrótico y sutura microquirúrgica con o sin injerto nervioso de nervio periférico (sural) y utilización de material biocompatible. <p>En todos los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de hospitalización cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	<ol style="list-style-type: none"> 3. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 4. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta.
	NEUROFISIOLOGÍA	Electromiogramam miembros superiores realizado.
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa.

GRD 08. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de mano y muñeca.				CÓDIGO	PMM 03	
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor, pérdida de movilidad, parestesias y alteraciones emocionales por compresión, sección o enfermedad de nervios periféricos en las extremidades, para recuperar la habilidad en el manejo de las mismas y buena calidad del sueño nocturno.						
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA	21			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médicos y Técnicos de Laboratorio. Médicos del Servicio de Neurofisiología. Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. Personal T.I.G.A. Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> Gafas-lupa o microscopio de microcirugía. Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. Bisturí eléctrico bipolar. Fármacos. Caja de Cirugía de Mano. Autoinjerto de nervio periférico. Agentes biológicos para impedir fibrosis postquirúrgica y estimular crecimiento neural. 				<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica. 		
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGÍA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	51,96 €	85,50 €	270,49 €	21,40 €	10,10 €	6,19 €	445,64 €
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Jesús Cruz Gómez						
OBSERVACIONES							

GRD 08: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS 1,5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

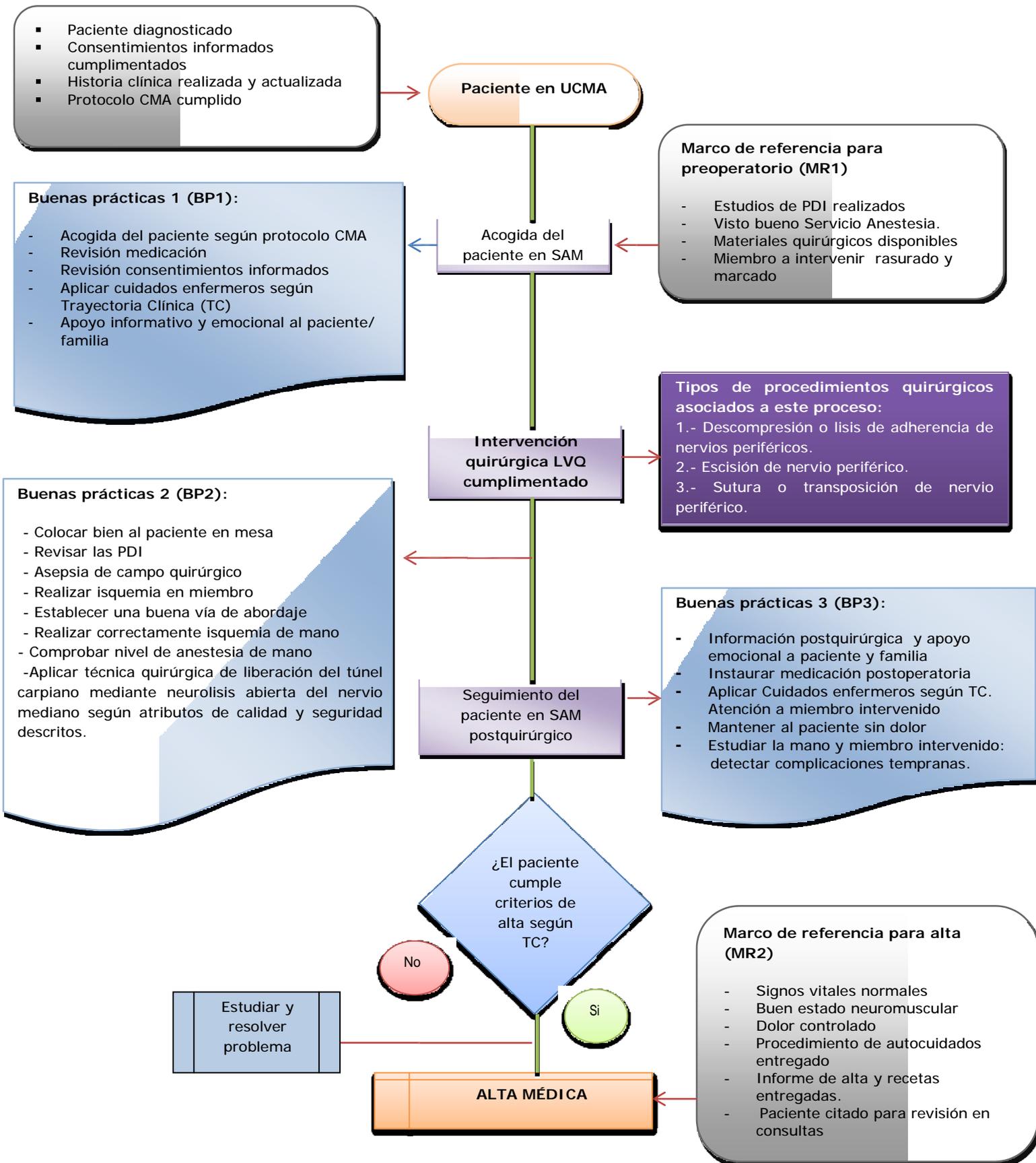
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	CONVALESCENCIA	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior. -Revisión del preoperatorio: . Consentimiento Informado de Traumatología. . ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida.	PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: general / raquídea/ locorregional. QUIRÓFANO: - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante). - Pañeado campo estéril. - Técnica quirúrgica.	POSTERIOR A QX: -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Citas de consulta y curas al alta. -Informe de alta.	Visita Traumatología. -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica.	-Criterios de Alta: - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días. -Consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	RXC. En consulta 2				
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico médico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS 1 Instrumentista			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Sutura quirúrgica			

		Material de vendaje inmovilización.			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina).	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar)	-Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Dexketoprofeno 1 c/8 h iv. -Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d.	-Paracetamol 1 gr. c/6 u 8 horas intravenoso. -Dexketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1 mg/kg/d.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar - Valoración de enfermería. - Documentación de enfermería. - Toma de constantes (Tª, TA, FC): - Contraindicación de cirugía. - Estado general. - Medicación suspendida.	En prequirúrgicos: - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC,	En postquirúrgicos - Monitorización de constantes vitales por turno. - Estado de la mano y miembro intervenido. - Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo - Analgesia intravenosa.	- Aseo del enfermo. - Vigilancia aspecto miembro superior. - Constantes por turno. - Control de ritmo intestinal. - Educación sanitaria. - Analgésicos - HBPM. - Retirar fluidoterapia intravenosa. - Alta enfermería.	Protocolo de heridas quirúrgicas.

	-Rasurado de la zona a intervenir -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia.				
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		- Reposo en cama-sillón CMA. - Movilización espontánea.	Deambulación.	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	-Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC -Guía de acogida pacientes.		Sentar en sillón CMA-cama.		-Creación de informe de alta. -Citación por Chaqueta Verde en Admisión para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisión en 1 mes. -Citación consulta cirujano.
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 2 Consultas de enfermería: 2				

GRD 08: DIAGRAMA DE FLUJO



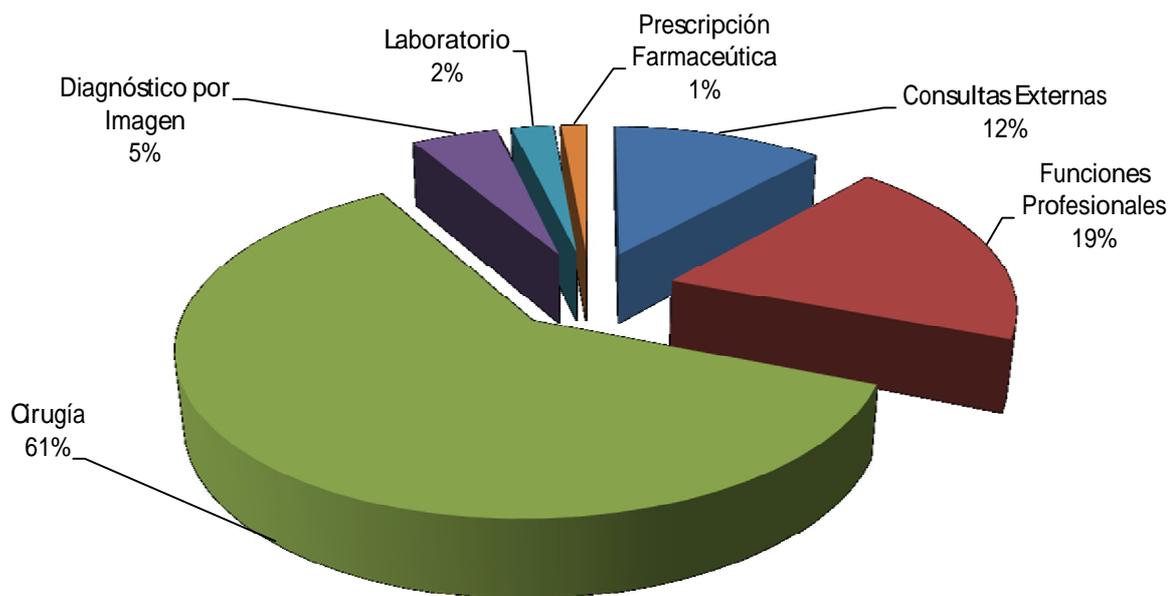
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,48€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	2 M	21,98€
	15	0,45	2 E	13,50€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			51,96€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	2	42,00€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50€
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	1	3,00€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				85,50 €
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60€
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30€
MATERIALES ESPECÍFICOS				134,89€
MATERIALES GENERALES				35,70€
SUBTOTAL CIRUGÍA				270,49€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00€
RX CONVENCIONALES	0,9	8	2	14,40€
ECOGRAFÍAS	0	0	0	0€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				21,40€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS		1,12	0	0
ANALGÉSICOS		0,03	1	0,03€
ANTINFLAMATORIOS		0,92	1	0,92€
OTROS		2,62	2	5,24€
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				6,19€

COSTE DEL PROCESO GRD 8: PROCEDIMIENTOS SOBRE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC.

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	51,96€
FUNCIONES PROFESIONALES	85,50€
CIRUGÍA	270,49€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	21,40€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	6,19€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	445,64€

GRD 08: Procedimiento sobre nervios craneales y periféricos y otros proc. quirúrgicos del S.N. sin CC



GRD 441. PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESIÓN TRAUMÁTICA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Procedimientos sobre mano por lesión traumática	CÓDIGO DE PROCESO	PMM 04
-----------------	--	--------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la solución quirúrgica de la pérdida de función de la mano por una lesión traumática que afecta al tejido osteoarticular o tendinoso, produciendo una pérdida de sustancia o de continuidad anatómica en la mano. Este proceso casi siempre se realiza mediante Cirugía Mayor con Ingreso, por lo que tiene una estancia en hospital a partir de la intervención quirúrgica entre 1 y 2 días. El seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 3 meses.

ABSTRACT

Process that promotes surgical solution for the loss of hand function due to a traumatic injury that affects bone and joint or tendon tissue, producing a loss of substance or anatomic continuity in the hand. This process is almost always done by Surgery with Hospital income, so there is a hospital stay after surgery between 1 and 2 days. Subsequent outpatient follow-up is approximately 3 months.

GRD 441: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por lesión traumática a los que se les ha practicado una intervención sobre la mano como: amputación de dedo, reducción abierta de fractura de dedo, sutura de tendón, fijación de injerto pediculado o colgajo, reimplantación de dedo u otra reconstrucción de dedo de la mano.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía Mayor con Ingreso	ESTANCIA MEDIA	1,5 días
PESO GRD	1,4378		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Amputación de dedo.
 - Reducción abierta de fractura de dedo.
 - Sutura de tendón.
 - Fijación de injerto pediculado o colgajo.
 - Reimplantación de dedo.
 - Otra reconstrucción de dedo de la mano.
-

GRD: 441. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESIÓN TRAUMÁTICA

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en mesa de mano. ✓ Colocación de manguito de isquemia en antebrazo (anestesia locorreional) o en brazo (anestesia general o plexo axilar). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la amputación de dedo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regularización de bordes de muñón de amputación. ▪ Incisión de avance según técnicas de Atasoy o Kutler respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ▪ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido necrótico. <p>2. Técnica quirúrgica general para reducción abierta de fractura de dedo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión longitudinal o transversal de la piel sobre foco de fractura, con disección de tejido subcutáneo hasta la misma, respetando estructuras capsuloligamentosas o tendinosas. ▪ Limpieza y reducción de foco de fractura. ▪ Osteosíntesis de la fractura según necesidad. ▪ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo <p>3. Técnica quirúrgica general para sutura de tendón:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incisión en zig-zag o transversal sobre las zona lesionada del trayecto del tendón flexor o extensor en la palma y los dedos respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ▪ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido necrótico, respetando paquetes neurovasculares y estructuras de refuerzo tendinoso (poleas flexoras, aparato extensor). ▪ Realización de sutura directa o mediante injerto tendinoso según distintas técnicas (marco de Kessler-Tajima, Bunnel, 8 fascículos) ▪ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo. <p>4. y 6. Técnica quirúrgica general para fijación de injerto pediculado o colgajo y reimplantación de dedo: Estas técnicas suele hacerlas el especialista en Cirugía Plástica y Reparadora.</p> <p>5. Técnica quirúrgica general para fijación de injerto cutáneo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de injerto cutáneo con dermatomo (espesor parcial) o bisturí (espesor total) ▪ Sutura del injerto a su lecho receptor y malleado del mismo. ▪ Cura de la zona dadora. <p>En todas las variantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de CMA cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia durante el proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta

	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales
--	-------------------	--

GRD 441. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de mano y muñeca		CÓDIGO	PMM 04			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan solución de continuidad o pérdida de sustancia en mano por lesiones traumáticas de las estructuras que forman la mano, para recuperar la función de la misma.						
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor con Ingreso.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1,5 días		FRECUENCIA	4		
	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
CLIENTES/ USUARIOS	Paciente			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médicos y Técnicos de Laboratorio. Médicos del Servicio de Neurofisiología. Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. Personal T.I.G.A. Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA			DOCUMENTOS			
	<ul style="list-style-type: none"> Gafas-lupa o microscopio de microcirugía. Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. Bisturi eléctrico bipolar Agentes biológicos para impedir fibrosis postquirúrgica. Autoinjerto de tendón. Varillas de silastic. Injerto óseo o sustitutos óseos. Instrumental para obtener injertos de piel. Fármacos. Caja de microcirugía. Caja de Cirugía de Mano. Caja de osteosíntesis de minifragmentos. Mano de plomo. Protección radiológica. 			<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica. 			
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	41,01€	88,50€	594,05€	53,40€	10,10€	52,94€	840,00€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Jesús Cruz Gómez						
OBSERVACIONES:							

GRD 441: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:	0,5 consultas de media entre todos los procedimientos del GED. Referencia: proceso de gestión de consultas externas				
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR CON INGRESO					
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	CONVALESCENCIA	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>-Revisión del preoperatorio: Consentimiento Informado de Traumatología. ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida.</p>	<p>PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: general / raquídea / locorregional.</p> <p>QUIRÓFANO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Grujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Otas de consulta y curas al alta. -Informe de alta. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica. 	<p>-Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. <p>-Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.</p>
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	<p>En fracturas RXC: . Urgencia: 2 . En consulta 1</p> <p>Resto de procedimientos: . Ecografía: 1 . RX: 1</p>		RXC : 1		En consulta externa postoperatoria 2 RXC

TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico médico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS 1 Instrumentista			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Cips quirúrgicos Material de vendaje e inmovilización Varilla de silastic En osteosíntesis placa y tornillos.			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina) -Profilaxis antibiótica en implants de fractura: Cefazolina 2 gr. (4 dosis) de elección, salvo alergia.	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar)	-Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d. Profilaxis antibiótica en implants de fractura: Cefazolina 2 gr. Durante 6 horas /24 H.	-Paracetamol 1 gr. c/6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1 mg/kg/d.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica ▪ Protocolo pacientes CMA. 	En prequirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC, 	En postquirúrgicos Monitorización de constantes vitales por turno. Estado de la mano y miembro intervenido. Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo Analgesia intravenosa.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia aspecto miembro superior. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos -HBPM. -Retirar fluidoterapia intravenosa.	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo de Traumatología ▪ Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar. <p>-Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado gral. - Medicación suspendida. <p>-Rasurado de la zona a intervenir -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia.</p>			Alta enfermería.	
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón CMA. - Movilización espontánea.	Deambulaci3n	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<p>-Procedimiento de informaci3n a pacientes y familiares en el HIC</p> <p>-Guía de acogida pacientes.</p>		Sentar en sill3n CMA-cama	<p>Citaci3n por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisi3n en 1 mes.</p> <p>-Citaci3n en consulta del cirujano.</p>	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
NÚMERO DE CONSULTAS	Referencia: proceso de gesti3n de consultas externas Consulta médica: 2,5 Consultas de enfermería: 2,5				

GRD 441: DIAGRAMA DE FLUJO

- Paciente diagnosticado
- Consentimientos informados cumplimentados
- Historia clínica realizada y actualizada
- Protocolo ingreso cumplimentado

Paciente en Planta

Marco de referencia para preoperatorio (MR1)

- Estudios de PDI realizados
- Visto bueno Servicio Anestesia.
- Materiales quirúrgicos disponibles
- Miembro a intervenir rasurado y marcado.

Buenas prácticas 1 (BP1):

- Acogida del paciente según protocolo de ingreso
- Revisión medicación
- Revisión consentimientos informados
- Aplicar cuidados enfermeros según Trayectoria Clínica (TC)
- Apoyo informativo y emocional al paciente/familia.

Seguimiento preoperatorio del paciente

¿El paciente cumple MR1?

Buenas prácticas 2 (BP2):

- Colocar bien al paciente en mesa
- Revisar las PDI
- Asepsia de campo quirúrgico
- Realizar isquemia en miembro

Aplicar Técnica quirúrgica según procedimiento indicado al caso

- Amputación de dedo
- Reducción abierta fractura codo
- Sutura de tendón
- Fijación injerto pediculado

En todas las intervenciones:

- Herida suturada con material reabsorbible/irreabsorbible.
- Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado.

Estudiar y resolver problema

Si

Intervención quirúrgica LVQ cumplimentado

Buenas prácticas 3 (BP3):

- Observación diaria de la evolución clínica: Radiología, analítica, constantes.
- Aplicar cuidados enfermeros en planta. Atención a miembro intervenido.
- Información diaria a paciente/familia sobre la evolución.
- Seguimiento de tratamiento clínico
- Entrega citaciones, recetas médicas y autocuidados o cuidados domiciliarios por APS.
- Entrega de informe de alta completo.

Seguimiento del paciente en Planta

Marco de referencia para cuidados en planta (MR2)

- Realizar visita médica diaria
- Control por PDI de la eficacia de la intervención quirúrgica.
- Preparación informe de alta
- Citar a paciente para revisión en consultas.

¿El paciente cumple criterios de alta según TC?

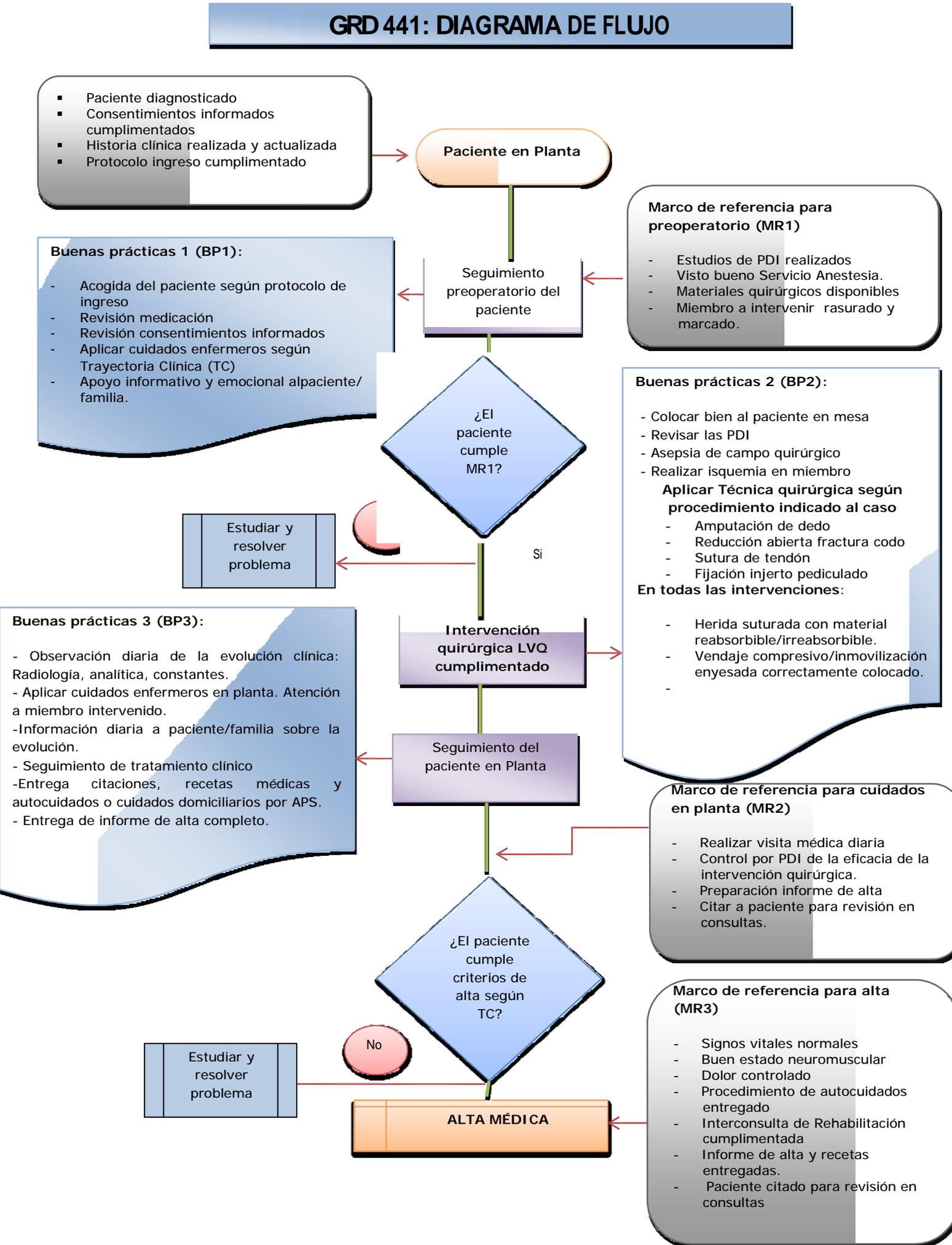
Marco de referencia para alta (MR3)

- Signos vitales normales
- Buen estado neuromuscular
- Dolor controlado
- Procedimiento de autocuidados entregado
- Interconsulta de Rehabilitación cumplimentada
- Informe de alta y recetas entregadas.
- Paciente citado para revisión en consultas

Estudiar y resolver problema

No

ALTA MÉDICA

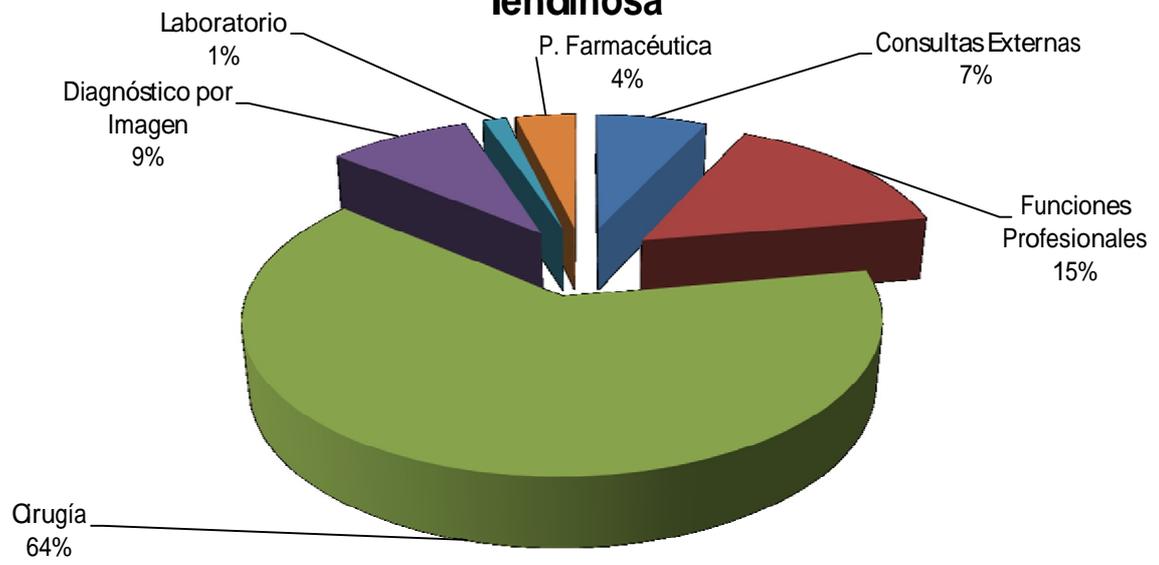


ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: PROCEDIMIENTO DE RECONSTRUCCIÓN TENDINOSA

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	0,5	5,50
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	2,5 M	27,50
	15	0,45	2,5 E	16,90
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			49,90€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	2,5	52,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2,5	50,62
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	2,5	7,50
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				110,62€
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				324,90
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				460,50€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	5	36,00
ECOGRAFIAS	2,6	8	1	20,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				63,80€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	10	15,60
ANTINFLAMATORIOS		2,62	2	5,24
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				26,92€

COSTE DEL PROCESO GRD 441: PROCEDIMIENTO RECONSTRUCCIÓN TENDINOSA	
ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	49,90€
FUNCIONES PROFESIONALES	110,62€
CIRUGÍA	460,50€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	63,80€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,92€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	721,84€

GRD 441: Procedimiento de Reconstrucción Tendinosa



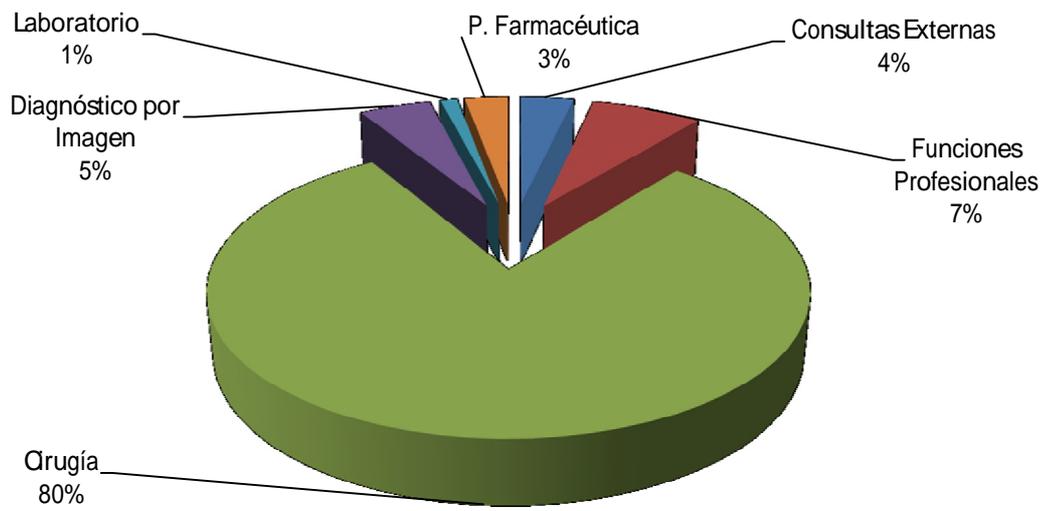
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: PROCEDIMIENTO DE OSTEOSÍNTESIS FRACTURA DE DEDO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	0,5	5,50
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5 M	16,50
	15	0,45	1,5 E	10,12
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			32,12 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	1,5	31,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	1,5	30,37
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	1,5	4,50
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				66,37 €
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				592,00
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				727,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	5	36,00
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				43,00€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	10	15,03
ANTINFLAMATORIOS		2,62	2	5,24
OTROS		0,8		1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				26,02 €

COSTE DEL PROCESO GRD 441: PROCEDIMIENTO REDUCCIÓN DE FRACTURAS

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	32,12€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	66,37€
CIRUGÍA	727,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	43,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,02€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	905,21€

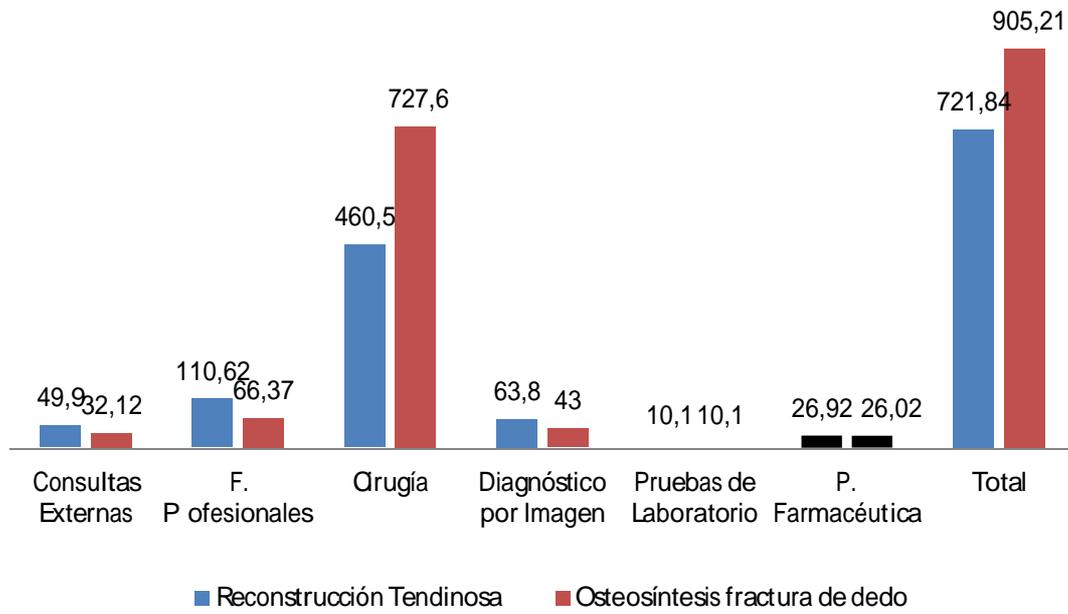
GRD 441: Procedimiento de Osteosíntesis Fractura de dedo.



GRD 441: COSTE PONDERADO SEGUN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	41,01 €
FUNCIONES PROFESIONALES	88,50€
CIRUGÍA	594,05€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	53,40€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	52,94€
COSTE MEDIO TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCEDIMIENTOS	840,00€

GRD 441: COSTE PONDERADO SEGUN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS



GRD 791: DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES POR HERIDA ABIERTA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Desbridamiento de herida por lesiones por herida abierta	CÓDIGO DE PROCESO	PMM 05
-----------------	---	--------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la cura de una herida en la mano o muñeca mediante el desbridamiento y extirpación quirúrgica de todos los tejidos devitalizados o necróticos existentes.

ABSTRACT

Process that promotes the healing of a wound in the hand or wrist by means of surgical debridement and removal of all devitalized or necrotic present tissue.

GRD 791: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha practicado un desbridamiento de tejidos desvitalizados o necróticos.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Clugía Mayor con Ingreso	ESTANCIA MEDIA	1 día
PESO GRD	1,3683		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Amputación de dedo.
 - Reducción abierta de fractura de dedo.
 - Sutura de tendón.
 - Fijación de injerto pediculado o colgajo.
 - Reimplantación de dedo.
 - Otra reconstrucción de dedo de la mano.
-

GRD: 791. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES DE HERIDA ABIERTA

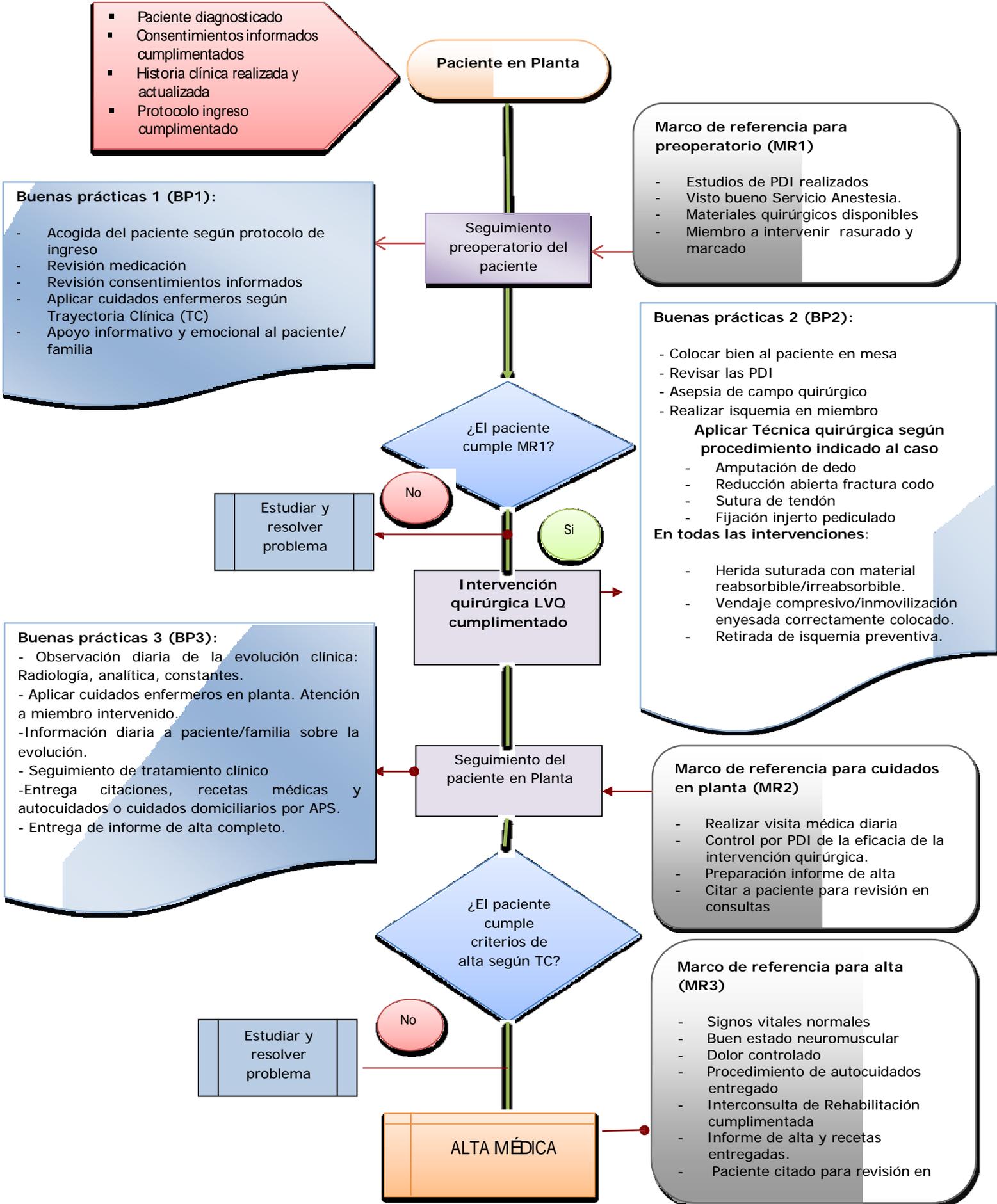
DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en mesa de mano. ✓ Colocación de manguito de isquemia en antebrazo (anestesia locorregional) o en brazo (anestesia general o plexo axilar). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva por elevación por ayudante. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. ✓ Colocación de manguito de isquemia (máximo 2 horas) en brazo si hemorragia que no se controla con presión directa sobre herida ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Lavado de herida a baja presión con solución salina preferiblemente o, jabonosa, yodada o peróxido de hidrogeno ✓ Exploración neurovascular ✓ <i>En heridas no infectadas: FRIEDRICH</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Extirpación quirúrgica de todos los tejidos blandos desvitalizados o necróticos, y extracción de cuerpos extraños etc. ✓ Cierre primario si herida no infectada o primario diferido si la herida presenta importante contaminación o gran componente contuso o de atricción tisular o mordeduras o inmunodeprimidos ✓ <i>En heridas infectadas:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Extirpación de esfacelos, drenaje de colecciones purulentas y apertura de espacios residuales, colocación de drenajes

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desbridamiento químico en heridas profundas (irrigación con hipoclorito sódico) ✓ Desbridamiento enzimático en heridas extensas poco profundas (Varidasa) ✓ Cierre de herida por sutura secundaria entre la 2da y 3era semana o injertos, colgajos, o curación por segunda intención o cura de Orr según el caso. ✓ Cobertura de la herida con apósitos estériles ✓ Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de CMA cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	<p>3. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>4. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales

GRD 791. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de mano y muñeca	CÓDIGO	PMM 05				
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan una herida en la mano o muñeca que requiera desbridamiento quirúrgico.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor con Ingreso.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA				
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS				
	Paciente		Familia del paciente				
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médicos y Técnicos de Laboratorio. Médicos del Servicio de Neurofisiología. Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. Personal T.I.G.A. Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS				
	<ul style="list-style-type: none"> Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. Bisturi eléctrico bipolar Instrumental para obtener injertos de piel. Fármacos. Caja de Cirugía de Mano. Caja de osteosíntesis de minifragmentos. Mano de plomo. Protección radiológica. Vessel-loop® 		<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica. 				
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGÍA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	49,90€	106,12€	136,60€	28,60€	10,10€	26,02€	357,34€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicaciones: Número de altas proceso Estancia media proceso 						
RESPONSABLE	Dr. Jesús Cruz Gómez						
OBSERVACIONES:							

GRD 791: DIAGRAMA DE FLUJO



- Paciente diagnosticado
- Consentimientos informados cumplimentados
- Historia clínica realizada y actualizada
- Protocolo ingreso cumplimentado

- Buenas prácticas 1 (BP1):**
- Acogida del paciente según protocolo de ingreso
 - Revisión medicación
 - Revisión consentimientos informados
 - Aplicar cuidados enfermeros según Trayectoria Clínica (TC)
 - Apoyo informativo y emocional al paciente/familia

- Marco de referencia para preoperatorio (MR1)**
- Estudios de PDI realizados
 - Visto bueno Servicio Anestesia.
 - Materiales quirúrgicos disponibles
 - Miembro a intervenir rasurado y marcado

- Buenas prácticas 2 (BP2):**
- Colocar bien al paciente en mesa
 - Revisar las PDI
 - Asepsia de campo quirúrgico
 - Realizar isquemia en miembro
- Aplicar Técnica quirúrgica según procedimiento indicado al caso**
- Amputación de dedo
 - Reducción abierta fractura codo
 - Sutura de tendón
 - Fijación injerto pediculado
- En todas las intervenciones:**
- Herida suturada con material reabsorbible/irreabsorbible.
 - Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado.
 - Retirada de isquemia preventiva.

- Buenas prácticas 3 (BP3):**
- Observación diaria de la evolución clínica: Radiología, analítica, constantes.
 - Aplicar cuidados enfermeros en planta. Atención a miembro intervenido.
 - Información diaria a paciente/familia sobre la evolución.
 - Seguimiento de tratamiento clínico
 - Entrega citaciones, recetas médicas y autocuidados o cuidados domiciliarios por APS.
 - Entrega de informe de alta completo.

- Marco de referencia para cuidados en planta (MR2)**
- Realizar visita médica diaria
 - Control por PDI de la eficacia de la intervención quirúrgica.
 - Preparación informe de alta
 - Citar a paciente para revisión en consultas

- Marco de referencia para alta (MR3)**
- Signos vitales normales
 - Buen estado neuromuscular
 - Dolor controlado
 - Procedimiento de autocuidados entregado
 - Interconsulta de Rehabilitación cumplimentada
 - Informe de alta y recetas entregadas.
 - Paciente citado para revisión en

GRD 791: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS	0,5 consultas de media entre todos los procedimientos del GED. Referencia: proceso de gestión de consultas externas				
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR CON INGRESO					
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	CONVALESCENCIA	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>Revisión del preoperatorio: .Consentimiento Informado de Traumatología. .ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida.</p>	<p>PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>-Anestesia: general / raquídea / locorregional.</p> <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Grujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Otas de consulta y curas al alta. -Informe de alta. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica. 	<p>-Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. <p>-Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.</p>
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	RXC Urgencia: 1		RXC : 1		En consulta externa postoperatoria 1 RXC
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico médico promedio 56 minutos. Equipo: 2 FEAS			

		1 Instrumentista.			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Clips quirúrgicos Material de vendaje e inmovilización Vessel-loop En osteosíntesis placa y tornillos			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina) -Profilaxis antibiótica en implants de fractura: Cefazolina 2 gr. (4 dosis) de elección, salvo alergia.	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar).	-Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d. Profilaxis antibiótica en implants de fractura: Cefazolina 2 gr. Durante 6 horas /24 H.	-Paracetamol 1 gr. c/6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1 mg/kg/d.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica ▪ Protocolo pacientes CMA. ▪ Protocolo de Traumatología 	En prequirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC, 	En postquirúrgicos Monitorización de constantes vitales por turno. Estado de la mano y miembro intervenido. Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo Analgesia intravenosa.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia aspecto miembro superior. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos -HBPM. -Retirar fluidoterapia intravenosa. -Alta enfermería.	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar - Valoración de enfermería. - Documentación de enfermería. - Toma de constantes (Tª, TA, FC): <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado gral. - Medicación suspendida. - Rasurado de la zona a intervenir - Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia. 				
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón CMA. - Movilización espontánea.	Deambulaci3n	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de informaci3n a pacientes y familiares en el HIC - Guía de acogida pacientes. 		- Sentar en sill3n CMA-cama	<ul style="list-style-type: none"> - Citaci3n por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisi3n en 1 mes. - Citaci3n en consulta del cirujano. 	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gesti3n de consultas externas Consulta médica: 2,5 Consultas de enfermería: 2,5				

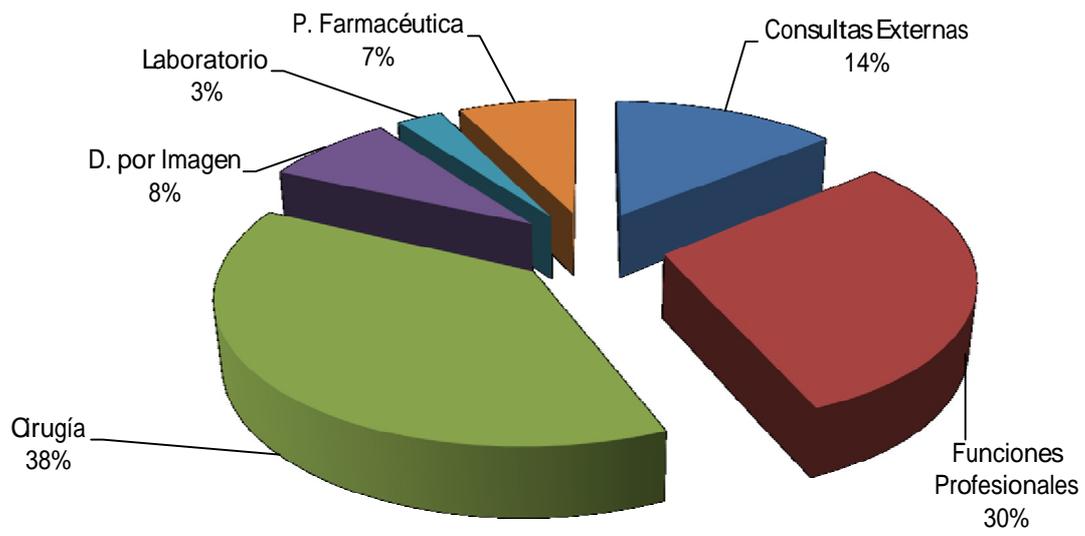
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES POR HERIDA ABIERTA

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	0,5	5,50€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	2,5 M	27,50€
	15	0,45	2,5 E	16,90€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			49,90€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	2,5	52,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2,5	50,62
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	1	3,00
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				106,12€
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				1,00
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				136,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	3	21,60
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,60€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	10	15,60
ANTINFLAMATORIOS		2,62	2	5,24
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				26,02€

COSTE DEL PROCESO GRD 791: PROCEDIMIENTO DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES POR HERIDA ABIERTA

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	49,90€
FUNCIONES PROFESIONALES	106,12€
CIRUGÍA	136,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,60€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,02€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES PROCESO	357,34€

GRD 791: DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES POR HERIDA ABIERTA



SECCIÓN
MIEMBRO INFERIOR

GRD 818. SUSTITUCIÓN DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	Sustitución de cadera excepto por complicaciones	CÓDIGO DE PROCESO:	PMI 01
------------------	---	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la recuperación emocional, de dolor y de la función de la marcha en los pacientes que necesitan una implantación de prótesis de cadera. Tiene una estancia promedio de 4 días en hospital a partir de la intervención quirúrgica y un seguimiento posterior en domicilio, consultas externas y rehabilitación de aproximadamente 60 días.

ABSTRACT

Which is a process the emotional recovery of pain and function of the March in patients needing a hip prosthesis implantation. It has an average stay of 4 days in hospital after surgery and subsequent monitoring in home, outpatient and rehabilitation of approximately 60 days.

GRD 818: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del sistema musculoesquelético y tejido conectivo, excepto complicaciones, a los que se les ha implantado durante el ingreso actual una prótesis total o parcial de cadera, o a los que se les ha realizado una revisión quirúrgica de una prótesis de cadera previamente implantada. Básicamente clasifica a pacientes que, no habiendo ingresado por una complicación de una prótesis articular previamente implantada, se le implanta una prótesis de cadera.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso	ESTANCIA MEDIA	4 días
PESO GRD	3,6071		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Proceso sustitución de cadera sin complicaciones.
-

GRD 818. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Checklist. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Pruebas cruzadas de sangre realizadas. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ PDI disponibles ✓ Paciente bien colocado según intervención. ✓ Campo quirúrgico estéril ✓ Vía de abordaje limpia ✓ Cotilo preparado para fresado e implante ✓ Fémur raspado e implante de prueba ✓ Vástago femoral definitivo colocado ✓ Par de fricción y reducción colocado ✓ Estabilidad, movilidad y longitud verificada ✓ Herida suturada ✓ Paciente bien colocado en camilla traslado ✓ Cabeza femoral reseca enviada a banco de tejido si se cumplen criterios. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Informe de alta médica realizado. ✓ Control PDI realizado. ✓ Control de hemograma y bioquímica. ✓ Movilización y ejercicios pautados.
PACIENTE	INFORMACIÓN	1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.

		2. Satisfechas las necesidades de información y apoyo emocional a paciente y familia durante el proceso. 3. Consentimiento de transfusión sanguínea cumplimentado y firmado por el paciente.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	3. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 4. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	Interconsulta de Rehabilitación solicitada en la etapa postoperatoria
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Continuidad cuidados domiciliarios
	TRABAJADOR SOCIAL	Problemas sociales que limiten el TMA identificados en consulta o durante el proceso comunicado a Trabajador social.

GRD 818. SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro inferior		CÓDIGO	PMI 01			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que no habiendo ingresado por una complicación de una prótesis articular previamente implantada, se les implanta una prótesis de cadera para recuperar movilidad y autonomía.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.					
	FINAL	Alta hospitalaria y continuidad con rehabilitación.					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	4 días	FRECUENCIA	60			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Médico Servicio Anestesia y Reanimación. Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médico y Técnico de Laboratorio. Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. Médico y Fisioterapeuta de Rehabilitación. 						
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES			DOCUMENTOS			
	<ul style="list-style-type: none"> Vástago femoral Cotilo Instrumentos del par de fricción Tornillos de fijación del cotilo Fármacos 			<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica. Listado de verificación quirúrgica. 			
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	24,50€	91,20€	4294,46€	24,00€	10,10€	36,36€	4480,62€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: Número de altas proceso. Estancia media proceso. Número de altas retrasadas por problema social. 						
RESPONSABLE	Dr. Israel Pérez Muñoz						
OBSERVACIONES:							

GRD 818: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS: 1 consulta de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

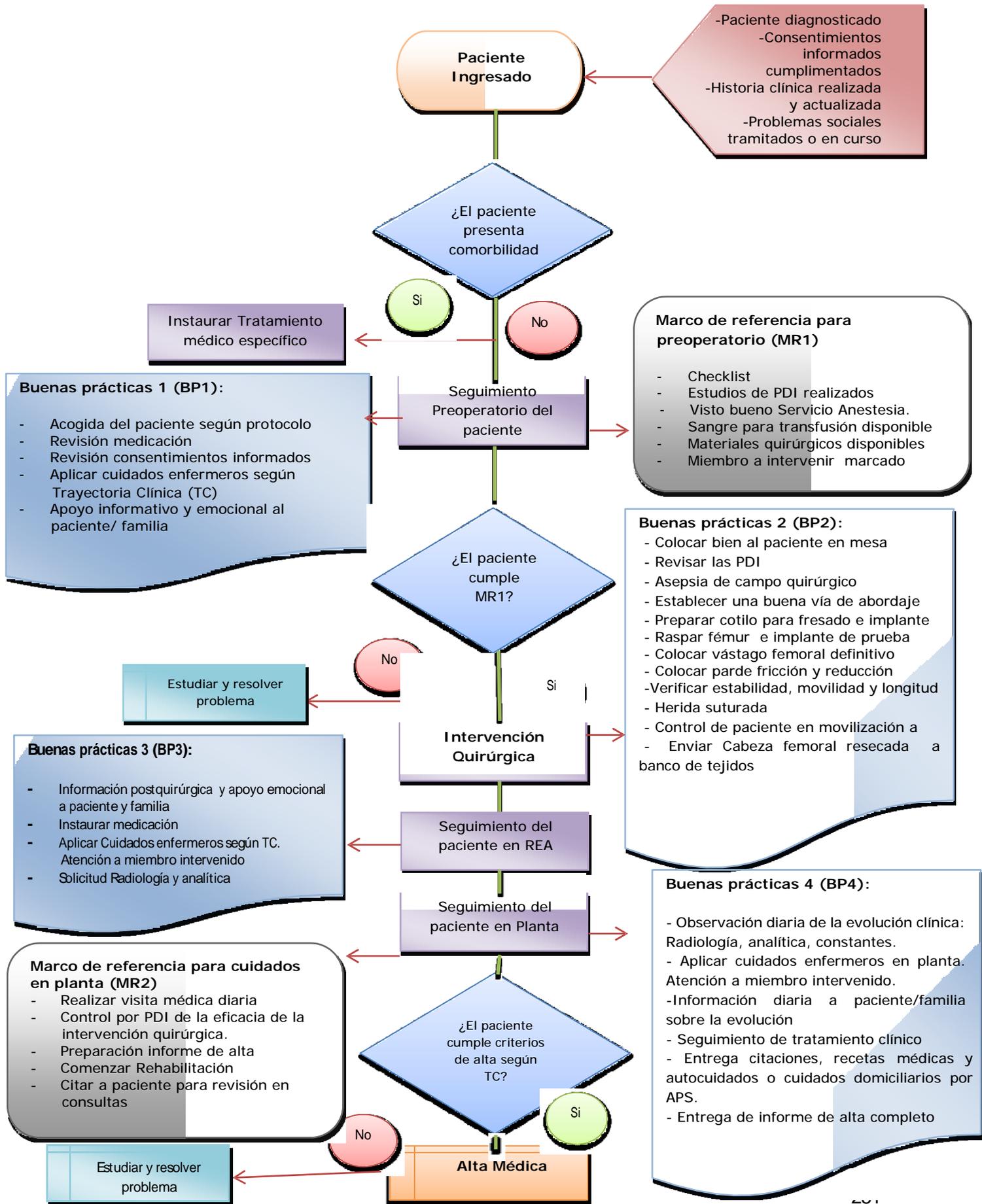
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA/ POSTOPERATORIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4
ATENCIÓN MÉDICA	<p>Confirmación del parte de quirófano.</p> <p>- Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento Informado de Traumatología. - Consentimiento Informado de transfusión sanguínea. - ITC o formulario de Anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). - Pruebas cruzadas para banco de sangre (3 CH). - Estudios de imagen. - Contraindicación de cirugía. <p>Estado general.</p> <p>Medicación suspendida.</p>	<p>PREVIO A Quirófano:</p> <p>Checklist. Revisión del paciente, marcado del miembro por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado Quirúrgico y de transfusión.</p> <p>- Anestesia.</p> <p>QUIRÓFANO.</p> <p>Vía periférica y sondaje urinario si procede.</p> <p>Colocación del paciente.</p> <p>Lavado estéril: 10 minutos con clorhexidina</p> <p>-Información postoperatoria a familiares por Crujano.</p> <p>-Paso a Reanimación y posteriormente a Planta.</p> <p>-Petición de Rx y analítica urgente, e ITCa RHB</p> <p>-Tratamiento y medicación habitual del paciente.</p> <p>-Otas de consulta, curas y Rx al alta.</p>	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Actualización del tratamiento. -Retirar profilaxis -Información paciente / familiares: vía clínica. - Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del 3º-4º día. -Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). -Valorar necesidad de fluidoterapia. -Sentar, valorar apoyo. -Medicación habitual del paciente. -Valoración por rehabilitación. -Valoración del catéter por ANR. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica. -Eliminar fluidoterapia. -Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del 3º-4º día. -Sentar y caminar. -Retirada del catéter por ANR. -Inicio de RHB 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida Qx. -Alta hoy o mañana. -Sentar y caminar. -2º día de RHB. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida Qx. -Aviso de alta a paciente y familiares durante la mañana del día siguiente. -Sentar y caminar. -3º día de RHB. <p>-Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Signos vitales normales. Estado neuromuscular conservado. Dolor controlado. Herida quirúrgica normal. Deambulación en progreso. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 6 semanas con Rx

		-Informe de provisional de alta.				Recomendaciones médicas.
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	La pauta por anestesia. Cefazolina, 2 gr. Primera dosis 30 minutos antes de cirugía y 2 dosis de 1 gr./8 horas. Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Cloruro mórfico 4 mg. 2/4 horas Intravenosa. Cefazolina 1 gr/8h 2 dosis más Ondansetron 4mg 1/8h si precisa	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea Ondansetran 4 mg 1/8 horas	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6 -8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas VO Nolotil 1 amp. /6 -8 horas VO Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas VO Nolotil 1 amp. /6 -8 horas VO Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	-Acogida del paciente: vía clínica. -Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC). - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Contraindicación de cirugía. Estado gral. Medicación suspendida.	-PLANTA: Finalización de Preparación prequirúrgica: - ducha con clorhexidina y pijama antes de quirófano. -En REAprequirúrgico . Comprobación: vías, rasurado Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC, -En REA postquirúrgico Monitorización.(Constantes vitales por turno, control diuresis, balance sanguíneo)	Por este orden. -Extracción de analítica. -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Aseo en cama. -Control diuresis, retirar sondaje urinario(mantener si catéter) y redón si tuviera. -Educación sanitaria. -Analgesia. -HBPM. -Fluidoterapia intravenosa si continua pauta	-Aseo del enfermo. No mojar herida -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Sonda vesical (retirar con el catéter) y redón deberían estar retirados. -Educación sanitaria. -Analgésicos -HBPM. -Retirar fluidoterapia intravenosa.	-Atención de herida. No mojar herida -Aseo del enfermo. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos. -HBPM.	-Atención de herida. -Aseo del enfermo. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos. -HBPM.

	<p>-Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-No Profilaxis tromboembólica (HBPM), salvo indicación de ANR.</p> <p>-Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia.</p>	<p>Recuperador retirado antes de alta a planta, tras la reinfusión.</p> <p>-En REA y planta: Estado del pie y miembro intervenido</p> <p>Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo</p> <p>Analgesia y fluidoterapia intravenosa.</p> <p>HBPM.</p>		-Media de compresión.		
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	<p>-Reposo en cama semisentado</p> <p>-Movilidad de manos y dedos</p>	Sentar, valorar caminar.	<p>-Sentar mañana/tarde.</p> <p>-Caminar.</p>	<p>-Sentar mañana/tarde.</p> <p>-Caminar.</p>	-Deambulación con andador/bastones
DIETA	Absoluta	Habitual	Habitual	Habitual	Habitual	Habitual
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<p>-Cama con trapecio.</p> <p>-Información a familiares de alta en 3-4 días.</p> <p>-Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC</p> <p>-Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses.</p>	<p>-Incorporar cama.</p> <p>-Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses.</p>	-Entregar andador / bastones	-Entregar andador / bastones	<p>-Entregar andador / bastones.</p> <p>-Creación de Prealta.</p>	<p>-Creación de Prealta.</p> <p>-Citación por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 –2 semanas y consulta de revisión en 6 semanas con RX de control.</p> <p>-Citación en consulta del cirujano.</p>
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 4 Consultas de enfermería: 4					

GRD 818: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



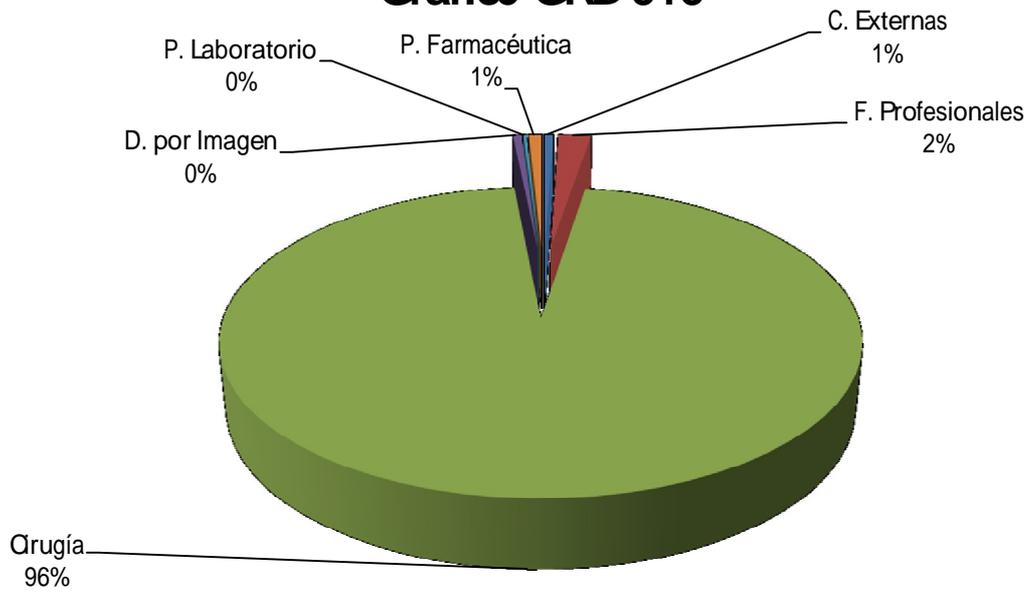
GRD. 818 ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20min x 0,70€/m in	14,00	1	14,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15min x 0,70€/min	10,50	1	10,50€
SUBTOTALCONSULTASEXTERNAS				24,50€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15min x 0,70€/min	10,50	4	42,00€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30min x 0,41€/min	12,30	4	49,20€
SUBTOTALFUNCIONESPROFESIONALES				91,20€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
CIRUJANO	172,00	0,70	2	240,80€
CUIDADOS ENFERMERÍA	172,00	0,41	2	141,04€
AUXILIAR QUIRÓFANO	172,00	0,30	1	51,60€
MATERIALES ESPECÍFICOS				3745,13€
MATERIALES GENERALES				75,89€
ANATOMÍA PATOLÓGICA			1	40,00€
SUBTOTAL CIRUGÍA				4294,46€
RX TORAX		6,00	1	6,00€
RX EXTREMIDADES		6,00	1	6,00€
RX PELVIS EXTREMIDAD INFERIOR		6,00	2	12,00€
RX COLUMNA		6,00	0	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				24,00€
HEMOGRAMA		1,50	1	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS				0,00€
ANALGÉSICOS				29,13€
OTROS				7,23€
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				36,36€

COSTE DEL PROCESO GRD 818: PROCESO SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	24,50€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	91,20€
CIRUGÍA	4294,46€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	24,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	36,36€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	4480,62€

Gráfico GRD 818



GRD 222. PROCEDIMIENTO SOBRE LA RODILLA SIN COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Procedimiento sobre rodilla sin complicaciones complejo	CÓDIGO DE PROCESO:	PMI 02
-----------------	--	---------------------------	---------------

RESUMEN

Es un GRD quirúrgico que persigue la recuperación emocional y física de pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de rodilla (excepto implantación de prótesis) tales como: meniscectomía, reparación de ligamentos cruzados, patelectomía, sinovectomía o artrodesis de rodilla. Algunas de estas intervenciones pueden realizarse, dependiendo del caso/paciente por vía artroscópica. Tiene una estancia promedio de 2 días en hospital a partir de la intervención quirúrgica y un seguimiento posterior en domicilio, consultas externas de forma indefinida y en rehabilitación de aproximadamente 60 días.

ABSTRACT

It is a surgical grade that pursues the emotional and physical recovery of patients admitted for a disease or injury musculoskeletal to them has been practiced surgery of the knee (except prostheses implantation) such as: meniscectomía, repair of ligaments cross, patelectomía, Synovectomy or Arthrodesis of the knee. Some of these interventions can be made, depending on the case/patient via Arthroscopic. It has an average stay of 2 days in hospital after surgery and a subsequent follow-up at home, external queries indefinitely and in rehabilitation of approximately 60 days.

GRD 222: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de rodilla (excepto implantación de prótesis) tales como: menisectomía, reparación de ligamentos cruzados, patelectomía, sinovectomía o artrodesis de rodilla. Algunas de estas intervenciones pueden realizarse, dependiendo del caso/paciente por vía artroscópica.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso	ESTANCIA MEDIA	2 días
PESO GRD	1,1386		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Sustitución articulación mayor miembro inferior excepto cadera sin complicaciones.
-

GRD 222. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTO SOBRE RODILLA COMPLEJO

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Checklist. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado según intervención. ✓ Colocación de manguito de isquemia en muslo. ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Incisiones necesarias. ✓ Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD. ✓ Heridas suturada con material no reabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado.(ferula u ortesis si precisa). ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1.Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información y apoyo emocional a paciente y familia durante el proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	<p>5. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>6. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	Avisados por interconsulta en primer día post-cirugía o en consulta en función del caso asociado al GRD

	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Continuidad cuidados domiciliarios
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa

GRD 222. SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro inferior		CÓDIGO	PMM 02			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan lesiones intrarticulares complejas de rodilla y que requieren de instrumentación artroscópica para los siguientes procedimientos más frecuentes: ligamentoplastias, injertos osteocondrales, fracturas intrarticulares y artrodesis						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	2 días	FRECUENCIA	144			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médico Servicio Anestesia y Reanimación. • Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médico y Técnico de Laboratorio. • Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. • Médico y Fisioterapeuta de Rehabilitación (Si precisara). • Personal T.I.G.A. 						
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia ❖ Torre artroscopia-fuente de luz+ camara + sinoviotomos+ fresas+ consola motor+ aspiracion ❖ Vaporizador + consola ❖ Fármacos. ❖ Injertos osteocondrales, y/o tendinosos (banco huesos) ❖ Cajas de artroscopia + material necesario (Paramax, Crosspin, Osteosintesis,...) 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	24,50€	91,20€	2789,73€	24,00€	10,10€	26,73€	2966,26€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: Número de altas proceso. Estancia media proceso. Explicar ASA 						
RESPONSABLE	Dr. Israel Pérez Muñoz						
OBSERVACIONES:							

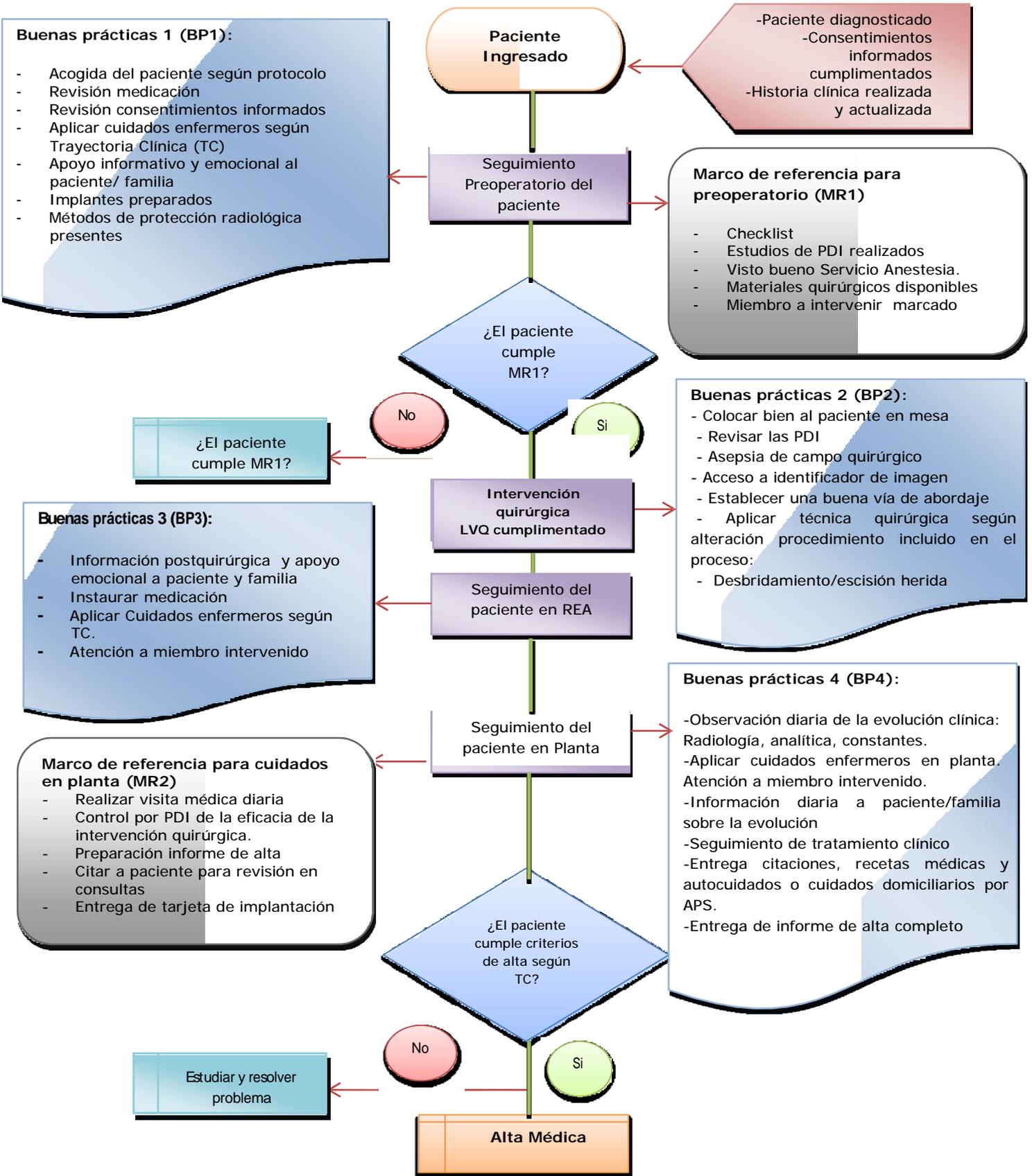
GRD 222: TRAYECTORIA CLÍNICA					
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS					
NÚMERO DE CONSULTAS	1,5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.				
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA					
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA/ POSTOPERATORIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
ATENCIÓN MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior. -Confirmación de la disponibilidad de injerto si se precisase (supervisora quirófano) - Revisión del preoperatorio: <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento Informado de Traumatología. - Consentimiento Informado de transfusión sanguínea. - Consentimiento utilización injerto. - ITC o formulario de Anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). - Estudios de imagen. - Contraindicación de cirugía. - Estado general. - Medicación suspendida. 	<p>PREVIO A QX: Check list. Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado Quirúrgico y de transfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobación de llegada y estado de injertos si se precisasen - Anestesia. <p>QUIRÓFANO. Vía periférica y sondaje urinario si procede. Colocación del paciente. Vendaje MMII. Lavado estéril: 10 min. con clorhexidina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información postoperatoria a familiares por Cirujano. - Paso a Reanimación y posteriormente a Planta. -Petición de Rx y analítica urgente SI PROCEDE, e ITC a RHB - Tratamiento y medicación habitual del paciente. - Citas de consulta, curas y Rx al alta. - Informe de alta provisional 	<p>Visita Traumatología. Actualización del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retirar profilaxis -Información paciente / familiares: vía clínica. -Anticipar la posibilidad del alta durante Los 2 proximosdías -Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). -Valorar retirada de drenajes -Sentar, valorar apoyo. -Medicación habitual del paciente. -Valoración por rehabilitación. -Valoración del catéter por ANR. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica. -Valorar retirada de drenajes -Sentado -Retirada del catéter por ANR. -Inicio de RHB -Valorar alta <p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Estado neuromuscular conservado. -Dolor controlado. -Herida quirúrgica normal. -Deambulacion en progreso. - Informe de alta y recetas. - Cura en 7 días y sucesivas - Consulta en 4 semanas con Rx. - Rec. médicas. - Citación en Rehabilitación para proseguir 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida Qx. - Sentar y caminar. - 2º día de RHB. - Valorart alta continuando tratamiento rehabilitador si precisa <p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Estado neuromuscular conservado. -Dolor controlado. -Herida quirúrgica normal. -Deambulacion en progreso. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días -Consulta en 6 semanas con Rx. -Rec. médicas. -Citación en Rehabilitación para proseguir

				fisioterapia según indicaciones suyas	fisioterapia según indicaciones suyas
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	La pauta por anestesia. Cefazolina, 2 gr. Primera dosis 30 minutos antes de cirugía y 2 dosis de 1 gr./8 horas. Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso Desketoprofeno 1 /12 horas intravenoso Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Cloruro mórfico 4 mg. 2/4 horas Intravenosa. Cefazolina 1 gr/8h 2 dosis más Ondansetron 4mg 1/8h si precisa	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Bemiparina 3500 1/24 horas subcutanea Ondansetran 4 mg 1/8 horas	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas vía oral. Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6 -8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Bemiparina 3500 1/24 horas subcutanea	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas vía oral. Nolotil 1 amp. /6 -8 horas intravenoso si dolor. Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Bemiparina 3500 1/24 horas subcutanea
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	-Acogida del paciente: vía clínica. -Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC). - Protocolo de preparación quirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Contraindicación de cirugía. Estado gral. Medicación suspendida.	-PLANTA: Finalización de Preparación prequirúrgica: - ducha con clorhexidina y pijama antes de quirófano. En REAprequirúrgico. Comprobación: vías, rasurado Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC, En REA postquirúrgico Monitorización.(Constante s vitales por turno, control diuresis,balance sanguíneo)	Por este orden. -Extracción de analítica. -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Aseo en cama. -Control diuresis, retirar sondaje urinario(mantener si catéter) y redón si tuviera. -Educación sanitaria. -Analgesia. -HBPM.	-Aseo del enfermo. No mojar herida -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Sonda vesical (retirar con el catéter) y redón deberían estar retirados. -Educación sanitaria. -Analgésicos -HBPM. intravenosa.	-Atención de herida. No mojar herida -Aseo del enfermo. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos. -HBPM.

	<p>-Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-No Profilaxis tromboembólica (HBPM), salvo indicación de ANR.</p> <p>-Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia.</p>	<p>Recuperador retirado antes de alta a planta, tras la reinfusión.</p> <p>-En REA y planta: Estado del pie y miembro intervenido</p> <p>Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo</p> <p>Analgesia y fluidoterapia intravenosa.</p> <p>HBPM.</p>			
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	<p>-Reposo en cama.</p> <p>-Movilidad espontánea.</p>	Sentar mañana/tarde.	<p>-Sentar mañana/tarde.</p> <p>-Caminar.</p> <p>-Ejercicios activos con articulaciones libres</p> <p>-Contracciones isométricas de cuádriceps e isquiotibiales.</p> <p>-Contracciones isotónicas de músculos de pierna y pie.</p> <p>-Transferencia a un sillón.</p>	<p>-Sentar mañana/tarde.</p> <p>-Caminar.</p> <p>Ejercicios respiratorios.</p> <p>-Ejercicios activos con articulaciones libres</p> <p>-Contracciones isométricas de cuádriceps e isquiotibiales.</p> <p>-Contracciones isotónicas de músculos de pierna y pie.</p> <p>-Transferencia a un sillón.</p>
DIETA	Absoluta	Tolerancia	Habitual	Habitual	Habitual
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<p>-Cama con trapezio.</p> <p>-Información a familiares de alta en 3-4 días.</p>	-Incorporar cama.	-Entregar andador / bastones	-Creación de Prealta.	-Creación de Prealta.

	-Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC -Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses.	-Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses. -Prescripciones ortopédicas si precisara.		-Citación por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisión en 6 semanas con RX de control. -Citación en consulta del cirujano.	-Citación por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisión en 6 semanas con RX de control. -Citación en consulta del cirujano.
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 4 Consultas de enfermería: 4				

GRD 222: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



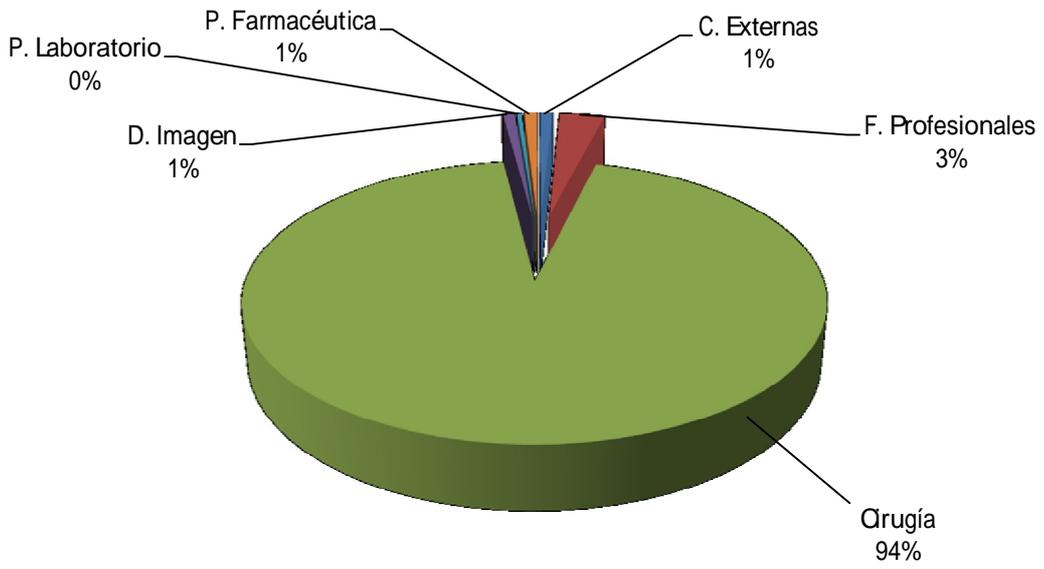
GRD 222. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20min x 0,70€/m in	14,00	1	14,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15min x 0,70€/min	10,50	1	10,50€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				24,50€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15min x 0,70€/min	10,50	4	42,00€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30min x 0,41€/min	12,30	4	49,20€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				91,20€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
CIRUJANO	172,00	0,70	2,00	240,80€
CUIDADOS ENFERMERÍA	172,00	0,41	2,00	141,04€
AUXILIAR QUIRÓFANO	172,00	0,30	1,00	51,60€
MATERIALES ESPECÍFICOS				2240,40€
MATERIALES GENERALES				75,89€
ANATOMÍA PATOLÓGICA			1,00	40,00€
SUBTOTAL CIRUGÍA				2789,73€
RX TORAX		6,00	1,00	6,00€
RX EXTREMIDADES		6,00	1,00	6,00€
RX PELVIS EXTREMIDAD INFERIOR		6,00	2,00	12,00€
RX COLUMNA		6,00	0,00	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				24,00€
HEMOGRAMA		1,50	1,00	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1,00	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1,00	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS				8,98€
ANALGÉSICOS				10,52€
OTROS				7,23€
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				26,73€

COSTE DEL PROCESO GRD 222: PROCEDIMIENTO SOBRE RODILLA COMPLEJO

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	24,50€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	91,20€
CIRUGÍA	2789,73€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	24,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,73€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	2966,26€

GRD 222: Procedimiento sobre rodilla complejo



GRD 209. SUSTITUCIÓN ARTICULACIÓN MAYOR MIEMBRO INFERIOR EXCEPTO CADERA SIN COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	Sustitución articulación mayor miembro inferior excepto cadera sin complicaciones.	CÓDIGO DE PROCESO:	PMI 03
------------------	---	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la recuperación emocional, de dolor y de la función de la marcha en los pacientes que requieren implantación de una prótesis en rodilla o tobillo. Tiene una estancia promedio de 4 días en hospital a partir de la intervención quirúrgica y un seguimiento posterior en domicilio, consultas externas de forma indefinida y en rehabilitación de aproximadamente 60 días.

ABSTRACT

Which is a process the emotional recovery of pain and function of the March in patients requiring implementation of a prosthetic knee or ankle. It has an average stay of 4 days in hospital after surgery and a subsequent follow-up at home, external queries indefinitely and in rehabilitation of approximately 60 days.

GRD 209: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del sistema musculoesquelético y tejido conectivo, a los que se les ha implantado durante el ingreso actual una prótesis de rodilla o tobillo o reimplantación del miembro inferior. En este grupo no se clasifican los pacientes que ingresan por una artritis séptica de cadera, rodilla o tobillo, fractura patológica del fémur o tibia o complicaciones o complicación de una prótesis previamente implantada pues se agrupan en el GRD 789. Tampoco se clasifican en este GRD los pacientes a los que se les ha implantado una prótesis bilateral o múltiple de cadera, rodilla o tobillo pues se agrupan en el GRD 471.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso	ESTANCIA MEDIA	4 días
PESO GRD	3,2793		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- **Sustitución de prótesis de cadera**
-

GRD 209. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Checklist. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Pruebas cruzadas de sangre realizadas. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado según intervención. ✓ PDI disponibles ✓ Campo quirúrgico estéril ✓ Vía de abordaje limpia ✓ Tibia cortada adecuadamente ✓ Fémur cortado adecuadamente ✓ Espacios de flexión/extensión verificados ✓ Canal tibial finalizado ✓ Componentes según indicación ✓ Isquemia retirada y hemostasia verificada ✓ Recuperador de hematíes colocado ✓ Herida suturada <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Informe de alta médica realizado. ✓ Control PDI realizado. ✓ Control de hemograma y bioquímica. ✓ Movilización y ejercicios pautados.
PACIENTE	INFORMACIÓN	1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.

		<p>2. Satisfechas las necesidades de información y apoyo emocional a paciente y familia durante el proceso.</p> <p>3. Consentimiento de transfusión sanguínea cumplimentado y firmado por el paciente.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	<p>1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	Interconsulta de Rehabilitación solicitada en la etapa postoperatoria
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Continuidad cuidados domiciliarios
	TRABAJADOR SOCIAL	Problemas sociales que limiten el TMA identificados en consulta o durante el proceso comunicado a Trabajador social.

GRD 209. SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN MAYOR MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO CADERA, SIN COMPLICACIONES

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro inferior		CÓDIGO	PMI 03			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que necesitan la implantación de una prótesis en rodilla, tobillo o reimplantación de miembro inferior para recuperar movilidad y autonomía.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología					
	FINAL	Alta hospitalaria y continuidad con rehabilitación					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	4 días	FRECUENCIA	109			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Médico Servicio Anestesia y Reanimación. Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médico y Técnico de Laboratorio. Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. Médico y Fisioterapeuta de Rehabilitación (Si precisara). 						
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> Componente femoral Componente tibial Polietileno Cemento óseo Fármacos 				<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Listado de verificación quirúrgica. Trayectoria Clínica. 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGIA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	24,50€	91,20€	2789,73€	24,00€	10,10€	26,73€	2966,26€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Número de altas proceso. Estancia media proceso. Número de altas retrasadas por problema social 						
RESPONSABLE	Dr. Israel Pérez Muñoz						
OBSERVACIONES:							

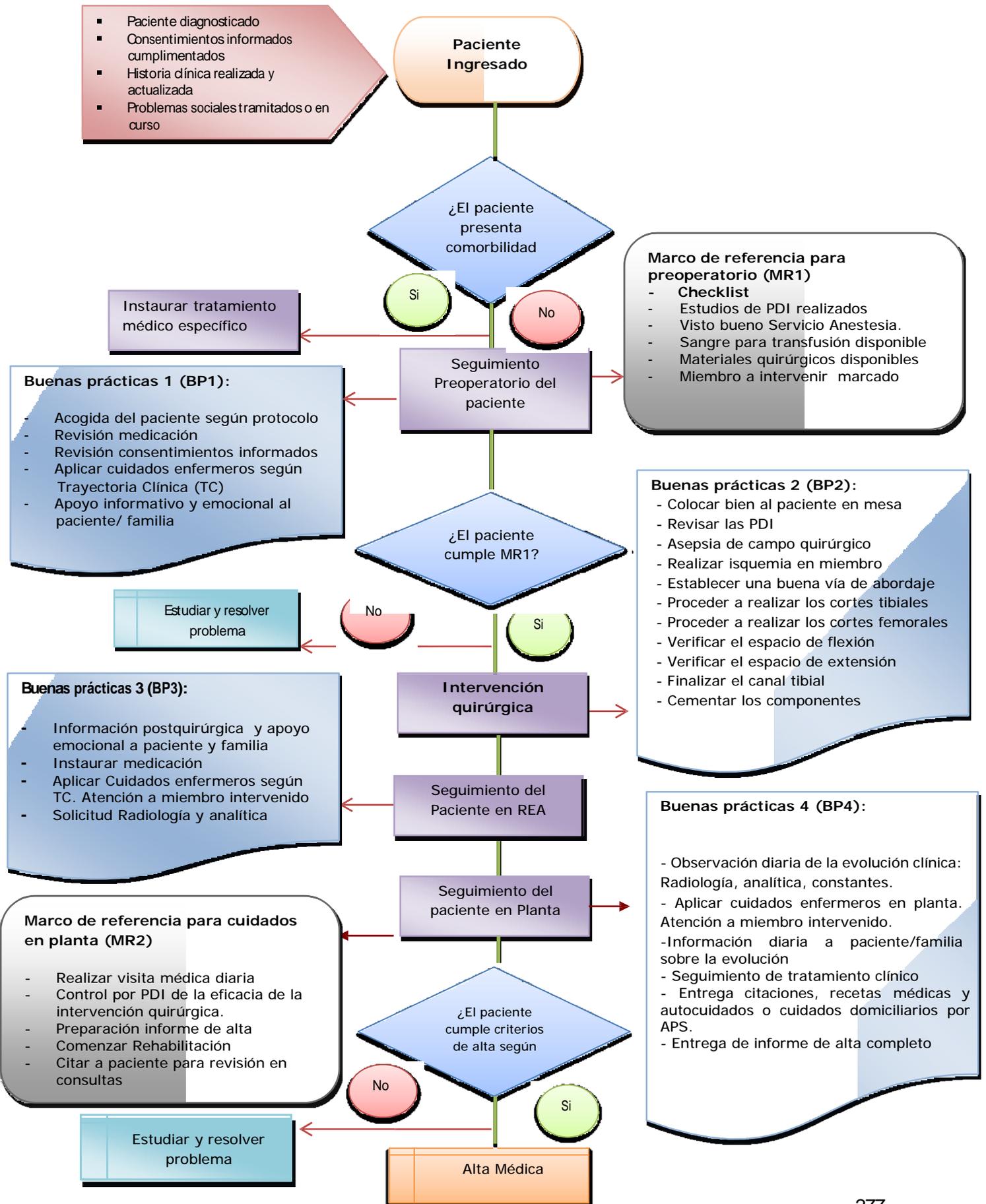
GRD 209: TRAYECTORIA CLÍNICA						
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS						
NÚMERO DE CONSULTAS	1,5 consultas de media.					
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA						
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA/ POSTOPERATORIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	Día 4
ATENCIÓN MÉDICA	-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior. -Revisión del preoperatorio: - Consentimiento Informado de de Traumatología. - Consentimiento Informado de de transfusión sanguínea. - ITC o formulario de Anestesia (revisar si tratado por ANR). - Pruebas cruzadas para banco de sangre (3 CH). - Estudios de imagen. - Contraindicación de cirugía. Estado general. Medicación suspendida.	PREVIO A QX: Checklist, revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado Quirúrgico y de transfusión. - Anestesia. QUIRÓFANO. Vía periférica y sondaje urinario si procede. Colocación del paciente. Vendaje MMII. Lavado estéril: 10 minutos con clorhexidina -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a Reanimación y posteriormente a Planta.	Visita Traumatología. Actualización del tratamiento. -Retirar profilaxis -Información paciente / familiares: vía clínica. -Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del 3º-4º día. -Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). -Valorar necesidad de fluidoterapia. -Sentar, valorar apoyo. -Medicación habitual del paciente.	Visita Traumatología. -Estado de herida quirúrgica. -Eliminar fluidoterapia. -Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del 3º-4º día. -Sentar y caminar. -Retirada del catéter por ANR. -Inicio de RHB	Visita Traumatología. -Estado de herida Qx. -Alta hoy o mañana. -Sentar y caminar. -2º día de RHB.	Visita Traumatología. -Estado de herida Qx -Aviso de alta a paciente y familiares durante la mañana del día siguiente. -Sentar y caminar. -3º día de RHB. -Criterios de Alta: Signos vitales normales. Estado neuromuscular conservado. Dolor controlado.

		-Petición de Rx y analítica urgente, e ITC a RHB -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Qtas de consulta, curas y Rx al alta. -informe de provisional de alta.	-Valoración por rehabilitación. -Valoración del catéter por ANR.			Herida quirúrgica normal. Deambulación en progreso. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 6 semanas con Rx Recomendacion es médicas.
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	La pauta por anestesia. Cefazolina, 2 gr. Primera dosis 30 minutos antes de cirugía y 2 dosis de 1 gr./8 horas. Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Qoruro mórfico 4 mg. 2/4 horas Intravenosa Ondansetran 4 mg 1/8 horas Cefazolina 1 gr /8h 2 dosis más.	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas IV Desketoprofeno 1 /12 horas IV Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea Ondansetran 4 mg 1/8 horas Qoruro mórfico 4 mg. 2/4 horas Intravenosa	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas IV Desketoprofeno 1 /12 horas IV Nolotil 1 amp. /6 - 8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas VO Nolotil 1 amp. /6 -8 horas VO Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas VO Nolotil 1 amp. /6 -8 horas VO Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	-Acogida del paciente: vía clínica. -Valoración de enfermería.	PLANTA: Finalización de Preparación prequirúrgica:	Por este orden. -Extracción de analítica.	-Aseo del enfermo. No mojar herida	-Atención de herida. No mojar herida	-Atención de herida. No mojar herida

	<p>-Documentación de enfermería.</p> <p>- Toma de constantes (Tª, TA, FC).</p> <p>- Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica</p> <p>- Contraindicación de cirugía.</p> <p>Estado gral. Medicación suspendida.</p> <p>-Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-No Profilaxis tromboembólica (HBPM), salvo indicación de ANR.</p>	<p>- ducha con clorhexidina y pijama antes de quirófano.</p> <p>-En REAprequirúrgico.</p> <p>Comprobación: vías, rasurado</p> <p>Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC,</p> <p>-En REA postquirurgico</p> <p>Monitorización.(Constantes vitales por turno, control diuresis,balance sanguíneo)</p> <p>Recuperador retirado antes de alta a planta, tras la reinfusión.</p> <p>-En REA y planta: Estado del pie y miembro intervenido</p> <p>Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo</p> <p>Analgesia y fluidoterapia intravenosa.</p> <p>HBPM.</p>	<p>-Constantes por turno (Tª, TA, FC).</p> <p>-Aseo en cama.</p> <p>-Control diuresis, retirar sondaje urinario(mantener si catéter) y redón si tuviera.</p> <p>-Educación sanitaria.</p> <p>-Analgesia.</p> <p>-HBPM.</p> <p>-Fluidoterapia intravenosa si continua pautada</p>	<p>-Constantes por turno.</p> <p>-Control de ritmo intestinal.</p> <p>-Sonda vesical (retirar con el catéter) y redón deberían estar retirados.</p> <p>-Educación sanitaria.</p> <p>-Analgésicos</p> <p>-HBPM.</p> <p>-Retirar fluidoterapia intravenosa.</p> <p>-Media de compresión.</p>	<p>-Aseo del enfermo.</p> <p>-Constantes por turno.</p> <p>-Control de ritmo intestinal.</p> <p>-Educación sanitaria.</p> <p>-Analgésicos.</p> <p>-HBPM.</p>	<p>-Aseo del enfermo.</p> <p>-Constantes por turno.</p> <p>-Control de ritmo intestinal.</p> <p>-Educación sanitaria.</p> <p>-Analgésicos.</p> <p>-HBPM.</p>
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	-Reposo en cama.	-Kinetec0/45° 1/2h 3 veces al día	-Sentar mañana/tarde. -Caminar.	-Sentar mañana/tarde. -Caminar.	-Deambulacion con andador / bastones.

		-Movilidad espontánea.	- Flexoextensión activa en cama. -Sentar, valorar caminar	-Flexoextensión activa. -Kinetec0/60°	-Flexoextensión activa. -Kinetec0/75°	-Flexoextensión activa. -Kinetec0/90°
DIETA	Absoluta	Habitual	Habitual	Habitual	Habitual	Habitual
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	-Cama con trapecio. -Información a familiares de alta en 3-4 días. -Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC -Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses.	-Incorporar cama. -Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses.	-Entregar andador / bastones	-Entregar andador / bastones	-Entregar andador / bastones. -Creación de Preatla.	-Creación de Preatla. -Citación por Chaqueta Verde para cura en 1 2 semanas y consulta de revisión en 6 semanas con RX de control. -Citación en consulta del cirujano.
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 4 Consultas de enfermería: 4					

GRD 209: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



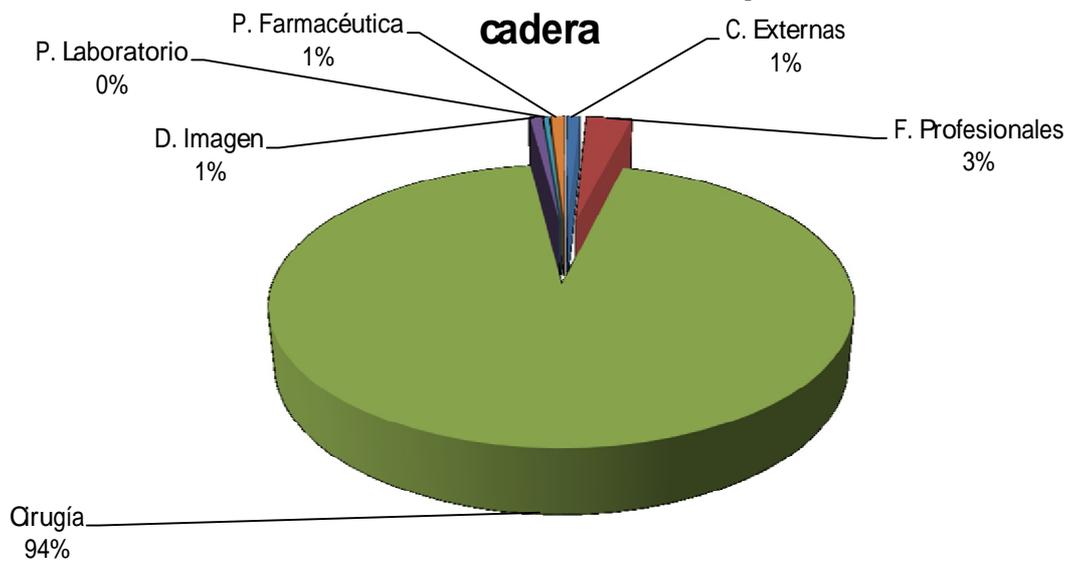
209. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20min x 0,70€/min	14,00	1	14,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15min x 0,70€/min	10,50	1	10,50€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				24,50€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15min x 0,70€/min	10,50	4	42,00€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30min x 0,41€/min	12,30	4	49,20€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				91,20€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
CIRUJANO	172,00	0,70	2,00	240,80€
CUIDADOS ENFERMERÍA	172,00	0,41	2,00	141,04€
AUXILIAR QUIRÓFANO	172,00	0,30	1,00	51,60€
ANATOMÍA PATOLÓGICA			1,00	40,00€
MATERIALES ESPECÍFICOS				2240,40€
MATERIALES GENERALES				75,89€
SUBTOTAL CIRUGÍA				2789,73€
RX TORAX		6,00	1	6,00€
RX EXTREMIDADES		6,00	1	6,00€
RX PELVIS EXTREMIDAD INFERIOR		6,00	2	12,00€
REX COLUMNA		6,00	0	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				24,00€
HEMOGRAMA		1,50	1	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS				8,98€
ANALGÉSICOS				10,52€
OTROS				7,23€
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				26,73€

COSTE DEL PROCESO GRD 209: SUSTITUCIÓN ARTICULACIÓN MAYOR MIEMBRO INFERIOR EXCEPTO CADERA SIN COMPLICACIONES

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	24,50€
FUNCIONES PROFESIONALES	91,20€
CIRUGÍA	2789,73€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	24,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,73€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	2966,26€

GRÁFICO GRD 209: Substitución de prótesis de cadera



GRD 219. PROCEDIMIENTO EXTREMIDAD INFERIOR Y HÚMERO EXCEPTO CADERA Y PIE Y FEMUR EN EDAD MAYOR DE 17 SIN COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Procedimiento extremidad inferior y CÓDIGO PMI 04 húmero excepto cadera, pie y fémur. Edad DE mayor de 17 sin complicaciones. PROCESO:
-----------------	---

RESUMEN

Proceso que persigue la recuperación emocional, de dolor y de la función de la marcha en los pacientes ingresados por traumatismo musculoesquelético que requieren una intervención sobre húmero, tibia y peroné. Tiene una estancia promedio de 2 días en hospital a partir de la intervención quirúrgica y un seguimiento posterior en domicilio, consultas externas hasta curación de la fractura y rehabilitación de aproximadamente 45 días.

ABSTRACT

Which is a process the emotional recovery of pain and function of the March in patients requiring implementation of a prosthetic knee or ankle. It has an average stay of 4 days in hospital after surgery and subsequent monitoring in home, outpatient and rehabilitation of approximately 60 days.

GRD 219: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre húmero, tibia y peroné. Las más frecuentes son: reducción o fijación de fractura de dichos huesos, osteotomía o triple artrodesis.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso	ESTANCIA MEDIA	2 días
PESO GRD	1,3611		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS// INCLUIDOS AL PROCESO

- **Fijación de fractura**
-

GRD 219. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PAIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Checklist. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Pruebas cruzadas de sangre realizadas. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocación del paciente ✓ Isquemia o no del miembro ✓ Vía de abordaje ✓ Reducción de fractura abierta o cerrada. ✓ Colocación de fijación interna (agujas o clavo o placa y tornillos) o externa. ✓ Valoración con fluoroscopia. ✓ Cierre de abordaje. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración del estado neurovascular del miembro. ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso ✓ Control PDI realizado ✓ Control de hemograma y bioquímica ✓ Movilización y ejercicios pautados ✓ Informe de alta médica realizado
PAIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información y apoyo emocional a paciente y familia durante el proceso.</p> <p>3. Consentimiento de transfusión sanguínea cumplimentado y firmado por el paciente.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.

		2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	Interconsulta de Rehabilitación solicitada en la etapa postoperatoria
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Continuidad cuidados domiciliarios
	TRABAJADOR SOCIAL	Problemas sociales que limiten el TMA identificados en consulta o durante el proceso comunicado a Trabajador social.

GRD 219. PROCEDIMIENTO EXTREMIDAD INFERIOR EXCEPTO CADERA, PIE, FEMUR, SIN COMPLICACIONES Y CON EDAD SUPERIOR A 17 AÑOS

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro inferior	CÓDIGO	PMI 04				
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre húmero, tibia y peroné.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.					
	FINAL	Alta hospitalaria y continuidad con rehabilitación.					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	4 días	FRECUENCIA	80			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médico Servicio Anestesia y Reanimación. • Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médico y Técnico de Laboratorio. • Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. • Médico y Fisioterapeuta de Rehabilitación. 						
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Material de fijación interna (davos, placas/tornillos, agujas, fijador externo) • Motor • Radioscopia • Fármacos 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Documentos electrónicos solicitud pruebas • Parte de quirófano • Listado de verificación quirúrgica • Trayectoria Clínica 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	0,00€	97,35€	4449,52€	24,00€	10,10€	26,73€	4607,70€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: Número de altas proceso. Estancia media proceso. Número de altas retrasadas por problema social. 						
RESPONSABLE	Dr. Israel Pérez Muñoz						
OBSERVACIONES:							

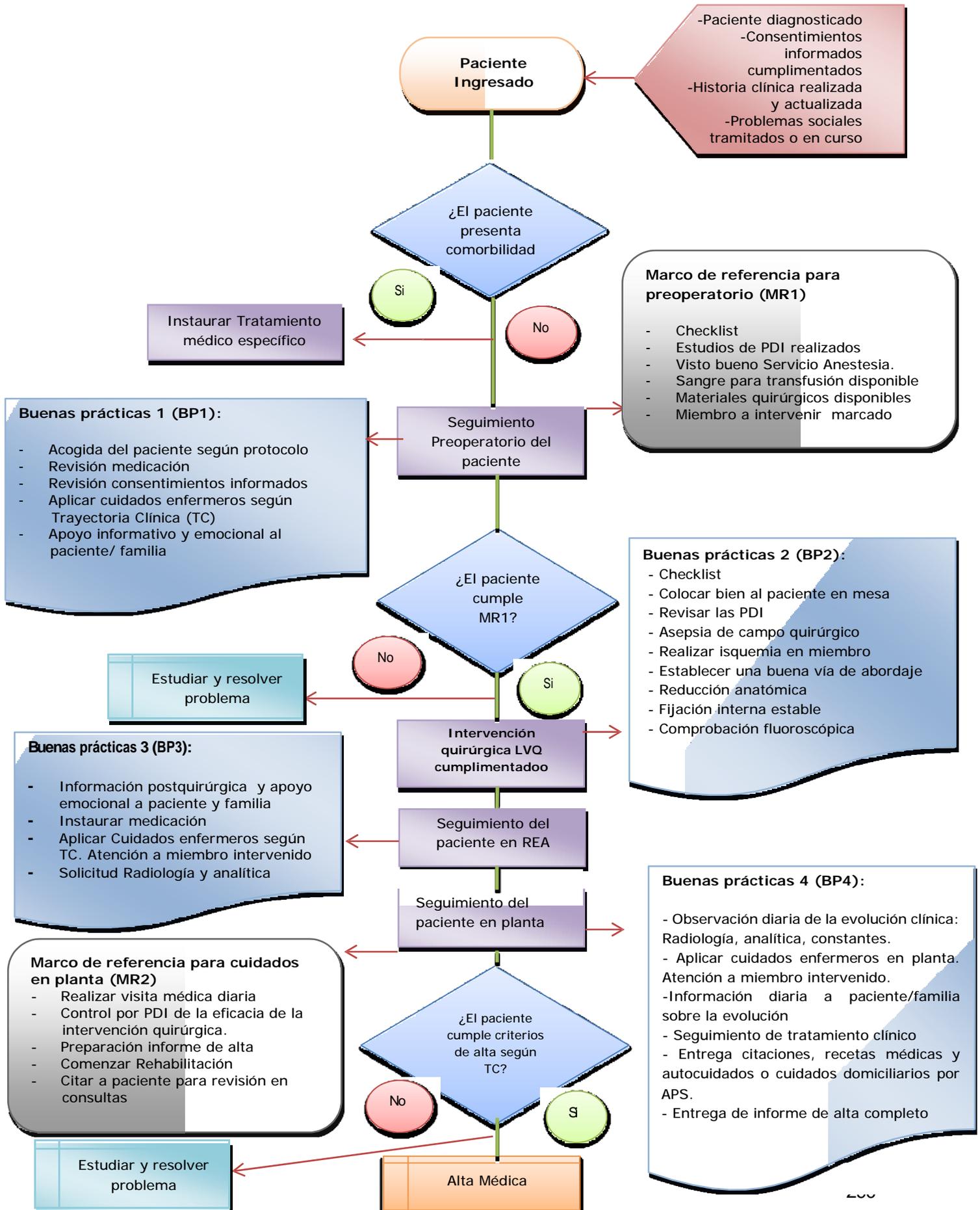
GRD 219: TRAYECTORIA CLÍNICA					
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS					
NÚMERO DE CONSULTAS:	Entrada por urgencia.				
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA					
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA/ POSTOPERATORIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
ATENCIÓN MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>-Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento Informado de Traumatología. - Consentimiento Informado de transfusión sanguínea. - ITC o formulario de Anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). - Pruebas cruzadas para banco de sangre (3 CH) si precisa. - Estudios de imagen. - Contraindicación de cirugía. Estado general. Medicación suspendida. 	<p>PREVIO A QX: Check list. Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado Quirúrgico y de transfusión.</p> <p>-Anestesia.</p> <p>QUIRÓFANO. Vía periférica y sondaje urinario si procede. Colocación del paciente. Vendaje MMII. Lavado estéril: 10 minutos con clorhexidina</p> <p>-Información postoperatoria a familiares por Cirujano.</p> <p>-Paso a Reanimación y posteriormente a Planta.</p> <p>-Petición de Rx y analítica urgente, e ITCa RHB</p> <p>-Tratamiento y medicación habitual del paciente.</p> <p>-Citas de consulta, curas y Rx al alta.</p>	<p>Visita Traumatología. Actualización del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retirar profilaxis -Información paciente / familiares: vía clínica. -Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del 2º o 3º día. -Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). -Valorar necesidad de fluidoterapia. -Sentar, valorar apoyo. -Medicación habitual del paciente. -Valoración por rehabilitación. -Valoración del catéter por ANR. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica. -Eliminar fluidoterapia. -Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del hoy o 3º día. -Sentar y caminar con o sin carga. -Retirada del catéter por ANR. -Inicio de RHB 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida Qx. -Alta hoy -Sentar y caminar con o sin carga. -2º día de RHB. <p>-Criterios de Alta: Signos vitales normales. Estado neuromuscular conservado. Dolor controlado. Herida quirúrgica normal. Deambulacion en progreso. Informe de alta y recetas. -Cura en 7/14 días consulta en 6 semanas con Rx</p>

		-Informe de provisional de alta.			Recomendaciones médicas.
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	<p>La pauta por anestesia. Profilaxis antibiótica en reanimación según protocolo (ver protocolo de infecciones en traumatología) en cirugías con implantes.</p> <p>-Cefazolina, 2 gr. Primera dosis 30 minutos antes de cirugía y 2 dosis de 1 gr./8 horas.</p> <p>-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)</p> <p>-Clindamicina 600 mgrs. En alérgicos a B lactámicos. Primera dosis 30 minutos antes de cirugía y 2 dosis más /8 horas.</p> <p>-Vancomina 1gr 1h antes de cirugía en</p> <p>-METI-R prevalente</p> <p>-Paciente portador o con alto riesgo de colonización o infección previa por METI-R</p> <p>Si fractura abierta</p> <p>Protocolo según protocolo (Rev. Esp Cirugía Ortopédica y Traumatología: 2010;54(6):399-40</p>	<p>Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso</p> <p>Desketoprofeno 1 /12 horas</p> <p>Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso</p> <p>Omeprazol 20 1/24 horas vía oral</p> <p>Cloruro mórfico 4 mg. 2/4 horas Intravenosa</p> <p>Ondansetran 4 mg 1/8 horas</p> <p>Cefazolina 1 gr /8h 2 dosis más.</p>	<p>Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas IV</p> <p>Desketoprofeno 1 /12 horas IV</p> <p>Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso</p> <p>Omeprazol 20 1/24 horas vía oral</p> <p>Terdyferon 2 c. en desayuno</p> <p>Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea</p> <p>Ondansetran 4 mg 1/8 horas</p> <p>Cloruro mórfico 4 mg. 2/4 horas Intravenosa</p>	<p>Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas IV</p> <p>Desketoprofeno 1 /12 horas IV</p> <p>Nolotil 1 amp. /6 -8 horas intravenoso</p> <p>Omeprazol 20 1/24 horas vía oral</p> <p>Terdyferon 2 c. en desayuno</p> <p>Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea</p>	<p>Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas VO</p> <p>Nolotil 1 amp. /6 -8 horas VO</p> <p>Omeprazol 20 1/24 horas vía oral</p> <p>Terdyferon 2 c. en desayuno</p> <p>Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea</p>

	-Desbridamiento y lavado de herida con 9litros de suero fisiológico.				
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	<p>-Acogida del paciente: vía clínica.</p> <p>-Valoración de enfermería.</p> <p>-Documentación de enfermería.</p> <p>-Toma de constantes (Tª, TA, FC).</p> <p>- Protocolo de preparación quirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica</p> <p>- Contraindicación de cirugía.</p> <p>Estado gral.</p> <p>Medicación suspendida.</p> <p>-Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-No Profilaxis tromboembólica (HBPM), salvo indicación de ANR.</p> <p>-No Profilaxis tromboembólica (HBPM), salvo indicación de ANR.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enoxá: no en 12h previas a Qx ▪ Bemiparina: no en 24h previas. 	<p>PLANTA: Finalización de Preparación prequirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ducha con clorhexidina y pijama antes de quirófano. <p>En REAprequirúrgico.</p> <p>Comprobación: vías, rasurado</p> <p>Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC,</p> <p>En REA postquirúrgico</p> <p>Monitorización (Constantes vitales por turno, control diuresis, balance sanguíneo)</p> <p>Recuperador retirado antes de alta a planta, tras la reinfusión.</p> <p>-En REA y planta: Estado del pie y miembro intervenido</p> <p>Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo</p> <p>Analgesia y fluidoterapia intravenosa.</p> <p>HBPM.</p>	<p>Por este orden.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Extracción de analítica. -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Aseo en cama. -Control diuresis, retirar sondaje urinario (mantener si catéter) y redón si tuviera. -Educación sanitaria. -Analgesia. -HBPM. -Fluidoterapia intravenosa si continúa pautada. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aseo del enfermo. No mojar herida -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Sonda vesical (retirar con el catéter) y redón deberían estar retirados. -Educación sanitaria. -Analgésicos -HBPM. -Retirar fluidoterapia intravenosa. -Media de compresión. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención de herida. No mojar herida -Aseo del enfermo. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos. -HBPM.

	-Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia				
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	-Reposo en cama. -Movilización espontánea	Sentar y valorar caminar.	-Sentar mañana/tarde. -Caminar con/sin apoyo	-Sentar mañana/tarde. -Caminar con o sin apoyo.
DIETA	Absoluta	Habitual	Habitual	Habitual	Habitual
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	-Cama con trapezio. -Información a familiares de alta en 3-4 días. -Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC -Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses.	-Incorporar cama. -Avisar familiares de necesidad de bastones ingleses.	-Entregar andador / bastones	-Entregar andador / bastones	-Entregar andador / bastones. -Creación de Prealta.
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 4 Consultas de enfermería: 4				

GRD 219: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



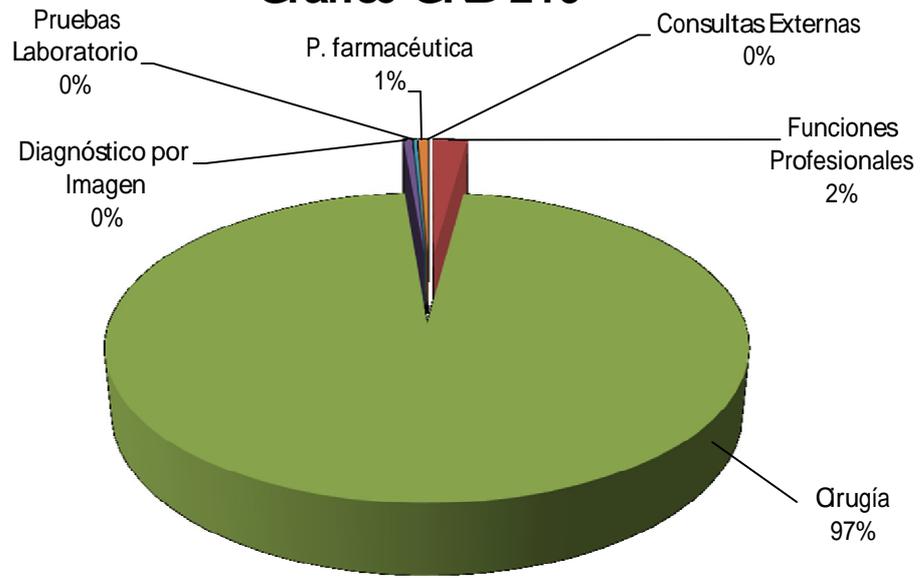
219. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20min x 0,70€/min	14,00	0	0,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15min x 0,70€/min	10,50	0	0,00€
SUBTOTALCONSULTASEXTERNAS				0,00€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15min x 0,70€/min	10,50	4	42,00€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30min x 0,41€/min	12,30	4	49,20€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	15min x 0,41€/min	6,15	1	6,15€
SUBTOTALFUNCIONESPROFESIONALES				97,35€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
CIRUJANO	172,00	0,70	2,00	240,80€
CUIDADOS ENFERMERÍA	172,00	0,41	2,00	141,04€
AUXILIAR DE QUIRÓFANO	172,00	0,30	1,00	51,60€
ANATOMÍA PATOLÓGICA			1,00	40,00€
MATERIALES ESPECÍFICOS				3900,19€
MATERIALES GENERALES				75,89€
SUBTOTAL CIRUGÍA				4449,52€
RX TORAX		6,00	1,00	6,00€
RX EXTREMIDAD		6,00	1,00	6,00€
RX PELVIS EXTREMIDAD INFERIOR		6,00	2,00	12,00€
RX COLUMNA		6,00	0,00	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				24,00€
HEMOGRAMA		1,50	1,00	1,50€
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1,00	3,56€
BIOQUÍMICA		5,04	1,00	5,04€
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS		1,12	8,00	8,98€
ANALGÉSICOS				10,52€
OTROS				7,23€
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				26,73€

COSTE DEL PROCESO GRD 219: PROCESO SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	0,00€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	97,35€
CIRUGÍA	4449,52€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	24,00€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	26,73€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	4607,70€

Gráfico GRD 219



GRD 254. Fractura, esguince, desgarro y luxación pierna excluido pie. Edad, mayor de 17 sin complicaciones.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Procedimiento extremidad inferior y húmero excepto cadera, pie y fémur. edad mayor de 17 sin complicaciones	CÓDIGO DE PROCESO:	PMI 05
-----------------	--	---------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso médico que persigue la recuperación emocional, de dolor y de la función de la marcha en los pacientes ingresados por traumatismo musculoesquelético que requieren una intervención sobre tibia, peroné, húmero clavícula y escápula. Tiene una estancia promedio de 2 días en hospital a partir del tratamiento ortopédico y un seguimiento en consultas externas y rehabilitación durante el periodo de curación que varía en función de lesión y paciente.

ABSTRACT

Medical process that pursues the emotional recovery of pain and the role of the March in patients admitted for musculoskeletal trauma requiring intervention on tibia, fibula, humerus, clavicle, and scapula. It has an average stay of 2 days in hospital after orthopaedic treatment and follow-up outpatient and rehabilitation during the period of healing which varies according to patient and injury.

GRD 254: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD médico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por fractura, esguince o luxación a nivel de brazo o pierna excepto pie como fractura de húmero, clavícula, escápula, tibia o peroné.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Ingreso	ESTANCIA MEDIA	2 días
PESO GRD	0,6955		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Reducción de fractura
-

GRD 254. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTO EXTREMIDAD INFERIOR Y HÚMERO EXCEPTO CADERA, PIE Y FÉMUR

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada</p> <p>2. Acto médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Exploración física y estado neurovascular de miembro. -PDI necesarias -Anestesia local en foco y/o bloqueo regional de troncos nerviosos. - Analgesia intravenosa y/o hipnóticos. <p>3. Reducción y tratamiento sistematizada</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocación del paciente -Maniobra de reducción ortopédica según técnica descrita en literatura en función de lesión. -Colocación de inmovilización para mantener la reducción. <p>4. Control y seguimiento del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Control con PDI adecuadas para asegurarse de reducción adecuada. -Valoración del estado neurovascular del miembro -Decidir si ingreso, observación 24h o alta a domicilio. -Informe de alta con tratamiento específico de la lesión. ✓ Cta de revisión en consulta con control PDI sucesivo realizado si lo precisara.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Explicación al paciente incluida en el informe de alta del tipo de lesión que presenta, opciones de tratamiento, evolución que cabe esperar y complicaciones que se pueden derivar.</p> <p>2. Satisfecha las necesidades de información y apoyo emocional a paciente y familia durante el proceso</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado en caso necesario.
	REHABILITACIÓN	Interconsulta de Rehabilitación una vez finaliza el tratamiento ortopédico, siempre en consulta.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatoria y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	TRABAJADOR SOCIAL	Problemas sociales que limiten el TMA identificados en consulta o durante el proceso comunicado a Trabajador social.

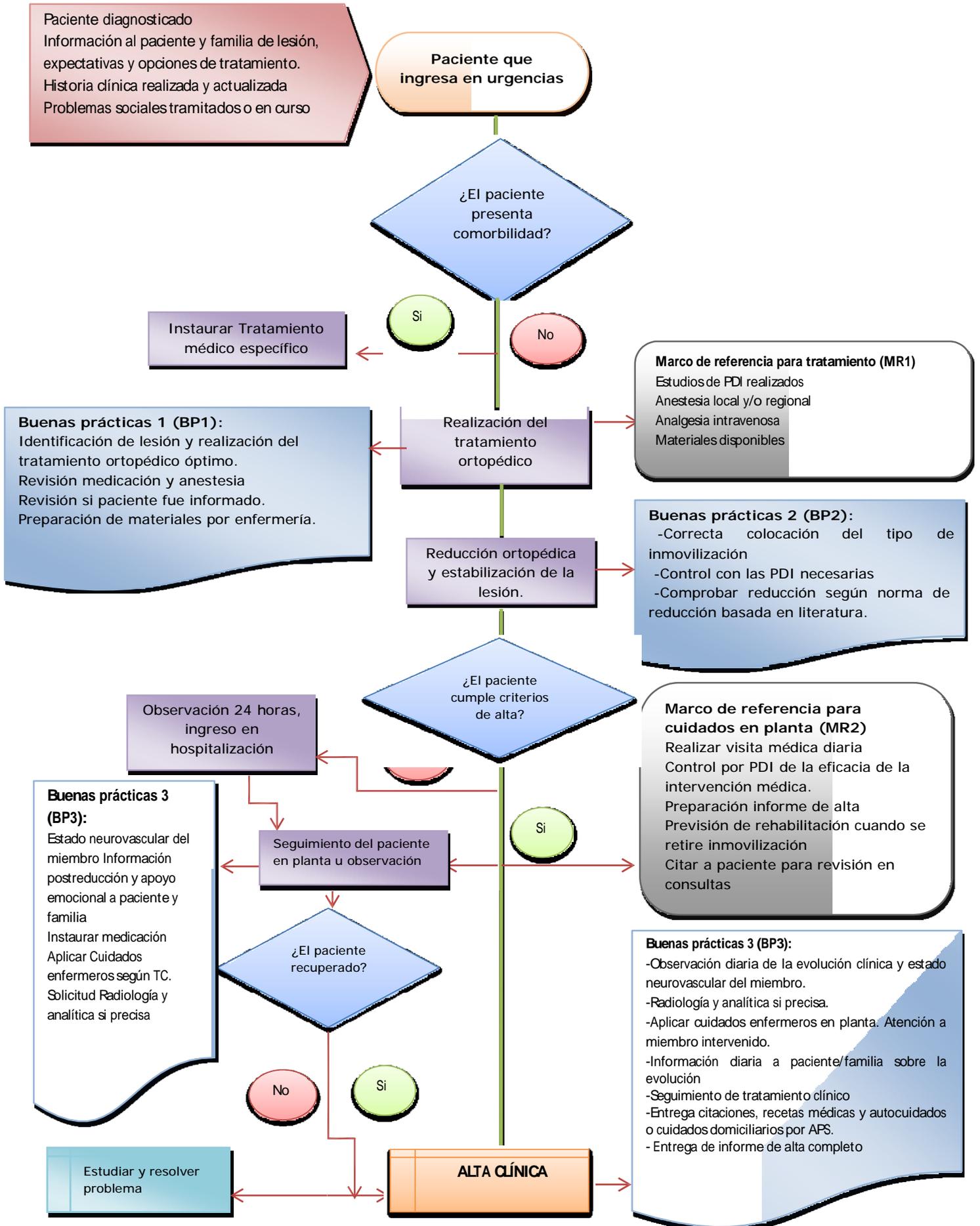
GRD 254. PROCEDIMIENTO EXTREMIDAD INFERIOR EXCEPTO CADERA, PIE Y FEMUR

TIPO DE PROCESO	Clínico de la sección de miembro inferior		CÓDIGO	PMI 05			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado un procedimiento ortopédico/intervención sobre tibia o peroné.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Atención del paciente en la urgencia de Cirugía Ortopédica y Traumatológica.					
	FINAL	Alta hospitalaria y continuidad con rehabilitación y consulta externa.					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	2 días	FRECUENCIA	11			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente diagnosticado			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médico Servicio Anestesia y Reanimación. • Médico y Técnico de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médico y Técnico de Laboratorio. • Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar. • Médico y Fisioterapeuta de Rehabilitación. 						
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Material de fijación: vendaje enyesado, vendaje elástico, vendaje de resina, inmovilización de miembro • Radioscopia • Fármacos 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Documentos electrónicos solicitud pruebas • Listado de verificación quirúrgica • Trayectoria Clínica 		
SALIDAS	Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.						
COSTE	CONSULTAS	QUIJADOS	CIRUGIA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	14,00€	91,20€	166,92€	18,00€	0,00€	36,36€	326,48€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: Número de altas proceso. Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Israel Pérez Muñoz						
OBSERVACIONES:							

GRD 254: TRAYECTORIA CLÍNICA			
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS			
NÚMERO DE CONSULTAS	1,5 consultas de media.		
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
ACTIVIDAD	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<p>Visita Traumatología. Actualización del tratamiento. -PDI y comprobación de reducción. -Información paciente / familiares: vía clínica. -Anticipar la posibilidad de alta durante la mañana o día siguiente -Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). -Sentar, valorar actividades según lesión -Medicación habitual del paciente. -Valoración por rehabilitación en hospitalización o consulta.</p>	<p>Visita Traumatología. -Aviso de alta a paciente y familiares durante la mañana del día siguiente. -Sentar y actividades según lesión. -RHB en consulta o en hospitalización. - Criterios de Alta: Signos vitales normales. Estado neuromuscular conservado. Dolor controlado. Actividades en progreso. -Informe de alta y recetas. -Consulta en 1-2 semanas con PDIs Recomendaciones médicas.</p>	<p>-Criterios de Alta: - Signos vitales normales. - Estado neurovascular miembro lesionado conservado. - Dolor controlado. -Informe de alta y recetas. -Otra consulta en 7/14 días con PDIs -Recomendaciones médicas.</p>
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	<p>Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Beniparina 3500 1/24 horas subcutánea (si precisa)</p>	<p>-Paracetamol, 1 gr/ cada 6 u 8 horas -Desketoprofeno 1/ cada 12 horas -Nolotil IV 1 ampolla cada 6 u 8 horas -Omeprazol 20 1 /cada 24 horas, vía oral</p>	

		-Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea si precisa	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Por este orden. -Extracción de analítica (si precisa). -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Educación sanitaria. -Analgesia. -HBPM si precisa. -Fluidoterapia intravenosa si procede	- Aseo del enfermo - Constantes por turno - Control de ritmo intestinal - Educación para la salud - Analgesia según tratamiento pautado - HBPM si precisa - Estado del miembro lesionado	
ACTIVIDAD FÍSICA	Sentar y valorar actividades según la lesión	Actividades según lesión	
DIETA	Habitual	Habitual	Habitual
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Entregar andador bastones		Rehabilitación cuando precise.
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS			
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 4 Consultas de enfermería: 4		

GRD 254: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



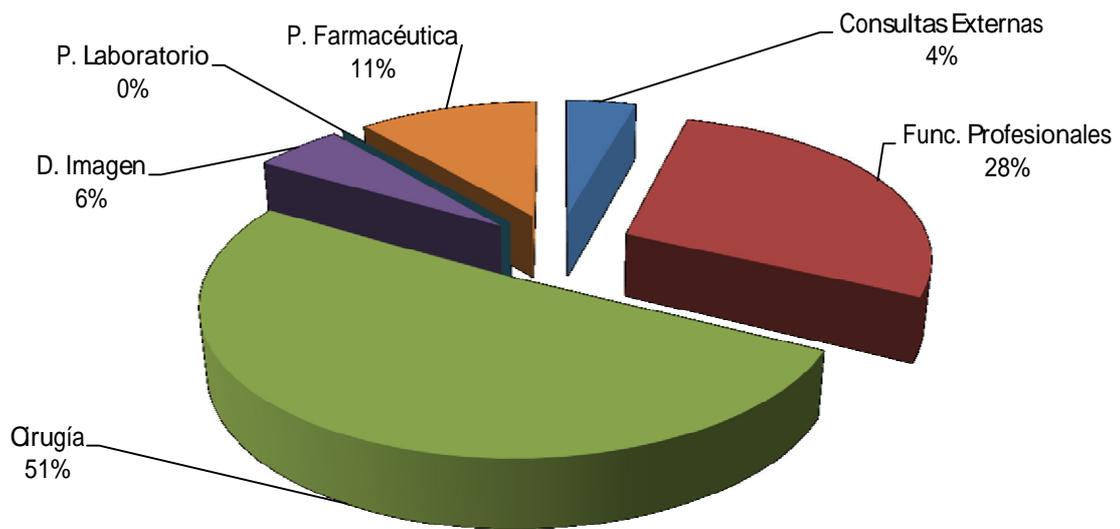
GRD 254. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20min x 0,70€/min	14,00	1	14,00€
CONSULTAS EXTERNAS POST	15min x 0,70€/min	10,50	0	0,00€
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				14,00€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	15min x 0,70€/min	10,50	4	42,00€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	30min x 0,70€/min	12,30	4	49,20€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				91,20€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA		0,70	0	0
CUIDADOS ENFERMERÍA		0,41	0	0
AUXILIAR QUIRÓFANO		0,30	0	0
MATERIALES ESPECÍFICOS				126,92€
ANATOMÍA PATOLÓGICA			1	40,00€
SUBTOTAL CIRUGÍA				166,92€
RX SIMPLE		6,00	1	6,00€
RX EXTREMIDADES		6,00	0	0,00€
RX PELVIS EXTREMIDAD INFERIOR		6,00	2	12,00€
RX COLUMNA		6,00	0	0,00€
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				18,00€
HEMOGRAMA		1,50	0	0
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	0	0
BIOQUÍMICA		5,04	0	0
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				0,00€
ANALGESICOS				29,13€
OTROS				7,23€
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				36,36€

COSTE DEL PROCESO GRD 254: PROCESO SUSTITUCIÓN DE CADERA SIN COMPLICACIONES

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	14,00€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	91,20€
CIRUGÍA	166,92€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	18,00€
LABORATORIO	0,00€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	36,36€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	326,48€

DISTRIBUCIÓN DE COSTES GRD 254



SECCIÓN
TOBILLO Y PIE

GRD 217. DESBRIDAMIENTO DE HERIDA E INJERTO DE PIEL (EXCEPTO HERIDA ABIERTA) POR TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO, EXCEPTO MANO

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO: GRD 217.	Desbridamiento de herida e injerto de piel (excepto herida abierta) por trastorno musculoesquelético, excepto mano.	CÓDIGO DE PROCESO	PTE 02
------------------------------------	--	--------------------------	---------------

RESUMEN

Proceso que persigue la solución quirúrgica de pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo muscular esquelético a los que se les ha practicado un desbridamiento excisional de piel o injerto libre pediculado.

ABSTRACT

Process that pursues the surgical solution of patients admitted for a disease or trauma skeletal muscle that them has been practiced a graft or excisional skin debridement free pediculated.

GRD 217: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado un desbridamiento escisional de piel o injerto cutáneo libre o pediculado excepto de la mano.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía Mayor Ambulatoria	ESTANCIA MEDIA	1 día
PESO GRD	3.1142		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- Sin procedimientos específicos.

GRD: 217. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO DESBRIDAMIENTO DE HERIDA E INJERTO DE PIEL POR TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICO EN PIE.

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Radiografía de pies en carga de ambos pies realizada. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en decúbito supino. ✓ Colocación de manguito de isquemia en tobillo inmediatamente proximal a los maleolos (anestesia locorregional) o en muslo (anestesia general o anestesia intradural). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Comprobación de correcto nivel de anestesia de la zona a operar. ✓ Corrección quirúrgica de la alteración asociada al GRD 217: <p>1. Desbridamiento de herida en Tobillo-pie por traumatismo sin fractura ósea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpieza de zonas de la piel y tejido subcutáneo que presenten contusión grave y necrosis. ✓ Lavado con suero abundante y hemostasia cuidadosa. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Isquemia preventiva retirada. <p>2. Limpieza de herida quirúrgica infectada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpieza de la herida, drenaje de posible absceso. Regularización de los bordes. ✓ Lavado con suero abundante y hemostasia cuidadosa. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Isquemia preventiva retirada. <p>3. Injerto de piel por ausencia de cicatrización en herida traumática o quirúrgica</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpieza de zona dadora y receptora. ✓ Extracción del injerto y preparación del mismo para su posterior colocación y sutura. ✓ Lavado Con suero abundante y hemostasia cuidadosa. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con tratamiento ajustado al caso. • Criterios de alta de CMA cumplimentados. • Informe de alta médica realizado. <p>En todas las variantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herida suturada con material reabsorbible, excepto en fasciostomía palmares. ✓ Vendaje compresivo/inmovilización enyesada correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia durante el proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	1. Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado (incluyendo el modelo de ASA I). 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. PDI preoperatoria solicitadas y realizadas. 2. Radiografías Ap y lateral en carga de ambos pies solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	1. Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primara después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa.

GRD 217. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico y quirúrgico de la Sección de tobillo y pie				CÓDIGO	PTP 02	
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médicoquirúrgico a todos los pacientes que presentan heridas y/o problemas de cicatrización por traumatismos o enfermedades del pie, para recuperar habilidad en el manejo del pie.						
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día			FRECUENCIA	5	
	CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS		
	Paciente.			Familia del paciente.			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. • Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. • Agentes biológicos para impedir fibrosis postquirúrgica. • Fármacos. • Caja de Cirugía de Pie. 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. 		
SAIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	F. Profesionales	CIRUGÍA	D. por Imagen	LABORATORIO	P. Farmacéutica	TOTAL
	44,22€	118,32€	385,07€	28,80€	10,10€	31,16€	617,67€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número pacientes ASA I (no precisan visita preanestésica). ○ Número de altas proceso. ○ Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Juan Manuel Cáceres Furuholm						
OBSERVACIONES:	<p>Notas:</p> <p>1. Clasificación del riesgo quirúrgico en grados ASA (American Society of Anaesthesiology):</p> <p>ASA I: paciente sano.</p> <p>ASA II: enfermedad sistémica leve sin limitaciones funcionales.</p> <p>ASA III: enfermedad sistémica grave con limitación funcional grave.</p> <p>ASA IV: enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida.</p> <p>ASA V: paciente del que no se espera supervivencia más de 24 horas con o sin cirugía.</p> <p>ASA E el paciente requiere una operación de emergencia. Se añade una E (a las 5 anteriores clasificaciones) cuando hay que realizar una operación de urgencia.</p>						

GRD 217: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

CONSULTAS PREINGRESO	Consulta Primera: 1. Referencia: proceso de gestión de consultas externas. Consultas Sucesivas: 0,5 visitas de promedio entre todos los pacientes que componen este grupo diagnóstico
-----------------------------	--

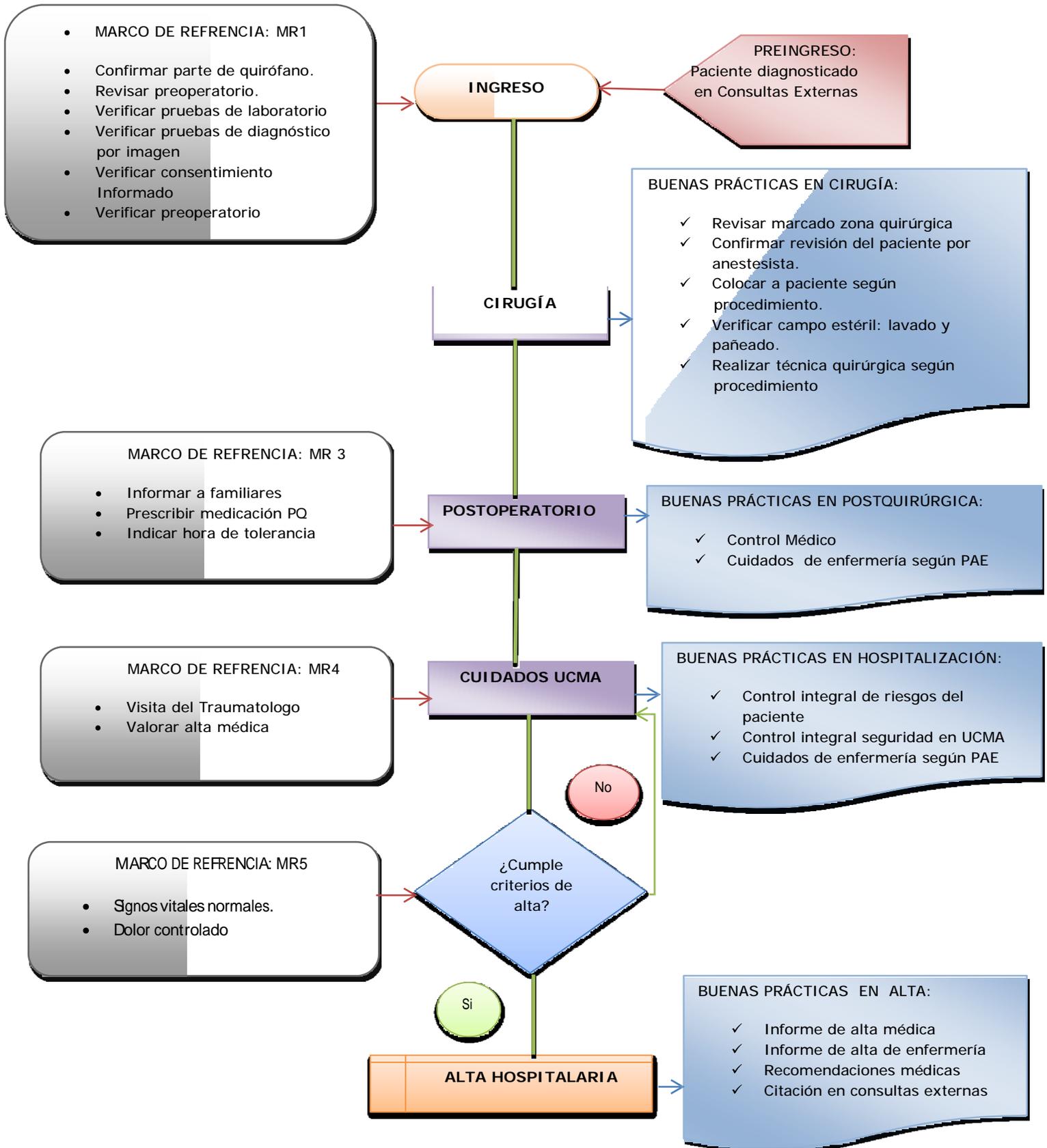
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	CONVALESCENCIA	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior. -Revisión del preoperatorio: . Consentimiento Informado de Traumatología. . ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida.	PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: general / raquídea / locorregional. -QUIRÓFANO. - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica.	POSTERIOR A QX. -Información postoperatoria a familiares por Cujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Citas de consulta y curas al alta. -Informe de alta.	Visita Traumatología. -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica.	-Criterios de Alta: - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	Radiografía en consulta: 1		Radiografía: 1		En consulta externa postoperatoria radiografías. 2

TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico médico promedio 56 minutos. Equipo: 2 FEAS 1 instrumentista 1 circulante			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico. Material de vendaje e inmovilización. Agente Biológico			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación DE SANGRE				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina)	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar)	-Metamizol /6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /8 horas intravenoso. -Cefazolina o Ciprofloxacino intravenoso	-Metamizol /6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /8 horas intravenoso. -Cefazolina o Ciprofloxacino intravenoso	-Metamizol /6 u 8 horas oral -Desketoprofeno 1 /8 horas oral. -Cefazolina o Ciprofloxacino oral
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar	En prequirúrgicos: - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica.	En postquirúrgicos Monitorización de constantes vitales por turno. Estado del pie y miembro intervenido.	- Aseo del enfermo. - Vigilancia aspecto miembro superior. - Constantes por turno. - Control de ritmo intestinal. - Educación sanitaria. - Analgésicos - HBPM. - Retirar fluidoterapia intravenosa. - Alta enfermería.	

	<ul style="list-style-type: none"> -Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC): <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado gral. - Medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia. 				
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón OMA. -Movilización espontánea.	Deambulacion	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> -Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC -Guía de acogida pacientes. 		Sentar en sillón OMA-cama	<ul style="list-style-type: none"> Citacion por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisión en 1 mes. -Citacion en consulta del cirujano. 	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
CONSULTAS POSTALTA	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consultas sucesiva médica médicas: 1,5 Consultas de enfermería: 1,5				

GRD 217: DIAGRAMA DE FLUJO



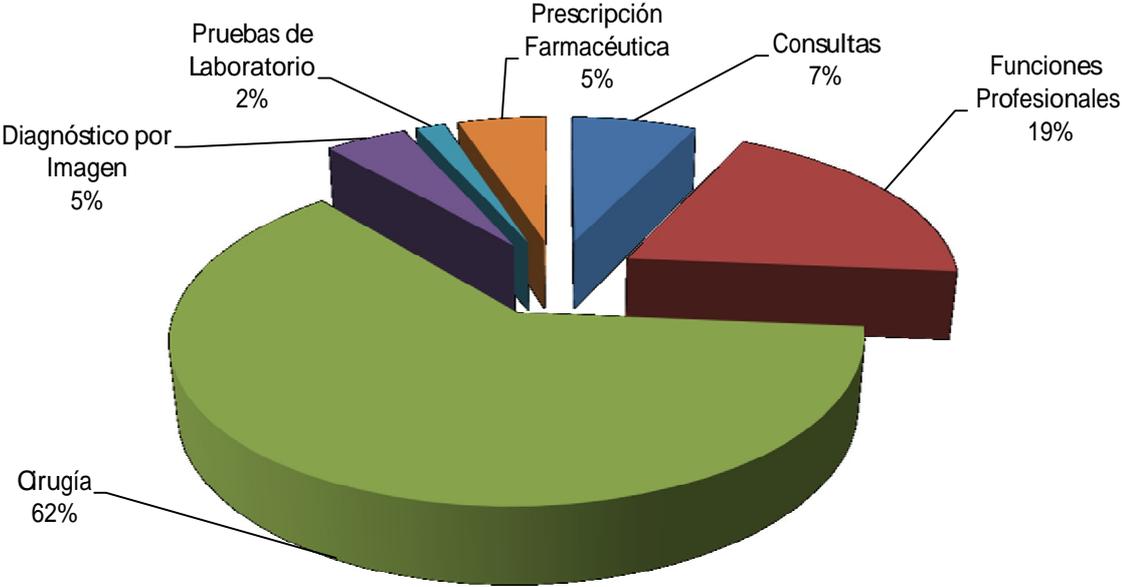
GRD 217. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE PRIMERA	20	0,70	1	14,00
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	0,5	5,25
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,70	1,5 M	15,75
	15	0,41	1,5 E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	67,5	0,70	1	47,25
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	100,1	0,41	1	41,04
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	100,1	0,30	1	30,03
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				118,32 €
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				165,50
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				385,07 €
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80 €
HEMOGRAMA		1,50	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16 €

COSTE DEL PROCESO GRD 217: DESBRIDAMIENTO DE HERIDA E INJERTO DE PIEL POR TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICO EN PIE

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	118,32€
CIRUGÍA	385,07€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	617,67€

**GRD 217: DESBRIDAMIENTO DE HERIDA E INJERTO DE PIEL
POR TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICO EN PIE**



GRD 225. PRODECIMIENTOS SOBRE EL PIE

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO	Procedimiento sobre el pie.	CÓDIGO	PTP 02.GRD
GRD 225:		DE PROCESO	225

RESUMEN

Proceso que persigue la solución quirúrgica de pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo músculo esquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre el pie. La mayoría se realiza mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que no tiene estancia en hospital a partir de la intervención quirúrgica y el seguimiento posterior en consultas externas de entre 1 y 6 meses.

ABSTRACT

Process that promotes the surgical solution of patients going through surgery of the foot because of foot diseases or injury. Almost always carried out by Ambulatory Surgery, so no hospital stay after surgery is needed and subsequent outpatient follow-up is between 1 and 6 months.

GRD 225. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre el pie como: excisión de halluxvalgus, reparación de dedo en martillo o en garra, alineación metatarsal o artrodesis interfalángicas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía Mayor Ambulatoria	ESTANCIA MEDIA	1 día
PESO GRD	1,2413		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Excisión de halluxvalgus.
 - Reparación de dedo en martillo o en garra.
 - Alineación metatarsal.
 - Artrodesis interfalángicas.
-

GRD: 225. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
<p>PACIENTE</p>	<p>CUIDADOS MÉDICOS</p>	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Radiografía de pies en carga de ambos pies realizada. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en decúbito supino. ✓ Manguito de isquemia colocado en tobillo inmediatamente proximal a los maleolos (anestesia locorregional) o en muslo (anestesia general o anestesia intradural). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Comprobación de correcto nivel de anestesia de la zona a operar. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. ✓ Corrección quirúrgica de la alteración asociada al GRD 225: <p>1. Excisión de hallux valgus</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal sobre cara medial de cabeza del primer metatarsiano con disección de subcutáneo hasta plano capsular. ✓ Capsulotomía longitudinal hasta exposición de bunio, con resección del mismo con sierra oscilante. ✓ Capsuloplastia con sutura reabsorbible corrigiendo la desviación del hallux. ✓ Lavado con suero abundante y hemostasia cuidadosa. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Isquemia preventiva retirada. <p>2. Reparación de dedo en martillo o en garra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal sobre dorso de interfalángica proximal o distal con disección de subcutáneo hasta plano tendinoso.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tenotomía longitudinal hasta exposición cápsula articular dorsal. ✓ Capsulotomía longitudinal hasta exposición de cabeza de falange, con resección de la misma con cizalla. ✓ Corrección de la alineación del dedo y estabilización con aguja de Kirschner percutánea desde el pulpejo. ✓ Cierre de cápsula y aparato tendinoso extensor con sutura reabsorbible. ✓ Lavado con suero abundante y hemostasia cuidadosa. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Isquemia preventiva retirada. <p>3. Alineación metatarsal</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal sobre cara dorsal del metatarsiano con disección de partes blandas hasta plano perióstico respetando estructuras tendinosas, vasculares y nerviosas. ✓ Retirada de periostio suficiente con periostotomo. ✓ Osteotomía según precise el grado de desalineación con sierra oscilante. ✓ Corrección de la alineación del metatarsiano. ✓ Síntesis de la corrección con tornillos de 1,5 o 2 mm. ✓ Lavado con suero abundante y hemostasia cuidadosa. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Isquemia preventiva retirada. <p>4. Artrodesis interfalángicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal sobre dorso de interfalángica proximal o distal con disección de subcutáneo hasta plano tendinoso. ✓ Tenotomía longitudinal hasta exposición cápsula articular dorsal. ✓ Capsulotomía longitudinal hasta exposición de cabeza de falange, con resección de la misma con cizalla. ✓ Resección de cartílago de la base de la falange inmediatamente distal con cucharilla. ✓ Corrección de la alineación del dedo y estabilización con aguja de Kirschner percutánea desde el pulpejo. ✓ Cierre de cápsula y aparato tendinoso extensor con sutura reabsorbible. ✓ Lavado con suero abundante y hemostasia cuidadosa. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado.
--	--	---

		<p>✓ Isquemia preventiva retirada.</p> <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con tratamiento ajustado al caso. • Criterios de alta de CMA cumplimentados. • Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	1. Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	<p>1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado (incluyendo el modelo de ASA I).</p> <p>2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	<p>1. PDI preoperatoria solicitadas y realizadas.</p> <p>2. Radiografías Ap y lateral en carga de ambos pies solicitadas y realizadas.</p>
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa.

GRD 225. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico y quirúrgico de la Sección de tobillo y pie	CÓDIGO	PTP02
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor, pérdida de movilidad, pérdida de alineación, deformidad de los dedos, zonas de sobrecarga de apoyo y alteraciones emocionales por traumatismos o enfermedades del pie, para recuperar habilidad en el manejo del pie y buena alineación de los dedos.		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA 131
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente diagnosticado.		Familia del paciente.
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médicos y Técnicos de Laboratorio. Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. Personal T.I.G.A. Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 		
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> Motor serra oscilante. Motor con terminal de Jacobs. Agujas de Kirschner. Tornillos de 1,5 mm y 2 mm. Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. Agentes biológicos para impedir fibrosis postquirúrgica. Fármacos. Caja de Cirugía de Pie. 		<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica. Documentos electrónicos solicitud pruebas. Parte de quirófano. Trayectoria Clínica.
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 		
COSTE			Total
	Excisión de Hallux Valgus		543,77 €
	Reparación de Dedo en martillo o garra		396,85 €
	Alineación Metatarsal		667,93 €
	Artrodesis Interfalángicas		396,85 €
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> Número pacientes ASA I (no precisan visita preanestésica). Número de altas proceso. Estancia media proceso. 		
RESPONSABLE	Dr. Juan Manuel Cáceres Furuholm		
OBSERVACIONES:	<p>Notas:</p> <p>Clasificación del riesgo quirúrgico en grados ASA (American Society of Anaesthesiology):</p> <p>ASA I: paciente sano.</p> <p>ASA II: enfermedad sistémica leve sin limitaciones funcionales.</p> <p>ASA III: enfermedad sistémica grave con limitación funcional grave.</p> <p>ASA IV: enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida.</p>		

	<p>ASA V: paciente del que no se espera supervivencia más de 24 horas con o sin cirugía.</p> <p>ASA E el paciente requiere una operación de emergencia. Se añade una E (a las 5 anteriores clasificaciones) cuando hay que realizar una operación de urgencia.</p>
--	--

GRD 225: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

Número de consultas:

Consulta Primera: 1 .Referencia: proceso de gestión de consultas externas
Consultas Sucesivas: 0,5 visitas de promedio entre todos los pacientes que componen este grupo diagnóstico

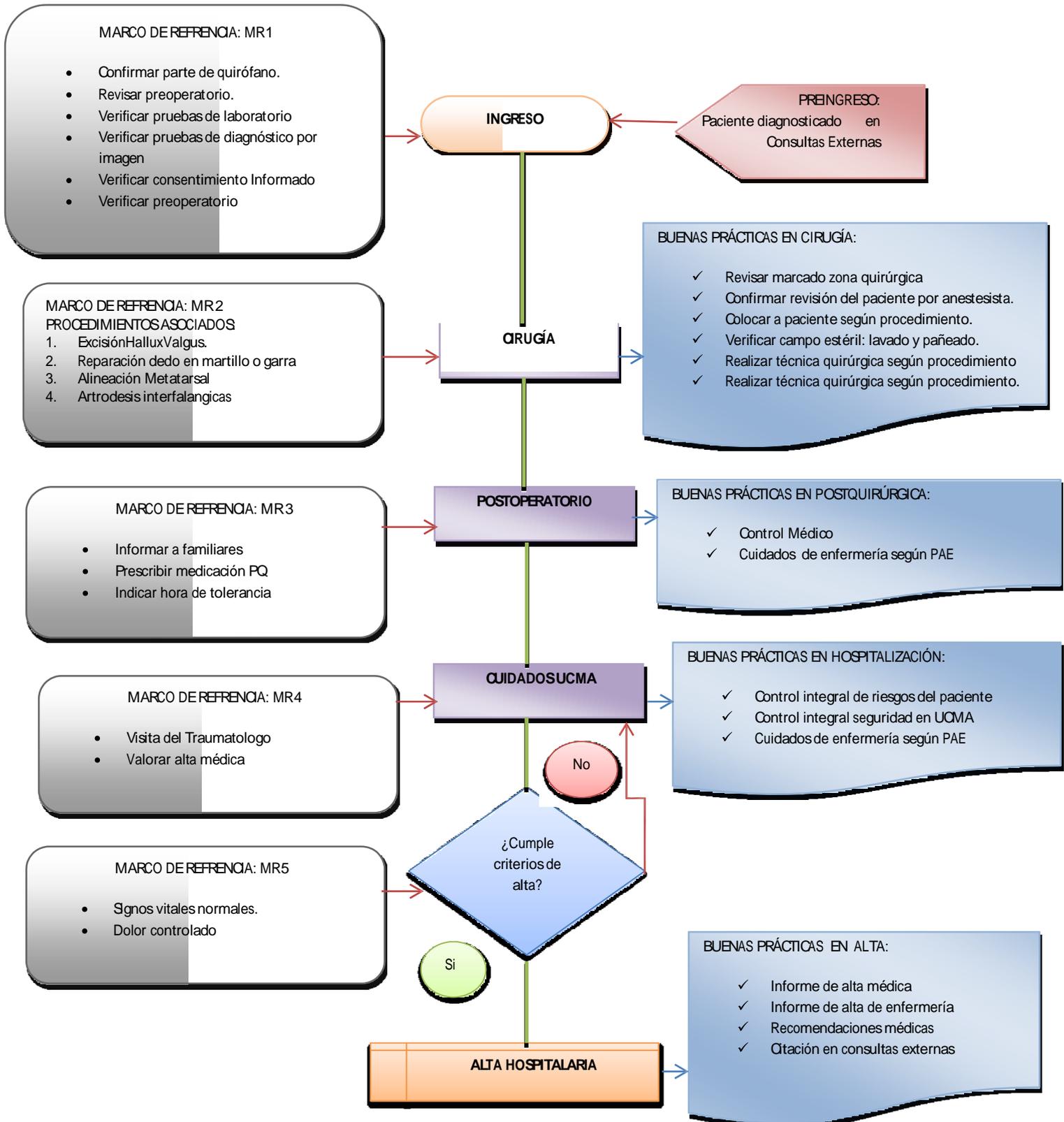
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	CONVALESCENCIA	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Consentimiento Informado de Traumatología. . ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida. 	<p>-PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>-Anestesia: general / raquídea / locorregional.</p> <p>-QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiarespor Cirujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Qtas de consulta y curas al alta. -Informe de alta. 	<p>Visita Traumatología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica. 	<p>-Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. <p>-Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.</p>
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	Radiografía en consulta: 1		Radiografía: 1		En consulta externa postoperatoria 2 radiografías
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico medico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS			

		1 instrumentista 1 circulante			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Material de vendaje e inmovilización En hallux valgus: tornillo Astrid doble rosca En dedo en garra o en artrodesis interfalángica: aguja de Kirschner En alineación metatarsal: tornillo Astrid Twist off.			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación DE SANGRE.				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina) -Profilaxis antibiótica en implantes de hallux valgus u osteotomía: Cefazolina 2 gr.	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar)	-Metamizol cada 6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /8 horas intravenoso Profilaxis antibiótica en: Cefazolina 1 gr. Cada 8 horas 2 dosis.	-Metamizol cada 6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /8 horas intravenoso.	
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes CMA.	En prequirúrgicos: - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC,	En postquirúrgicos Monitorización de constantes vitales por turno. Estado de la mano y miembro intervenido. Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo Analgesia intravenosa.	- Aseo del enfermo. - Vigilancia aspecto miembro superior. - Constantes por turno. - Control de ritmo intestinal. - Educación sanitaria. - Analgésicos - Retirar fluidoterapia intravenosa. - Alta enfermería.	

	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar -Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. - Toma de constantes (Tª, TA, FC): <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado gral. - Medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia. 				
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón OMA. - Movilización espontánea.	Deambulación	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC - Guía de acogida pacientes. 		Sentar en sillón OMA-cama	<ul style="list-style-type: none"> Citación por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisión en 1 mes. - Citación en consulta del cirujano. 	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 1,5 Consultas de enfermería: 1,5				

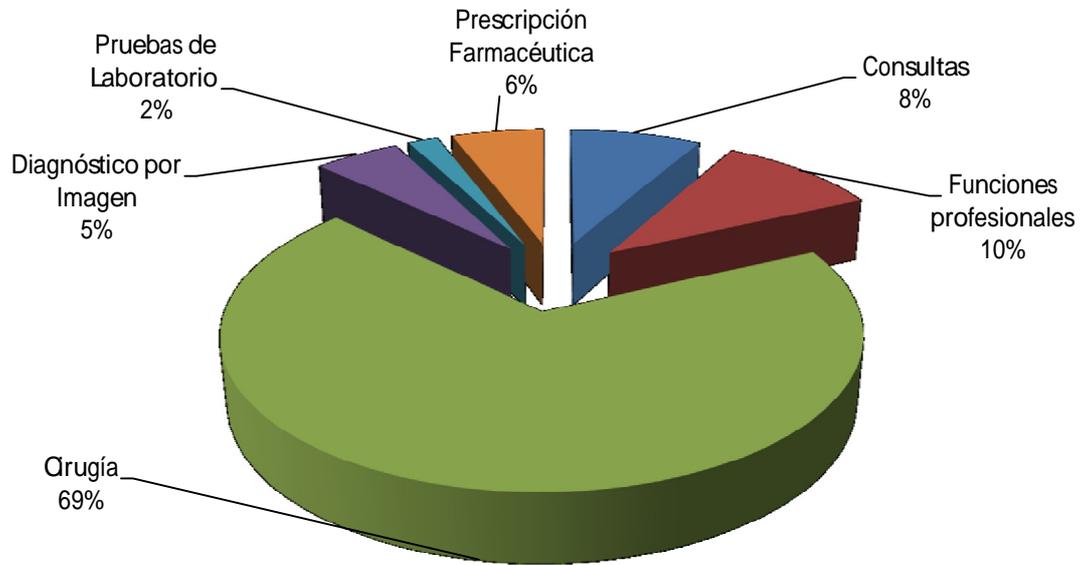
GRD 225: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,5	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5 M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5 E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,50	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/ POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				54,18 €
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				155,74
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				375,31€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80 €
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16€

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	375,31 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	543,77 €

GRD 225: Excisión Hallux Valgus



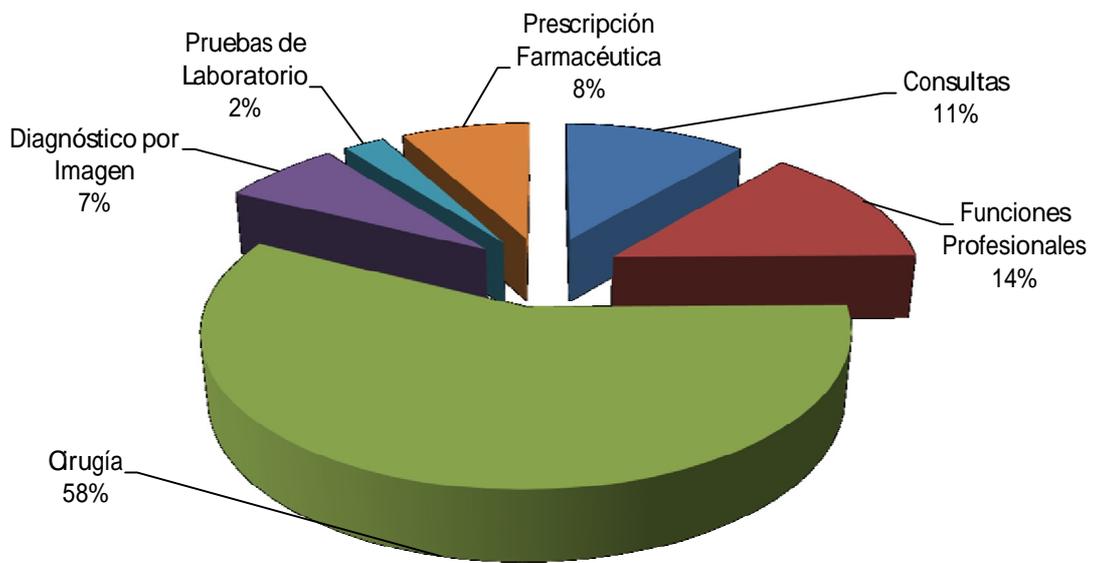
GRD 225. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO REPARACIÓN DEDO EN MARTILLO O EN GARRA

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,50	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,50 M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,50 E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,5	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				54,18€
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				8,82
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				228,39€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80 €
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16 €

GRD 225. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO REPARACIÓN DEDO EN MARTILLO O ENGARRA

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	228,39 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	396,85 €

GRD 225: Reparación de dedo en Martillo o Garra



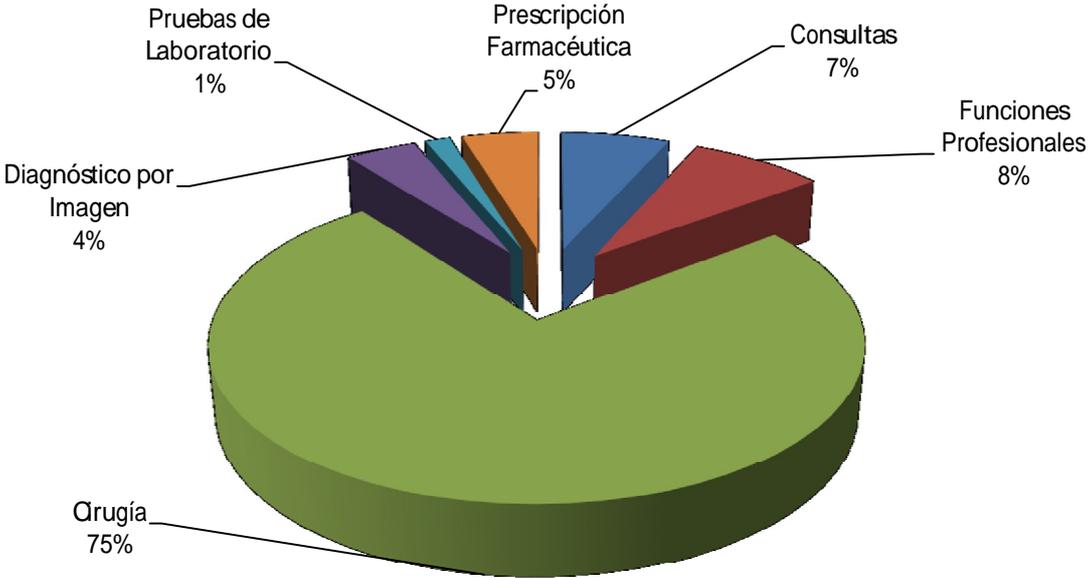
GRD 225. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ALINEACIÓN METATARSAL

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,50	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5 M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5 E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,50	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				54,18€
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				279,90
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				499,47€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIÓTICOS		1,12	4	4,48
ANALGÉSICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16 €

GRD 225. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ALINEACIÓN METATARSAL

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	499,47 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	667,93 €

GRD 225: Alineación Metatarsal



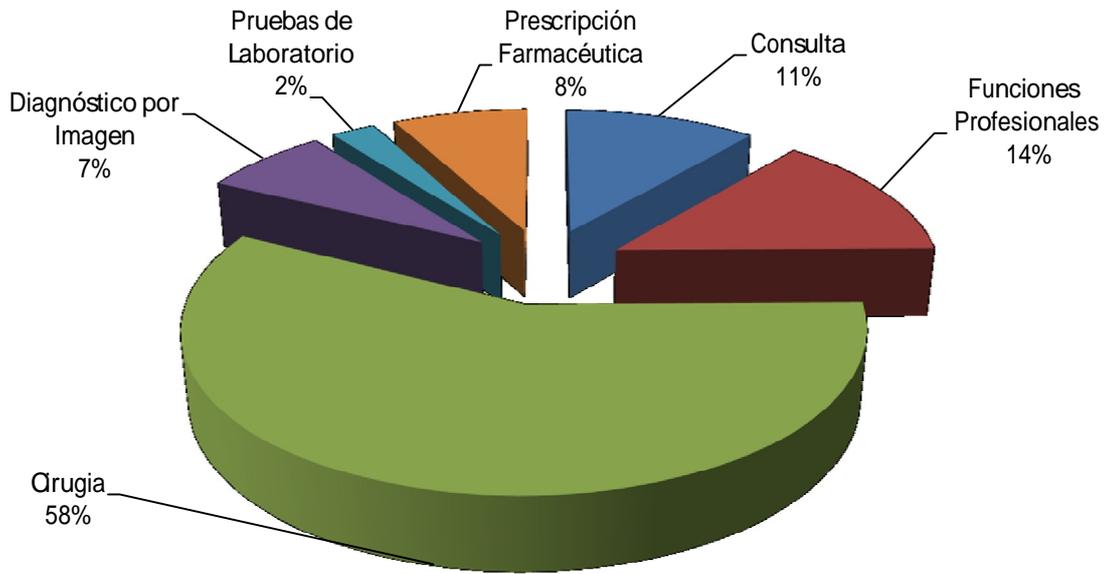
GRD 225. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ARTRODESIS INTERFALANGICAS

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,5	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5 M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5 E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,5	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				54,18 €
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				8,82
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				228,39 €
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16 €

ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ARTRODESIS INTERFALANGICAS

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	228,39€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	396,85€

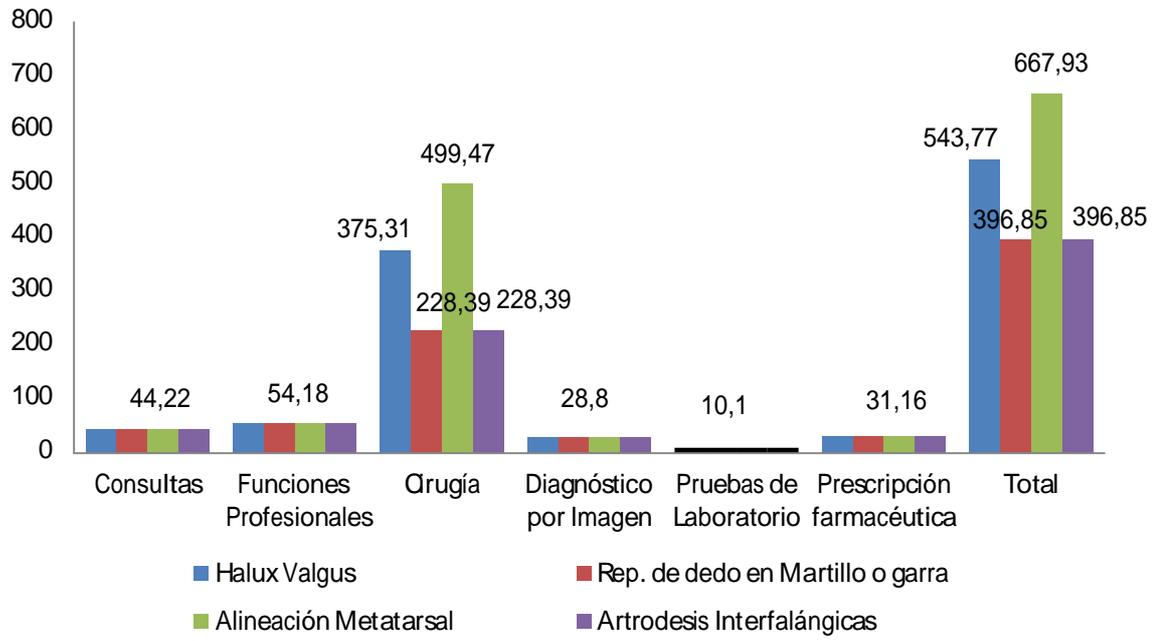
GRD 225 Artrodesis Interfalángicas



COSTE PONDERADO DEL PROCESO GRD 225

PROCEDIMIENTOS	COSTE
CONSULTAS	44,22€
FUNIONES PPROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	332,89€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,89€
PRUEBAS DE LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS	501,44€

GRD 225: DIAGRAMA COMPARATIVO DE PROCEDIMIENTOS EN FUNCIÓN DE LOS COSTES POR ACTIVIDAD.



TÍTULO GRD 227. PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Procedimientos sobre tejidos blandos sin complicaciones.	CÓDIGO	PTP 03.GRD
GRD 227.		DE	227
		PROCESO	

RESUMEN

Proceso que busca la solución quirúrgica al dolor y pérdida de funcionalidad en el manejo del pie o tobillo en pacientes con patología traumática o no traumática que produce rigidez articular o deformidad secundaria a tumores, heridas fracturas o pérdida de movilidad secundarias a patología de tejido subcutáneo, tendones, vainas tendinosas, fascia, huesos o articulaciones. Casi siempre se realiza mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que no tiene estancia en hospital a partir de la intervención quirúrgica y el seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 3 meses.

ABSTRACT

Process that promotes the surgical solution of pain and loss of skill in the management of the foot and ankle in those patients complaining of traumatic or non-traumatic conditions producing joint stiffness or deformity due to tumours, wounds, fractures or shrinkage secondary to the involvement of subcutaneous tissue, tendons or tendon sheaths, fascia, bones or joints. Almost always carried out by Ambulatory surgery, so no hospital stay after surgery is needed and subsequent outpatient follow-up is about 3 months.

GRD 227: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre tejidos blandos (excepto de la mano) como: sutura tendinosa, excisión de tejido blando, revisión de muñón, plastia de tendón, bursectomía o tenotomía.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía Mayor Ambulatoria.	ESTANCIA MEDIA
PESO GRD	1,0139	

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS // INCLUIDOS AL PROCESO

- Sutura de tendón
 - Escisión de lesión de tejido blando
 - Revisión de muñón
 - Plastia de tendón
 - Bursectomía
 - Tenotomía
-

GRD: 227. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN COMPLICACIONES

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
<p>PACIENTE</p>	<p>CUIDADOS MÉDICOS</p>	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Radiografía de pies en carga de ambos pies realizada. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en decúbito supino. ✓ Manguito de isquemia colocado en tobillo inmediatamente proximal a los maleolos (anestesia locorregional) o en muslo (anestesia general o anestesia intradural). ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Comprobación de correcto nivel de anestesia de la zona a operar. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. ✓ Corrección quirúrgica de la alteración asociada al GRD 227: <p>1. Técnica quirúrgica general para sutura de tendón:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión en zig-zag, longitudinal o transversal sobre las zona lesionada del trayecto del tendón flexor o extensor en la planta o dorso y los dedos respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ✓ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido necrótico, respetando paquetes neurovasculares y estructuras de refuerzo tendinoso (poleas flexoras, aparato extensor). ✓ Realización de sutura directa según distintas técnicas (marco de Kessler-Tajima, Bunnel, 8 fascículos) ✓ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo.

		<p>2. Técnica quirúrgica general para excisión de lesión de tejido blando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal, lo más directa posible hacia la lesión. ✓ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido enfermo procurando dejar márgenes quirúrgicos limpios. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>3. Técnica quirúrgica general para revisión de muñón:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Regularización de bordes de muñón de amputación óseo y cutáneo. ✓ Incisión de avance respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ✓ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido necrótico. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva. <p>4. Técnica quirúrgica general para plastia de tendón:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión en zig-zag, longitudinal o transversal sobre las zona lesionada del trayecto del tendón flexor o extensor en la planta o dorso y los dedos respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ✓ Disección y liberación microquirúrgica con resección de tejido necrótico, respetando paquetes neurovasculares y estructuras de refuerzo tendinoso (poleas flexoras, aparato extensor). ✓ Realización de sutura mediante injerto tendinoso según distintas técnicas (marco de Kessler-Tajima, Bunnel, 8 fascículos). ✓ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo. <p>5. Técnica quirúrgica general para bursectomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión longitudinal, lo más directa posible hacia la lesión. ✓ Disección y liberación microquirúrgica con resección de la bursa afectada procurando dejar márgenes quirúrgicos limpios. ✓ Herida suturada con material irreabsorbible. ✓ Vendaje compresivo correctamente colocado. ✓ Retirada de isquemia preventiva.
--	--	---

		<p>6. Técnica quirúrgica general para tenotomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incisión en zig-zag, longitudinal o transversal sobre el trayecto del tendón flexor o extensor en la planta o dorso y los dedos respetando vascularización de colgajos cutáneos, desde zona sana proximal hacia distal. ✓ Disección y liberación microquirúrgica respetando paquetes neurovasculares y estructuras de refuerzo tendinoso (poleas flexoras, aparato extensor). ✓ Realización de sección del tendón transversal o en e "Z" para su alargamiento y posterior sutura directa según distintas técnicas (marco de Kessler-Tajima, Bunnel, 8 fascículos). ✓ Realización de Z plastias o injertos cutáneos precisos para cerrar las incisiones realizadas si no es posible el cierre directo. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con tratamiento ajustado al caso. • Criterios de alta de CMA cumplimentados. • Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas.
	ANESTESIA	<p>1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado (incluyendo el modelo de ASA I).</p> <p>2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	<p>3. PDI preoperatoria solicitadas y realizadas.</p> <p>4. Radiografías Ap y lateral en carga de ambos pies solicitadas y realizadas.</p>
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa.

GRD 227. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico y quirúrgico de la Sección de tobillo y pie	CÓDIGO	PTP 03
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan dolor, pérdida de movilidad, pérdida de alineación, deformidad de los dedos, zonas de sobrecarga de apoyo y alteraciones emocionales por traumatismos o enfermedades del pie, para recuperar habilidad en el manejo del pie y buena alineación de los dedos.		
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA 72
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente diagnosticado.		Familia del paciente.
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. • Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 		
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. • Agentes biológicos para impedir fibrosis postquirúrgica. • Fármacos. • Caja de Cirugía de Pie. • Gafas lupa o microscopio de microcirugía • Autoinjerto de tendón • Injerto óseo o sustitutos óseos • Protección radiológica 		<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica.
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 		
COSTE			TOTAL
	Estimación coste procedimiento sutura de tendón		397,75€
	Estimación coste procedimiento escisión de lesión de tejido blando		387,51€
	Estimación coste procedimiento revisión de muñón		387,51€
	Estimación coste procedimiento Plastia de Tendón		390,65€
	Estimación coste procedimiento Bursectomía		388,03€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número pacientes ASA I (no precisan visita preanestésica). ○ Número de altas proceso. ○ Estancia media proceso. 		
RESPONSABLE	Dr. Juan Manuel Cáceres Furuholm		
OBSERVACIONES:	<p>Notas:</p> <p>Clasificación del riesgo quirúrgico en grados ASA (American Society of Anaesthesiology):</p> <p>ASA I: paciente sano.</p> <p>ASA II: enfermedad sistémica leve sin limitaciones funcionales.</p> <p>ASA III: enfermedad sistémica grave con limitación funcional grave.</p> <p>ASA IV: enfermedad sistémica grave que es una amenaza constante para la vida.</p>		

	<p>ASA V: paciente del que no se espera supervivencia más de 24 horas con o sin cirugía.</p> <p>ASAE: el paciente requiere una operación de emergencia. Se añade una E (a las 5 anteriores clasificaciones) cuando hay que realizar una operación de urgencia.</p>
--	--

GRD 227: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS	Consulta Primera: 1 Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consultas Sucesivas: 0,5 visitas de promedio entre todos los pacientes que componen este grupo diagnóstico
----------------------------	--

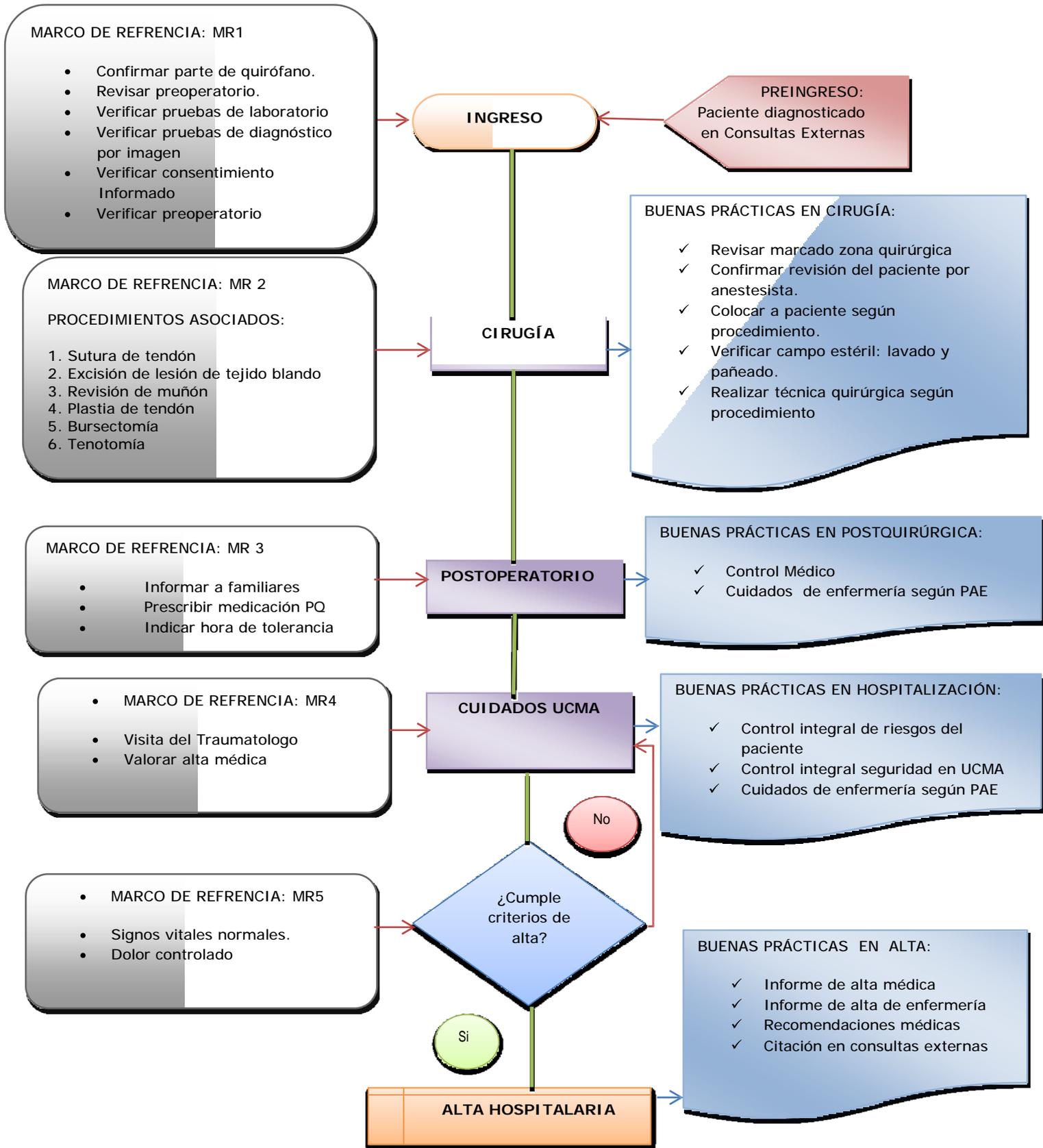
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	CONVALESCENCIA	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior. - Revisión del preoperatorio: .Consentimiento Informado de Traumatología. .ITCo formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida.	PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. - Anestesia: general / raquídea / locorreional. -QUIRÓFANO. - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante). - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica.	POSTERIOR A QX. -Información postoperatoria a familiares por Crujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Citas de consulta y curas al alta. -Informe de alta.	Visita Traumatología. -Estado de herida quirúrgica y miembro operado. -Eliminar fluidoterapia. -Alta médica.	-Criterios de Alta: - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 1 mes. -Recomendaciones médicas.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	Radiografía en consulta: 1		Radiografía: 1		En consulta externa postoperatoria 2 radiografías.
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico medico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS			

		1 instrumentista 1 circulante			
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Material de vendaje e inmovilización			
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación DE SANGRE				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	-Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina) -Profilaxis antibiótica en implantes de hallux valgus u osteotomía: Cefazolina 2 gr.	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar).	-Metamizol cada 6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /8 horas intravenoso. Profilaxis antibiótica en: Cefazolina 1 gr. Cada 8 horas 2 dosis.	-Metamizol cada 6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /8 horas intravenoso.	
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología. - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar - Valoración de enfermería. - Documentación de enfermería.	En prequirúrgicos: - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.	En postquirúrgicos: Monitorización de constantes vitales por turno. Estado de la mano y miembro intervenido. Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo. Analgesia intravenosa.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia aspecto miembro superior. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos -Retirar fluidoterapia intravenosa. -Alta enfermería.	

	-Toma de constantes (Tª, TA, FC): - Contraindicación de cirugía. - Estado Gral. - Medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir. -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia.				
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón OMA. - Movilización espontánea.	Deambulaci3n.	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	-Procedimiento de informaci3n a pacientes y familiares en el HIC. -Guía de acogida pacientes.		Sentar en sill3n OMA-cama	Otaci3n por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisi3n en 1 mes. -Otaci3n en consulta del cirujano.	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS					
Número de consultas:	Referencia: proceso de gesti3n de consultas externas Consulta médica: 1,5 Consultas de enfermería: 1,5				

GRD 227: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



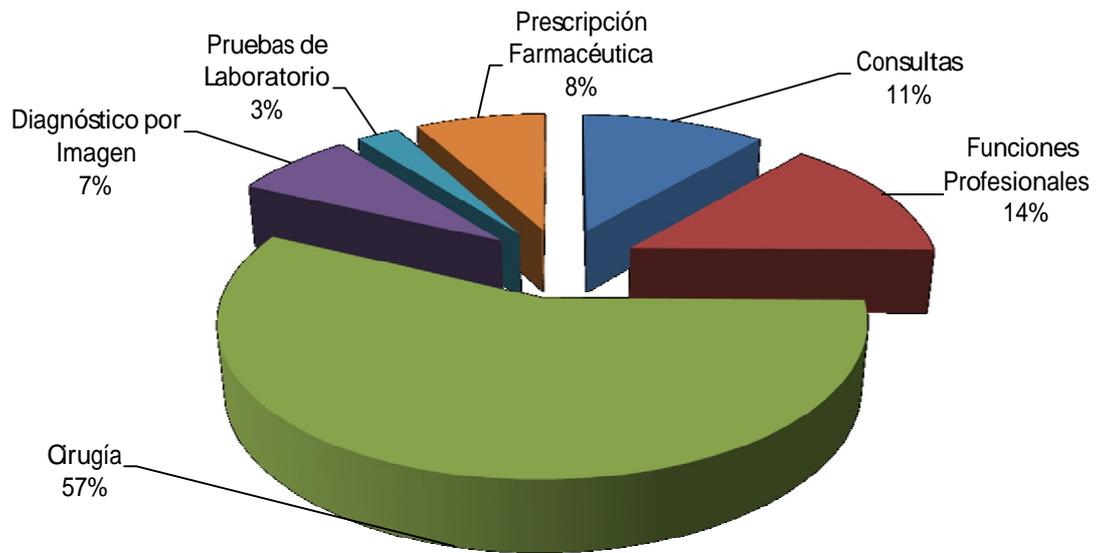
GRD 227 ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO SUTURA DE TENDÓN

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,5	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5 M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5 E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,5	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				54,18 €
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				2,62
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				222,19€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16 €

GRD 227. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO SUTURA DE TENDÓN

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	222,19€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	397,65€

Proceso GRD 227: Sutura de Tendón



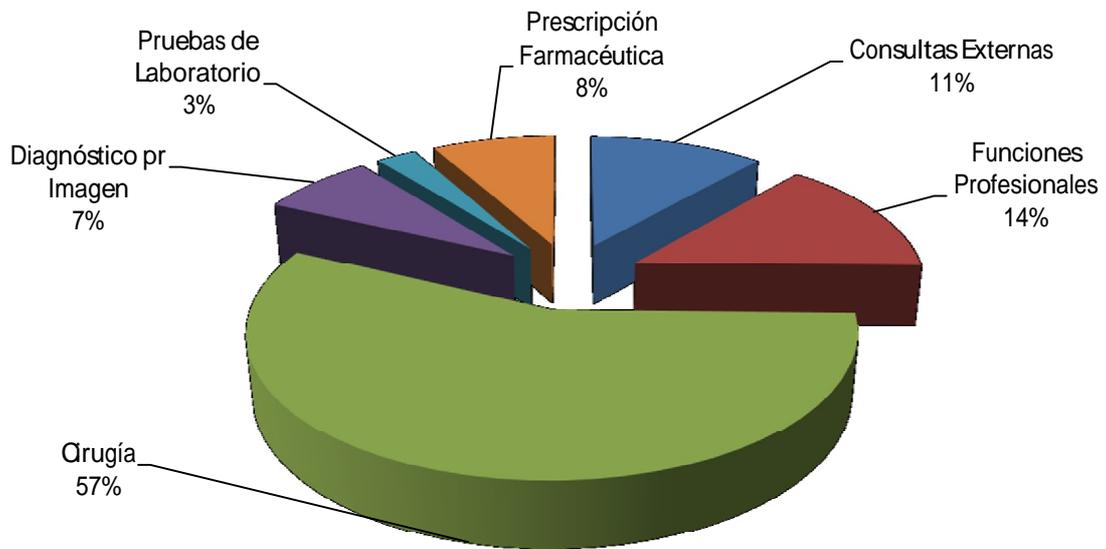
GRD 227. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO EXCISSION DE LESIÓN DE TEJIDO BLANDO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE PRIMERA	20	0,70	1	14,00 €
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	0,5	5,25 €
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,70	1,5 M	15,75 €
		0,41	1,5 E	9,22 €
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22 €
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,5	0,70	1	21,35€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96 €
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87 €
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				54,18 €
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40 €
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92€
MATERIALES ESPECÍFICOS				0 €
MATERIALES GENERALES				95,25 €
SUBTOTAL CIRUGÍA				219,57€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80 €
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80 €
HEMOGRAMA		1,50	1	1,50 €
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56 €
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04 €
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48 €
ANALGESICOS		1,56	6	9,36 €
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72 €
OTROS		0,80	2	1,60 €
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				31,16 €

GRD 227. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ESCISIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO BLANDO

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIONES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	219,57€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	387,51€

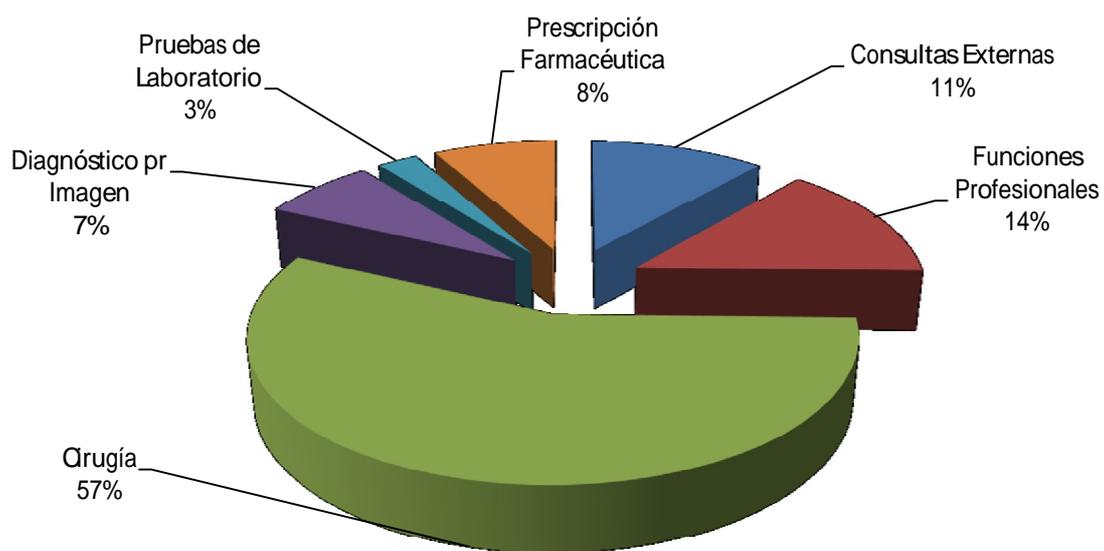
GRD 227: Excisión de lesión de tejido blando



ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,5	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,50	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				54,18€
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				0
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				219,57€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80€
HEMOGRAMA		1,50	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				31,16 €

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIONES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	219,57€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	387,51€

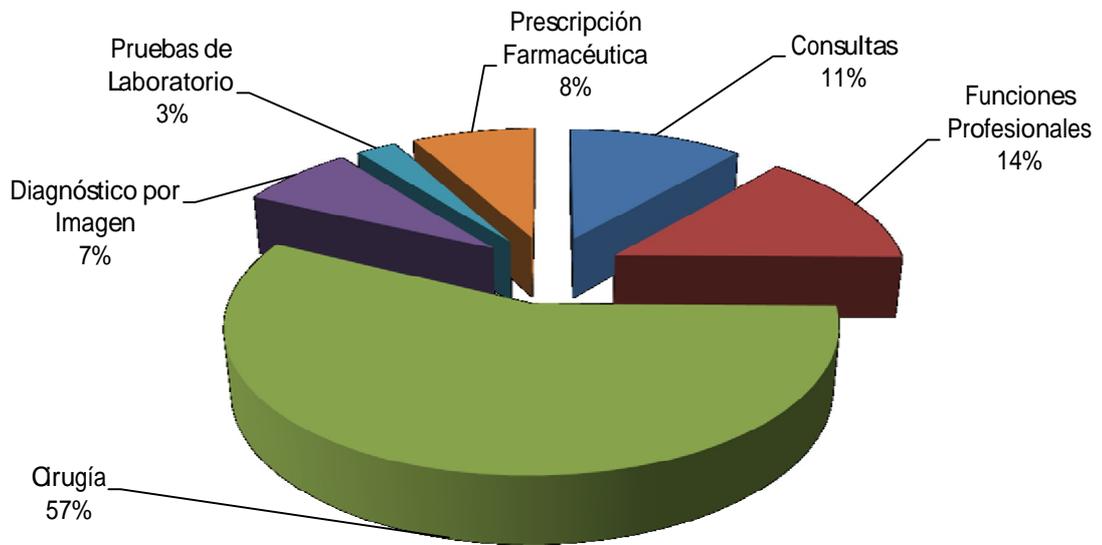
GRD 227: Revisión de muñón



ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,5	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,50	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				54,18€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				2,62
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				222,19€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80€
HEMOGRAMA		1,50	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN				31,16€
FARMACEUTICA				

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIONES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	222,19€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	390,65€

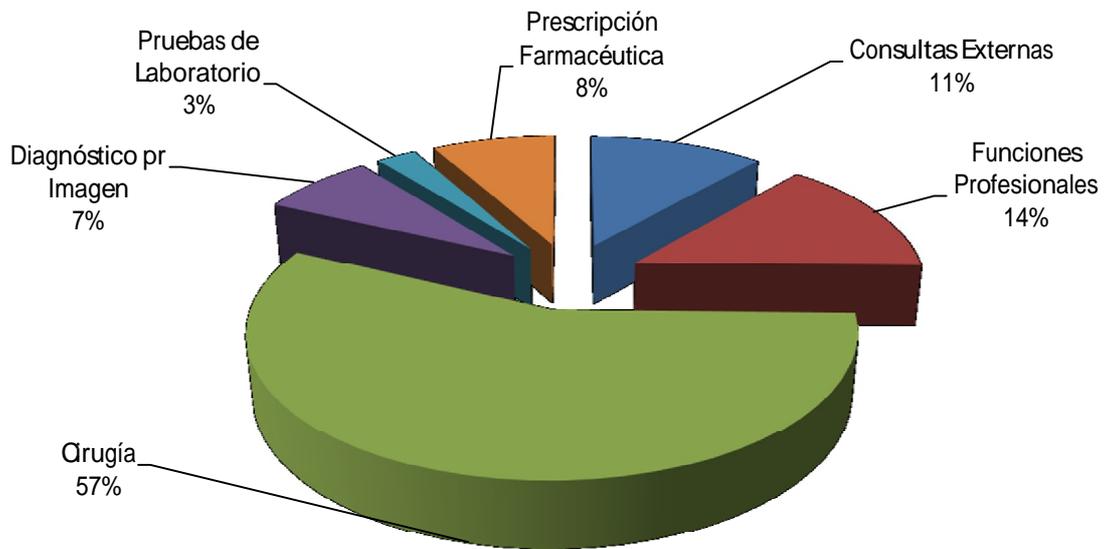
GRD 227: Plastia de tendón



ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,5	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,5	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				54,18€
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				0
MATERIALES GENERALES				95,25
SUBTOTAL CIRUGÍA				219,57€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80€
HEMOGRAMA		1,50	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16€

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIONES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	219,57€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	388,03€

GRD 227: Procedimiento Bursectomía



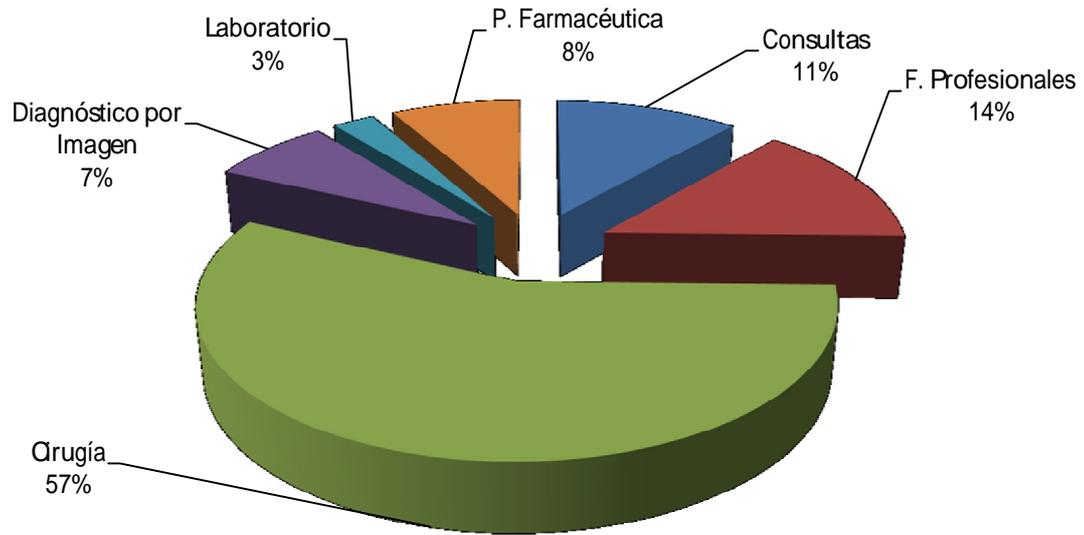
GRD 227. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO TENOTOMIA

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	20	0,70	1	14,00
PRIMERA	15	0,70	0,5	5,25
SUCESIVAS EN PROMEDIO	15	0,70	1,5 M	15,75
CONSULTAS EXTERNAS POST	15	0,41	1,5E	9,22
SUBTOTAL CONSULTAS				44,22€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30,5	0,70	1	21,35
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	46,25	0,41	1	18,96
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	46,25	0,30	1	13,87
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				54,18€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	56	0,70	2	78,40
CUIDADOS ENFERMERÍA	56	0,41	2	45,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				0
MATERIALES GENERALES				95,25 €
SUBTOTAL CIRUGÍA				219,57€
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	4	28,80
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				28,80€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	4	4,48
ANALGESICOS		1,56	6	9,36
ANTINFLAMATORIOS		2,62	6	15,72
OTROS		0,8	2	1,60
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				31,16€

GRD 227. ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO TENOTOMÍA

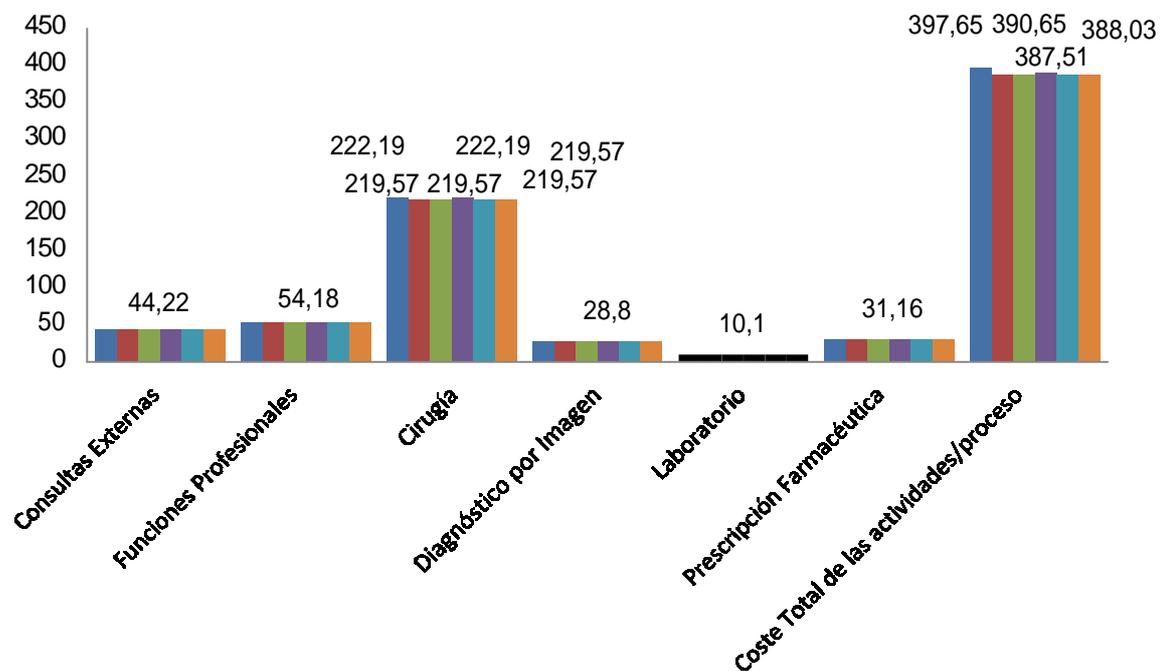
ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	44,22€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	219,57€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	388,03€

GRD 227: Procedimiento Tenotomía



COSTE PONDERADO DEL PROCESO GRD 227

PROCEDIMIENTOS	COSTE
CONSULTAS	44,22€
FUNIONES PPROFESIONALES	54,18€
CIRUGÍA	220,44€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	28,80€
PRUEBAS DE LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	31,16€
COSTE TOTAL DE LOS PROCEDIMIENTOS	388,90€



- Sutura de Tendón
 - Revisión de Muñón
 - Bursectomía
- Excisión de Lesión de tejido blando
 - Plastía de Tendón
 - Tenotomía

PROCESOS
TRANSVERSALES

GRD 867.ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DEFIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN CC

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO: Escisión local y extracción de dispositivo de fijación interna excepto cadera y fémur, sin complicaciones **CÓDIGO** PT 02 **DE PROCESO**

RESUMEN

Proceso que persigue la restauración de la función articular y la arquitectura del hueso fracturado mediante la retirada de los medios mecánicos utilizados para dar la estabilidad necesaria durante el proceso de consolidación ósea o para facilitar la curación si hubiera una infección postoperatoria. Este proceso siempre se realiza mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que no tiene estancia en hospital a partir de la intervención quirúrgica y el seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 30 días.

ABSTRACT

Process that seeks the restoration of joint function and architecture of the fractured bone by mechanical removal of the instruments used to give the necessary stability during the bone healing process or to facilitate healing if there was a postoperative infection. This process is always carried out by Ambulatory Surgery, so no hospital stay after surgery is needed and subsequent outpatient follow-up is approximately 30 days.

GRD 867: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de tibia, peroné, cúbito, radio o húmero como: escisión local de lesión ósea, extracción de dispositivo de fijación interna o extracción de hueso para injerto.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Clugía Mayor Ambulatoria	ESTANCIA MEDIA	Procedimientos sin ingreso.
PESO GRD	1,0662		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- **Extracción de dispositivo de fijación interna**

GRD: 867. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN COMPLICACIONES

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Solicitud de RX intraoperatoria realizada. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. ✓ Medios de protección radiológica presentes. ✓ Instrumental quirúrgico específico para la retirada del material de osteosíntesis. ✓ Intensificador de imágenes en quirófano. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado según intervención con acceso de intensificador de imágenes. ✓ Colocación de manguito de isquemia en miembro. ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación de correcto nivel de anestesia de la zona a operar. ✓ Realización correcta de isquemia preventiva con venda de Esmarch estéril por ayudante. ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas. habitualmente sobre la incisión previa. <p>Técnica quirúrgica general para la extracción de material de osteosíntesis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disección mínima de tejidos blandos con abordaje directo siempre que sea posible. ▪ Exposición de las cabezas de los tornillos y de las placas o de la zona de conexión con clavo endomedular. ▪ Despegamiento de partes blandas o sobrecrecimiento óseo. ▪ Retirada lo más atraumática posible del material. ▪ Isquemia retirada y hemostasia verificada ▪ Herida suturada. ▪ A veces inmovilizar con férula para evitar fracturas patológicas

		4. Postoperatorio del paciente: ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de CMA cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	9. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 10. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales
MICROBIOLOGÍA	1. Comunicación previa si precisara. 2. Solicitud de cultivo realizada si precisara.	

GRD 867. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN COMPLICACIONES

TIPO DE PROCESO	Clínico transversal	CÓDIGO	PT02				
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan pérdida de función por la presencia de material de osteosíntesis, para recuperar la arquitectura del hueso y la función articular						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA 105				
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS				
	Paciente		Familia del paciente				
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Médicos y Técnicos del Servicio de Microbiología. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. • Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS				
	<ul style="list-style-type: none"> • Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. • Instrumental básico de partes blandas y duras. • Protección radiológica. • Instrumental para realizar extracción del material específico de cada Casa Comercial. 		<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. 				
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	42,80€	0€	135,60€	21,40€	10,10€	10,28€	220,18€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Número de altas proceso. • Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Jesús Cruz Gómez						
OBSERVACIONES:	Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Es preciso comprobar antes de la operación la correcta consolidación del hueso. • Es fundamental saber el tipo y marca comercial del implante, para tener el instrumental de extracción exacto. 						

GRD 867 : TRAYECTORIA CLÍNICA PROCESO ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN COMPLICACIONES

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:	1, 5 consultas de media entre todos los procedimientos del GED. Referencia: proceso de gestión de consultas externas
-----------------------------	--

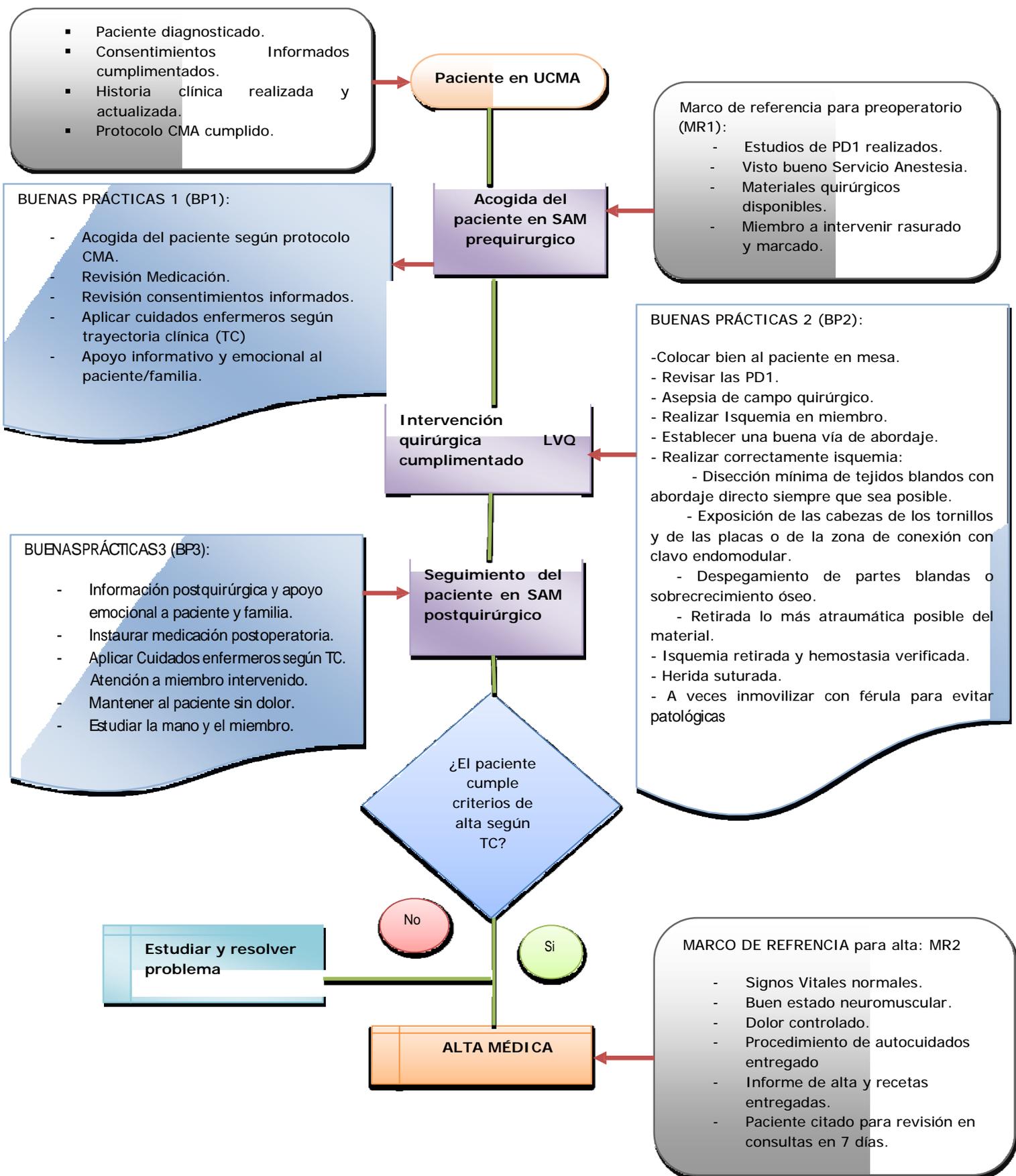
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGIA	POSTOPERATORIO	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Consentimiento Informado de Traumatología. .ITCo formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida. 	<p>-PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>-Anestesia: general / raquídea / locorregional.</p> <p>-QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica. 	<p>-POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Crujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Qtas de consulta y curas al alta. -Informe de alta. 	<p>-Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. <p>- Informe de alta y recetas. - Cura en 7 días consulta en 1 mes. - Recomendaciones médicas.</p>
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	RX en consulta: 2			
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		<p>Tiempo quirúrgico medico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS</p>		

		1 Instrumentista		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Clips quirúrgicos Material de vendaje e inmovilización		
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	- Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina). - La pauta por Anestesia.	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar))	-Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Desketoprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar -Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC):	En prequirúrgicos: - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.	Enpostquirúrgicos - Monitorización de constantes vitales por turno. - Estado del miembro intervenido. - Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo - Analgesia intravenosa.	Protocolo de heridas quirúrgicas

	<ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado gral. - Medicación suspendida. - Rasurado de la zona a intervenir - Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia. 			
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		<ul style="list-style-type: none"> - Reposo en cama-sillón CMA. - Movilización espontánea. 	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC - Guía de acogida pacientes. 		<ul style="list-style-type: none"> Sentarse en sillón CMA-cama 	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de informe de alta. - Citación por Chaqueta Verde de Quirófano para cura en 1 –2 semanas y consulta de revisión en 1 mes. - Citación en consulta del cirujano
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 1,5 Consultas de enfermería: 1,5			

Flujograma PT02. GRD 867 Escisión local y extracción de dispositivo de fijación interna excepto cadera y Femur



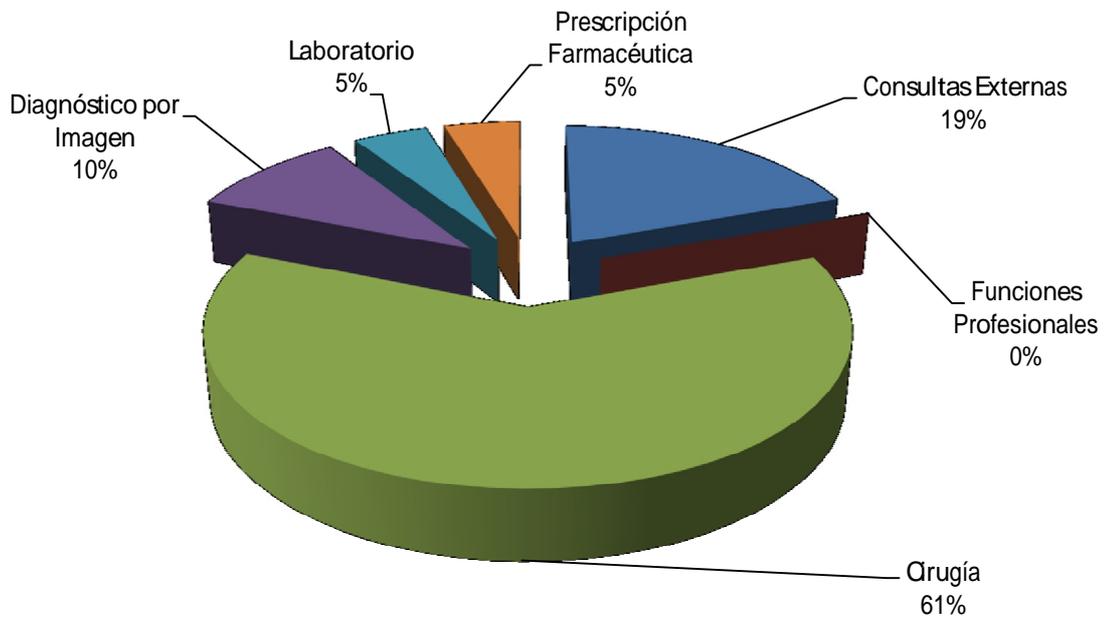
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN COMPLICACIONES

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,40
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5 M	16,40
	15	0,45	1,5 E	10,00
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			42,80€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/ POST	30	0,70	0	0
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/ POST	45	0,45	0	0
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	0	0
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES				0€
MÉDICOS Y ENFERMEROS				
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				135,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	2	14,40
ECOGRAFIAS	2,6	8	0	0,00
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				21,40€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/ COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	1	1,12
ANALGESICOS		1,56	2	3,12
ANTINFLAMATORIOS		2,62	2	5,24
OTROS		0,8		0,80
SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				10,28€

COSTE DEL PROCESO GRD 867: ESCISIÓN LOCAL Y EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EXCEPTO CADERA Y FÉMUR, SIN COMPLICACIONES

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	42,80€
FUNCIONES PROFESIONALES	0,00€
CIRUGÍA	135,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	21,40€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	10,28€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	220,18€

Costes de las Actividades: Proceso GRD 867



GRD 213. AMPUTACIÓN POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y DEL TEJIDO CONECTIVO

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Amputación por trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo.	CÓDIGO DE PROCESO:	PT 03
-----------------	--	---------------------------	--------------

RESUMEN

Proceso que persigue la restauración de la función del miembro afecto de infección, tumor, congelación, trauma grave, quemadura o enfermedad vascular mediante la extirpación del tejido enfermo para conseguir un muñón bien cicatrizado, estable, protetizable adecuadamente en un corto intervalo de tiempo y que permita al enfermo retornar con las máximas posibilidades a una vida normalizada. Este proceso siempre se realiza mediante Cirugía con ingreso, siendo su estancia media 4 días a partir de la intervención quirúrgica y el seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 3 meses.

ABSTRACT

Process that promotes restoring the function of a limb suffering from infection, tumour, freezing, severe trauma, burn or vascular disease by removing the affected tissue in order to get a well healed, stable, properly fittable stump in a short period of time and give the patient the highest potential for returning to a normal life. This process is always done using inpatient surgery, with an average stay of 4 days from the surgery and subsequent 3 months outpatient follow-up.

GRD 213: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una amputación de miembro superior o inferior.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Clugía Mayor Ambulatoria	ESTANCIA MEDIA	4 días
PESO GRD	2,909		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- **Amputación de miembro superior.**
 - **Amputación de miembro inferior.**
-

GRD 213. AMPUTACIÓN POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y DEL TEJIDO CONECTIVO

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
<p>PACIENTE</p>	<p>CUIDADOS MÉDICOS</p>	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Solicitud de RX intraoperatoria realizada. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. ✓ Medios de protección radiológica presentes. ✓ Instrumental quirúrgico específico para la amputación (sierra Gigli, sierra oscilante). ✓ Intensificador de imágenes en quirófano. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado según intervención con acceso de intensificador de imágenes. ✓ Colocación de manguito de isquemia en miembro. ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación de correcto nivel de anestesia de la zona a operar. ✓ Isquemia miembro por elevación si tumores o infección (no si miembro severamente isquémico). ✓ Incisión correcta para no dañar estructuras neurovasculares ni tendinosas, tipo boca de pez a nivel correcto para permitir buena cobertura ósea. <p>Técnica quirúrgica general para la amputación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar el exceso de manipulación y los traumatismos de los tejidos blandos por la utilización de pinzas u otros instrumentos. ○ La sección ósea debe guardar una proporción adecuada con la longitud músculo-tendinosa y cutánea, para aproximar los tejidos sin tensión y que exista una buena cobertura ósea. ○ No excesivo desperiostización. ○ Eliminar eminencias óseas que no queden bien almohadilladas por tejidos blandos. ○ Tracción de los trayectos nerviosos para que su sección quede más proximal que el resto de los tejidos, hemostasia de vasa nervorum. ○ Sección muscular 5 cm distales al nivel de resección ósea y estabilización mediante unión al hueso (miodesis).

		<ul style="list-style-type: none"> ○ De igual forma debe procederse con los tendones y con los cartílagos articulares, ya que son tejidos sin vascularización, que pueden interferir en la formación de tejido de granulación. ○ Realizar lavados de forma reiterada en la herida quirúrgica con abundante suero fisiológico y/ o antiséptico antes de proceder a su cierre. ○ Hemostasia muy rigurosa, ligadura doble vasos importantes. ○ Aproximar sin tensión bordes cutáneos ○ EN NIÑOS: intentar desarticulación, mantener placas de crecimiento, estabilizar la parte proximal del miembro. ○ Isquemia retirada y hemostasia verificada. ○ Drenaje tipo Redón. ○ Herida suturada. ○ Vendaje compresivo tipo capelina. ○ A veces inmovilizar con férula. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Cierre asistido con vacío si no se puede hacer cierre primario, con cierre diferido posteriormente. ✓ Criterios de alta de CMA cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	<p>1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	REHABILITACIÓN	Para el postoperatorio.
	CIRUGÍA VASCULAR	Consulta previa para valorar estado vascular de la extremidad.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales
MICROBIOLOGÍA	<p>1. Comunicación previa si precisara.</p> <p>2. Solicitud de cultivo realizada si precisara.</p>	

GRD 213. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO AMPUTACIÓN POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y DEL TEJIDO CONECTIVO

TIPO DE PROCESO	Clínico transversal			CÓDIGO	PT 03		
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que necesitan la amputación de un miembro o parte de él de manera que sea lo más funcional posible.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso hospitalario del paciente en la Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	4 día	FRECUENCIA				
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL			SECUNDARIOS			
	Paciente			Familia del paciente			
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médicos del Servicio de Anestesia y Reanimación. • Médicos del Servicio de Cirugía Vascular y Angiología. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Médicos y Técnicos del Servicio de Microbiología. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. • Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación. • Técnicos Ortopédicos. 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA				DOCUMENTOS		
	<ul style="list-style-type: none"> • Isquemia estéril: venda de Esmarch estéril, manguito isquemia silicona estéril. • Instrumental básico de partes blandas y duras. • Sistema de cierre de heridas asistido por vacío • Instrumental específico para amputación (sierra Gigli, sierra oscilante). • Prótesis de miembro superior o inferior y ayudas para la deambulación 				<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. 		
SAIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	CONSULTAS	CUIDADOS	CIRUGÍA	RADIOLOGIA	LABORATORIO	FARMACIA	TOTAL
	42,80€	177,00€	140,60€	21,40€	10,10€	10,28€	402,18€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Número de altas proceso. • Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Responsable Sección Miembro Inferior						
OBSERVACIONES:	<ul style="list-style-type: none"> • Notas: <ul style="list-style-type: none"> - La amputación es el primer paso en el proceso de vuelta a una vida productiva para el paciente, no un fracaso del tratamiento. - Debe ser realizada y planificada con tanto cuidado como cualquier otro procedimiento reconstructivo. 						

- Debe comprenderse los principios quirúrgicos de las amputaciones, la rehabilitación postquirúrgica y el diseño protésico.

- Es preciso valorar la capacidad funcional y deambulatoria previa del paciente y sus posibilidades de rehabilitación posteriores para decidir el nivel de amputación.

- La antibiótica terapia debe utilizarse siempre. Si existe infección previa, debe prolongarse en el postoperatorio hasta confirmar la evolución clínica correcta del muñón. En aquellos casos en que no existan signos clínicos de infección, debe utilizarse de forma profiláctica, iniciando la pauta previamente a la intervención y retirándola a las 48 horas. Los antibióticos utilizados tienen que cubrir los gérmenes gram-positivos, gram-negativos y anaerobios

• Tabla I:

MESS (Mangled Extremity Severity Score) Helfet DL, Howey T, Sanders R, Jhansen K. Limb salvage versus amputation. Clin Orthop 1990; 256:80-6.

A) Daño óseo y de partes blandas:

1. Traumatismo de baja energía: fracturas cerradas, heridas punzantes, armas de fuego de pequeño calibre.
2. Traumatismo de mediana energía: fracturas abiertas o polifracturadas, aplastamiento moderado.
3. Traumatismo de alta energía: disparo a bocajarro.
4. Aplastamiento masivo.

B) Estado hemodinámico:

0. Normotensivo.
1. Hipotensión transitoria que responde a tratamiento con sueros.
2. Hipotensión prolongada: sistólica < 90 que sólo remitió en el quirófano.

C) Isquemia:

0. No isquemia.
1. Leve: disminución de pulsos sin signos de isquemia.
2. Moderada: no pulsos en Doppler, discreto relleno capilar, parestesia, actividad motora disminuida.
3. Severa: sin pulsos, frío, paralizado, tumefacto, sin relleno capilar.

En este grupo, los puntos se multiplican X2 si la isquemia duró >6 h.

D) Edad:

0. < 30 años.
1. 30-50 años.
2. > 50 años

El valor del MESS es el resultado de sumar las puntuaciones de los cuatro apartados, que se calculan al ingreso del paciente.

Para Jhansen (Jhansen K, Daines M, Howey T, et al. Objective criteria accurately predict amputation following lower extremity trauma. J Trauma 1990; 30: 568-73.), una puntuación de 7 o más indica que muy probablemente será necesaria la amputación, sobre todo si hay afectación vascular.

GRD 213. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO AMPUTACIÓN POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y DEL TEJIDO CONECTIVO

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS: 1, 5 consultas de media entre todos los procedimientos del GED. Referencia: proceso de gestión de consultas externas

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4
ATENCIÓN MÉDICA	-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior. -Revisión del preoperatorio: .Consentimiento Informado de Traumatología. .ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). .Contraindicación de cirugía. .Estado general. .Medicación suspendida.	-PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: general/ raquídea / locorreional. -QUIRÓFANO. ❖ Vía periférica. ❖ Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad.	-POSTERIORA QX. -Información postoperatoria a familiares por Orujano. -Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. -Tratamiento y medicación habitual del paciente. -Citas de consulta y curas al alta. -Informe de alta.	-Visita Traumatología. Actualización del tratamiento. -Retirar profilaxis -Información paciente / familiares: vía clínica. -Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del 3º-4º día. -Comprobar Rx y analítica (hemograma y bioquímica). -Valorar necesidad de fluidoterapia.	-Visita Traumatología. -Estado de herida quirúrgica. -Eliminar fluidoterapia. -Anticipar la posibilidad del alta durante la mañana del 3º-4º día. -Sentar y caminar. -Retirada del catéter por ANR. -Inicio de RHB	-Visita Traumatología. -Estado de herida Qx. -Alta hoy o mañana. -Sentar y caminar. -2º día de RHB.	-Visita Traumatología. -Estado de herida Qx -Aviso de alta a paciente y familiares durante la mañana del día siguiente. -Sentar y caminar. -3º día de RHB. -Criterios de Alta: Signos vitales normales. Estado neuromuscular conservado.

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) ❖ Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. ❖ Técnica quirúrgica. 		<ul style="list-style-type: none"> -Sentar, valorar apoyo. -Medicación habitual del paciente. -Valoración por rehabilitación. -Valoración del catéter por ANR. 			<ul style="list-style-type: none"> Dolor controlado. Herida quirúrgica normal. Deambulacion en progreso. -Informe de alta y recetas. -Cura en 7 días consulta en 6 semanas con Rx Recomendacion es médicas.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	RX en consulta: 2			<ul style="list-style-type: none"> Por este orden. -Extracción de analítica. -Constantes por turno (Tª, TA, FC). -Aseo en cama. -Control diuresis, retirar sondaje urinario (mantener si catéter) y redón si tuviera. -Educación sanitaria. -Analgesia. -HBPM. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aseo del enfermo. No mojar herida -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Sonda vesical (retirar con el catéter) y redón deberían estar retirados. -Educación sanitaria. -Analgésicos 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención de herida. No mojar herida -Aseo del enfermo. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. - Analgésicos. -HBPM. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atención de herida. -Aseo del enfermo. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos. -HBPM.

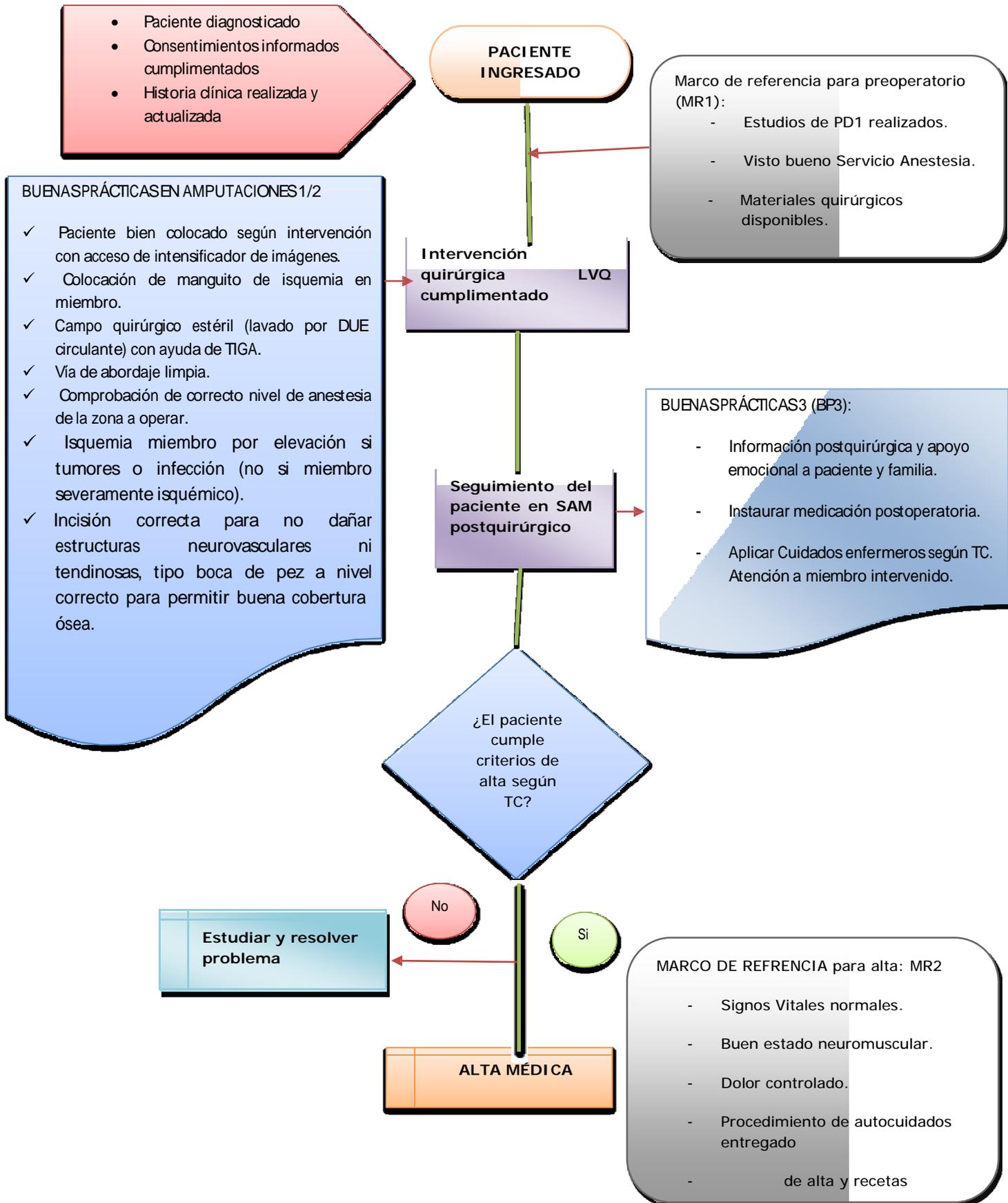
				-Fluidoterapia intravenosa si continua pautada	-HBPM. -Retirar fluidoterapia intravenosa. -Media de compresión.		
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico medico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS 1 Instrumentista		Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas Desketoprofeno 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea Ondansetran 4 mg 1/8 horas	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas Desketoprofeno o 1 /12 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea	Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas Nolotil 1 amp. /6-8 horas intravenoso Omeprazol 20 1/24 horas vía oral Terdyferon 2 c. en desayuno Beniparina 3500 1/24 horas subcutanea
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Clips quirúrgicos Material de vendaje e inmovilización		Sentar, valorar caminar	-Sentar mañana/tarde. -Caminar.	-Sentar mañana/tarde. -Caminar.	Deambulacion con andador / bastones.

PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre			habitual	habitual	habitual	habitual
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina + gentamicina). - La pauta por Anestesia. 	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar)	<ul style="list-style-type: none"> -Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. -Desketroprofeno 1 /12 horas. -Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d. 	Entregar andador / bastones	Entregar andador / bastones	<ul style="list-style-type: none"> -Entregar andador / bastones. -Creación de Prealta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Creación de Prealta. -Otación por Chaqueta Verde de Planta para cura en 1 – 2 semanas y consulta de revisión en 6 semanas con RX de control. -Otación en consulta del cirujano.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i> Protocolo de Área Quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de 	<p>-En prequirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijama antes de quirófano. - Comprobación de vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. 	<p>Enpostquirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de constantes vitales por turno. - Estado del miembro intervenido. - Continuación de profilaxis antimicrobiana 				

	<p>la infección de localización quirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar <p>- Valoración de enfermería.</p> <p>- Documentación de enfermería.</p> <p>- Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado gral. - Medicación suspendida. <p>- Rasurado de la zona a intervenir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicación previa del 	<ul style="list-style-type: none"> - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC. 	<p>según protocolo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analgesia intravenosa. 				
--	---	--	---	--	--	--	--

	paciente, indicada por Anestesia.						
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		-Reposo en cama-sillón CMA. -Movilización espontánea.				
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual				
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	-Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC -Guía de acogida pacientes.		Sentar en sillón CMA-cama				
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS							
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 1,5 Consultas de enfermería: 1,5						

GRD 227: DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL DEL PROCESO



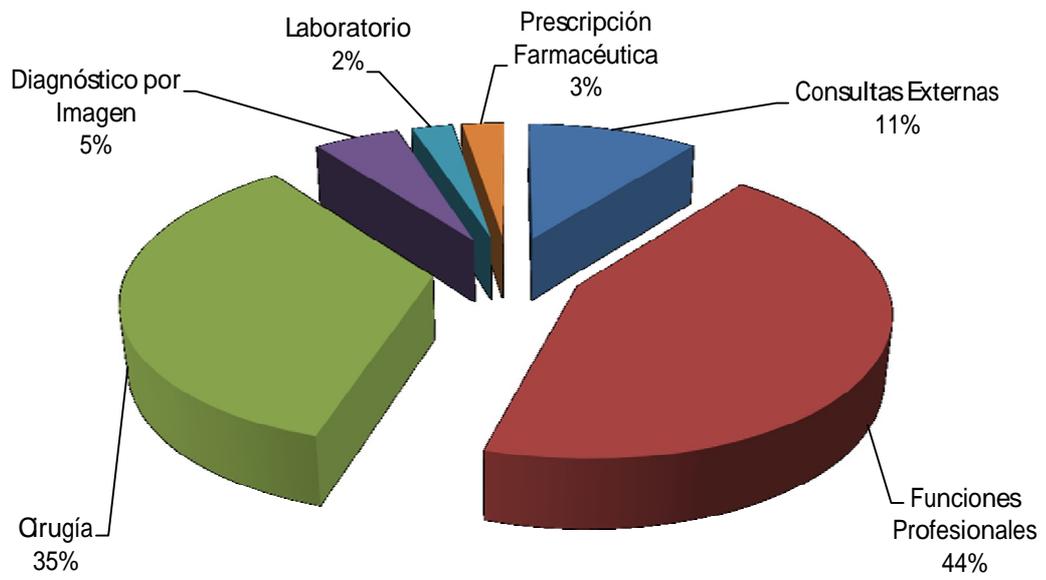
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: AMPUTACIÓN POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y DEL TEJIDO CONECTIVO

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,40
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5 M	16,40
	15	0,45	1,5 E	10,00
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			42,80€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	4	84,00
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	4	81,00
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	4	12,00
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				177,00€
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				5,00
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				140,60€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	2	14,40
ECOGRAFIAS	2,6	8	0	0,00
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				21,40€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10€
ANTIBIOTICOS		1,12	1	1,12
ANALGESICOS		1,56	2	3,12
ANTINFLAMATORIOS		2,62	2	5,24
OTROS		0,8		0,80
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				10,28€

COSTE DEL PROCESO GRD 213. AMPUTACIÓN POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y DEL TEJIDO CONECTIVO

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	42,80€
FUNCIONES PROFESIONALES	177,00€
CIRUGÍA	140,60€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	21,40€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	10,28€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	402,18€

Costes de las actividades: Proceso GRD 213



GRD 216. BIOPSIAS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Escisión local y extracción de dispositivo de fijación interna excepto cadera y fémur, sin complicaciones.	CÓDIGO	PT 04
		DE	
		PROCESO:	

RESUMEN

Proceso que persigue el diagnóstico anatomopatológico de las lesiones de tipo metabólico, infeccioso o tumoral del aparato locomotor (partes blandas o hueso), mediante la obtención de una muestra de tejido y su análisis posterior, siguiendo una técnica abierta o cerrada, incisional o escisional. Este proceso siempre se realiza mediante Cirugía Mayor Ambulatoria, por lo que no tiene estancia en hospital. A partir de la intervención quirúrgica y el seguimiento posterior en consultas externas es de aproximadamente 30 días.

ABSTRACT

Process that promotes the pathological diagnosis of metabolic, infectious or malignant musculoskeletal (soft tissue or bone) diseases, by means of obtaining a tissue sample and its subsequent analysis, following an open or closed technique, incisional or excisional. This process is always carried out by Ambulatory Surgery, so no hospital stay after surgery is needed and subsequent outpatient follow-up is approximately 30 days.

GRD 216: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO BIOPSIAS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una biopsia ósea.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía Mayor Ambulatoria	ESTANCIA MEDIA	Procedimientos sin ingreso.
PESO GRD	2,6584		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

- **Biopsias del sistema musculoesquelético y tejido conectivo.**

GRD 216. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO BIOPSIAS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PACIENTE	CUIDADOS MÉDICOS	<p>1. Historia clínica electrónica bien documentada.</p> <p>2. Preoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formulario de Anestesia cumplimentado. ✓ PDI disponibles. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Pruebas cruzadas de sangre realizadas. ✓ Solicitud de RX intraoperatoria realizada. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Miembro a intervenir marcado correctamente. ✓ Medios de protección radiológica presentes. ✓ Medios de conservación de la muestra preparados. ✓ Intensificador de imágenes en quirófano. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado según intervención con acceso de intensificador de imágenes. ✓ Colocación de manguito de isquemia en miembro por elevación si precisara. ✓ Campo quirúrgico estéril (lavado por DUE circulante) con ayuda de TIGA. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación de correcto nivel de anestesia de la zona a operar. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para a biopsia abierta:</p> <p><u>Biopsia muscular para diagnóstico diferencial miopatías-neuropatías:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incisión longitudinal - Anestesia local. - Muestra no alterada por electrodo al realizar EMG/ infiltrada con anestésico. - Mantener longitud con pinza doble o suturas. - Evitar hemorragia intramuscular. - Tomar varias muestras. <p><u>Biopsia ósea para diagnóstico de patología tumoral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar sitio de extracción con RX.

		<ul style="list-style-type: none"> - Emplazamiento correcto incisión: <ul style="list-style-type: none"> ○ Longitudinal en gral. ○ Coincidente con la técnica definitiva para extirparlo en bloque. ○ Nunca perpendicular a ella. -Disección mínima de tejidos blandos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Abordaje directo con mínima disección. ○ Conservar músculos, fascias, cápsulas y pseudocápsulas para cierre posterior. - Evitar estructuras neurovasculares y articulación adyacente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prevenir su contaminación (sacrificio posterior). ○ Tener en cuenta la vascularización del colgajo. -Espécimen adecuado: <ul style="list-style-type: none"> ○ Orificio circular o ventana redondeada. ○ Realizar cultivos. -Hemostasia estricta: <ul style="list-style-type: none"> ○ No isquemia de Esmarch, si vaciamiento por gravedad. ○ Cerrar meticulosamente cápsula tumoral ○ Hemostasia estricta coagulante antes de retirar torniquete. ○ Llenar orificios con cemento o cera ósea, si no se cohibe hemorragia ósea. -Cierre hermético de la herida: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cambio instrumental. ○ Cerrar meticulosamente pseudocápsula y fascias. ○ Suturas cortas. ○ Drenajes muy cerca borde herida. -A veces inmovilizar con férula para evitar fracturas patológicas. <p>2. Técnica quirúrgica general parabiopsia percutánea:</p> <p><u>Osteomielitis aguda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localización del punto de entrada en hueso en lugar de máximo dolor al tacto. ▪ Usar aguja de punción lumbar 16-18G. ▪ Si no se encuentra pus subperióstico aspirar espacios trabeculares metafisarios. <p><u>Osteomielitis subaguda (absceso Brodie):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo control RX. <p><u>Tumores óseos o partes blandas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anestesia general en niños.
--	--	--

		<p>O Determinar previamente junto con radiólogo de qué zona se debe obtener la muestra para que esté en el trayecto de la incisión de la cirugía definitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar bajo ECO o TAC. ▪ Si muestra citológica es suficiente, usaremos agujas finas tipo Chiba o Vacu-cut ($\leq 18G$). ▪ Si partes blandas, agujas tipo Tru-cut o Core-Biopsia (14G). ▪ Si necesario más muestra en hueso agujas tipo Osty-cut, Bonoptoy o Jamshidi. ▪ Si se hace en quirófano: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clavo-guía para localizar posición con instensificador de imágenes. ▪ Con aguja de Ackerman-Turckel (trócar con dientes, 12G-13G) se extrae fragmento óseo. ▪ Aspiración con aguja (18G-23G) a través trócar. <p>O Fijar en formol al 10% para estudio normal o en glutaraldehído al 2% para microscopía electrónica.</p> <p>O Depositar en jeringa heparinizada.</p> <p>O Hacer RX AP y L para registro permanente sitio biopsia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Colocación de la muestra obtenida en los medios adecuados, tanto para Microbiología como para ✓ Anatomía Patológica ✓ Isquemia retirada y hemostasia verificada ✓ Herida suturada <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Criterios de alta de CMA cumplimentados. ✓ Informe de alta médica realizado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consentimiento informado quirúrgico de Traumatología cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Consentimiento de transfusión sanguínea cumplimentado y firmado por el paciente SI PRECISARA 3. Satisfechas las necesidades de información a paciente y familia durante el proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas incluidas para CMA
	ANESTESIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	REHABILITACIÓN	No precisa salvo complicaciones.
	RADIOLOGÍA	PDI preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias solicitadas y realizadas.
	MICROBIOLOGÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación previa si precisara. 2. Solicitud de cultivo realizada

	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	1. Comunicación previa si precisara. 2. Solicitud de biopsia realizada.

GRD 216. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO BIOPSIAS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.

TIPO DE PROCESO	Clínico transversal		CÓDIGO	PT04			
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan pérdida de función del miembro inferior por fractura del fémur, procesos degenerativos, infecciosos o tumorales de cadera o rodilla o que produzcan una pérdida de sustancia o de continuidad anatómica en el miembro inferior y que tengan complicaciones o comorbilidades mayores asociadas, para recuperar la función del mismo.						
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.					
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Curas de Enfermería y CEXT Traumatología).					
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA	6			
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS				
	Paciente		Familia del paciente				
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.						
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Médicos y Técnicos del Servicio de Microbiología. • Médicos y Técnicos del Servicio de Anatomía Patológica. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. • Médicos y Fisioterapeutas de Rehabilitación (si precisara). 						
ENTRADAS	TECNOLOGÍA			DOCUMENTOS			
	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental para realizar biopsia cerrada percutánea. • Instrumental básico de partes blandas y duras para realizar biopsia abierta. • Protección radiológica. 			<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica. 			
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 						
COSTE	Consultas	Cuidados	Cirugía	Radiología	Laboratorio	Farmacia	Total
	42,80€	66,37€	204,80€	274,50€	10,46€	9,48€	608,41€
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores como para pacientes. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> • Número de altas proceso. • Estancia media proceso. 						
RESPONSABLE	Dr. Jesús Cruz Gómez						
OBSERVACIONES:	<p>Notas:</p> <p>1. La biopsia, tanto de tejidos blandos como de hueso, se considera una intervención banal y que se puede realizar sin complicaciones de forma ambulatoria con una mínima morbilidad. Sin embargo es una técnica exigente, que precisa de una planificación preoperatoria tanto de la lesión a biopsiar como de la vía que se va a utilizar.</p> <p>2. Consultar patólogo (tinciones especiales, citologías, microscopia electrónica e inmunocitoquímica).</p> <p>3. Biopsia cerrada:</p> <p>a. Trócar: Vértebra, patología ósea metabólica, localizaciones de difícil acceso.</p>						

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">b. Aguja: Lesiones vertebrales, osteomielitis, lesiones quísticas.c. PAAF: Lesión partes blandas, lesión contenido líquido. <p>4-Biopsia abierta:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Incisional: Duda razonable de naturaleza de la lesión, si cerrada exige excesiva complejidad técnica.b. Escisional: Si hay práctica seguridad de naturaleza benigna, si fácil acceso quirúrgico con buena delimitación. |
|--|--|

GRD 216: TRAYECTORIA CLÍNICA PROCESO BIOPSIAS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS

1, 5 consultas de media entre todos los procedimientos del GED. Referencia: proceso de gestión de consultas externas

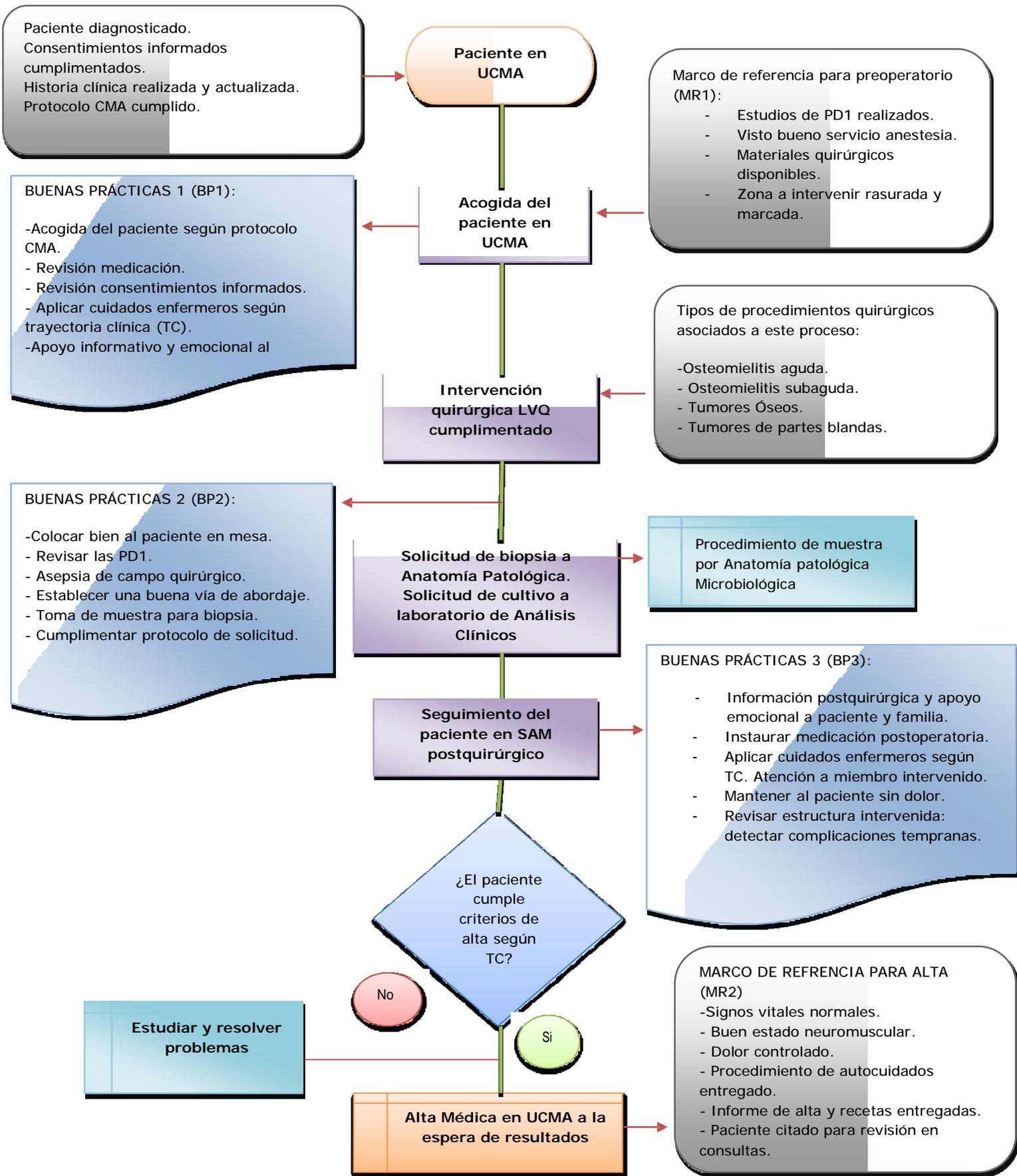
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO	ALTA
ATENCIÓN MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>- Revisión del preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> .Consentimiento Informado de Traumatología. .ITC o formulario de anestesia (revisar si tratamiento pautado por ANR). . Contraindicación de cirugía. . Estado general. . Medicación suspendida. 	<p>-PREVIO A QX: Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>-Anestesia: general / raquídea / locorregional.</p> <p>-QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vía periférica. - Colocación del paciente en mesa de mano con manguito de isquemia en extremidad. - Lavado estéril: 5 minutos con clorhexidina (DUE circulante) - Pañeado campo estéril primario y de toma de injerto tendinoso u óseo si necesario. - Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información postoperatoria a familiares por Crujano. - Paso a Sala de Adaptación al Medio y posteriormente alta hospitalaria. - Tratamiento y medicación habitual del paciente. - Citas de consulta y curas al alta. - Informe de alta. 	<p>- Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales normales. - Estado neuromuscular miembro operado conservado. - Dolor controlado. - Herida quirúrgica normal. - Informe de alta y recetas. - Cura en 7 días consulta en 1 mes. - Recomendaciones médicas.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	RX en consulta: 2 RMN, TAC o ECO según patologías: 1			
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Tiempo quirúrgico medico promedio 56 minutos Equipo: 2 FEAS 1 Instrumentista		

TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Materiales fungibles: Bisturí eléctrico Clips quirúrgicos Material de vendaje e inmovilización		
PRUEBAS DE LABORATORIO	1 Analítica completa: hemograma, bioquímica y coagulación de sangre			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Profilaxis de endocarditis cuando proceda (ampicilina+ gentamicina). - La pauta por Anestesia. 	Propias de anestesia quirúrgica (definir por anestesia (consultar))	<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 1 gr. /6 u 8 horas intravenoso. - Desketroprofeno 1 /12 horas. - Metilprednisolona en bolo iv 1,5 mg/kg/d. 	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente: <i>Trayectoria clínica:</i></p> <p>Protocolo de Área Quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes CMA. - Protocolo de Traumatología - Protocolo de anestesia del plexo braquial y bloqueo axilar - Valoración de enfermería. - Documentación de enfermería. - Toma de constantes (Tª, TA, FC): <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación de cirugía. - Estado gral. - Medicación suspendida. - Rasurado de la zona a intervenir - Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia. 	<p>En prequirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC. 	<p>En postquirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de constantes vitales por turno. - Estado del miembro intervenido. - Continuación de profilaxis antimicrobiana según protocolo - Analgesia intravenosa. 	Protocolo de heridas quirúrgicas
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		<ul style="list-style-type: none"> - Reposo en cama-sillón CMA. - Movilización espontánea. 	

DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	- Procedimiento de información a pacientes y familiares en el HIC - Guía de acogida pacientes.		Sentar en sillón CMA-cama	- Creación de informe de alta - Citación por Chaqueta Quirófano para cura en 1 – y consulta de revisión en 1 - Citación en consulta del c
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 1,5 Consultas de enfermería: 1,5			

Fujograma PT4. GRD 216 Biopsia del sistema músculo esquelético y tejido



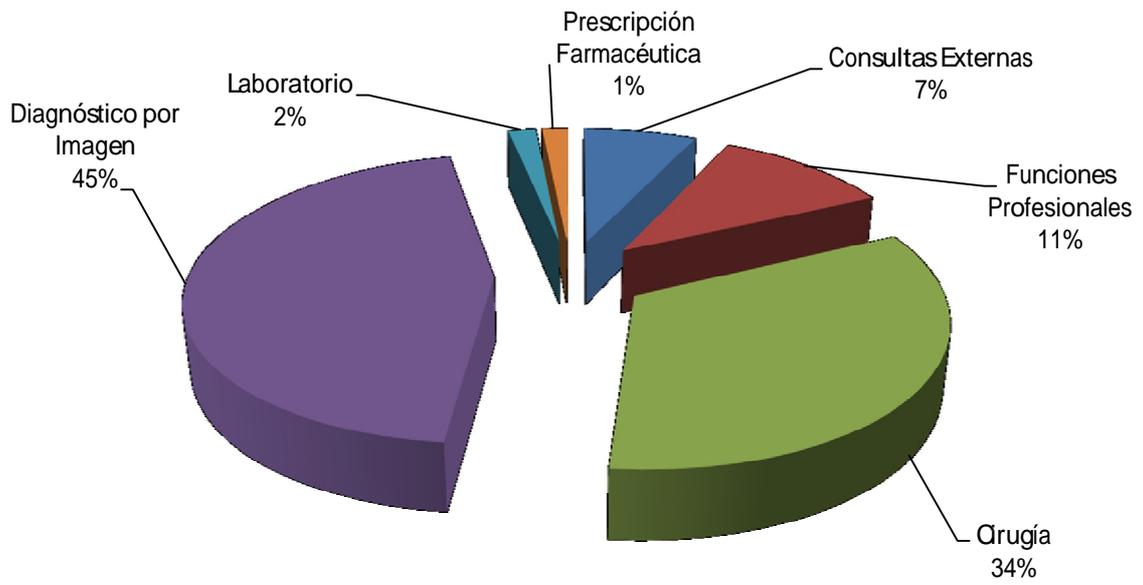
ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCESO: BIOPSIA DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO.

ACTIVIDAD	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS PRE	15,7	0,70	1,5	16,40
CONSULTAS EXTERNAS POST	15,7	0,70	1,5 M	16,40
	15	0,45	1,5 E	10,00
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS	PCE			42,80€
ATENCIÓN MÉDICA PRE/POST	30	0,70	1,5	31,50€
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/ POST	45	0,45	1,5	30,37€
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	1,5	4,50€
SUBTOTAL FUNCIONES PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				66,37 €
ATENCIÓN MÉDICA	54	0,70	2	75,60
CUIDADOS ENFERMERÍA	54	0,45	1	24,30
MATERIALES ESPECÍFICOS				70,20
MATERIALES GENERALES				35,70
SUBTOTAL CIRUGÍA				204,80€
CUMPLIMENTACIÓN CLÍNICA	10	0,70	1	7,00
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES	0,9	8	2	14,40
ECOGRAFIAS	2,6	8	1	20,80
RMN			1	157,00
TAC			1	75,30
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				274,50€
HEMOGRAMA		1,5	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA		5,04	1	5,40
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,46€
ANTIBIOTICOS		1,12	1	1,12
ANALGESICOS		1,56	2	3,12
ANTINFLAMATORIOS		2,62	2	5,24
OTROS		0,8		0,80
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				9,48€

COSTE DEL PROCESO GRD 216: BIOPSIAS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO

ACTIVIDAD	COSTE DE LA ACTIVIDAD
CONSULTAS EXTERNAS	42,80€
FUNCIÓNES PROFESIONALES	66,37€
CIRUGÍA	204,80€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	274,50€
LABORATORIO	10,46€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	9,48€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/ PROCESO	608,41€

Costes de las Actividades: Proceso GRD 216



CDT. CONTROL DEL DOLOR EN PROCESOS ASOCIADOS A LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO:	Procedimiento de control de dolor en procesos asociados a la especialidad de traumatología y cirugía ortopédica.	CÓDIGO DE PROCESO:	PT 05
-----------------	--	---------------------------	-------

RESUMEN

Proceso que persigue el alivio y control del dolor en los pacientes intervenidos por diversos traumatismos musculoesquelético mediante la intervención de la unidad del dolor. El proceso es variable en el tiempo según el proceso clínico en el que se intervenga y las características de los pacientes.

ABSTRACT

Process which seeks relief and pain management in patients operated on various injury musculoskeletal through the intervention of the unity of the pain. The process is variable in time according to the clinical process in which intervene and the characteristics of the patients.

CDT: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un proceso de intervención invasiva que agrupa a pacientes intervenidos quirúrgicamente por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético y necesitan el control del dolor como mecanismo de calidad asistencial y emocional. Las más frecuentes son: patología ortopédica del hombro, cadera, rodilla y pie mas la patología traumológica (reducción cruenta de cualquier fractura).

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS/ INCLUIDOS AL PROCESO

TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE TRAUMATOLOGÍA SUCEPTIBLES DE ESTABLECER MEDIDAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR

CDT. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO CONTROL DEL DOLOR EN PROCESOS DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

DESTINATARIO	FLUJO DE SALIDA	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
<p>PACIENTE</p>	<p>CUIDADOS MÉDICOS</p>	<p>1. <u>Historia clínica electrónica bien documentada</u></p> <p>2. <u>Preparación del paciente susceptible de UDA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente valorado por el anestesiólogo siguiendo la Escala Analógica Visual. - Consentimiento informado cumplimentado - Interconsulta con Anestesia realizada - Formulario (rombo rojo) de Selene cumplimentado. <ul style="list-style-type: none"> o Día de la intervención o Tipo de analgesia o Modo de administración. o Fármacos de administración. o Tipo de Rescate. o Efectos Adversos. o Satisfacción del paciente. o Alta - Observaciones registradas por el anestesiólogo responsable. <p>3. <u>Técnicas/Intervenciones UDA</u></p> <p>Buscar una analgesia multimodal buscando el confort postoperatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas intravenosas. Continua + PCA • Técnicas locorreregionales: <ul style="list-style-type: none"> o Bloqueos epidurales. o Bloqueos periféricos: interescalénicos, axilar, femoral, sural, paravertebral... otros según el lugar de la cirugía. • Técnicas multimodales: Asociación de diferentes técnicas analgésicas en el mismo paciente: asociación de fármacos analgésicos intravenosos con mecanismos de acción diferentes ó utilización de técnicas locorreregionales basándonos en el tipo de paciente, lugar de intervención, tipo de cirugía. <p>4. <u>Control del paciente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolución del paciente controlado en la base de datos de UDA en Selene. - Efectividad del tratamiento evaluada - Monitorización de posibles efectos adversos en cada una de las técnicas analgésicas:

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Analgesia inadecuada. ○ Sedación-depresión respiratoria. ○ Alteraciones cardiovasculares. ○ Náuseas vómitos. ○ Alteraciones sensitivas-motoras. ○ Alteraciones en la retirada de la medicación prescrita. <ul style="list-style-type: none"> - Dolor del paciente monitorizado en planta. - Retirada de la vía analgésica firmada por el anestesiólogo. <p>5. Normas que rigen el empleo de fármacos analgésicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elección individualizada de los fármacos y las dosis según cada paciente y procesos. • Utilizar pautas con intervalos regulares de administración adaptados al comportamiento de cada fármaco y haciendo profilaxis del dolor, es decir, hay que controlar la reaparición del dolor. • Emplear las asociaciones de diferentes fármacos con fármacos específicos que componen el dolor. • Seguir una frecuencia escalonada de menor a mayor potencia si la clínica del paciente lo permite, sino hay que controlar el dolor lo antes posible (ascensor terapéutico) • Tratar el insomnio y conseguir el descanso nocturno tiene que ser un objetivo prioritario en el tratamiento del dolor. • Prevenir y tratar los efectos adversos de los fármacos analgésicos. • Pautar analgesia de rescate con opciones de refuerzo al tratamiento analgésico prescrito. <p>Facilitar el cumplimiento terapéutico proporcionando claridad y comodidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • en la administración. • Por último, hacer un buen seguimiento y control de la evolución del dolor.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consentimiento informado de la unidad del dolor cumplimentado 2. Satisfecha las necesidades de información y apoyo emocional a paciente y familia sobre la intervención de la UDA <ul style="list-style-type: none"> - Paciente informado en la segunda visita (2 días) del día de retirada del catéter.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de cuidados enfermero con actividades derivadas incluidas.
	RADIOLOGÍA	PDI solicitadas y realizadas en caso necesario
	Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica	Médico responsable del proceso traumatológico informado y conforme con el protocolo de analgesia empleado.

PT 05. PROCEDIMIENTO CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

TIPO DE PROCESO	Procesos Transversales	CÓDIGO	PT 05
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico de la unidad del dolor a todos los pacientes con necesidad de control y alivio del dolor sometidos a técnicas y procedimientos quirúrgicos en los procesos demandados desde el servicio de cirugía ortopédica y traumatología.		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Solicitud del servicio por parte del servicio de cirugía ortopédica y traumatología	
	FINAL	Alta hospitalaria.	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	Variable	FRECUENCIA Variable según demanda
CLIENTES/ USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente Valorado		- FEAs del SCOT - Familiares del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/ USUARIOS	Seguir las Observaciones Tabla 1.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Médicos del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología ❖ Médico Servicio Anestesia y Reanimación ❖ Médico y Técnico de radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen ❖ Médico y Técnico de Laboratorio ❖ Personal Enfermería: Diplomado y Auxiliar 		
ENTRADAS	RECURSOS ESPECIALES		DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Material de intervención invasiva ❖ Bombas elastómeras, eléctricas. ❖ Catéteres perineurales. ❖ Radioscopia ❖ Fármacos 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Historia Clínica ❖ Documentos electrónicos solicitud pruebas ❖ Parte de quirófano ❖ Trayectoria Clínica de la Unidad del Dolor
SALIDAS	Seguir observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso.		
COSTE	N.C.		
MÉTRICAS	<p>Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y pacientes</p> <p>Indicadores:</p> <p>Índice de pacientes sometidos a analgesia controlada por la UDA</p> <p>Tasa de pacientes con analgesia local regional: epidural y perineural.</p> <p>Tasa de pacientes con analgesia intravenosa.</p> <p>Tasa de pacientes con efectos adversos en cada técnicas.</p> <p>Satisfacción de los pacientes, personal sanitario.</p>		
RESPONSABLE	Jefe del servicio de anestesia y reanimación		
OBSERVACIONES:	<p>Notas: Consideraciones prácticas del dolor intenso postoperatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Las vías de elección son: IV en Bolo seguido de perfusión continua o PCA y la vía epidural en bolo, continua o PCA. II. El uso de AINES puede conllevar a la aparición de efectos secundarios gastrointestinales y renales. Evaluar el uso de protectores gástricos (ranitidina 50mg/ 8hr IV). III. El uso de opioides puede producir náuseas y vómitos. Valorar la utilización de antieméticos (ondansetrón 1 – 4mg IV/6 – 8hr). Ver guía de utilización de antieméticos IV. En traumatología la vía epidural es de elección. V. El pico plasmático de la morfina se produce a los 20 – 30 minutos y que su vida media de eliminación es de 1.7 – 3.3hrs, y que es el fármaco de elección para el tratamiento del dolor postoperatorio intenso. 		

PROCESO PT 05: PROCEDIMIENTO CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4
ATENCIÓN MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en Panel la tarde anterior.</p> <p>PREPARACIÓN DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento Informado de Traumatología. - Interconsulta con anestesia/Unidad del dolor 	<p>PREVIO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración del paciente <p>POSCIRUGÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocación del tipo de catéter según valoración previa 	<p>Visita Unidad del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización del dolor - Registro de la evaluación - Registro de efectos adversos - Registro de observaciones 	<p>Visita Unidad del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización del dolor - Registro de la evaluación - Registro de efectos adversos. - Registro de observaciones 	<p>Visita Unidad del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización del dolor - Registro de la evaluación - Registro de efectos adversos - Registro de observaciones 	<p>Visita Unidad del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescripción de retirada del catéter por anestesiólogo- <p>ALTA DE LA UDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complimentar registro Selene - Complimentar tratamiento de analgesia convencional
CUIDADOS DE ENFERMERÍA DERIVADOS	<ul style="list-style-type: none"> -Valoración de enfermería. -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC). -Medicación previa del paciente, indicada por Anestesia. 	<p>PLANTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar tratamiento de UDA - Control y vigilancia de la evolución del dolor. - Vigilancia del etiquetado de la perfusiones administradas. - Vigilancia de efectos adversos de la 	<p>PLANTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar tratamiento de UDA - Control y vigilancia de la evolución del dolor. - Vigilancia del etiquetado de la perfusiones administradas. - Vigilancia de efectos adversos de la analgesia administradas 	<p>PLANTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar tratamiento de UDA - Control y vigilancia de la evolución del dolor. - Vigilancia del etiquetado de la perfusiones administradas. 	<p>PLANTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar tratamiento de UDA - Control y vigilancia de la evolución del dolor. - Vigilancia del etiquetado de la perfusiones administradas. 	<p>PLANTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retirada de catéter según procedimiento de analgesia aguda postoperatoria del servicio de anestesia y reanimación del hospital. -Aplicar tratamiento analgésico convencional prescrito por anestesiólogo.

		analgesia administradas - Cuidados del catéter - Registro de incidencias	- Cuidados del catéter - Registro de incidencias	- Vigilancia de efectos adversos de la analgesia administradas - Cuidados del catéter - Registro de incidencias	- Vigilancia de efectos adversos de la analgesia administradas - Cuidados del catéter - Registro de incidencias	
MEDICACIÓN	<p>1. DOLOR LEVE. Susceptible de aplicar en procedimientos quirúrgicos menores/reducción incruenta de fractura. Escala Visual Analógica menor de 3</p> <p>a) Pauta Oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 500/1000 mg/ 4 a 6 horas. Máximo 8 gr. 24 horas, Dexketoprofeno 25 mg/ 8 h .v. oral. Metaminzol 550 mg/ 6 – 8 h v.oral. <p>b) Pauta Intravenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol 1 gr./6 horas - Dexketoprofeno 50 mg IV/8 horas - Ketorolaco** Dosis de inicio: 30 – 60mg IV. Dosis de mantenimiento: 15 – 30 mg/ 6 – 8 hrs <p>c) En caso de analgesia tópica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parche tópico de lidocaína al 5% (como por ejemplo, Versatis ®) <p>Nota.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar paracetamol si existen alteraciones gastrointestinales, tratamiento anticoagulante o diátesis hemorrágica, asma, alergia a Asa o AINES, embarazo y en niños. En alcohólicos dosis de 3 – 4g pueden ser hepatotóxicas. ▪ No utilizar la vía parenteral más de 2 días. Dosis máx. / día: 90mg; en ancianos, 60mg. Duración del tratamiento vía oral máx. 7 días. ▪ Efecto espasmolítico (indicado en dolores cólicos). Administración IV lenta puede producir hipotensión <p>2. DOLOR MODERADO. Susceptible de aplicar en Artroscopia. Escala Visual Analógica comprendida entre 3 y 6</p> <p>a) Pauta Intravenosa AINE más Opiode</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketorolaco. Dosis de inicio: 30 – 60mg. Mantenimiento: 15 – 30mg/6h - Paracetamol 1g/6h - Tramadol: 50 – 100mg/ 6 – 8hr <p>b) PCA. Mediante bomba electrónica/ elastómerica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cloruro mórfico: Dosis de carga: 0,05mg/ Kg. 					

Perfusión:

- 1 – 2mg/horas
- Bolos de 1 – 2mg.
- Intervalo de cierre de 10mtos
- Dosis máxima en 4/h: 20mg

c) Pauta epidural lumbar

- Levobupivacaína 0.125%(Chirocane Polibag) + fentanilo 4ml (2mcg/ml). Infundir entre 6 – 10ml/hr. (etiquetado según normas internacionales)

Nota.

- En traumatología en la cirugía de miembros inferiores es de elección la analgesia epidural, se puede pautar analgesia intravenosa de rescate. Los fármacos más usados son: AINEs o paracetamol junto con tramadol como por ejemplo Zaldiar® o morfina.

3. DOLOR INTENSO. Susceptible de aplicar en prótesis de rodilla o de cadera, cirugía del hombro y amputaciones. Escala Visual Analógica mayor de 7

a) Pauta Intravenosa

- Cloruro mórfico: 2 - 4mg IV. 0.15 mg/Kg./4hr.
- Menor 65 años: 5 – 10mg/4hr y en más de 65 años: 3 – 6mg/4hr.
- Dexketoprofeno : 50mg/8hr
- Paracetamol: 1g/6hr

b) PCA (mediante bomba electrónica)

- Cloruro mórfico:
 - Dosis de carga: 0.05mg/Kg.
 - Perfusión continua: 1 – 2mg/hr
 - Bolos de 2 – 3mg
 - Intervalo de cierre de 5 minutos.
 - Dosis máx en 4hr: 20mg.

c) Epidural Lumbar

- Levobupivacaína 0,125% más fentanilo 5 mcg/ml, infundir entre 6 – 10ml/hr. En mayores de 65 años fentanilo 2 mcg/ml

Nota.

- Las vías de elección son: IV en Bolo seguido de perfusión continua o PCA y la vía epidural en bolo, continua o PCA.
- El uso de AINES puede conllevar a la aparición de efectos secundarios gastrointestinales y renales. Evaluar el uso de protectores gástricos (ranitidina 50mg/8hr IV vs omeprazol 20 mg/ iv).
- El uso de opioides puede producir náuseas y vómitos. Valorar la utilización de antieméticos (ondansetrón 1 – 4mg IV/6 – 8hr).(Ver guía de utilización de antieméticos)
- En traumatología la vía epidural es de elección.
- Recordar que el pico plasmático de la morfina se produce a los 20 – 30 minutos y que su vida media de eliminación es de 1.7 – 3.3hrs y que es el fármaco de elección para el tratamiento del dolor postoperatorio intenso.

Utilización de elastómeros (elastómeros- flujo continuo y PCA)

1. Epidural CADERA/ RODILLA.

- a. Levobupivacaína 0,125 % + 200 mcg de fentanilo.
 - i. Infusión basal 5 ml/ h con bolus de 3 ml con intervalo de 30 a 60 min.
 - ii. Infusión basal de 6 ml/h 3 ml con intervalo 60 min.

Otros tipos de analgesia

1. Infusión perineural a nivel interescalénico:

- b. PCA Levobupivacaína 0.125%
 - i. Flujo basal 4 ml/ h bolus de 3 ml con intervalo de 30 min.
 - ii. Flujo basal 5 ml/ h bolus de 3 ml con intervalo de 30 min.
 - iii. Flujo basal de 5 – 6 ml/ h, bolus de 3 ml con intervalo de 60 min.

2. PARAVERTEBRAL-

- a. PCA: Levobupivacaína 0.125 %
 - i. Infusión 4 – 5 ml / h bolus de 5 – 7 ml con intervalo 60 min.
 - ii. Infusión basal hasta 10 ml/ h.

Flujograma PT05. CONTROL DEL DOLOR EN PACIENTES SOMETIDOSA CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA

