

LIBRO DE PROCESOS DE LA UNIDAD DE UROLOGÍA





**Hospital Universitario Infanta Cristina
Avenida 9 de julio, 2. 28981 Parla. Madrid**

© Editores: Marcos Luján Galán y José Ramón Mora Martínez.

**Han colaborado en la edición de este documento el personal facultativo y de enfermería de la Unidad de Urología que se cita como participantes.
Madrid, Enero de 2014**

Reservado todos los derechos de autor¹

ISBN:

¹Salvo 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 Servicio de Urología del hospital Infanta Cristina y la Fundación de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

PRESENTACIÓN DEL DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL

Las organizaciones sanitarias deben hacer un esfuerzo por conocer como 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 Urología 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 urología, 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 urología del hospital y también al conjunto de profesionales que junto a Marcos Lujan Galán como responsable de la unidad, han realizado un esfuerzo que se refleja en este libro.

Dr. Carlos Mingo Rodriguez

Parla, 26 de marzo, de 2014

PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS DE LOS DIRECTORES DEL PROYECTO

Implantar un modelo combinado de Gestión Clínica basado en Calidad Total constituye actualmente la tendencia y el reto más innovador en la gestión del conocimiento y la innovación dentro de las organizaciones sanitarias.

Hoy en día nadie cuestiona la necesidad de perseguir como meta indiscutible la calidad máxima o excelencia. Y esto es aplicable a todo tipo de organización (sanitaria o no, privada o pública). El concepto de calidad incluye en primer lugar, factores a tener muy en cuenta de cara al usuario como satisfacer las necesidades y expectativas que presentan; en segundo, contar con una organización facilitadora y por último establecer prácticas seguras y basadas en evidencias o las mejores experiencias disponibles. Una organización sanitaria que no considere estos aspectos pondrá en riesgo su misión.

Entre los profesionales (médico y personal de enfermería) del entorno clínico, siempre pragmático, existe habitualmente un relativo escepticismo inicial acerca de la necesidad de trazar un plan de calidad integral, interiorizarlo profesionalmente, fijarse metas y ser perseverantes en cumplirlas. Cuando la cultura de las buenas prácticas impregna progresivamente a una organización y se entiende que la finalidad de la misma no es otra que prestar servicios adecuados a los usuarios y explicar desde el modelo de la ciencia de la gestión qué hacemos, cómo lo hacemos, qué tecnologías y otros recursos manejamos y cuánto cuesta hacerlo, no hacemos otra cosa que contribuir a la eficiencia social desde la perspectiva de trabajadores del conocimiento.

El enfoque de la calidad basada en la gestión por procesos, es un factor clave que contempla los principales modelos de excelencia como el EFQM, ISO, etc. Ambos modelos incluyen la identificación y tipificación de todos los procesos: gestión, soporte, clínicos, etc. de una Unidad clínica, promoviendo el consenso interno a través de la estandarización de los procedimientos y actividades; pretende así garantizar la calidad de los productos intermedios y finales de cada proceso. Lo contrario a la estandarización (la improvisación), es el enemigo de los flujos de trabajo de cualquier organización y desemboca en una serie de problemas que han de ser corregidos sobre la marcha con el consiguiente esfuerzo y una merma importante de la eficiencia (variabilidad, omisiones, desconexiones en los procesos, irregularidades en la gestión de colas o lista de espera quirúrgica, demoras en consulta, etc.).

En el Libro de Procesos de la Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina hemos plasmado el esfuerzo y la experiencia acumulada en un proyecto que surge a partir de la autoevaluación de la unidad por la NORMA UNE EN ISO 9004 de 2000 y que da como resultado la necesidad de abordar un proyecto significativo de gestión clínica con enfoque de procesos.

En este sentido, se parte del diseño del mapa de procesos que engloba todos los tipos de procesos específicos en el marco de la acción de la Unidad de Urología: clave, gestión, clínicos y de soporte. A partir de tener dichos procesos ordenados, se ha

procedido a documentarlos según su tipología. Un producto final de esta experiencia, pionera en la especialidad de Urología, es el libro de procesos que presentamos.

Este proyecto no habría visto la luz sin la colaboración del Hospital Universitario Infanta Cristina Y la Fundación de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Queremos reconocer la imprescindible ayuda del Dr. Fernando Delgado y su equipo (Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Infanta Cristina). La experiencia acumulada en este campo por el Servicio de Traumatología de nuestro centro nos ha servido de inestimable guía para el desarrollo de este proyecto.

Por supuesto, toda la plantilla de la Unidad de Urología de nuestro centro ha contribuido en la confección de los procesos individuales de la Unidad. Tanto el personal facultativo (Dres. Vicente Chiva, Ramón M. Diz, Carlos Martín, Carlos Pascual) como de enfermería (Manuela Gamarra, María López) se han implicado completamente en esta ardua labor. También hemos recibido ayuda fundamental del personal administrativo (Desiré Bermejo por parte del HUIF, 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. También el Departamento de Control de Gestión del centro (Mayte Sánchez) nos ayudó con la estimación de los costes de personal.

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 al Dr. Luis Guerra, director de la ENS la facilidad ofrecida para el desarrollo de este proyecto.

Esperamos que el presente Libro de Procesos de la Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina sea de utilidad para nuestros compañeros de especialidad y también para otros profesionales sanitarios. No es necesario decir que estamos completamente a disposición de todos ellos para cualquier aclaración o sugerencia que estimen oportuno realizar que, sin duda ninguna, enriquecerá nuestra experiencia actual.

Marcos Luján Galán y José Ramón Mora Martínez

EQUIPO DEL PROYECTO: GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA UNIDAD DE UROLOGÍA CON ENFOQUE DE PROCESOS

DIRECCIÓN Y EDICIÓN

Dr. Marcos Luján Galán. Jefe de Servicio de la Unidad de Urología. Hospital Universitario Infanta Cristina. Coordinador del curso de la FUNED: Gestión por Procesos en Servicios de Salud

Dr. José Ramón Mora Martínez. Secretario académico del Máster Universitario en Administración Sanitaria de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y la Escuela Nacional de Sanidad (ENS/ISCIII) y coordinador y profesor de la asignatura de gestión clínica. Jefe de servicio del departamento de desarrollo directivo y gestión de servicios sanitarios de la ENS.

PARTICIPANTES

Dr. Carlos Pascual Mateo. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina. Profesor del curso de la FUNED: Gestión por Procesos en Servicios de Salud.

Dr. Vicente Chiva Robles. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina

Dr. Ramón Manuel Díz Rodríguez. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina

Dr. Carlos Martín García. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina

D^a Manuela Gamarra Galán. Diplomada en Enfermería. Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina

D^a M^a del Carmen López Padilla. Auxiliar de Enfermería. Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina

SUMARIO

PRESENTACIONES DEL PROYECTO

EQUIPO 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. DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS**
 - 8.1. PROCESO CAVE UNIDAD DE UROLOGÍA: GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR LA
NORMA UNE EN ISO 9004 DE 2000**
 - 8.2. PROCESOS DE GESTIÓN**
 - 8.2.1. ORGANIZACIÓN QUIRÚRGICA**
 - 8.2.2. GESTIÓN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA**
 - 8.2.3. ORGANIZACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN**
 - 8.2.4. ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS**
 - 8.2.5. ORGANIZACIÓN DE LA URGENCIA**
 - 8.2.6. GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES**
 - 8.2.7. JEFE DE GUARDIA DEL HOSPITAL**
 - 8.3. PROCESOS DE SOPORTE**

- 8.3.1. ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN PERMANENTE**
- 8.3.2. SOLICITUS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**
- 8.3.3. SOLICITUD PRUEBAS DE LABORATORIO**
- 8.3.4. GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA**

8.4. PROCESOS OPERATIVOS/CLÍNICOS

8.4.1. UROLOGÍA GENERAL

8.4.1.1. GRD 311 (ÁREA DE UROLOGÍA GENERAL)

8.4.1.2. GRD 339/340

8.4.1.3. GRD 337 (ÁREA DE UROLOGÍA GENERAL)

8.4.1.4. GRD 335 (ÁREA DE UROLOGÍA GENERAL)

8.4.1.5. GRD 350

8.4.1.6. GRD 351

8.4.2. LITIASIS

8.4.2.1. GRD 324

8.4.2.2. GRD 331 (ÁREA DE LITIASIS)

8.4.3. ONCOLOGÍA

8.4.3.1. GRD 311 (ÁREA ONCOLÓGICA)

8.4.3.2. GRD 303

8.4.3.3. GRD 896

8.4.3.4. GRD 335 (ÁREA ONCOLÓGICA)

8.4.3.5. GRD 338

8.4.3.6. GRD 337 (ÁREA ONCOLÓGICA)

8.4.4. UROLOGÍA FUNCIONAL

8.4.4.1. GRD 309

8.4.4.2. GRD 356

1. INTRODUCCIÓN

El nuevo entorno sanitario está marcado por la dinamicidad 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 la incorporación de nuevas corrientes culturales y tecnológicas necesarias para dar respuesta a la complejidad e interdependencia agencial propia de los servicios sanitarios.

Como señaló atinadamente **Mintzberg**, las estructuras burocráticas no garantizan una gestión socialmente eficiente y de calidad, y sólo buscan perpetuarse.

Las tecnoestructuras clásicas se han venido perpetuando en su propia lógica de uniformidad y de normas administrativas, imposibilitando la integración de procesos y toda forma de organización creativa orientada a la diferenciación y competencia; como resultante, se han generado desequilibrios y rigideces en el funcionamiento del conjunto del sistema. 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 los **procesos: 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 plan de gestión de la calidad de la Unidad de Urología del Hospital Universitario Infanta Cristina** para el abordar 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 en dichas unidades 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).

2. 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.

3. 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.

4. 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 es términos de salud y gestión clínica.

4.1. 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.

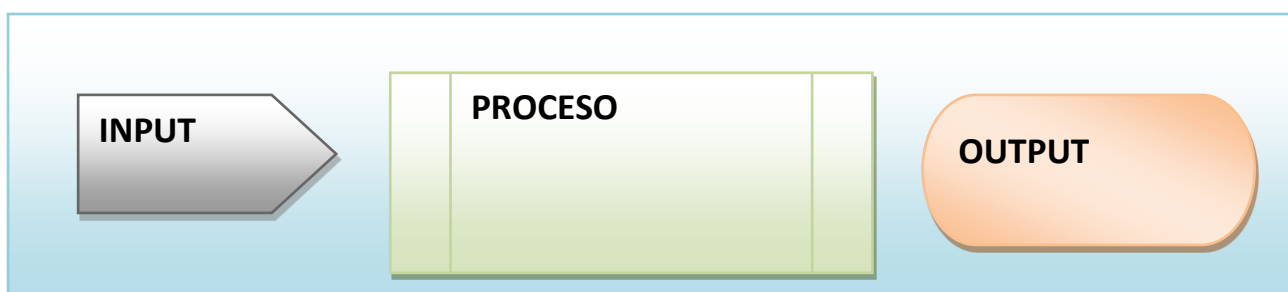


Figura 1.

4.2. 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.

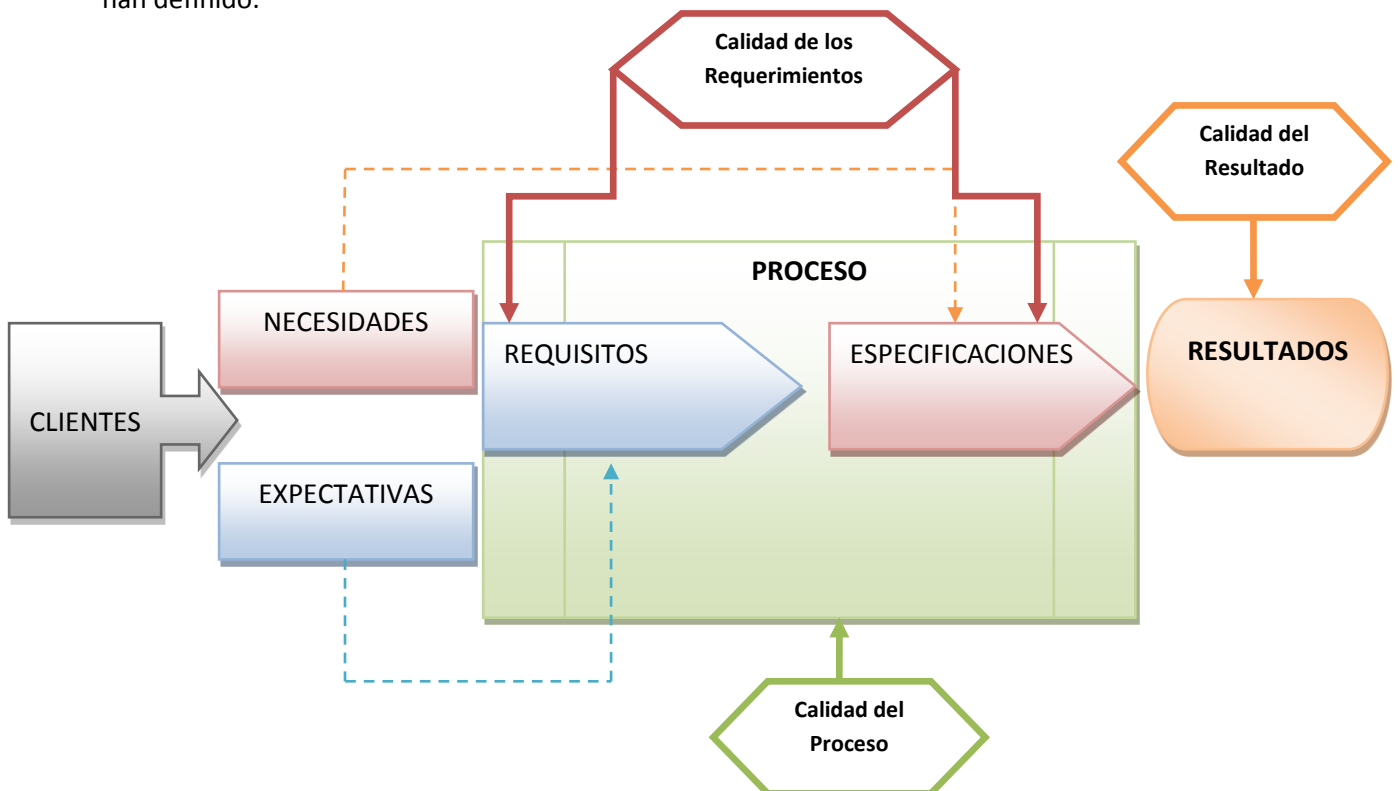


Figura 2

5. 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.

5.1. 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**”.

5.2. Organización de la unidad clínica de urología 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 de la Unidad de Urología 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.

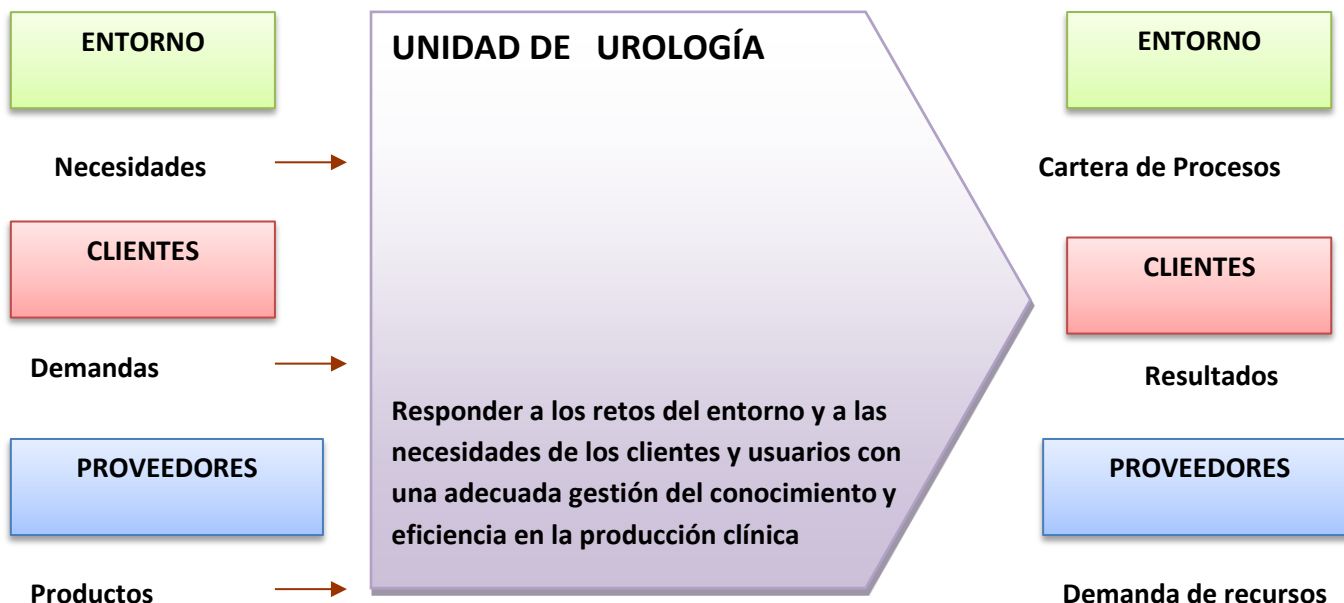


Figura 3. Nivel 1, Mapa de procesos de la Unidad de Urología como Unidad Clínica

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.

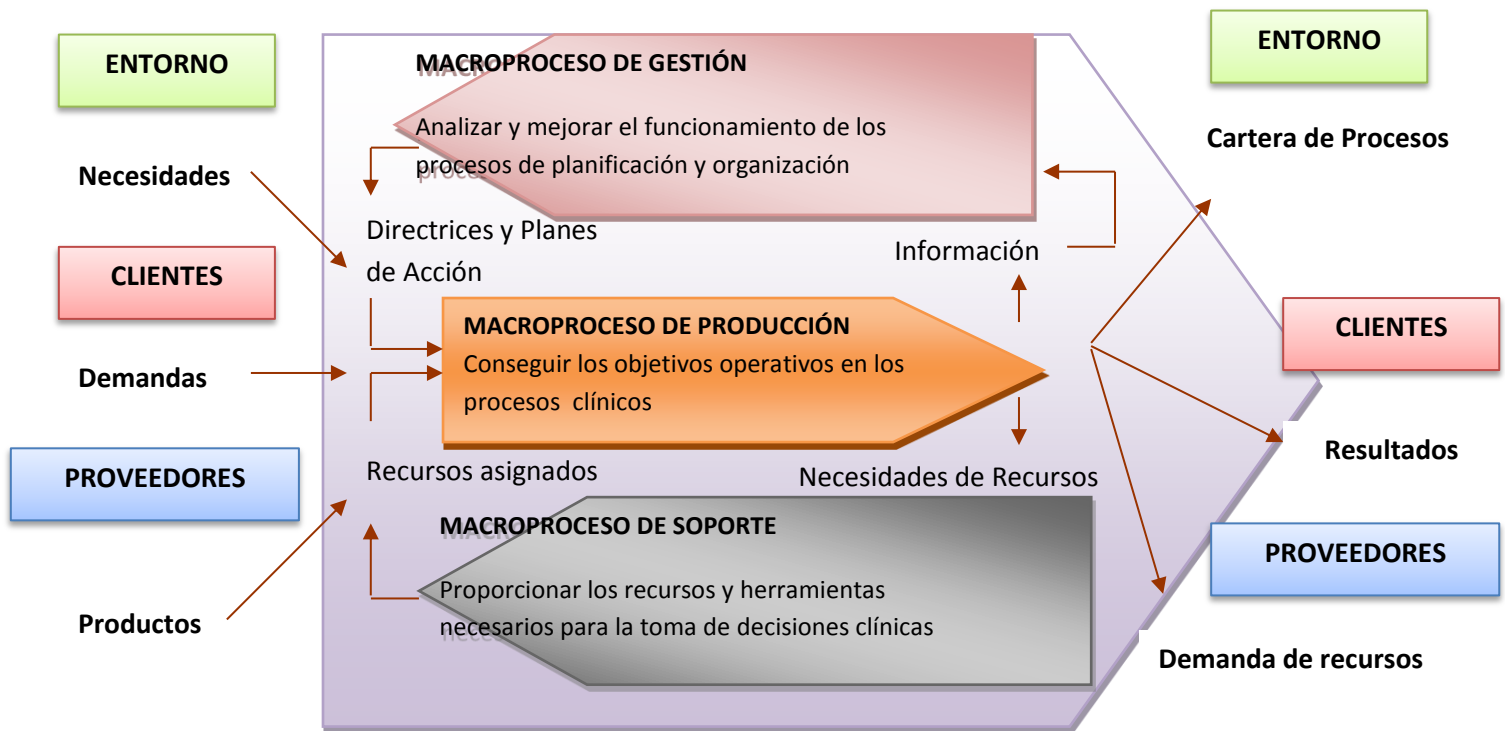


Figura 4. Nivel 2, Mapa de procesos de la Unidad Clínica de Urología.

5.3. Nivel 3. Clasificación de los procesos específicos de la unidad de urología

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

5.3.1. **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

5.3.2. **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

5.3.3. **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

5.3.4. **Procesos clínicos.** Los procesos clínicos del Servicio de Urología se han identificado según el case-mix producido a lo largo de los años 2012 y 2013, estableciendo un corte de 10 procesos/año (Figura 5). Una vez identificados los principales procesos se han clasificado atendiendo a las diferentes secciones de la actividad clínica en la que está dividida la unidad. Y en ese sentido, se establece la siguiente **cartera de procesos**:

Grupo de procesos de Urología General

- PUG 01. GRD 311. Procedimientos transuretrales sin complicaciones.
- PUG 02. GRD 339/340. Procedimientos sobre testículos por procesos no malignos.
- PUG 03. GRD 337. Prostatectomía Transuretral sin complicaciones.
- PUG 04. GRD 335. Procedimientos mayores sobre pelvis masculina sin complicaciones.
- PUG 05. GRD 350. Inflamación del aparato genital masculino (circuncisión).
- PUG 06 GRD 351. Esterilización en varón (vasectomía).

Grupo de procesos de Litiasis

- PL 01. GRD 324. Cálculos urinarios sin complicaciones
- PL 02. GRD 311. Procedimientos transuretrales sin complicaciones

Grupo de procesos de oncología urológica

- PO 01. GRD 311. Procedimientos transuretrales sin complicaciones.
- PO 02. GRD 303. Procedimientos sobre riñón y uréter por neoplasia.
- PO 03. GRD 896. Procedimientos mayores sobre vejiga.
- PO 04. GRD 335. Procedimientos mayores sobre pelvis masculina sin complicaciones.
- PO 05. GRD 338. Procedimientos sobre testículos por neoplasia maligna.
- PO 06. GRD 337. Prostatectomía Transuretral sin complicaciones.

Grupo de procesos de urología funcional

- PUF 01. GRD 309. Procedimientos menores sobre vejiga sin complicaciones.
- PUF 02. GRD 356. Procedimientos de reconstrucción del aparato genital femenino.

5.4. Nivel 4. Diagramas de flujo

La Unidad de Urología 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 **Flujograma** 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.

PROCESO CLAVE UNIDAD DE UROLOGÍA: GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR NORMA UNE EN ISO 9004 DE 2000

MEDICIÓN DE LA CALIDAD

AUTOEVALUACIÓN

PROCESOS DE GESTIÓN

MEDICIÓN DE LA CALIDAD Y ANÁLISIS DE LA MEJORA

PG 01. Organización quirúrgica

PG 02. Gestión lista de espera quirúrgica

PG03. Organización de la Hospitalización

PG 04. Organización de las consultas externas

PG 05. Organización de la urgencia

PG 06. Gestión de no conformidades

PG 07. Jefe de guardia de hospital

PROCESOS CLÍNICOS

UROLOGÍA GENERAL

PUG 01. GRD 311*

PUG 02. GRD 339/340

PUG 03. GRD 337*

PUG 04. GRD 335*

PUG 05. GRD 350

PUG 06. GRD 351

LITIASIS

PL 01. GRD 324

PL 02. GRD 311*

ONCOLOGÍA

PO 01. GRD 311*

PO 02. GRD 303

PO 03. GRD 896

PO 04. GRD 335*

PO 05 GRD 338

PO. 06 GRD 337*

UROLOGÍA FUNCIONAL

PUF 01. GRD 309

PUF 02. GRD 356

PS 01. Organización de la formación permanente

PS 02. Solicitud pruebas diagnóstico por imagen




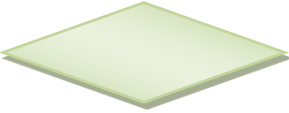







PS 03. Solicitud pruebas de laboratorio

PS 04. Gestión sistema de información clínica

PROCESOS DE SOPORTE

CLIENTES

CLIENTES SATISFECHOS

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

6. 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 que 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.

6.1. 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 conexiónados 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).

6.2. 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.

6.2.1. 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. ▪ Que exista una atención personalizada
SEGURIDAD/ COMPETENCIA	27%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que se eviten riesgos innecesarios en la aplicación de los cuidados clínicos. ▪ Que los profesionales estén 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.

6.2.2. 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 cliente 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.

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

La unidad de urología 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.
- **Clientes:** 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.

6.2.4. 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.

6.2.5. 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.

6.3. 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.
- **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.

7. 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.

**DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS CLAVE,
GESTIÓN Y SOPORTE**

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	CODIGO DE PROCESO	PC 01
------------------	--	------------------------------	--------------

RESUMEN

El proceso establece un modelo de gestión de la calidad basado en la autoevaluación de la Unidad de Urología, 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 miembro de la Unidad revisa sus actuaciones, procedimientos, procesos y relaciones con pacientes y otras partes interesadas.

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.

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	PC 01	
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 Urología, con la finalidad de identificar oportunidades para la mejora continua y, según el resultado obtenido, elaborar un plan de calidad específico de la Unidad.			
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Recoger un juicio crítico de todos los miembros de la Unidad de Urología, a través de la cumplimentación del cuestionario de autoevaluación de unidades clínicas ISO 9004 de 2009.		
	FINAL	Informe de resultados de la madurez en el desempeño y presentación del Plan de Calidad de la Unidad.		
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	25 horas	FRECUENCIA	1 Autoevaluación anual
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los miembros de la Unidad de Urología <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos ○ Personal de enfermería 		<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 la Unidad 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 • Fundación Universidad Nacional de Educación a Distancia (FUNED). Formación y apoyo metodológico. 			
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Profesor FUNED • Jefe de la Unidad • FEAS de la Unidad • Enfermería de la Unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de autoevaluación ISO 9004 de 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo de colaboración entre HUIC y FUNED. 	
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de resultados de la Autoevaluación. 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Calidad de la Unidad de Urología • Documento: mapa de procesos de la Unidad • Documento: libro de procesos de gestión y soporte • Documento: libro de procesos clínicos 				
COSTE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividades de dirección y organización clínica</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1830,00 €</td> </tr> </tbody> </table>	Actividades de dirección y organización clínica	TOTAL		1830,00 €
Actividades de dirección y organización clínica	TOTAL				
	1830,00 €				
MÉTRICAS	<p>Criterios: Los requisitos del proceso existen y son válidos tanto para proveedores como para clientes.</p> <p>Indicadores:</p> <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	Marcos Luján Galán				
OBSERVACIONES	<ol style="list-style-type: none"> I. Este proceso se aplicará en un futuro en dos tipos de subprocesos: <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. 				

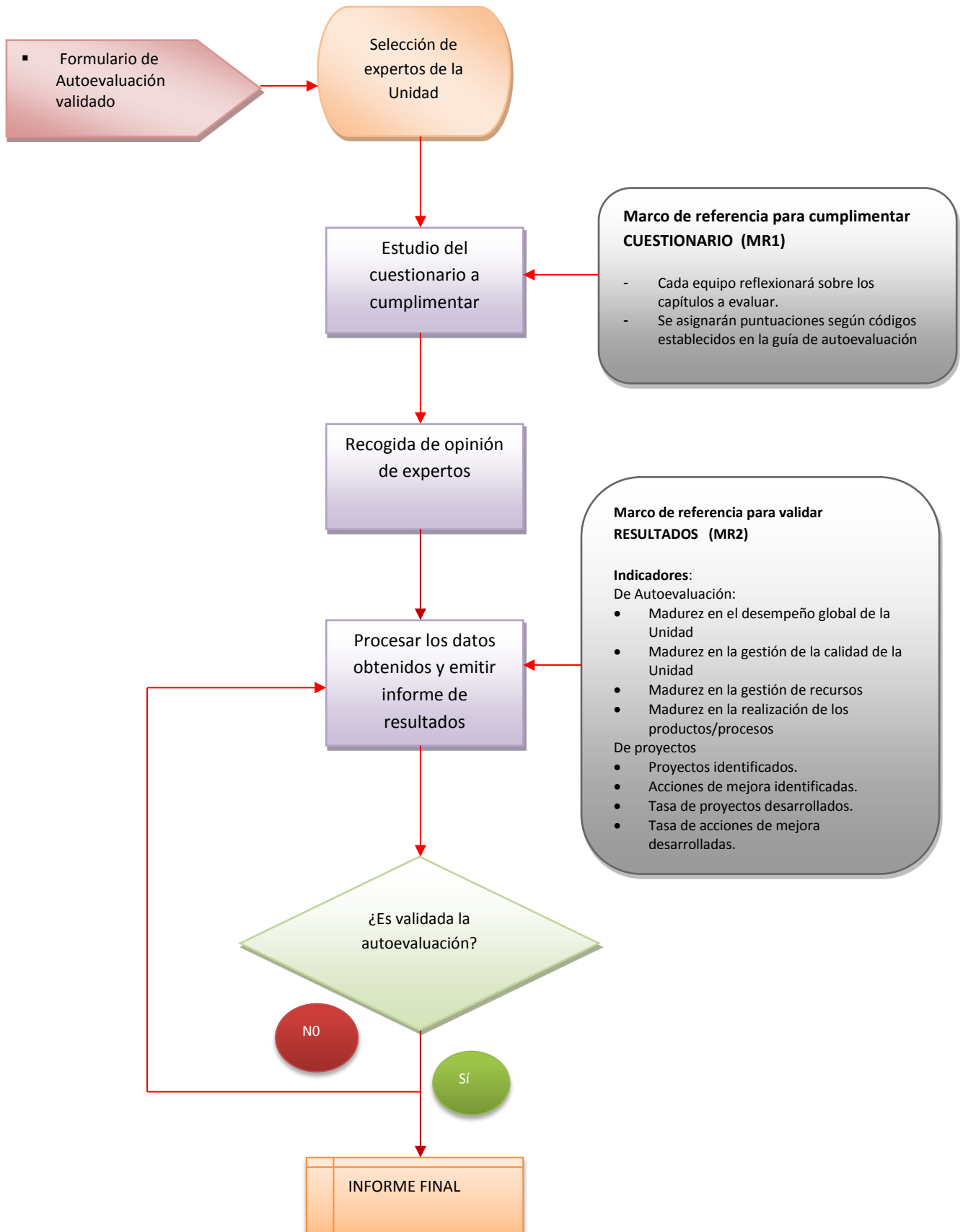
FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR NORMA ISO 9004 DE 2009		
CODIGO DE PROCESO	PC 01	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PC 01. Pr 01
FASE DE ORGANIZACIÓN			
<ul style="list-style-type: none">i. Establecer una autoevaluación preliminar para establecer el grado de maduración del STCO en el marco de la calidad total.ii. Diseñar el plan de calidad de la Unidad de Urología.iii. Monitorizar el plan de calidad.iv. Evaluar el plan de calidad.v. Reformular el plan de calidad.			
FASE OPERATIVA			
<ul style="list-style-type: none">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 PROCESOS

PROCESO : PC 01

GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR NORMA ISO 9004 DE 2009



PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL POR NORMA ISO 9004 DE 2009
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	AUTOEVALUACIÓN NORMA ISO 9004 DE 2008		CÓDIGO	PG04
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo en Euros
ACP	1	Dirección de Unidad	Organización de los equipos de trabajo	30	Anual	0,61	18,3
ACP	2	Dirección de Unidad	Hacer seguimiento de la mejora de la calidad de la Unidad	25	Anual	0,61	15,25
AEI	3	Aula Unidad	Recogida de la opinión y juicio de todos los profesionales de la Unidad a través de 5 reuniones	445	Anual	0,61	271,45
AEI	4	Aula Unidad	Procesamiento de la información recopilada	1500	Anual	0,61	915
AEI	5	Aula Unidad	Validar avances de resultados	500	Anual	0,61	305
AEI	6	Aula Unidad	Elaborar informe final	500	Anual	0,61	305
Observaciones: Sin observaciones				Total UTM	3000	Total Coste de las Actividades Gestionadas	1830,00 €

PG 01 ORGANIZACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	ORGANIZACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA	CODIGO DE PROCESO	PG 01
------------------	---	--------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso aborda la organización de la programación quirúrgica como función sistemática de la Unidad. 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 el proceso 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 :	ORGANIZACION QUIRURGICA		
TIPO DE PROCESO	GESTION	CÓDIGO	PG01
MISIÓN DEL PROCESO	Abordar las necesidades quirúrgicas propias de la especialidad de los enfermos que precisan dicha atención (intervenciones programadas) mediante el uso racional de los quirófanos asignados. La programación se realizará mediante un documento de "parte quirúrgico semanal" que facilite la mayor seguridad y calidad técnica en la atención a este respecto.		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Revisión por el Jefe de Unidad de los pacientes aptos para intervención en lista de espera quirúrgica (LEQ) y confección de un parte semanal de programación quirúrgica.	
	FINAL	Realización del informe relativo al acto quirúrgico (formulario con el protocolo de intervención).	
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	3-4 horas	FRECUENCIA Semanal
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	<ul style="list-style-type: none"> Plantilla médica (FEAs) de la Unidad de Urología. 		<ul style="list-style-type: none"> 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 de la Unidad de Urología 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 (humanos y materiales) necesarios para 		<ul style="list-style-type: none"> Organización quirúrgica coherente con cada caso. Adecuación del parte quirúrgico al tiempo y recursos (humanos y materiales) asignados en la jornada.

	desarrollar la actividad quirúrgica.		
PROVEEDORES	Jefe de Unidad: parte quirúrgico semanal. FEA: desarrollo del procedimiento operatorio en Área Quirúrgica.		
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> FEAs (2-3) asignados a 3 quirófanos semanales. 	<ul style="list-style-type: none"> Base de datos de la Unidad MS Access, MS Excel Selene 	<ul style="list-style-type: none"> Plantilla de organización de la Unidad de Urología. Programación quirúrgica semanal enviada al S Admisión en formato MS Excel.
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> Panel quirúrgico en aplicación Selene. Protocolo de intervención (Selene). 		
COSTE	Actividades de dirección y organización clínica		TOTAL
			521,67 €
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 Total Intervenciones Quirúrgicas con Hospitalización Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas, no Sustituidas Intervenciones Quirúrgicas Programadas Intervenciones Quirúrgicas Programadas con Hospitalización Total Intervenciones Quirúrgicas CMA Intervenciones Quirúrgicas Programadas Ambulantes Total Intervenciones Quirúrgicas Otros procedimientos Ambulantes Total Hospital de día Quirúrgico 		
RESPONSABLE	Marcos Luján Galán		
OBSERVACIONES	<ul style="list-style-type: none"> La cirugía urgente no se organiza según el presente proceso. Ver "PG05 Organización de la Urgencia". El parte de programación quirúrgica enviado al Servicio de Admisión contendrá la previsión de cirugía programada ambulante, mediante CMA o bien con hospitalización. El parte quirúrgico puede ser modificado en caso necesario según incidencias (aplazamientos por parte del paciente, por motivos médicos, y otras incidencias), con posteriores revisiones en Comité de Quirófano del Hospital. El parte de programación quirúrgica (hoja de MS Excel) incluirá al menos: <ul style="list-style-type: none"> Número de historia clínica. Diagnóstico(s) y procedimiento(s). Tipo de cirugía (ambulatoria, CMA u hospitalización). Fecha de programación. Orden de programación. Fecha límite de intervención (según consta en RULEQ). Necesidad de reserva de cama en UCI (Sí/No). Observaciones (instrucciones de ANR como suspensiones de 		

medicación, inclusión en el circuito de petición de pruebas cruzadas de sangre, o la hora a la que deben ingresar el día de la intervención).

- La programación quirúrgica se comunicará en tiempo y forma suficientes a: al equipo médico de la Unidad de Urología, 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.

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	ORGANIZACION QUIRURGICA		
CODIGO DE PROCESO	PG01	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG01. Pr01

FASE DE ORGANIZACIÓN

- La asignación a priori (por parte de Dirección Médica y el Servicio de Admisión) de los quirófanos disponibles para nuestra unidad se encuentra disponible en la intranet del Hospital en Z:\Directorio General\Planificacion Quirurgica. Esta asignación puede sufrir modificaciones en función de la demanda de los distintos servicios quirúrgicos.
- Confección (Jefe de Unidad) de la plantilla de organización del trabajo de la Unidad de Urología (semestral, no nominativa), en base a los quirófanos asignados.
- Confeccionar la plantilla de organización del trabajo de la Unidad de Urología (Jefe de Unidad) semanal, donde constan los facultativos responsables de las tareas).
- Confeccionar el parte de programación quirúrgica semanal en base a los pacientes aptos para intervención según el listado (por orden de fecha límite de intervención) aportado por la base de datos de la Unidad. Envío de dicho parte al Servicio de Admisión.
- Aviso a los pacientes por parte del Servicio de Admisión, dando a dichos pacientes las instrucciones correspondientes (según el campo “observaciones” del parto quirúrgico).
- Discusión del parte quirúrgico en la Comisión de Quirófano del Hospital. Si es necesario, se realizarán las modificaciones necesarias a lo largo de la semana.
- Publicación del parte definitivo en la sección de la aplicación Selene (“panel quirúrgico”), por parte del Servicio de Admisión.

FASE OPERATIVA

- Participación en la Sesión Clínica Prequirúrgica de la Unidad de Urología (sólo para casos especiales).
- Envío al personal facultativo, junto con la plantilla de organización de trabajo semanal de la Unidad, los partes quirúrgicos con los nombres de los cirujanos asignados y los números de historia de los pacientes a intervenir.
- Preparación quirúrgica (previa al ingreso) de los pacientes a intervenir (Jefe de Unidad):
 - Creación de un proceso nuevo independiente (Selene) del proceso de consulta (pacientes con hospitalización).
 - Notas de ingreso de hospitalización (resumen de historia clínica) dentro del nuevo proceso, para facilitar la revisión del caso por parte del personal facultativo (urólogos y anestelistas) y de enfermería de quirófano y de planta, y para facilitar la confección del informe de alta. Traspaso del acto clínico de la cirugía desde el proceso de consulta hasta el nuevo proceso.
 - Prescripciones relacionadas con la intervención (profilaxis antibiótica según protocolo, rasurados, ayunas, peticiones de analíticas, tratamientos a iniciar o a suspender).
- Personal de enfermería y facultativo de quirófano: Complimentación 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, documentos de consentimiento informado.
- Supervisión de disponibilidad de las pruebas, instrumental y tecnología necesaria para la intervención quirúrgica.
- Responsabilizarse o participar (según su papel en el equipo quirúrgico) activamente en la intervención quirúrgica, aplicando las técnicas más apropiadas al caso.
- Complimentar la información clínica en la aplicación Selene:
 - Protocolo/informe postoperatorio.
 - Emisión del informe de alta en pacientes ambulatorios o CMA con las recetas de

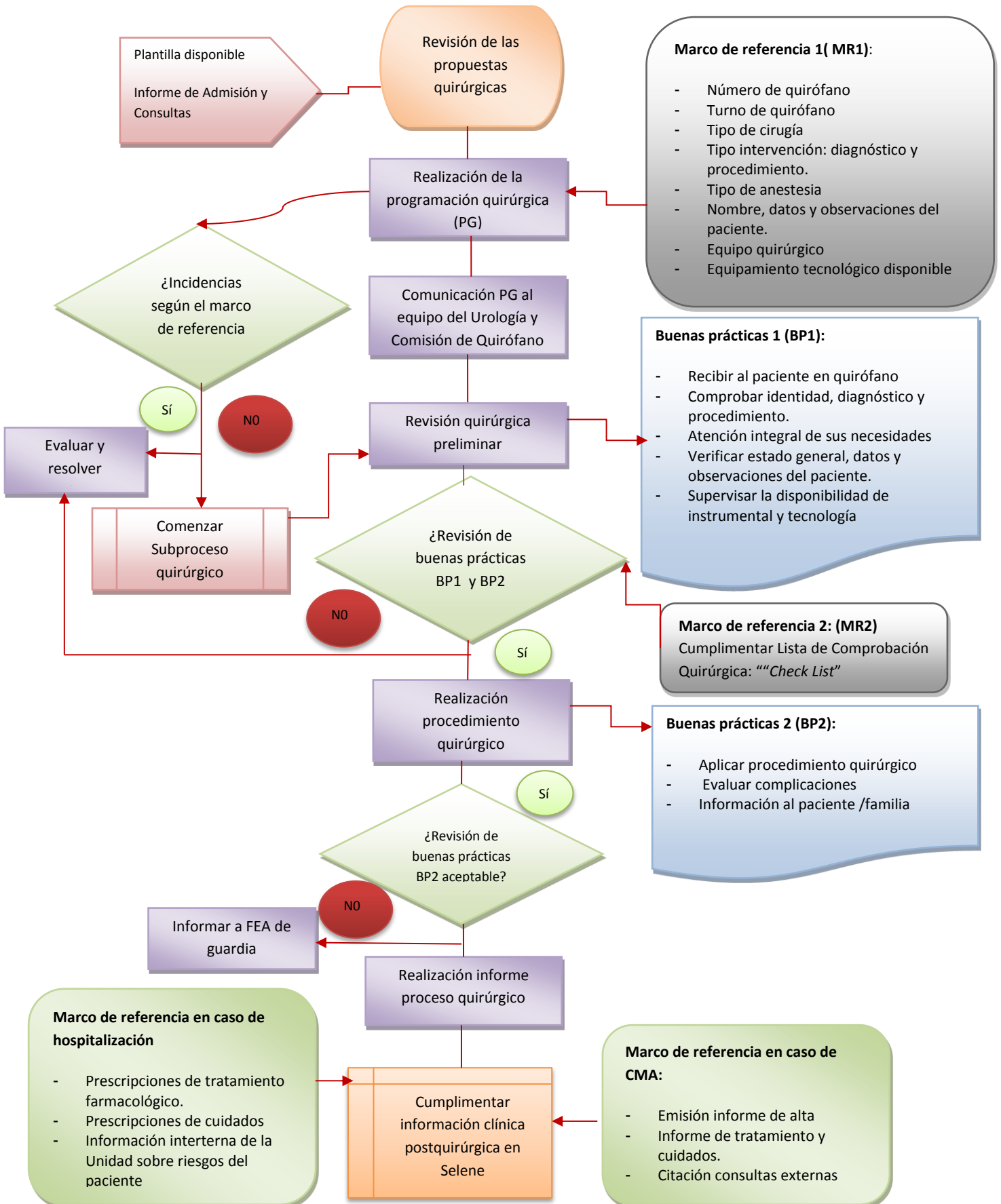
medicamentos prescritos, solicitud de revisión en Consultas Externas y pruebas complementarias.

- En los pacientes con hospitalización, prescripción de las órdenes de tratamiento (farmacológico y no farmacológico), interconsultas y pruebas complementarias que se precisen.
- Informar de situaciones complejas o de riesgo al médico de guardia que da continuidad a la atención en hospitalización.
- Información a los acompañantes del paciente de la intervención y del proceso terapéutico que seguirá el paciente.

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : PG01

ORGANIZACION QUIRURGICA



PROCESO: ORGANIZACIÓN DE LA CIRUGÍA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA		CÓDIGO	PG01
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Estimación de Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Confección (Jefe de Unidad) de la plantilla de organización del trabajo de la Unidad de Urología (semestral, no nominativa), en base a los quirófanos asignados.	13,80	6 horas semestrales (13,80 minutos por semana)	0,61	8,43
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Confeccionar la plantilla de organización del trabajo de la Unidad de Urología (Jefe de Unidad). semanal, donde constan los facultativos responsables de las tareas).	20	20 minutos semanales	0,61	12,22
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Confeccionar el parte de programación quirúrgica	60	1 hora por semana	0,61	36,66
ACP	Variable	Sala Dirección Médica	Discusión del parte quirúrgico por la Comisión de Quirófano del hospital	60	1 hora por semana	0,61	36,66
ACI	Variable	Sala Urología	Participación en la sesión clínica pre-quirúrgica de la Unidad de Urología (solo casos especiales)	120	2 horas por semana	0,61	77,32
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Envío al personal facultativo, junto con la plantilla de organización de trabajo semanal de la Unidad, los partes quirúrgicos con los nombres de los cirujanos asignados y los números de historia de los pacientes a intervenir.	20	20 minutos por semana	0,61	12,22
AEI	Variable	Dirección de Unidad	Preparación quirúrgica (previa al ingreso) de los pacientes a intervenir (Jefe de Unidad): creación procesos, notas de ingreso resumen historia, traspaso	360	6 horas por semana	0,61	219,96

			de actos clínicos, prescripciones, etc.				
AEC	Variable	Quirófano	Responsabilizarse o participar (según su papel en el equipo quirúrgico) activamente en la intervención quirúrgica, aplicando las técnicas más apropiadas al caso. Supervisión de disponibilidad de las pruebas, instrumental y tecnología necesaria para la intervención quirúrgica. Complimentación Selene (protocolo quirurgico, informes alta CMA, solicitud de revisiones y pruebas complementarias, prescripción órdenes tratamiento, interconsultas, pruebas complementarias).	0	2,5 quirófanos semanales por 2 cirujanos (2100 minutos de cirujanos semanales)	0,61	0
ACI	Variable	Quirófano	Informar de situaciones complejas o de riesgo al médico de guardia que da continuidad a la atención en hospitalización.	20	20 minutos por día	0,61	61,10
ACP	Variable	Quirófano	Información a los acompañantes del paciente de la intervención y del proceso terapéutico que seguirá el paciente.	20	20 minutos diarios	0,61	61,10
Observaciones:				Total UTM	693,80	Total Coste de las Actividades Gestionadas	Por Semana:
I. Los procedimientos quirúrgicos tienen un tiempo variable y no se imputan en este proceso. El cálculo de la actividad quirúrgica por TQE se realizará en cada uno de los procesos clínicos correspondientes.							521,67 €
							Por día:
							104, 3 €

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	CODIGO DE PROCESO	PG 02
------------------	---	--------------------------	--------------

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.

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.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO :	GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA		
TIPO DE PROCESO	GESTION	CÓDIGO	PG02
MISIÓN DEL PROCESO	Gestionar las necesidades de espera quirúrgica en el caso de los pacientes pendientes de ingreso programado, 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.	
	FINAL	Obtención de un listado de pacientes aptos para ser operados ordenados por fecha límite de intervención.	
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	No superior a 30 días desde consulta ANR	FRECUENCIA Semanal
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	Equipo quirúrgico (facultativos y enfermería)		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. 		<ul style="list-style-type: none"> Indicación quirúrgica correcta. Verificación de que todos los requisitos desde el punto de vista de nuestra especialidad (Urología) y desde ANR han sido satisfechos y que el paciente realmente está apto para ser intervenido.
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Comisión de quirófano: Dirección médica, Jefes de servicios quirúrgicos, Supervisión enfermería y Servicio de admisión. Jefe de Unidad de Urología. 		
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> Jefe de Servicio: plantilla de organización del trabajo. FEAS. Personal administrativo del soporte médico. Personal administrativo del S Admisión. 	<ul style="list-style-type: none"> Archivo LEQ programa Selene. Registro unificado de lista de espera CAM (RULEQ). Base de datos gestión LEQ Urología. 	<ul style="list-style-type: none"> 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. 		
COSTE	Actividades de dirección y organización clínica		TOTAL
			Por semana 403,00€ Por día: 80,6 €

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"> ○ Número y proporción de entradas en lista de espera. ○ Tasa de pacientes aptos para programación quirúrgica. ○ Número de pacientes que superan la demora máxima.
RESPONSABLE	Marcos Luján Galán
OBSERVACIONES	<p>La cirugía urgente no se organiza según el presente proceso. Ver “PG05 Organización de la Urgencia”. En los pacientes susceptibles de intervención urgente, existen peculiaridades sustanciales en cuanto a proceso y procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe una programación con antelación. El tiempo no lo marca la demora máxima autorizada sino la situación clínica del paciente. De este modo, la demora no suele superar las 24 horas. • No se realiza una programación en un quirófano asignado, sino que se realiza en el quirófano de urgencia (que se comparte para la atención urgente con el resto de especialidades quirúrgicas). • El facultativo de guardia es quien lleva a cabo la evaluación del paciente, la indicación quirúrgica, la gestión de su programación en el quirófano urgente, su preparación, así como la propia intervención.

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA		
CODIGO DE PROCESO	GESTIÓN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG02. Pr01

FASE DE ORGANIZACIÓN

Jefe de Unidad y personal administrativo del soporte médico: Mantenimiento de la base de datos de Urología. Simulación de necesidades quirúrgicas y control de las demoras.
 Jefe de Unidad: Programación de los partes de la semana siguiente y su envío por correo electrónico en formato MS Excel al personal administrativo de Admisión.
 Comisión De Quirófano: Reunión semanal y aprobación del parte semanal de programación quirúrgica de la Unidad de Urología.

FASE OPERATIVA

Jefe de Unidad (con carácter semanal):

- Revisión de las nuevas entradas. Su indicación quirúrgica correcta. Las notas de ANR de cara a la intervención (suspensión de medicación habitual, necesidad de sangre cruzada antes de la intervención, necesidad de reserva de cama de UCI, de analítica el día de la intervención y resto de indicaciones realizadas desde el servicio de ANR).
- Revisión del listado de pacientes pendientes de intervención ofrecido por la base de datos de Urología, ordenados por fecha límite de intervención. Simulación de los quirófanos que se necesitarán para los próximos 30 días y solicitud (si no basta con los asignados) de quirófanos extra al Servicio Admisión previa la presentación en MS Excel de dicha simulación con 30 días de proyección.

Facultativos y personal de enfermería de la Unidad de Urología (diario):

- Evaluación del paciente en consulta, indicación de intervención, petición de preoperatorio, consentimiento informado al paciente, así como inclusión en LEQ (aplicación Selene, registro de demanda).

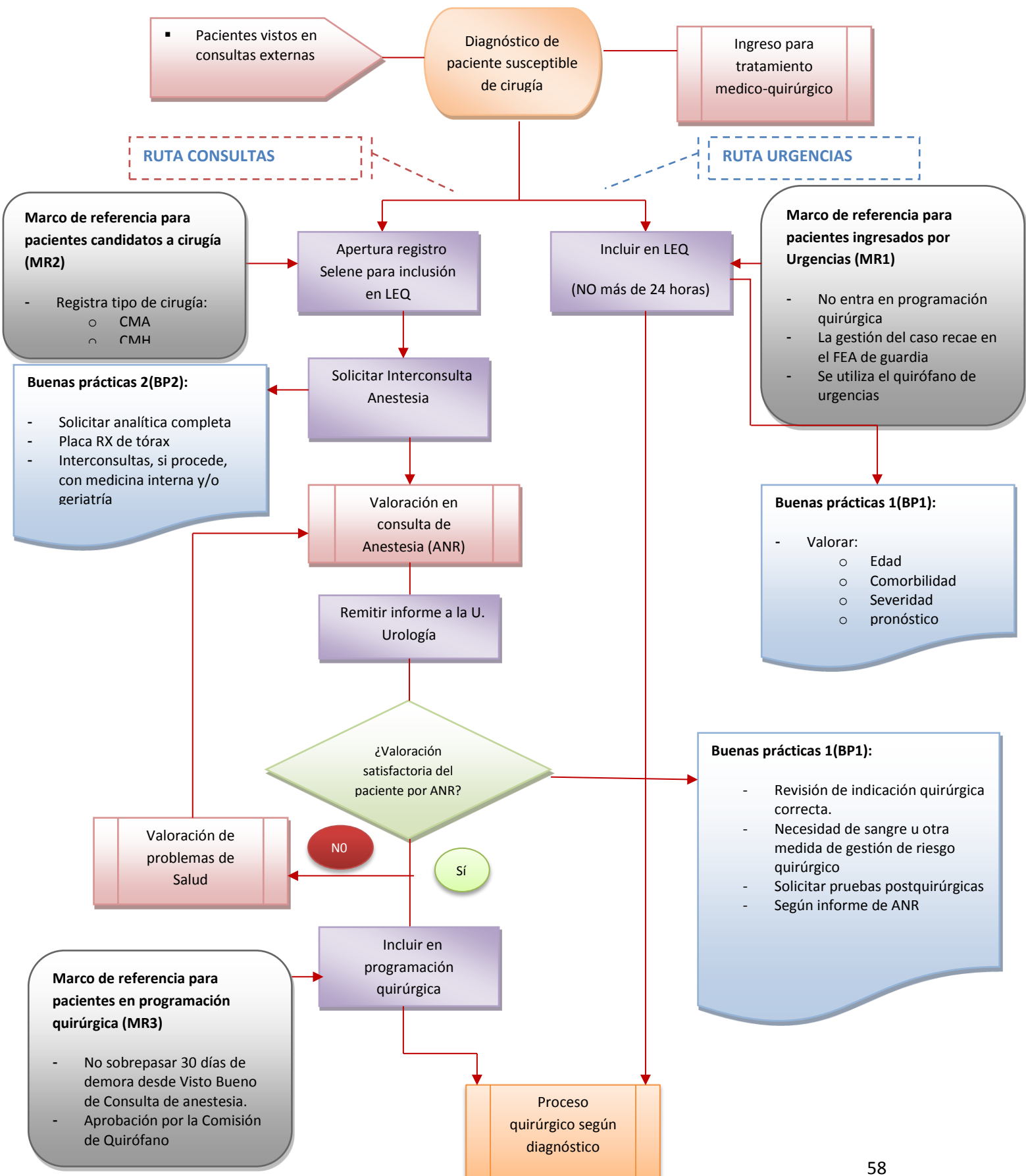
Personal administrativo del soporte médico (con carácter semanal):

- Descarga (MS Excel) de las nuevas entradas en LEQ (pacientes aptos por ANR y, por tanto, programables) desde la aplicación RULEQ de la CAM.
- Importación de estas nuevas entradas en la base de datos quirúrgica de Urología (MS Access).
- Revisión de la existencia de una consulta de ANR resultante como “apto quirúrgico” y de la existencia de consentimiento informado relacionado con la intervención indicada (aplicación Selene).
- Programación quirúrgica (ver proceso “PG01-Organización quirúrgica”).

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : PG02

GESTIÓN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA



PROCESO: GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	GESTIÓN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA		CÓDIGO	PG 02
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Estimación de la Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo en Euros
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Mantenimiento de la base de datos de urología: simulación de necesidades quirúrgicas y control de demoras	300	5 horas por semana	0,61	183,30
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Programación de los partes de la semana siguiente y su envío por correo electrónico en formato MS Excel a Admisión	30	30 minutos por semana	0,61	18,33
ACP	Variable	Sala dirección médica	Comisión de quirófano: reunión semanal y aprobación del parte semanal de programación quirúrgica de la Unidad	60	1 hora semanal	0,61	36,66
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Modificaciones partes quirúrgicos según incidencias	60	1 hora semanal	0,61	36,66
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Revisión de las nuevas entradas. Su indicación quirúrgica correcta. Las notas de ANR de cara a la intervención (suspensión de medicación habitual, necesidad de sangre cruzada antes de la intervención, necesidad de reserva de cama de UCI, de analítica el día de la intervención y resto de indicaciones realizadas desde el servicio de ANR).	180	3 horas semanales	0,61	109,98
ACP	Variable	Dirección de Unidad	Revisión del listado de pacientes pendientes de intervención ofrecido por la base de datos de Urología, ordenados por fecha límite de intervención. Simulación de los quirófanos que se necesitarán para los próximos 30 días y solicitud (si	30	30 minutos semanales	0,61	18,33

no basta con los asignados) de quirófanos extra al Servicio Admisión previa la presentación en MS Excel de dicha simulación con 30 días de proyección.

Observaciones	Total UTM	660 por semana	Total Coste de las Actividades Gestionadas	403,26 € por semana. 80,6 €/día
----------------------	------------------	-----------------------	---	--

PG 03. ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN	CODIGO DE PROCESO	PG.03
------------------	---	--------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso establece las condiciones necesarias para asegurar una atención médica integral a los pacientes ingresados dentro de la Unidad de Urología. 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 within the unit of Urology. Schedule rotation of troops in plant as well as the main tasks that must be performed in its working agenda. The process emphasizes the importance of coordination with other areas of assistance, mainly with the surgical area and emergency and affects good practices of clinical process control and the importance of accurate information and quality to patients and families.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO :	ORGANIZACION DE LA HOSPITALIZACION		
TIPO DE PROCESO	GESTION	CÓDIGO	PG03
MISIÓN DEL PROCESO	Abordar las necesidades clínicas propias de la especialidad de los enfermos ingresados en el Servicio de Urología mediante la asignación permanente de un FEA de lunes a viernes (los fines de semana y festivos las incidencias las atenderá 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 Hospitalización.	
	FINAL	Al finalizar su jornada en la planta de Hospitalización, informar al FEA de guardia de las incidencias y situación de los pacientes ingresados.	
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	7 horas diarias	FRECUENCIA Diario (lunes a viernes)
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	Plantilla de FEAs del Servicio de Urología		Pacientes ingresados
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer con antelación la agenda de trabajo (programa de rotaciones en planta). 2. Conocer las especificaciones que regulan la calidad técnica en la organización del trabajo en planta. 3. Disponer de los recursos técnicos necesarios para desarrollar las actividades. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Que la programación se realice con la antelación suficiente. 2. Que existan protocolos y vías clínicas que reduzcan al mínimo la variabilidad o dudas ante las situaciones clínicas. 3. Que los recursos asignados (humanos y materiales) se adecúen a la carga real de trabajo.
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Unidad de Urología. • FEA destinado al área de hospitalización 		
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS
	Equipo de la Unidad de Urología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscapersonas. 2. Historia clínica electrónica (Selene). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plantilla de organización del S. Urología. 2. Procedimiento operativo del proceso. 3. Protocolos y vías clínicas.
SALIDAS	<p>Producto final: Agenda de programación del área de hospitalización.</p> <p>Productos intermedios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de los pacientes para cirugía. • Visita médica a los pacientes ingresados en nuestro Servicio, incluyendo anamnesis, exploración física. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Altas según estándar de estancia media de los procesos clínicos. • Respuesta a las solicitudes de interconsulta: visita médica y evaluación de los pacientes de otros servicios. • Prescripción de tratamientos. • Petición de pruebas diagnósticas. • Petición de interconsultas a otros servicios. • Hacer constar en Historia Clínica de las notas evolutivas correspondientes. • Elaboración de informes de alta. 				
COSTE	<table border="1"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">TOTAL</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">254,74 €</td> </tr> </table>		TOTAL		254,74 €
	TOTAL				
	254,74 €				
MÉTRICAS	<p>Criterios: Los requisitos del proceso existen y son válidos tanto para proveedores como para clientes.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasa de rotación médica en Hospitalización. Estándar 1 rotación / 4 semanas. • Estancia media censal. • Número de ingresos (programados y urgentes). • Exitus. • Ingresos por traslado de servicio. • Altas totales. • Altas por traslado de servicio. • Interconsultas con otros servicios. 				
RESPONSABLE	Marcos Luján Galán				
OBSERVACIONES	<ol style="list-style-type: none"> I. El proceso de hospitalización resulta probablemente el proceso mas heterogéneo dada la variedad de áreas que cubre (hospitalización, urgencias e interconsultas de otros servicios) y las peculiaridades organizativas del Servicio de Urología (guardia localizada, prestación asistencial de alta resolución, optimización de la hospitalización y del alta hospitalaria). II. La optimización de los procesos clínicos vinculados con la hospitalización nos ha permitido mejorar la atención y conseguir disminuir la estancia hospitalaria y reducir así el número de pacientes hospitalizados. De ello se deriva que la principal carga de trabajo dentro de este proceso surja de las interconsultas generadas por otros servicios y especialmente del Servicio de Urgencias. III. El manejo de estas interconsultas generadas por otros servicios generalmente conlleva (siguiendo la filosofía general del servicio de ser lo mas resolutivo posibles) la realización de tantas pruebas complementarias sean necesarias por nuestra parte (ecografía urológica, cistoscopia, flujometría, estudios urodinámicos, etc.) y, en muchos casos, la realización de tantas maniobras médicas o quirúrgicas sean necesarias para su resolución. IV. Asimismo, debemos implementar un mecanismo de registro y sistematización de esta actividad para cuantificar la que supone la principal carga dentro de este proceso de gestión. 				

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	ORGANIZACION DE LA HOSPITALIZACION		
CODIGO DE PROCESO	PG03	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG 03 Pr 1

FASE DE ORGANIZACIÓN

Todo ello con carácter semanal, a cargo del Jefe de Unidad.

1. Confección del planning semanal donde se asigna el FEA responsable para la atención en la planta de Hospitalización.
2. Envío de dicho planning por correo electrónico la semana previa a todos los miembros del servicio (facultativos y enfermería).

FASE OPERATIVA

Equipo Médico: Todo ello con carácter diario, a cargo del FEA responsable de la planta de Hospitalización.

- I. Lectura del informe de hospitalización del día anterior.
- II. Revisión del número y características de los pacientes ingresados.
- III. Revisión de los procedimientos realizados e incidencias de los pacientes intervenidos.
- IV. Visita (anamnesis, exploración física, revisión de pruebas complementarias, juicio clínico, decisiones terapéuticas) a los pacientes ingresados.
- V. Visita y respuesta a las interconsultas solicitadas desde otros servicios.
 - a. Interconsultas sin pruebas complementarias.
 - b. Interconsultas con pruebas complementarias.
 - c. Interconsultas que precisa manejo quirúrgico urgente.
- VI. Información a paciente y a familiares.
- VII. Petición de pruebas diagnósticas, prescripción de tratamientos, solicitud de interconsulta a otros servicios.
- VIII. Cumplimentación de la Historia Clínica electrónica.
- IX. Elaboración de informes de alta. Cumplimentación de recetas oficiales.
- X. Informe final de estado de la planta de Hospitalización al FEA responsable de guardia. Si la magnitud de las incidencias lo requieren, también al Jefe de Unidad.

Equipo de enfermería en hospitalización: Todo ello con carácter diario del equipo de enfermería

Cambio de turno personal enfermería(enfermeras-auxiliares) N/M

- Revisar dieta
- Toma de constantes y glucemias
- Revisión la medicación que ha dejado preparada el T/N
- Reparto de medicación
- Recepción de ingresos programados para quirófanos de la mañana salvo el primero
- Confirmar tratamiento. de IP, pruebas cruzadas s/p y rasurado por TIGA
- Aseo de los pacientes ingresados (pueden ser dependientes o independientes), movilizaciones, levantar sillón, etc.
- Acompañar al médico en el pase de visita
- Curas
- Preparar medicación del T/T y repartir la de las 13:00
- Medida de diuresis
- Reparto de comidas

Cambio turno M/T

- Toma de constantes

- Preparación medicación T/N y reparto de la del T/T
- Recepción de pacientes de UCI y urgencias
- Levantar pacientes
- Reparto de meriendas
- Curas del turno
- Acostar pacientes
- Reparto de cenas
- Medida de diuresis

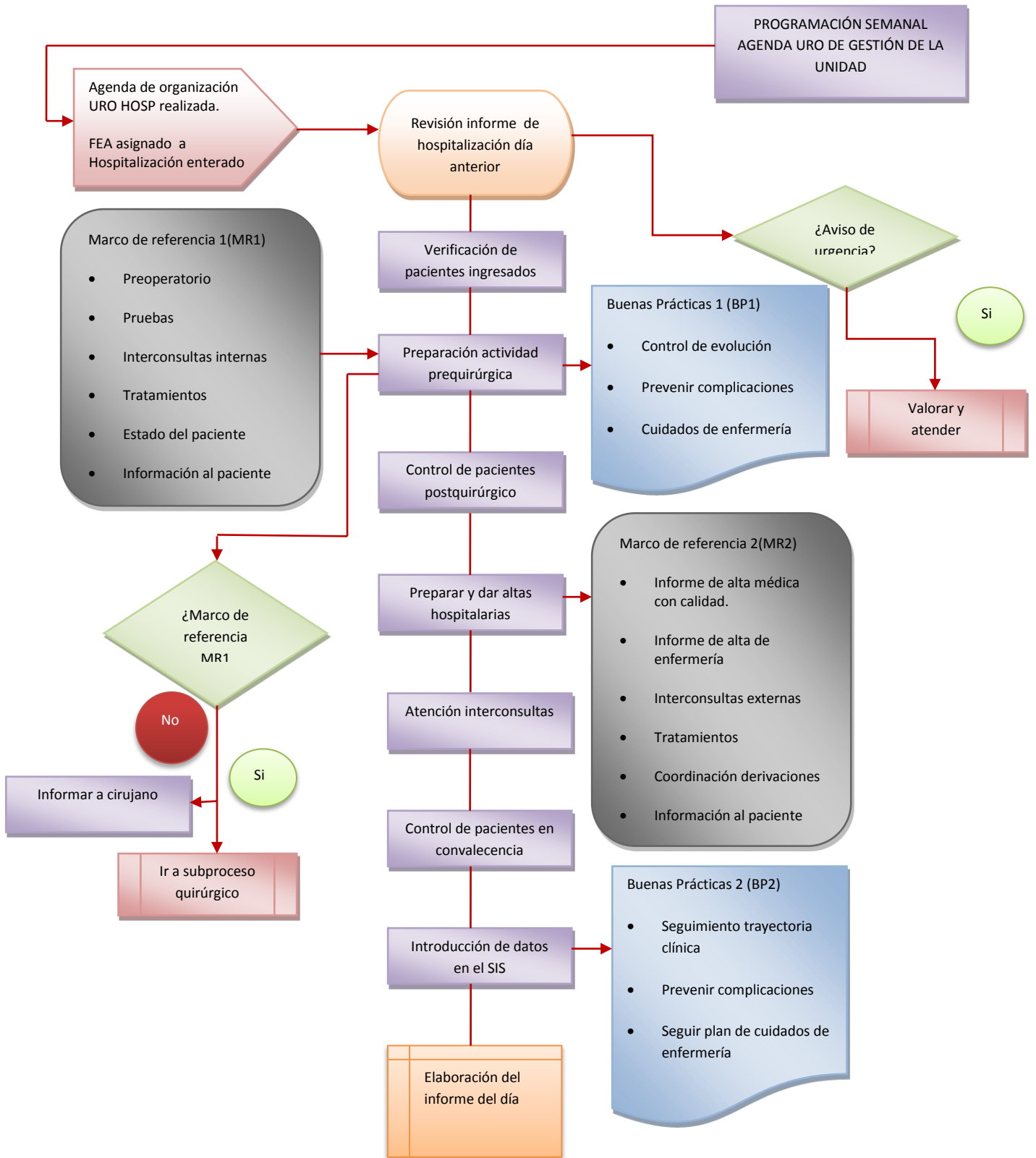
Cambio de turno T/N

- Toma de constantes de pacientes intervenidos en el día y gráficas especiales
- Reparto de medicación pautada
- Preparación de la medicación del turno de mañana
- Realización de los informes de enfermería al alta,
- Extracción y preparación de analíticas a las 7:00
- Recepción de ingresos programados

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : PG 03

ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN



PROCESO: ORGANIZACIÓN DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN
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	Estimación de Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo
ACP	variable	Dirección Unidad	Confeción plantilla organización Unidad de Hospitalización	20	20 minutos semanales	0,61	2,44 €
ACP	variable	Dirección Unidad	Trasladar a FEA planning de la Unidad por correo electrónico	10	10 minutos semanales	0,61	1,22 €
AEI	01	Hospitalización	Revisión/información informe entrada salida de guardia	15	1	0,61	9,17 €
AEI	02	Hospitalización	Verificación de pacientes ingresados	15	1	0,61	9,17 €
AEC	03	Hospitalización	Visita (anamnesis, exploración física, revisión de pruebas complementarias, juicio clínico, decisiones terapéuticas) a los pacientes ingresados	15	4,32	0,61	39,59 €
AEA	04	Hospitalización	Atención interconsultas internas SIN pruebas complementarias	15	2	0,61	18,33 €
AEA	05	Hospitalización	Atención Interconsultas internas CON pruebas complementarias	25	3	0,61	45,83 €
AEA	06	Hospitalización	Atención interconsultas internas que precisen manejo quirúrgico urgente	120	0,30	0,61	22 €
ACP	07	Hospitalización	Información a paciente/familia	5	4,32	0,61	13,20 €
AEC	08	Hospitalización	Petición de pruebas diagnósticas, prescripción de tratamientos, solicitud de interconsultas a otros servicios	8	4,32	0,61	21,12 €
AEA	09	Hospitalización	Introducción de datos en el SIS	8	9,62	0,61	47,02 €
AEC	10	Hospitalización	Elaboración de informes de alta con cumplimentación	20	1,10	0,61	13,44 €

de recetas oficiales

AEI	11	Hospitalización	Informe final de estado de la planta de hospitalización al FEA responsable de guardia/jefe de unidad	20	1	0,61	12,22 €
Observaciones:				Total UTM	276	Total Coste de las Actividades Gestionadas	254,74 €

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	CODIGO DE PROCESO	PG 04
------------------	---	------------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso traza la organización de la demanda (a veces controlada y a veces no) de pacientes ambulatorios 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 :	ORGANIZACION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS		
TIPO DE PROCESO	GESTION	CÓDIGO	PG04
MISIÓN DEL PROCESO	Adecuar y planificar la atención ambulatoria propia de la especialidad de todos los pacientes derivados desde Atención Primaria, de otras áreas del servicio de Urología, y de otras especialidades médico-quirúrgicas del Hospital.		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Organización semestral de la oferta de consultas (Jefe de Unidad).	
	FINAL	Habilitación de las herramientas informáticas que permiten la citación de los pacientes (Servicio de Admisión).	
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	Consultas diarias	FRECUENCIA semanal
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	Personal médico y de enfermería del S. Urología.		Pacientes derivados a nuestra Unidad.
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer con la antelación suficiente las agendas de trabajo. 2. Racionalización de las agendas según los recursos humanos y materiales disponibles. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Locales y material de consultas adecuados dentro del horario de jornada laboral. 2. Personalización de las consultas de ambulatorio, por facultativo y día de la semana. 3. Adecuación de la actividad y recursos en la asignación de tareas en el área de consulta.
PROVEEDORES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe de Unidad: confección de la agenda de consultas externas: distribución del personal médico y de enfermería según programación. 2. Servicio de Admisión: creación de la estructura informática de las agendas de consulta planificadas. 3. FEAs, enfermera, auxiliar de enfermería: pase de consultas. 4. Servicios centrales: diagnóstico por imagen, laboratorio, anatomía patológica, admisión, otros servicios del Hospital. 		
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe de Unidad. 2. FEAs. 3. Enfermera y auxiliar de enfermería. 4. Personal administrativo S. Admisión. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Microsoft Excel. 2. Aplicación Selene (sistema de información historia clínica electrónica). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación semestral (Jefe de Unidad). 2. Definición estructuras de agendas (Admisión) disponible en unidad z.
SALIDAS	Planificación de agendas de consulta entregada a personal facultativo y de enfermería de la Unidad.		
COSTE			TOTAL
			274,95 €

MÉTRICAS	<p>Criterios: Los requisitos del proceso existen y son válidos tanto para proveedores como para clientes.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Total consultas externas. • Primeras consultas. • Consultas sucesivas. • Primeras de alta resolución. • Primeras no de alta resolución. • Pacientes no presentados. • Pacientes no presentados en primeras consultas. • Pacientes no presentados en consultas sucesivas. • Relación sucesivas / primeras. • Relación primeras visitas / día. • Relación consultas alta resolución / primeras. • Relación pacientes no presentados / total citas. • Relación primeras no presentadas / primeras. • Relación sucesivas no presentadas / sucesivas. • Demoras media y máxima de primeras consultas. • Demoras media y máxima de consultas sucesivas. • Demoras media y máxima para pruebas diagnósticas de la Unidad. 																																																												
RESPONSABLE	Marcos Luján Galán																																																												
OBSERVACIONES	<p>Las agendas de consulta y pruebas complementarias son las siguientes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="448 1010 608 1032">Agenda</th> <th data-bbox="608 1010 938 1032">Descripción</th> <th data-bbox="938 1010 1294 1032">Configuración admisión</th> <th data-bbox="1294 1010 1497 1032">Recursos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="448 1032 608 1193">PA_URO01</td> <td data-bbox="608 1032 938 1193">Citaciones desde primaria y otras especialidades.</td> <td data-bbox="938 1032 1294 1193">De 9:00 a 14:20h miércoles, no abierta por defecto (según demoras y disponibilidad de recursos humanos). Estructura (nuevos/revisiones) según necesidades del servicio.</td> <td data-bbox="1294 1032 1497 1193">1 facultativo (no personalizada)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1193 608 1245">PA_URO02</td> <td data-bbox="608 1193 938 1245">Citaciones desde primaria y otras especialidades.</td> <td data-bbox="938 1193 1294 1245">De 8:30 a 14:30h (viernes). 60% nuevos, 40% revisiones.</td> <td data-bbox="1294 1193 1497 1245">1 facultativo (Luján)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1245 608 1299">PA_URO03</td> <td data-bbox="608 1245 938 1299">Citaciones desde primaria y otras especialidades.</td> <td data-bbox="938 1245 1294 1299">De 8:30 a 14:30h (lunes). 60% nuevos, 40% revisiones.</td> <td data-bbox="1294 1245 1497 1299">1 facultativo (Diz)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1299 608 1352">PA_URO04</td> <td data-bbox="608 1299 938 1352">Citaciones desde primaria y otras especialidades.</td> <td data-bbox="938 1299 1294 1352">De 8:30 a 14:30h (martes). 60% nuevos, 40% revisiones.</td> <td data-bbox="1294 1299 1497 1352">1 facultativo (Chiva)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1352 608 1406">PA_URO05</td> <td data-bbox="608 1352 938 1406">Citaciones desde primaria y otras especialidades.</td> <td data-bbox="938 1352 1294 1406">De 8:30 a 14:30h (miércoles). 60% nuevos, 40% revisiones.</td> <td data-bbox="1294 1352 1497 1406">1 facultativo (Martín)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1406 608 1460">PA_URO05</td> <td data-bbox="608 1406 938 1460">Citaciones desde primaria y otras especialidades.</td> <td data-bbox="938 1406 1294 1460">De 8:30 a 14:30h (jueves). 60% nuevos, 40% revisiones.</td> <td data-bbox="1294 1406 1497 1460">1 facultativo (Pascual)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1460 608 1514">PA_UROSINP</td> <td data-bbox="608 1460 938 1514">Revisiones (consulta no presencial)</td> <td data-bbox="938 1460 1294 1514">De 09:00-12:00h viernes (12 pacientes, 10 min intervalo)</td> <td data-bbox="1294 1460 1497 1514">1 facultativo</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1514 608 1568">PA_UROLIT</td> <td data-bbox="608 1514 938 1568">Consulta monográfica Lunes: litiasis.</td> <td data-bbox="938 1514 1294 1568">De 9:00 a 14:30h miércoles. 100% revisiones. 15 min intervalo.</td> <td data-bbox="1294 1514 1497 1568">1 facultativo (Pascual)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1568 608 1641">PA_UROPTUM</td> <td data-bbox="608 1568 938 1641">Consulta monográfica Jueves: patología urológica oncológica.</td> <td data-bbox="938 1568 1294 1641">De 9:00 a 14:30h miércoles. 100% revisiones. 15 min intervalo.</td> <td data-bbox="1294 1568 1497 1641">1 facultativo (Luján)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1641 608 1718">PA_UROAMB</td> <td data-bbox="608 1641 938 1718">Consulta de patología quirúrgica ambulatoria.</td> <td data-bbox="938 1641 1294 1718">De 11:00 a 14:00h martes. 100% nuevas consultas, 7 pacientes, 20 min intervalo.</td> <td data-bbox="1294 1641 1497 1718">1 enfermera (facultativo apoyo)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1718 608 1771">PA_UROECO</td> <td data-bbox="608 1718 938 1771">Ecografía urológica (de revisiones) y biopsia prostática.</td> <td data-bbox="938 1718 1294 1771">De 8:50h a 14:30h viernes. (17 pacientes, 20 min intervalo).</td> <td data-bbox="1294 1718 1497 1771">1 facultativo + 1 enfermera</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1771 608 1825">PA_UROCIS</td> <td data-bbox="608 1771 938 1825">Cistoscopias.</td> <td data-bbox="938 1771 1294 1825">De 8:30h a 14:20h lunes. (13 pacientes, 25 min intervalo).</td> <td data-bbox="1294 1771 1497 1825">1 facultativo + 1 enfermera</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1825 608 1960">PA_UROEST</td> <td data-bbox="608 1825 938 1960">Consulta monográfica patología funcional urológica (suelo pélvico) y estudios urodinámicos.</td> <td data-bbox="938 1825 1294 1960">De 9:00h a 12:00h, miércoles con periodicidad mensual. Consulta sucesiva (15 min). Manometría y estudios urodinámicos (45 min)</td> <td data-bbox="1294 1825 1497 1960">1 facultativo + 1 enfermera</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1960 608 2038">PA_UROLEQ</td> <td data-bbox="608 1960 938 2038">Pacientes de otros Centros para cirugía de tarde (jornadas extraordinarias)</td> <td data-bbox="938 1960 1294 2038">09:00-13:30, intervalo 10 min (máximo 27 pacientes). Viernes.</td> <td data-bbox="1294 1960 1497 2038">1 facultativo</td> </tr> </tbody> </table>	Agenda	Descripción	Configuración admisión	Recursos	PA_URO01	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 9:00 a 14:20h miércoles, no abierta por defecto (según demoras y disponibilidad de recursos humanos). Estructura (nuevos/revisiones) según necesidades del servicio.	1 facultativo (no personalizada)	PA_URO02	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (viernes). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Luján)	PA_URO03	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (lunes). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Diz)	PA_URO04	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (martes). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Chiva)	PA_URO05	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (miércoles). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Martín)	PA_URO05	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (jueves). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Pascual)	PA_UROSINP	Revisiones (consulta no presencial)	De 09:00-12:00h viernes (12 pacientes, 10 min intervalo)	1 facultativo	PA_UROLIT	Consulta monográfica Lunes: litiasis.	De 9:00 a 14:30h miércoles. 100% revisiones. 15 min intervalo.	1 facultativo (Pascual)	PA_UROPTUM	Consulta monográfica Jueves: patología urológica oncológica.	De 9:00 a 14:30h miércoles. 100% revisiones. 15 min intervalo.	1 facultativo (Luján)	PA_UROAMB	Consulta de patología quirúrgica ambulatoria.	De 11:00 a 14:00h martes. 100% nuevas consultas, 7 pacientes, 20 min intervalo.	1 enfermera (facultativo apoyo)	PA_UROECO	Ecografía urológica (de revisiones) y biopsia prostática.	De 8:50h a 14:30h viernes. (17 pacientes, 20 min intervalo).	1 facultativo + 1 enfermera	PA_UROCIS	Cistoscopias.	De 8:30h a 14:20h lunes. (13 pacientes, 25 min intervalo).	1 facultativo + 1 enfermera	PA_UROEST	Consulta monográfica patología funcional urológica (suelo pélvico) y estudios urodinámicos.	De 9:00h a 12:00h, miércoles con periodicidad mensual. Consulta sucesiva (15 min). Manometría y estudios urodinámicos (45 min)	1 facultativo + 1 enfermera	PA_UROLEQ	Pacientes de otros Centros para cirugía de tarde (jornadas extraordinarias)	09:00-13:30, intervalo 10 min (máximo 27 pacientes). Viernes.	1 facultativo
Agenda	Descripción	Configuración admisión	Recursos																																																										
PA_URO01	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 9:00 a 14:20h miércoles, no abierta por defecto (según demoras y disponibilidad de recursos humanos). Estructura (nuevos/revisiones) según necesidades del servicio.	1 facultativo (no personalizada)																																																										
PA_URO02	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (viernes). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Luján)																																																										
PA_URO03	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (lunes). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Diz)																																																										
PA_URO04	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (martes). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Chiva)																																																										
PA_URO05	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (miércoles). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Martín)																																																										
PA_URO05	Citaciones desde primaria y otras especialidades.	De 8:30 a 14:30h (jueves). 60% nuevos, 40% revisiones.	1 facultativo (Pascual)																																																										
PA_UROSINP	Revisiones (consulta no presencial)	De 09:00-12:00h viernes (12 pacientes, 10 min intervalo)	1 facultativo																																																										
PA_UROLIT	Consulta monográfica Lunes: litiasis.	De 9:00 a 14:30h miércoles. 100% revisiones. 15 min intervalo.	1 facultativo (Pascual)																																																										
PA_UROPTUM	Consulta monográfica Jueves: patología urológica oncológica.	De 9:00 a 14:30h miércoles. 100% revisiones. 15 min intervalo.	1 facultativo (Luján)																																																										
PA_UROAMB	Consulta de patología quirúrgica ambulatoria.	De 11:00 a 14:00h martes. 100% nuevas consultas, 7 pacientes, 20 min intervalo.	1 enfermera (facultativo apoyo)																																																										
PA_UROECO	Ecografía urológica (de revisiones) y biopsia prostática.	De 8:50h a 14:30h viernes. (17 pacientes, 20 min intervalo).	1 facultativo + 1 enfermera																																																										
PA_UROCIS	Cistoscopias.	De 8:30h a 14:20h lunes. (13 pacientes, 25 min intervalo).	1 facultativo + 1 enfermera																																																										
PA_UROEST	Consulta monográfica patología funcional urológica (suelo pélvico) y estudios urodinámicos.	De 9:00h a 12:00h, miércoles con periodicidad mensual. Consulta sucesiva (15 min). Manometría y estudios urodinámicos (45 min)	1 facultativo + 1 enfermera																																																										
PA_UROLEQ	Pacientes de otros Centros para cirugía de tarde (jornadas extraordinarias)	09:00-13:30, intervalo 10 min (máximo 27 pacientes). Viernes.	1 facultativo																																																										

	PA_ENFURO	Dilataciones uretrales, curas	Lunes de todas las semanas	1 facultativo + 1 enfermera
--	------------------	-------------------------------	----------------------------	-----------------------------

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	ORGANIZACION DE LAS CONSULTAS EXTERNAS		
CODIGO DE PROCESO	PG04	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG04-Pr1

FASE DE ORGANIZACIÓN

Jefe de Unidad:

- I. Confeccionar de modo semestral la plantilla de organización de consultas de Urología, dentro de la planificación global de la Unidad de Urología.
- II. Comunicación de dicha planificación al Servicio de Admisión, para que procedan con la aperturas y cierres de agendas para adecuar el sistema informático de acuerdo a dicha plantilla de organización y permitir la citación en las agendas habilitadas.
- III. Insertar la plantilla en la Intranet de la Unidad de Urología. Comunicar dicha planificación a todo el personal de la Unidad (facultativo y enfermería) por medio del correo electrónico.
- IV. Seguimiento y control de métricas del proceso.
- V. Revisión del proceso en el plazo establecido.

FASE OPERATIVA

FEAs:

En primera visita:

- I. Realización de historia clínica con anamnesis y exploración física correctas.
- II. Revisión de los documentos clínicos aportados por el paciente (informes, pruebas diagnósticas, etc.).
- III. Solicitud (si procede) de pruebas diagnósticas según la hipótesis diagnóstica establecida por el médico y según los protocolos del servicio.
- IV. Informar al paciente y familiares acerca de situación clínica y decisiones tomadas, validando el consentimiento del paciente.
- V. Establecer (según proceda en cada caso) tratamiento específico del problema detectado, trámites para inclusión en lista de espera quirúrgica, derivación a otros servicios o a otros centros, o bien alta.
- VI. Apoyo en la consulta de patología quirúrgica ambulatoria (realizada por la enfermera).
- VII. Registro en el sistema informático de información clínica, captura de la actividad de la consulta (consulta estándar o de alta resolución).

En visitas sucesivas:

- I. Valoración de las pruebas diagnósticas solicitadas.
- II. Informar al paciente y familiares acerca de situación clínica y decisiones tomadas, validando el consentimiento del paciente.
- III. Establecer (según proceda en cada caso) tratamiento específico del problema detectado, trámites para inclusión en lista de espera quirúrgica, derivación a otros servicios o a otros centros, o bien alta.
- IV. Petición de otra consulta sucesiva y de nuevas pruebas complementarias si la situación lo requiere.
- V. Expedición de recetas de medicamentos (prescripciones) y servicios (transporte sanitario, tratamientos en Hospital de Día), etc. bien cumplimentadas y considerando la normativa vigente de la Comunidad de Madrid.
- VI. Registro en el sistema informático de información clínica, captura de la actividad de la consulta.

Agendas de pruebas diagnósticas.

- I. Realización de ecografía urológica y biopsia prostática, cistoscopia, urodinamia, etc.
- II. Captura de la actividad en el sistema informático.

Personal de enfermería:

- I. Recepción de pacientes. Recepción y bienvenida a los pacientes citados en la sala de espera. Comunicarles la espera hasta ser avisados mediante megafonía, e indicar la preparación específica en caso de estar citados en agendas de pruebas diagnósticas.

- II. Atención a los pacientes citados en la consulta de enfermería.
- III. Consulta de patología quirúrgica ambulatoria. Atención directa de los pacientes. Anamnesis y exploración física. Información acerca del procedimiento indicado y riesgos. Registro de demanda. Comunicación con el facultativo de apoyo y recogida su firma en el documento de consentimiento informado, así como archivo de dicho documento.
- IV. Consultas de pruebas diagnósticas. Preparación, esterilización de material (cistoscopio, aparato de urodinámica, ecógrafo, material para biopsia y punción, etc.), lavado y recogida del mismo.
- V. Realización de ecografía urológica. Apoyo en la consulta de urología mediante la realización de ecografía urológica (consulta de alta resolución). Agendas de ecografía urológica, con realización de ecografías (con el apoyo del facultativo si la situación clínica lo requiere), con la excepción de la biopsia prostática (donde la función de la enfermera es de apoyo al facultativo).
- VI. Instrucciones a los pacientes después de la consulta médica. Citación de pruebas diagnósticas en agendas de nuestra Unidad, instrucciones de preparación para pruebas citadas que lo requieren (biopsia prostática, urografía intravenosa, etc.). Recogida, comprobación de cumplimentación correcta y archivo de documentos de consentimiento informado.
- VII. Programación, prescripción, realización de las pruebas específicas correspondientes a los tratamientos de instilación intravesical de BCG o mitomicina C.
- VIII. Captura de la actividad de pruebas diagnósticas imprevistas en el sistema informático (ecografías, cistoscopias, urodinamia, etc.).

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : 04

ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

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

Inclusión del paciente en agenda de consultas URO

- 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 urología
 - Inclusión en lista de espera por el servicio de Admisión

Paciente en Agenda Primera Visita:
PA_URO
01/02/03/04/05

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 UROAMB/UROECO
 - Citar paciente para procedimiento quirúrgico (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

Alta o derivación

Remitir al paciente a citas

- Marco de referencia para Citar según tipo de proceso clínico en:**
- PA_UROSINP
 - PA_UROLIT
 - PA_UROPTUM
 - PA_UROECO
 - PA_UROCIS
 - PA_UROEST
 - PA_UROLEQ
 - PA_ENFURO

Paciente en Agenda de visita sucesiva

Paciente en Agenda preferente URO PREF

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

PROCESO: ORGANIZACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	RESPONSABLE	JEFE DE UNIDAD			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 de Unidad		Confeccionar de modo semestral la plantilla de organización de consultas de Urología, dentro de la planificación global de la Unidad de Urología. (Semestral)	2,76	1 6 horas semestrales/ 2,76 minutos/día	0,61	1,69
ACP	2	Dirección de Unidad		Comunicación de dicha planificación al Servicio de Admisión, para que procedan con la aperturas y cierres de agendas para adecuar el sistema informático de acuerdo a dicha plantilla de organización y permitir la citación en las agendas habilitadas. (Semestral)	0,46	1 i hora semestral/0,46 minutos día	0,61	0,28
ACP	3	Dirección de Unidad		Insertar la plantilla en la Intranet de la Unidad de Urología. Comunicar dicha planificación a todo el personal de la Unidad (facultativo y enfermería) por medio del correo electrónico. (Semestral)	0,08	1 10 minutos semestrales/ 0,08 minutos/día	0,61	0,05
ACP	4	Dirección de Unidad		Modificaciones de la plantilla en función de incidencias (cambios asignación de quirófanos, permisos, congresos, etc), comunicación a Admisión, difusión de la planificación modificada.	24	1 2 horas semanales/24 minutos diarios	0,61	14,66
ACP	5	Dirección de Unidad		Seguimiento y control de métricas del proceso. (Trimestral)	5,86	1 6 horas trimestrales/ 5,86 minutos diarios	0,61	3,58
ACP	6	Dirección de Unidad		Revisión del proceso en el plazo establecido (trimestral)	5,86	1 6 horas trimestrales/ 5,86 minutos /día	0,61	3,58

Subtotal jefe de unidad								39,02		23,84
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--------------

ACCIONES DEL PERSONAL FACULTATIVO

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN						CÓDIGO	PG04
Tipo de Actividad	Orden de la actividad	Espacio de atención	Referencia de la actividad	Unidades Tiempo Médico	Frecuencia	Valor UTM	Coste Directo		
AEC	1	Consultas	Atención total a primera visitas	20	13,24	0,61	161,83		
					Según DWH				
AEC	2	Consultas	Atención total a consultas sucesivas	12	15,43	0,61	113,12		
					Según DWH				
Subtotal personal Facultativo				32					274,95 €

COSTES DE OTRO TIPO DE CONSULTAS CON PRUEBAS ESPECÍFICAS (NO SE IMPUTAN AL COSTE DEL PROCESO)

AEC	variable	Consultas	Realización de ecografía urológica estándar. Confección de informe	20	3,35	0,61	40,93		
					Según DWH				
AEC	variable	Consultas	Realización de biopsia prostática. Solicitud de estudio AP. Confección de informe	20	0,57	0,61	6,91		
					Según DWH				
AEC	variable	Consultas	Realización de citoscopia. Solicitud de estudio AP. Confección de informe	25	1,88	0,61	28,72		
					Según DWH				

PG 05 ORGANIZACIÓN DE LA URGENCIA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	ORGANIZACIÓN DE LA URGENCIA	CODIGO 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 urología.

Por las características de la Unidad de Urología. urgencia urológica en este Servicio hay que diferenciar dos periodos; el primero comprendido entre las 8h00 y las 15h00 en la cual el urólogo de guardia está en presencia física en el centro; el segundo periodo desde las 15h00 de ese día hasta las 8h00 del día siguiente en el cual se encuentra localizado fuera del centro.

La existencia de una guardia localizada conlleva que una gran parte de sus funciones debe ser asumida por FEAs de guardia presencial, quedando el FEA de urología de guardia como especialista de guardia de segunda llamada existiendo criterios bien definidos para solicitar su atención (tanto telefónica como presencial). En cualquiera de los 2 periodos mencionados puede ocurrir 3 eventos: que no se solicite su atención; que se lleven a cabo interconsultas telefónicas; que se solicite la presencia del mismo en el centro para resolver una urgencia.

En el momento del desarrollo de este proceso de gestión se ha detectado una carencia en el sistema de registro de la actividad que desarrolla el FEA de guardia que supone un impacto significativo en la actividad del servicio.

ABSTRACT

This process projected 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 Urology. By the characteristics of the urology unit. Urologic emergency in this service must distinguish two periods; the first between 8 h 00 and 15 h 00 in which the urologist on duty is in physical presence at the Centre; the second period from 15 h 00 of that day until 8 h 00 of the next day which is located outside the Centre.

The existence of a localized guard carries a large part of their duties must be assumed by in-person staff of the emergency unit, leaving the Urologist as a second call option when specialized attendance needed (either telephone or face-to-face). Three different situations may occur: attendance not required, telephone attendance as a consultant, face-to-face attendance required. At the moment of development of this process, deficiencies in the recordings of attendances has been detected, therefore underestimation of the real urologic emergency activity could be expected.

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO :	ORGANIZACION DE LA URGENCIA		
TIPO DE PROCESO	GESTION	CÓDIGO	PG05
MISIÓN DEL PROCESO	Organizar y coordinar la atención clínica de los pacientes con patologías urológicas urgentes tanto en el ámbito del Servicio de Urgencia como de todos aquellos pacientes ingresados en el propio centro hospitalario coordinando la actuación de los facultativos con los cuidados y asistencia de las unidades de enfermería. 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 según la planilla mensual para recoger el informe de la guardia previa y el buscapersonas.	
	FINAL	Elaboración de informe para el cambio de guardia y entrega del buscapersonas.	
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	24 horas diarias/LOCALIZADA	FRECUENCIA Diario (lunes a domingo)
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	Plantilla de FEAs del Servicio de Urología Personal médico y de enfermería de guardia ajeno a la Unidad de urología.		Pacientes con patología urgente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer con antelación la planilla mensual de guardias. 2. Conocer el catálogo de patologías urológicas urgentes así como las especificaciones que regulan la calidad técnica para la resolución satisfactoria de las mismas. 3. Disponer de los recursos técnicos necesarios para desarrollar las actividades. 		<ol style="list-style-type: none"> 4. Que la planificación se realice con la antelación suficiente. 5. Que existan protocolos y vías clínicas que reduzcan al mínimo la variabilidad o dudas ante las situaciones clínicas urgentes. 6. Aceptación y divulgación del catálogo de patologías urológicas urgentes así como de los protocolos, vías clínicas y proceder habitual en la resolución de las mismas tanto entre el resto de facultativos como entre el personal de enfermería (DUE / TCAE). 7. Que los recursos asignados (humanos y materiales) se adecúen a la carga real de trabajo.
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Unidad de Urología • FEAs del Servicio de Urología 		
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS
	Equipo de la Unidad de Urología (1 FEA de guardia localizada por día)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscapersonas. 2. Historia clínica electrónica (Selene). 3. Recursos técnicos y humanos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planilla de guardias del S. Urología. 2. Catalogo de

		para la resolución de las urgencias.	patologías urológicas urgente establecida por el Servicio de Urología 3. Procedimiento operativo del proceso. 4. Protocolos y vías clínicas.
SALIDAS	<p>Producto final: Resolución de las Urgencias Urológicas.</p> <p>Productos intermedios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer el catálogo de Urgencias urológicas subsidiarias de manejo por parte del Servicio de Urología. • Establecer protocolos racionales de forma coordinada con los responsables del Servicio de Urgencias del centro así como con las distintas Unidades de Enfermería. • Establecer el área física de atención de dichas urgencias urológicas (Servicio de Urgencias, Área de Consulta, Área de hospitalización, Área de quirófano) • Establecer de manera racional la planilla mensual de guardias. • Establecer los estándares para la resolución satisfactoria de las urgencias • Establecer los mecanismos necesarios para registrar esta actividad de forma que sea mensurable. • Elaboración de informes de alta de urgencias. 		
COSTE	Actividades de dirección y organización		TOTAL
			27,42 €
MÉTRICAS	<p>Criterios: Los requisitos del proceso existen y son válidos tanto para proveedores como para clientes.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero de guardias mensuales de cada FEA. Estándar 4-5 guardias laborables y 1 fin de semana completo (viernes a domingo). • Número de urgencias atendidas. • Tasa de altas desde urgencias. • Tasa de ingresos desde urgencias. • Tasa de cirugías desde urgencias. • Tasa de reingresos tras alta de urgencias. • Índice de mortalidad y complicaciones. • Tasa de presencia del FEA localizado por urgencias. • Tasa de llamadas al FEA localizado de guardia (interconsultas telefónicas). • Registro de incidencias en la guardia localizada. 		
RESPONSABLE	Carlos Pascual Mateo		
OBSERVACIONES	1.- Dentro de la organización de la urgencia urológica en este Servicio hay que diferenciar dos periodos; el primero comprendido entre las 8h00 y las 15h00 en la cual el urólogo de guardia está en presencia física en el centro; el segundo periodo desde las 15h00 de ese día hasta las 8h00 del día siguiente en el cual se encuentra localizado fuera del centro. La existencia de una guardia localizada conlleva que una gran parte de sus funciones debe ser asumida por FEAs de guardia presencial, quedando el FEA de urología de guardia como especialista de guardia de segunda llamada existiendo criterios bien definidos para solicitar su		

atención (tanto telefónica como presencial). En cualquiera de los 2 periodos mencionados puede ocurrir 3 eventos: que no se solicite su atención; que se lleven a cabo interconsultas telefónicas; que se solicite la presencia del mismo en el centro para resolver una urgencia.

2.- La confección de protocolos y vías clínicas para el manejo de las Urgencias ha sido una prioridad en el desarrollo de los Servicios de Urología ya que una parte nada desdeñable de dichas Urgencias pueden ser manejadas por parte de otros facultativos (Servicio de Urgencias) así como de la enfermería.

3.- La creciente tendencia a adoptar la figura de guardia localizada para los Servicios de Urología por parte de los órganos directivos de los centros es debida a la asunción del primer punto.

Por todo ello es esencial crear procesos de gestión, protocolos y vías clínicas que establezcan de manera clara tanto la estructura de la guardia urológica como aquellas indicaciones clínicas en la que es necesario que dicho facultativo se persone de forma física para atender la misma.

Dichos procesos y protocolos deben ser difundidos tanto entre los distintos facultativos del centro como entre las distintas Unidades de Enfermería, ya que una parte importante de los procedimientos instrumentales urológicos son llevados a cabo por la enfermería.

4.- En el momento del desarrollo de este proceso de gestión se ha detectado una carencia en el sistema de registro de la actividad que desarrolla el FEA de guardia que supone un impacto significativo en la actividad del servicio.

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	ORGANIZACION DE LA URGENCIA UROLÓGICA HOSPITALARIA		
CODIGO DE PROCESO	PG05	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG 05 Pr 1

FASE DE ORGANIZACIÓN

Todo ello con carácter mensual, a cargo del Jefe de Unidad y FEA encargado de asignación de guardias.

1. Confección de la planilla mensual donde se asigna el FEA responsable para la atención de las urgencias.
2. Envío de dicha planilla por correo electrónico con la suficiente antelación a todos los miembros del servicio (facultativos y enfermería).
3. Envío de dicha planilla a la Secretaria del Centro para su difusión.

En la Unidad de urología existe un protocolo de manejo de la patología urológica por el servicio de urgencia, que se adjunta como anexo al proceso y que está disponible en la intranet del hospital para su consulta y uso en caso necesario. El protocolo hace referencia a:

- a. Definición de las urgencias urológicas, su diagnóstico y tratamiento para su aplicación por parte de otros facultativos y por parte de la enfermería en el contexto de la urgencia.
- b. Definir lo más precisamente posible en qué casos es necesario una valoración por parte del urólogo de guardia.
- c. Definir qué casos precisan de seguimiento por parte del Servicio de Urología una vez resuelta la Urgencia y que casos son derivados a Medicina Atención Primaria.
- d. Estandarizar los cuidados, indicaciones y manejo de todo tipo de catéteres por parte de médicos y enfermeras.
- e. Definir aquellas urgencias urológicas que son subsidiarias de cirugía urgente (siempre dentro del contexto clínico adecuado).
- f. Definir el catálogo de material (tanto fungible como instrumental) necesario para la resolución de las urgencias urológicas desde el punto de vista de la mayor eficiencia tanto en el contexto médico como el quirúrgico.

FASE OPERATIVA

Equipo Médico:

Todo ello con carácter diario, a cargo del FEA asignado de guardia ese día.

- I. Comunicación de las incidencias que hayan existido a lo largo de la guardia tanto de los propios pacientes ingresados en el Servicio de Urología como de pacientes procedentes de otros Servicios (Servicio de Urgencias, resto de servicios médicos y quirúrgicos).
- II. Valoración y resolución (alta médica / ingreso a hospitalización /cirugía) de los pacientes situados en boxes y observación que precisa atención por parte de urología.
- III. Valoración de los pacientes remitidos a consulta desde la urgencia por orden del facultativo de guardia.
- IV. Aplicar las medidas de cuidados terapéuticos requeridos por el paciente según el diagnóstico realizado.
- V. Organización y resolución de las urgencias urológicas que precisen cirugía urgente: diagnóstico e indicación quirúrgica, preparación prequirúrgica (dieta absoluta, preoperatorio, premedicación necesaria), comunicar la indicación de cirugía urgente al Servicio de Anestesiología y a la Unidad de Enfermería de Quirófano, realización del procedimiento quirúrgico (creación de protocolo quirúrgico), tratamiento y cuidados postoperatorios,

- información a familiares.
- VI. Cumplimentar documentación complementaria necesaria por paciente atendido en urgencias (informe o nota de urgencias, citación a consultas, hoja de prescripción).
 - VII. Evaluación de incidencias relevantes e Información si procede a responsables de la Guardia (jefe de urgencias, jefe de hospital, jefe de servicio).
 - VIII. Entrega de la guardia al FEA entrante de guardia según plantilla de organización del Servicio de Urología.

Equipo de enfermería según Áreas:

Área de Urgencias.

Supervisión de Enfermería.

- Preparación de planillas de distribución del personal.
- Asegurar la disponibilidad de material fungible e inventariable para el manejo de las urgencias urológicas.

Personal enfermería (D.U.E. – T.C.A.E.).

- Triage de los pacientes que acuden a Urgencias clasificando los mismos según el protocolo de Manchester.
- Valoración y cuidados de los pacientes ingresados a cargo del Servicio de Urgencias.
- Toma de constantes de los pacientes a cargo del Servicio de Urgencias.
- Canalización vía venosa periférica con intención diagnóstica o terapéutica.
- Llevar a cabo procedimientos instrumentales necesarios para el manejo de las urgencias urológicas (sondaje vesical, lavados vesicales, manejo de catéteres ureterales).

Área de Quirófano.

Supervisión de Enfermería.

Preparar la planilla

Asegurar la disponibilidad del material quirúrgico necesario para llevar a cabo los procedimientos urgentes.

Personal de Enfermería.

- Preparación de los pacientes para procedimientos urgentes.
- Preparación del quirófano para llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos (material fungible e inventariable).
- Ayudantía en los procedimientos quirúrgicos urgentes.

Área de Consultas.

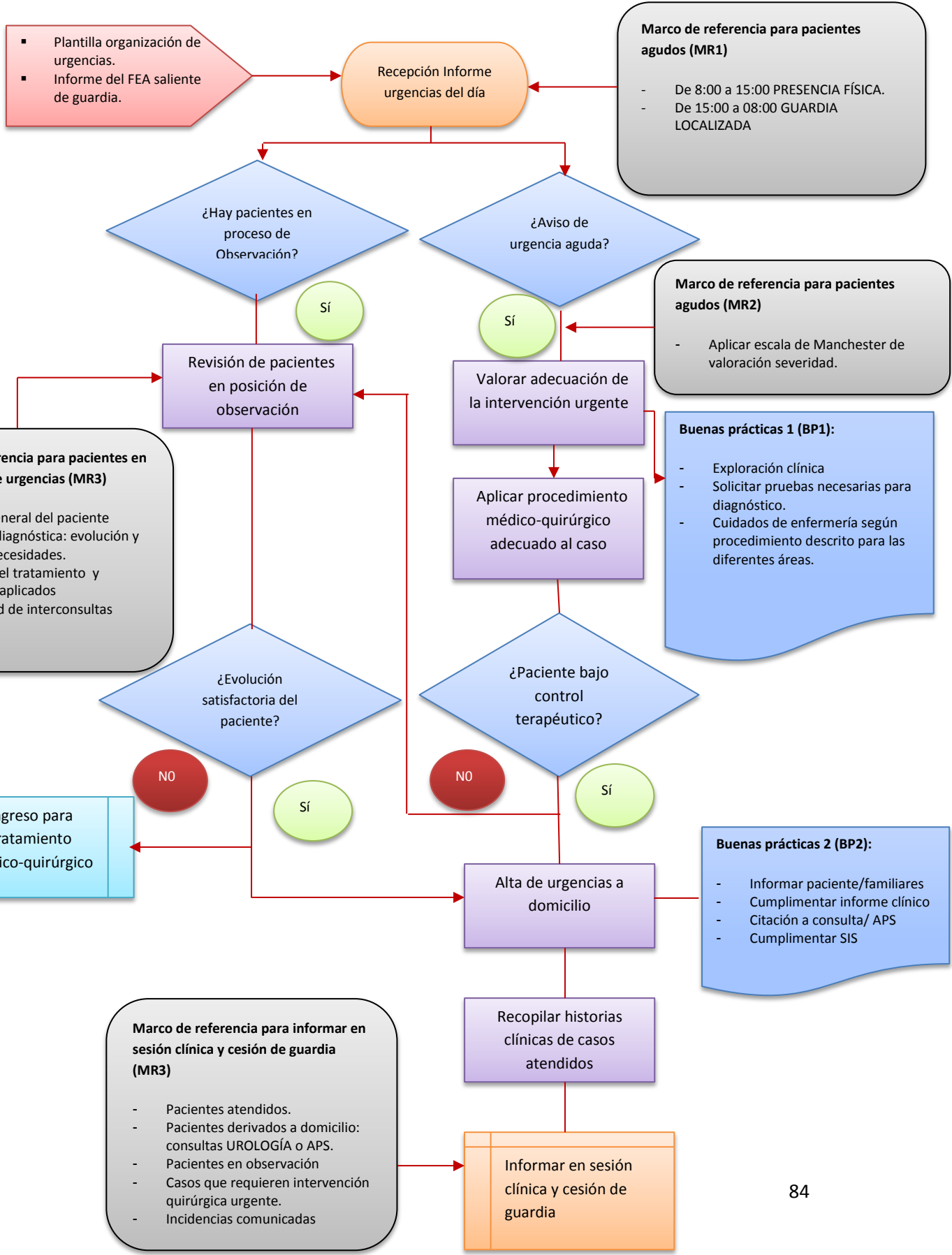
Área de Enfermería.

- Recepción del paciente remitido desde Urgencias.
- Realización de procedimientos diagnósticos indicados por facultativo (ecografías, asistir en la realización de cistoscopias).
- Llevar a cabo cateterismos necesarios (sondaje vesical) y asistir a cateterismos (suprapúbicos, nefrostomias percutáneas)
- Realización de procesos terapéuticos necesarios en el contexto de las Urgencias urológicas (lavados vesicales, dilataciones uretrales, curas).

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : 05

ORGANIZACIÓN DE LA URGENCIA



ANEXOS

Patología	Manejo Urgencias	Tratamiento al ALTA	
INFECCIONES	PIELONEFRITIS AGUDA	No precisa valoración ni tratamiento por parte de urología	Remitir a su MAP para control ambulatorio con 2 semanas de antibiótico
	PROSTATITIS AGUDA	No precisa valoración ni tratamiento por parte de urología	Remitir a su MAP para control ambulatorio con 1 mes de tratamiento antibiótico.
	CISTITIS AGUDA	No precisa valoración ni tratamiento por parte de urología	Remitir a su MAP para control ambulatorio con tratamiento antibiótico durante 3 días.
	URETRITIS	No precisa valoración ni tratamiento por parte de urología	Remitir a su MAP para control ambulatorio (azitromicina/ceftriaxona 1 dosis + doxiciclina 7 días)
RETENCION AGUDA DE ORINA	<p>EXPLORACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • palpación abdominal (globo vesical), bioquímica (creatinina, glucosa, sodio, potasio). <p>TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sondaje vesical: sonda de Foley/silicona. Vaciar la vejiga de forma lenta (cada 150 cc pinzar la sonda 15-20 minutos). • Alta con sonda vesical conectada a bolsa. Si no está recibiendo tratamiento para el prostatismo, añadir un alfa-bloqueante. • Si existe Insuficiencia Renal (Cr>2,5 mg/dl) ingresar en Observación hasta estabilización clínica y analítica. • Si aparece hematuria, se maneja como cualquier hematuria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Primer episodio: enviar al MAP para retirada de sonda vesical en el plazo de 2 semanas, previo tratamiento con alfa-bloqueantes (tamsulosina, aluzosina...). • Segundo episodio y sucesivos: alta con sonda y remitir a MAP para entrar en protocolo de retención de orina. 	
CÓLICO RENOURTERAL	<p>EXPLORACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bioquímica , hemograma y coagulación. Sedimento de orina, Rx simple de abdomen. -Monorreno y/o fiebre >38°C y/o signos de sepsis: pasar a Observación y pedir ecografía al servicio de radiodiagnóstico. Si la ecografía confirma la presencia de uropatía obstructiva, AVISAD A UROLOGÍA. <p>Tratamiento EN URGENCIAS:</p> <p>Primer escalón: • Buscapina simple i.v. en bolo 1 ampolla + s. Fisiológico 100 cc. a pasar en 20 minutos y cada 8 horas • Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas • Si náuseas o vómitos: Metoclopramida 1 amp IV cada 8 horas</p> <p>Segundo escalón: • TRAMADOL, 1 amp. IV • Si náuseas o vómitos: Metoclopramida 1 amp IV cada 8</p>	<p>Al ALTA remitir al MAP con el siguiente tratamiento:</p> <p>Diclofenaco 1 comp/ 8 horas</p> <p>Buscapina 1 comp /8 horas</p> <p>+/- omeprazol</p> <p>+/- primperan</p> <p>Si cuadro dolor intenso, sustituir la buscapina por nolotil 1 cada 8 horas v.o.</p> <p>El tratamiento debe durar al menos 7 dias (periodo expulsivo).</p>	

<p>horas</p> <p>Tercer escalón: • MEPERIDINA, ½ amp. sc cada 4 horas • Si náuseas o vómitos: Metoclopramida 1 amp IV cada 8 horas (ondansetron s/p).</p> <p>Dolor que no cede o NO tolerancia a la vía oral: pasar a <i>Observación</i>. Continuar la pauta de tratamiento:</p> <p>-Dieta absoluta</p> <p>-Fluidoterapia: 2.500 cc/24h</p> <p>-Analgésia: continuar con el protocolo descrito más arriba.</p>

Patología	Manejo Urgencias	Tratamiento al ALTA
HEMOSPERMIA	No es una urgencia urológica y no precisa tratamiento urgente	Remitir a MAP para iniciar estudio según protocolo.
HEMATURIA	<p>CONFIRMAR hematuria (recoger muestra de orina).</p> <p>EXPLORACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación hemodinámica: tensión arterial, temperatura, pulso. • Analítica: hemograma, bioquímica (glucosa, creatinina, sodio, potasio), coagulación. <p>Hematuria sin coágulos, paciente hemodinámicamente estable sin anemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta • Reposo domiciliario • Forzar ingesta líquida • Control Médico de Atención Primaria <p>Paciente hemodinámicamente inestable y/o anemia (Hb<8g)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabilización y/o transfusión • Ingreso en Planta. <p>Hematuria con coágulos y/o retención aguda de orina por coágulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso en Observación • Evacuación de coágulos (sonda de grueso calibre tipo Couvelaire) • Sonda vesical Tienman triple vía 22 o 24 F • Suero lavador continuo • Retirada progresiva del lavador y forzar ingesta de líquidos previa al ALTA. 	<p>Hematuria sin coágulos, paciente hemodinámicamente estable sin anemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos abundantes. • Control Médico de Atención Primaria (Protocolo de estudio de la Hematuria).
HEMATURIA ESCROTO AGUDO NO TRAUMÁTICO PATOLOGIA ESCROTAL	<p>Sospecha de ORQUIEPIDIDIMITIS: paciente adulto, con dolor y tumefacción gradual de epidídimo, con o sin fiebre, con o sin clínica miccional; alivio del dolor al elevar el testículo hacia canal inguinal, y/o leucocitosis, piuria y/o bacteriuria,</p> <p>Tratamiento: Ofloxacino (Surnox) v.o. 200 mg/12 h. x 14 días + Ibuprofeno 1 compr/8h 5-7 días + omeprazol 1 comp v.o /24h 14 días + slip ajustado + paracetamol 1 gramo/8h si fiebre.</p> <p>Sospecha de TORSION DE HIDATIDE: habitualmente en niños, dolor de inicio</p>	<p>Remitir a su MAP para control evolutivo.</p> <p>Remitir a su Pediatra de Área.</p>

brusco y paciente afebril; nódulo palpable entre teste y cabeza de epidídimo. Tratamiento: reposo, analgésicos, AINE.	
Sospecha DE TORSIÓN DE CORDÓN ESPERMÁTICO: paciente joven, dolor brusco y persistente, afebril, teste con alteración del eje y ascendido, aumento del dolor a la elevación del teste hacia el canal inguinal, epidídimo en situación anterior, vueltas de cordón palpables: - Solicitar ecografía doppler testicular urgente a radiodiagnóstico - Avisar a urólogo con el resultado.	Si se descarta el cuadro, remitir a su MAP para control evolutivo con AINEs durante 7 días. Si se confirma el cuadro, o ante la duda avisar a Urologo de guardia.

Patología		Manejo Urgencias	Tratamiento al ALTA
PATOLOGIA ESCROTAL	DOLOR TESTICULAR CRÓNICO	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro clínico mantenido, repetido o prolongado en el tiempo, no agudo ni de reciente aparición. Habitualmente no se identifica un factor claro desencadenante o suele corresponder a pacientes diagnosticados de varicocele, quiste de epidídimo o prostatitis crónica. • Tratamiento analgésico: no es por tanto una urgencia. 	Remitir a MAP
	ESCROTO AGUDO TRAUMÁTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Sin hematoma de cubiertas y con palpación testicular normal: Alta: Reposo por espacio de 24 horas + Ibuprofeno 600 mg, 1/8 horas 5 días + suspensorio testicular o slip ajustado. Control por Médico de Atención Primaria • Con hematoma de cubiertas o irregularidad/anormalidad en la palpación testicular: Solicitar ecografía escrotal. Si integridad testicular: Alta + Reposo por espacio de 24 horas + Ibuprofeno 600 mg, 1/8 horas 5 días + Suspensorio testicular o slip ajustado Si rotura de albuginea/hematocele: avisar urólogo 	<p>Sin hematoma de cubiertas y con palpación testicular normal: remitir a su MAP.</p> <p>Con hematoma de cubiertas o irregularidad/anormalidad en la palpación testicular e integridad testicular en la ecografía: ALTA al MAP (pendiente de control por Urólogo de Área)</p>
ROTURA DE CUERPO CAVERNOSO		<p>hematoma de cubiertas en el contexto de una relación sexual precedido de un "chasquido" y seguido de tumefacción y dolor</p> <p>Avisar urólogo de guardia.</p>	
DERIVACIONES	SONDA VESICAL	<p>Obstrucción de sonda: Lavado y desobstrucción con SSF Si lavado no es posible, recambio de sonda vesical por una similar</p> <p>Escapes de orina alrededor de la sonda (espasmos vesicales): Tras comprobar que la sonda es permeable, tranquilizar al paciente. Buscapina simple cada 6 horas o Ditropan.</p>	Remitir a su MAP.

CATETER URETERAL DOBLE J	<p>Molestias miccionales: buscapina simple cada 6 horas</p> <p>Hematuria: se soluciona con reposo y forzando ingesta hídrica</p> <p>Dolor lumbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociado a la micción: por reflujo vesico-renal de orina. Tratamiento: analgesia • Constante/cólico: solicitar <u>RX simple de abdomen</u> para verificar la correcta ubicación del mismo: - Correcto: alta con analgesia. - Incorrecto: avisar urólogo. <p>Fiebre: • Solicitar hemograma, bioquímica y RX simple de abdomen.</p> <p>- paciente con buen estado general y sin alteraciones analíticas significativas: alta domicilio con tratamiento antibiótico para pielonefritis aguda (14 días)</p> <p>- en caso contrario, pasar a observación para antibiótico parenteral para pielonefritis aguda</p> <p>- asociada a dolor lumbar: además de lo previo, solicitar ecografía para descartar obstrucción de la vía urinaria. En caso de confirmarse, avisar urólogo.</p>	
NEFROSTOMIA	<p>Obstrucción: previa dosis profiláctica de antibiótico, lavado con SSF 5 ml</p> <p>Pérdida accidental de la nefrostomía (o desobstrucción no posible): Contactar urología</p>	<p>Obstrucción que se resuelve: alta con tratamiento antibiótico (quinolona o amoxiclavulánico, 1 semana). Remitir a su MAP.</p>

Patología		Manejo Urgencias	Tratamiento al ALTA
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	COMPLICACIONES CIRCUNCISIÓN	Cura local	Remitir al día siguiente para cura a consulta de urología del Hospital a las 9:30 horas.
	COMPLICACIONES VASECTOMIA	Infección de herida quirúrgica o dehiscencia de sutura: cura local Inflamación de cordón espermático o testicular , asociado o no a fiebre: augmentine 500 cada 8 horas e ibuprofeno 600 cada 8 horas	Remitir al día siguiente para cura a consulta de urología del Hospital a las 9:30 horas.
	ROTURA DE FRENILLO	Sin evidencia de sangrado activo: remitir a MAP Si presenta sangrado activo: sutura	
	ABSCESO ESCROTAL	Drenaje	Control por MAP.
	INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA	Si no se asocia con absceso: antibioterapia empírica con Amoxicilina-clavulánico cada 8 horas. Si se asocia con colección: drenaje	Remitir al día siguiente para cura a consulta de urología del Hospital a las 9:30 horas.
PRIAPISMO	Erección dolorosa mantenida en el tiempo. Causas: Fármacos, alcohol y drogas, drepanocitosis, leucemia, estados de hipercoagulabilidad, tratamiento oral para la impotencia. Tratamiento inicial: Ketorolaco 30 mg iv . Valium 10 mg iv . Hielo local Si no cede, avisar a Urólogo.		

ORGANIZACIÓN DE LA URGENCIA

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	0,61	6,1	
ACI	2	Coordinación	Comunicar plantilla de organización a médicos de la unidad	5	1	0,61	3,5	
AEU	3	Urgencia	Recepción informe de urgencia día anterior: posición de guardia	10	1	0,61	6,1	
AEC	4	Urgencia	Revisión de pacientes en posición de observación	1	1	0,61	0,61	
AEC	5	Urgencia	Aplicar procedimientos medico-quirúrgico ajustado al caso	1	1	0,61	0,61	
AEC	6	Urgencia	Resolución clínica de pacientes en posición de observación	5	1	0,61	3,5	
AEU	7	Urgencia	Recopilar historias clínicas de los casos atendidos	5	1	0,61	3,5	
ACI	8	Unidad	Informar del diario de urgencia en sesión clínica y cesión de guardia	5	1	0,61	3,5	
Observaciones:				Total UTM	100	Total Coste de las Actividades Gestionadas	27,42 €	
<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	CODIGO	PG 06
		DE PROCESO	

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 Urología

ABSTRACT

The process sets concrete actions to provide an effective response to internal and external communication in the case of suggestions flows complaints and claims lodged by those who feel affected in the medical and surgical activity of the urology unit

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO :	GESTION DE NO CONFORMIDADES			
TIPO DE PROCESO	GESTION	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 atendidos por el Servicio de Urología (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 familiares.	
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS	
	Obtener una respuesta rigurosa en relación al expediente tramitado por el SAP.		<ol style="list-style-type: none"> Solucionar los problemas planteados en cada expediente en virtud a los límites éticos y organizativos de la Unidad de Urología. Disponer de los recursos técnicos necesarios para desarrollar las actividades. 	
PROVEEDORES	Jefe de Unidad: Responsable de elaborar el informe final. FEA/ Enfermería: Aportar información solicitada por el Jefe de Unidad o Supervisión de enfermería..			
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS	
	<ol style="list-style-type: none"> Jefe de Unidad. Personal en servicio de la Unidad de Urología. 	Aplicación informática. Correo electrónico.	<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 de la Unidad de Urología firmada por el jefe de Unidad contestando a la reclamación. 			
COSTE	Actividades De dirección y organización clínica		TOTAL	
			39,65 €	
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes. Indicadores: Tasa de reclamaciones correctamente contestadas. Algoritmo: $\text{Número de reclamaciones contestadas} \times 100 / \text{Número de reclamaciones recibidas}$. 			

RESPONSABLE	Marcos Luján Galán
OBSERVACIONES	Sin observaciones

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	GESTION DE NO CONFORMIDADES		
------------------	-----------------------------	--	--

CODIGO DE PROCESO	PG06	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	Pr06
--------------------------	------	-----------------------------	------

FASE DE ORGANIZACIÓN

Recursos humanos y materiales del Departamento de Atención al Paciente, dependiente del Servicio de Admisión.
 Jefe de Unidad revisa diariamente correo electrónico y asuntos pendientes con Secretaría del Soporte Médico.

FASE OPERATIVA

Responsable del proceso etapa ejecutiva

- 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.

Responsable del proceso etapa operativa en caso de sugerencia o queja verbal

- I. Escucha activa de la sugerencia o queja.
- II. Recabar información en la Unidad de Urología 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.

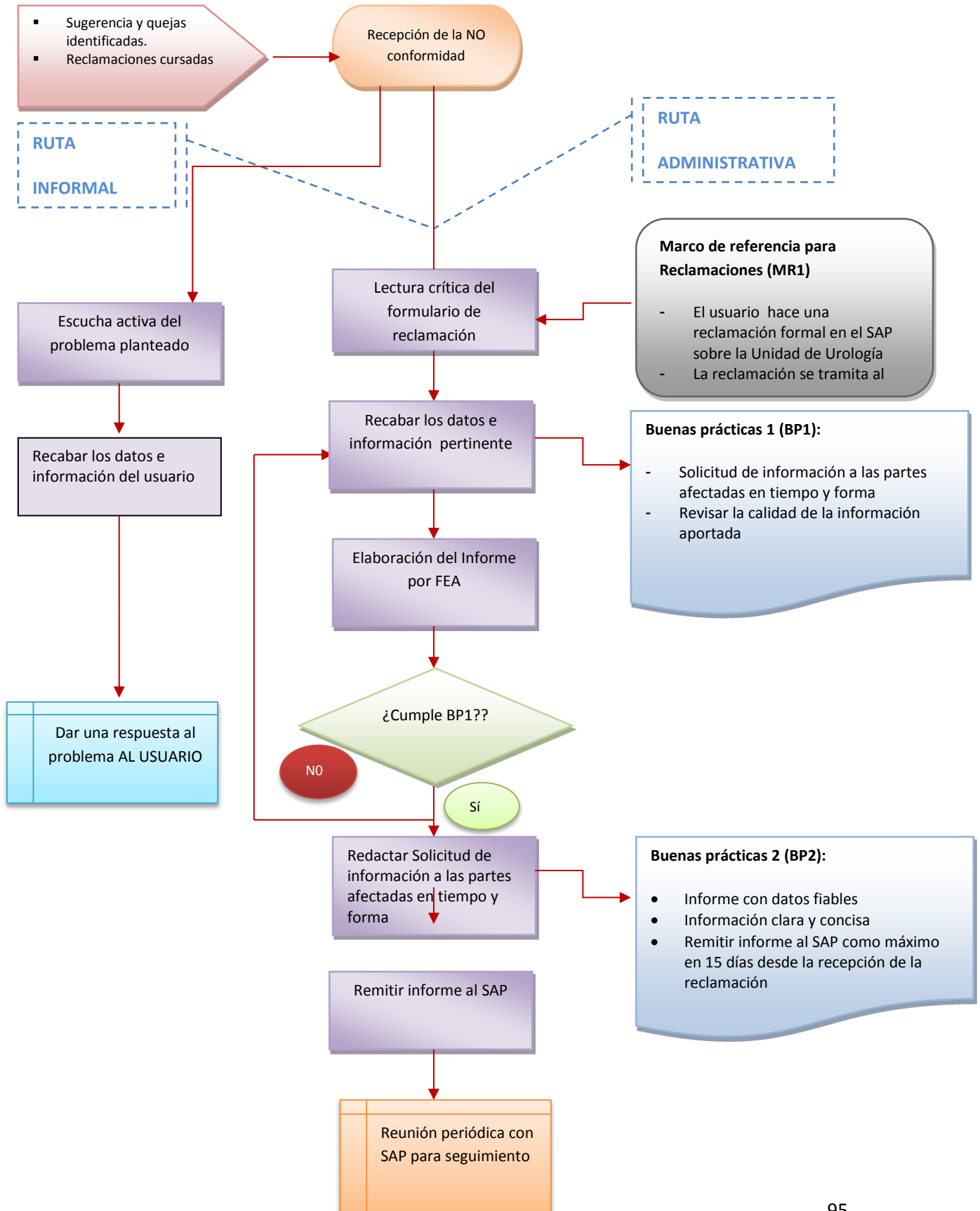
Responsable del proceso etapa operativa en caso de Reclamación formalizada

- 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 de la Unidad de Urología.
- IV. Redactar informe siguiendo formulario normalizado.
- V. Enviar informe al SAP: información emitida uniforme, coherente y evitando duplicidades.

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : PG06

GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES



PROCESO: GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES
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	0,61	3,05
AEU	2	Dirección de la Unidad	Lectura crítica del formulario/queja recibida	15	1	0,61	9,15
ACP	3	Dirección de la Unidad	Gestión de datos e información de antecedentes	15	1	0,61	9,15
ACI	4	Unidad	Revisión, análisis e informe por FEA	15	1	0,61	9,15
AEI	5	Dirección de la Unidad	Análisis de la información recuperada	10	1	0,61	6,1
AEI	6	Dirección de la Unidad	Redactar informe final	15	1	0,61	9,15
AEA	7	Dirección de la Unidad	Enviar informe al SAP	5	1	0,61	3,05
Observaciones:				Total UTM	101	Total Coste de las Actividades Gestionadas	39,65 €

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	CODIGO	PG 07
		DE PROCESO	

RESUMEN

Este proceso abarca la organización de las actividades que debe llevar a cabo el jefe de servicio de la Unidad de Urología, 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 urology unit 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

PROCESO :	JEFE DE GUARDIA DE HOSPITAL		
TIPO DE PROCESO	GESTION	CÓDIGO	PG07
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.		
LIMITES 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
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	Personal de los diferentes servicios del hospital. Otras partes interesadas externas		Dirección del Hospital
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la coordinación con el supervisor de enfermería de guardia. ▪ Facilitar el desarrollo normal de la actividad asistencial.
PROVEEDORES	JEFE DE LA UNIDAD DE UROLOGÍA		
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TECNOLOGÍA	DOCUMENTOS
	Jefe de la Unidad de urología		<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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información transmitida a la salida de guardia 		

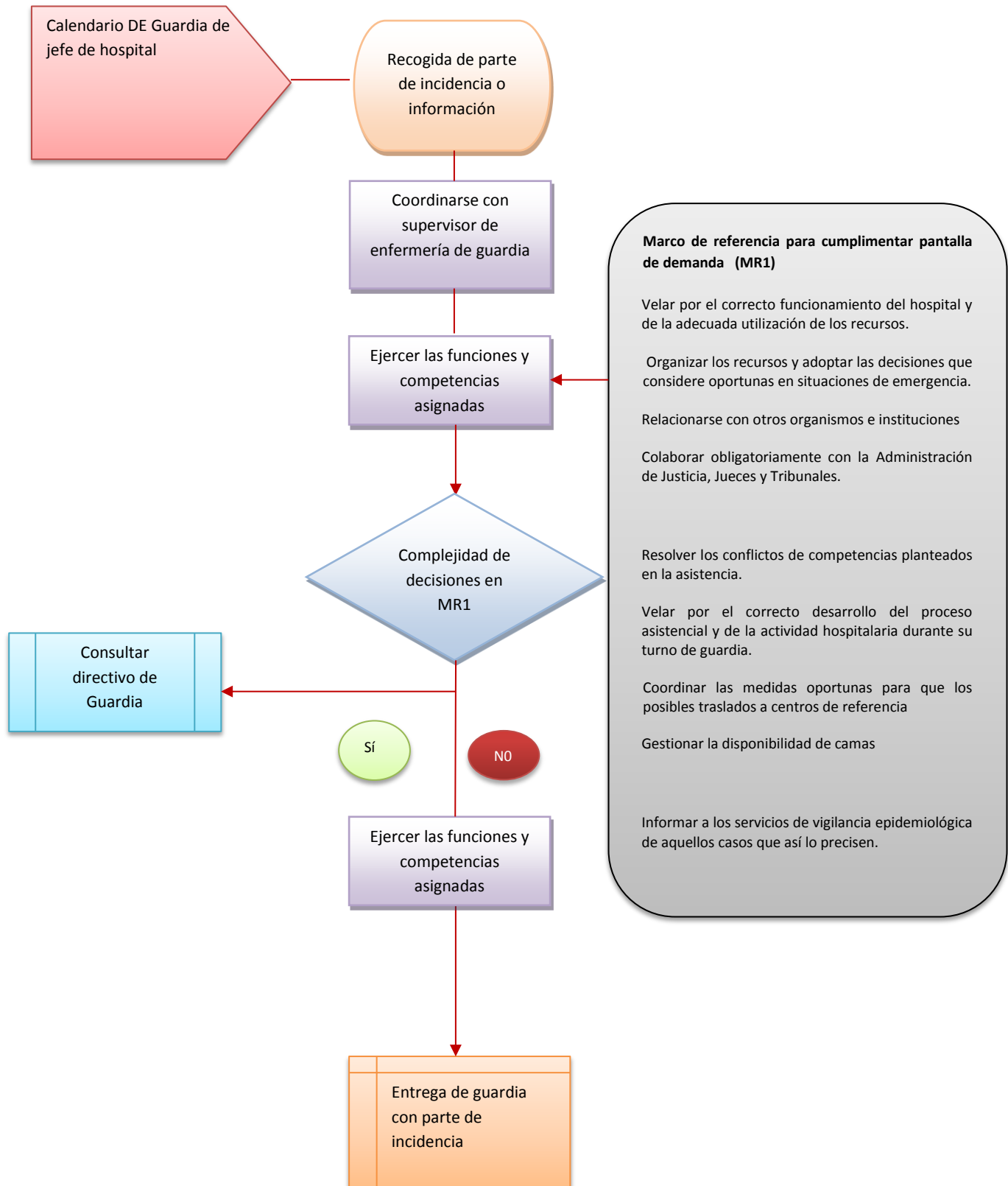
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parte de incidencias en su caso ▪ Procedimientos administrativos y/o legales iniciados en guardia
COSTE	Al ser una asignación fija no se incluye tabla de costes
	TOTAL Laborables: 300€. Sábados y festivos: 730 €
MÉTRICAS	<p>Criterio 1: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes.</p> <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
RESPONSABLE	Marcos Luján Galán
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		
CODIGO DE PROCESO	PG. 07	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	PG 07. Pr 1
FASE DE ORGANIZACIÓN			
Responsable del Proceso: Dirección médica/Gerencia del hospital			
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:			
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 aquellos.			
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

PROCESO : JEFE DE GUARDIA DE HOSPITAL



ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA	CODIGO 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 :	FORMACIÓN CONTINUADA		
TIPO DE PROCESO	SOPORTE	CÓDIGO	PS01
MISIÓN DEL PROCESO	Actualizar y mejorar las capacidades: conocimiento, habilidades y actitudes, de los profesionales de la Unidad De Urología 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).		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Identificación de las necesidades formativas para el Plan de Formación continuada anual.	
	FINAL	Identificación de las necesidades formativas para el Plan de Formación continuada anual.	
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	variable	FRECUENCIA MENSUAL Según procesos ANUAL 1 macroproceso
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En formación interna: Plantilla médica y de enfermería de la Unidad de Urología. ▪ En formación externa: otros profesionales, tanto de la especialidad como interesados en el aprendizaje de temas transferibles desde la Unidad de Urología 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes y otros servicios internos y externos al hospital.
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de los recursos necesarios que faciliten la formación de calidad. 		<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.
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el diseño e implementación del Plan de Formación: jefe de unidad 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 Unidad Personal médico de la Unidad Personal de enfermería de la Unidad	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. <ul style="list-style-type: none"> 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 a la Unidad de Urología y hospital (intangible).		
COSTE	Actividades de dirección y organización		TOTAL
			2.349,30 €
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. 		
RESPONSABLE	Marcos Luján Galán		
OBSERVACIONES	<p>Observación 1.- A través del “Plan anual de Formación continuada de la Unidad de Urología” 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. Sesión clínica sobre casos especiales identificados en la Unidad. <p>B) <u>Formación médica externa al servicio:</u></p>		

- Asistencia a cursos, congresos, seminarios, jornadas, conferencias y talleres en otros centros y servicios nacionales y extranjeros.

C) Participación en transferencia de conocimiento y experiencias:

- Participación de los médicos y enfermeras de la Unidad de Urología 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.

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.

Nota 3.- Los documentos de referencia que orientan la acción formativa de la Unidad son:

- Directrices generales de la dirección médica del hospital.
- *ORDEN SCO/3358/2006, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Urología*

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO : ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA

CODIGO PS 01

CÓDIGO

PS01. Pr 01

DE PROCESO

PROCEDIMIENTO

FASE DE ORGANIZACIÓN

Responsable del Proceso:

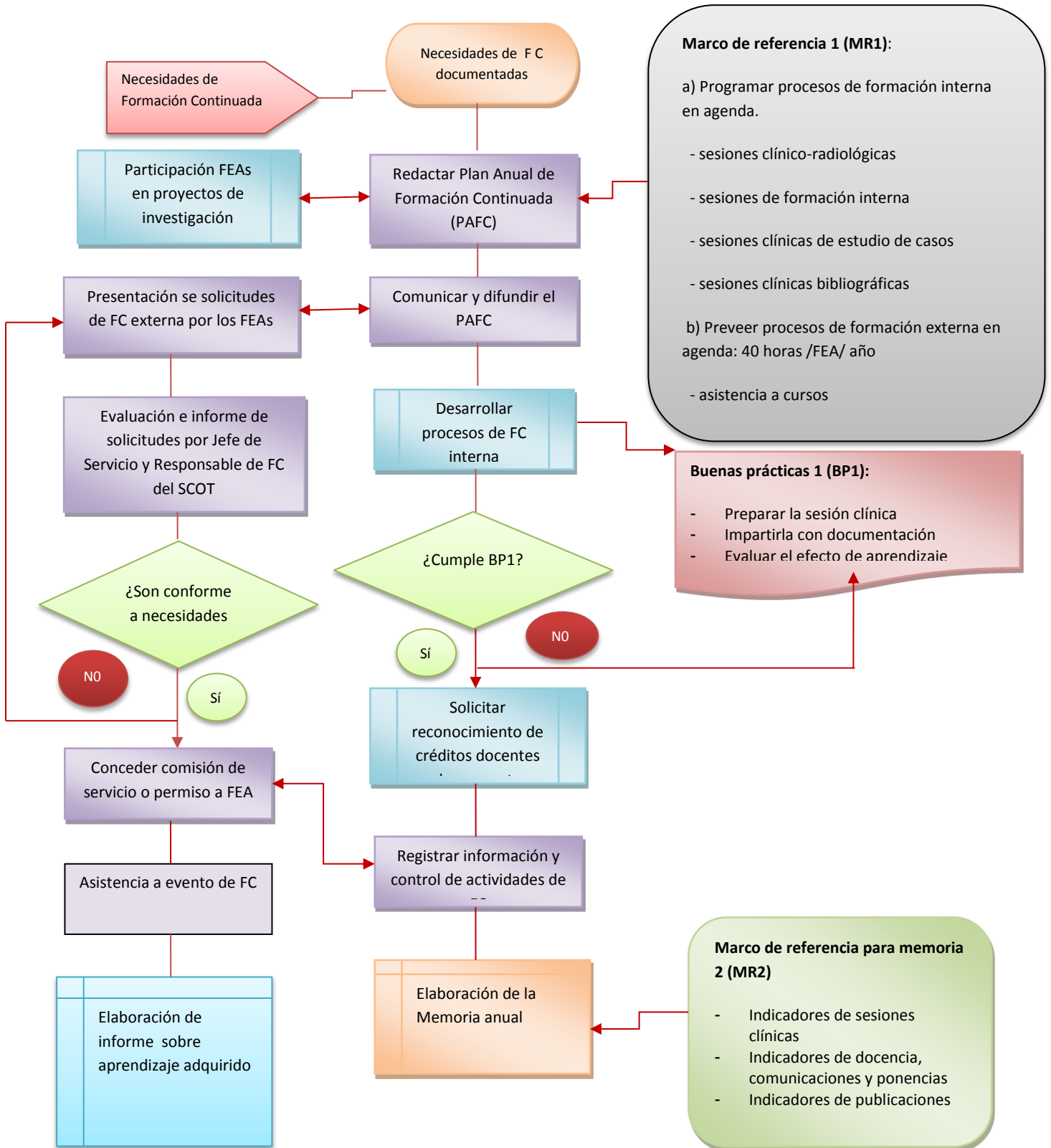
- I. Identificar las necesidades formativas de los FEAs y del hospital para el curso y antes de confeccionar el plan de formación.
- II. Confeccionar el Plan de Formación Continuada y adaptar los cronogramas formativos dentro de la plantilla de Organización del Trabajo de la Unidad de urología, con carácter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

FASE OPERATIVA

- 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 de la Unidad 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 de la Unidad de Urología 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 de la Unidad de Urología.

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA



PROCESO DE LA ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA		CÓDIGO	PS01
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 de Unidad	Identificación necesidades de formación FEAS	420/año	1 /año	0,61	256,62
ACP	variable	Dirección de Unidad	Confeción del Plan Anual de Formación Continuada (PAFC)	420/año	1/año	0,61	256,62
ACP	variable	Dirección de Unidad	Comunicación y gestión interna PAFC de la Unidad	120/año	1/ año	0,61	73,32
ACP	variable	FEA Responsable formación	Identificación y difusión interna de programas formativos	1440/año	1/año	0,61	879,84
ACP	variable	FEA Responsable formación	Programación de sesiones clínicas de la Unidad	240/año	1/año	0,61	146,64
ACP	variable	Dirección de Unidad	Recepción/gestión interna de solicitudes de formación FEAS	65/año	1/año	0,61	39,72
ACP	variable	Dirección de Unidad	Registro y monitorización de actividades de formación FEAS	720/año	1 /año	0,61	439,92
ACP	variable	Dirección de Unidad	Realización de la memoria anual de Formación Continuada	420/año	1/año	0,61	256,62
Observaciones:				Total UTM	3.845	Total Coste de las Actividades Gestionadas	2.349,30 € Anual

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	CODIGO 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.

PROCESO PS 02: SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

PROCESO :	SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN		
TIPO DE PROCESO	SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	CÓDIGO	PS02
MISIÓN DEL PROCESO	Solicitar las pruebas complementarias de diagnóstico por imagen - pruebas externas (medicina nuclear), pruebas internas con informe de Diagnóstico por Imagen (ecografías, RMN, TAC) y pruebas internas sin/con informe (RX simples, urografías intravenosas, uretrocistografías y cistografías miccionales)-, necesarias para el sostenimiento diagnóstico y tratamiento de los procesos clínicos de la Unidad de Urología.		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Solicitud por parte del FEA de la Unidad de Urología de la prueba diagnóstica por imagen (PDI) según el tipo.	
	FINAL	Recepción del resultado de la prueba con informe. Interpretación de las pruebas sin informes.	
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	Plantilla médica (FEAs) de la Unidad de Urología		Pacientes hospitalizados Pacientes en fase intraoperatoria Pacientes ambulantes: consultas y urgencias
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS
	1.- Disponer en el tiempo acordado de las PDI con el informe pertinente en la Unidad de Urología en sus distintas áreas de trabajo. 2.- Existencia de una buena concordancia entre la PDI solicitada y la que se entrega en el entorno clínico Selene.		1.- Poder comunicarse con el Supervisor de RX cuando surge algún contratiempo. 2.- Poder solicitar PDI urgentes según indicación clínica. 3.- Disponer de una buena accesibilidad al Sistema en caso de fallo informático.
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> <u>Servicios externos de PDI</u>: Medicina Nuclear Hospital Universitario de Getafe, <u>Servicio interno hospital de PDI</u>: Servicio Diagnóstico por Imagen de Hospital Infanta Cristina. Servicio interno Unidad de Urología: ecografía urológica en todas sus modalidades 		
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS
	1.- Servicio de Medicina Nuclear Hospital Universitario de Getafe 2.,. Unidad Central de Radiodiagnóstico 3.- Servicio de Admisión Hospital Infanta Cristina.	Entorno Clínico Selene. Aparataje para ecografía urológica	1.- Procedimiento operativo del proceso. 3.- Protocolo de Solicitud de Pruebas de Medicina Nuclear Hospital Universitario Getafe.

SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico del paciente. • Realización de acto quirúrgico bajo control de RX. 	
COSTE	Actividades de dirección y coordinación	TOTAL
		19,04 €
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"> • Nº de estudios radiológicos simples y con contraste (incluyendo las exploraciones en quirófano) • Nº de ecografías generales. • Nº de ecografías doppler. • Nº de RMN. • Nº de TAC. • Nº de gammagrafías óseas y renales 	
RESPONSABLE	Carlos Martín García	
Observaciones		
<p>1.- Se incidirá, por parte de cada FEA de la Unidad de Urología en la <u>calidad de la información de la solicitud de la PDI</u>, ofreciendo siempre a los proveedores una información homogénea referente a la evolución del proceso clínico.</p> <p>2.- Se solicita 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>		

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO : SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

CODIGO DE PROCESO PS 02 **CÓDIGO PROCEDIMIENTO** PS 02. Pr 01

FASE DE ORGANIZACIÓN

Responsable del Proceso:

- I. Supervisar la lista de Derivaciones no aceptadas para solucionar las incidencias.
- II. Comunicar por correo electrónico a los FEAS de urología 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

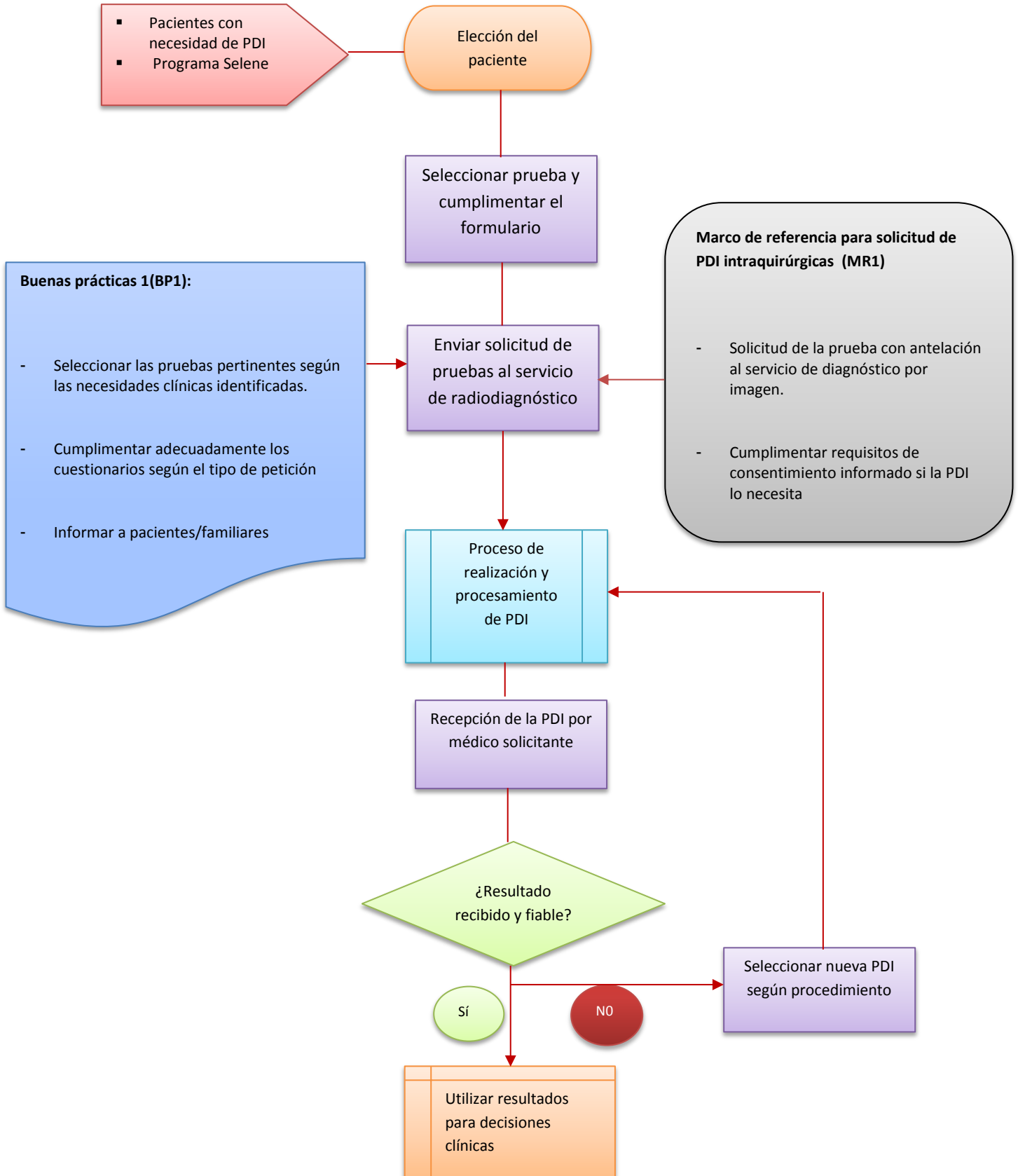
FEAS:

- I. Cumplimentar documentación de Solicitud de Derivación para PDI y adecuación a los Protocolos establecidos. Abrir programa Selene mediante clave de usuario y contraseña.
 - i. Selección paciente diana
 - ii. Elegir petición según catalogo de PDI disponibles.
 - iii. Cumplimentar formulario de solicitud
 - iv. Enviar formulario
 - v. Recibir resultados requeridos
- II. 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

PROCESO : PS 02

SOLICITUD PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN



PROCESO SOLICITUD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

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	1 al día	0,61	0,31
ACP	2	Dirección de Unidad	Sesión clínica conjunta con el servicio de radiodiagnóstico.	0,67	1 /Trimestral	0,61	0,41
ACP	3	Dirección de la Unidad	Solicitud de la necesidad de radiología según parte de quirófano.	15	0,20/ semanal	0,61	1,83
AEC	4	FEA	Cumplimentación electrónica/manual de las solicitudes de PDI	10	1 al día	0,61	6,11
AEI	5	FEA	Información al paciente/familia en caso que lo exija el procedimiento de consentimiento informado	5	1 al día	0,61	3,06
ACP	6	FEA	Valoración e información de incidencias	2	1 al día	0,61	1,22
AEU	7	FEA	Cumplimentar información clínica de responsabilidad del FEA	10	1 al día	0,61	6,11
Observaciones:				Total UTM	43,17	Total Coste de las Actividades Gestionadas	19,04 €

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	CODIGO 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 PRUEBAS DE LABORATORIO		
TIPO DE PROCESO	SOPORTE	CÓDIGO	PS 03
MISIÓN DEL PROCESO	Solicitar las pruebas de analítica (sangre, orina y otros fluidos que afectan al aparato genito-urinario), microbiología y anatomía patológica necesarias para el sostenimiento diagnóstico y tratamiento en los pacientes incluidos en los procesos clínicos de la unidad de Urología		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Petición de la prueba, según el tipo, a través del programa Selene	
	FINAL	Recepción por el médico peticionario del resultado	
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	FRECUENCIA	VARIABLE
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO
	Médicos de la Unidad de Urología peticionario de la prueba		Pacientes hospitalizados Pacientes en fase intraoperatoria Pacientes ambulantes: consultas y urgencias
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer, según necesidades para diagnóstico y tratamiento, los resultados de las pruebas con la mayor fiabilidad posible. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer el resultado en el tiempo establecido.
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"> ▪ Programa Selene ▪ Tecnología apropiada al tipo de petición 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formularios electrónicos 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	Actividades de dirección y organización clínica	TOTAL
		7,01 €
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	Vicente Chiva Robles	

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	SOLICITUD PRUEBAS DE LABORATORIO		
------------------	----------------------------------	--	--

CODIGO DE PROCESO	PS 03	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	P01 PS03
--------------------------	-------	-----------------------------	----------

FASE DE ORGANIZACIÓN

Responsable del Proceso:

- 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

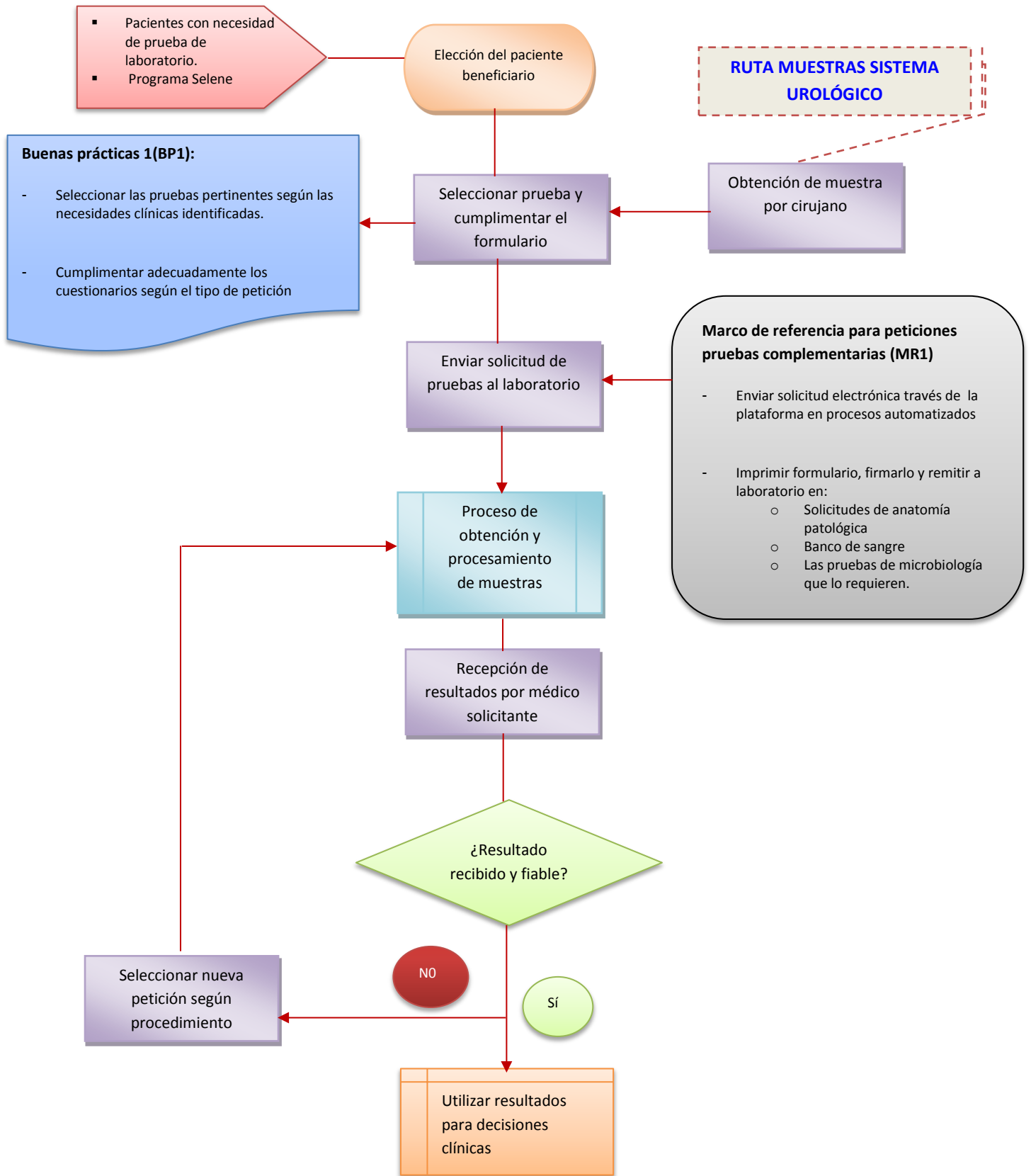
FEAS

- 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 genito-urinario obtención de muestra por el cirujano y/o enfermería.
- V. Complimentar formulario de solicitud
- VI. Enviar formulario
- VII. Recibir resultados requeridos

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : PS 03

SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO



PROCESO SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO
ESTIMACIÓN COSTE DE ACTIVIDADES MÉDICAS. MODELO ABQ: ABM/ABC

TIPO DE PROCESO		GESTIÓN	PROCESO	SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO		CÓDIGO	PS03
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 de Unidad	Hacer seguimiento del proceso a través de las métricas específicas del mismo.	0,49	1 (3 h /año)	0,61	0,30
ACP	variable	Dirección de Unidad	Revisar y corregir errores de calidad según tiempo estimado de revisión.	0,99	1 (6 h/año)	0,61	0,60
AEC	variable	FEA	Indicación clínica de prueba de laboratorio, hace constar dicha petición en nota clínica, petición a través del gestor de peticiones del sistema de información.	10	1 al día	0,61	6,11
Observaciones:				Total UTM	11,48	Total Coste de las Actividades Gestionadas	7,01 €

FORMULARIO DE ESTABILIZACIÓN DE PROCESOS

PROCESO :	GESTIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA			
TIPO DE PROCESO	Soporte	CÓDIGO	PS04	
MISIÓN DEL PROCESO	Identificación correcta de los diagnósticos y procedimientos mediante sistemas de codificación integrados en la Historia Clínica Electrónica (Selene), dentro de los ámbitos Consultas Externas, Urgencias y Hospitalización.			
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Paciente valorado en el espacio asistencial.		
	FINAL	Envió automatizado del diagnóstico / procedimiento al Servicio de Admisión y Codificación		
PERIODICIDAD DEL PROCESO	TIEMPO	5 minutos.	FRECUENCIA	Diario.
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIO	
	Servicio de Admisión y Codificación.		Dirección del Hospital.	
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	NECESIDADES		EXPECTATIVAS	
	<ul style="list-style-type: none"> Listados CIE9-MC con los diagnósticos y procedimientos más empleados en la especialidad, a disposición de los Facultativos. Listado CIE9_MC integrado en la aplicación Selene. 		<ul style="list-style-type: none"> Establecer un diagnóstico preciso /código en los procesos atendidos dentro de la Unidad de Urología. 	
PROVEEDORES	Facultativos de la Unidad de Urología.			
ENTRADAS	RECURSOS HUMANOS	TÉCNOLOGÍA	DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> Médicos de la Unidad de Urología. Personal administrativo del S. Codificación. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación Selene. 	<ul style="list-style-type: none"> Listados CIE9-MC con los diagnósticos y procedimientos más empleados en la especialidad, a disposición de los Facultativos. 	
SALIDAS	Aplicación Selene: <ul style="list-style-type: none"> Asignación de nombre codificado al proceso de Consulta Externa. Cumplimentación del "Registro de Demanda" con codificación de diagnóstico y procedimiento en pacientes quirúrgicos. Codificación de diagnóstico y procedimiento a partir de los informes de alta de Hospitalización para la elaboración del conjunto mínimo de base de datos (CMBD). 			
COSTE	Actividades de dirección y coordinación clínica			TOTAL
				19,23 €
MÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> Criterio 1: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para proveedores y clientes. Criterio 2. <ul style="list-style-type: none"> La información enviada desde la Unidad de Urología al Servicio de Admisión y Codificación cumple el estándar del 95% de aciertos en la codificación. 			

	<ul style="list-style-type: none">○ Indicadores: No sobrepasar los 30 días hábiles en LEQ desde que se da el visto bueno en la consulta de anestesia.
RESPONSABLE	Marcos Luján Galán.

FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO DE PROCESOS

PROCESO :	GESTIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA		
CODIGO DE PROCESO	PS04	CÓDIGO PROCEDIMIENTO	Pr04

FASE DE ORGANIZACIÓN

Responsable del proceso:

- Propiciar medidas de Formación al personal médico de la Unidad. Facilitar la disponibilidad de listados con los códigos necesarios para facilitar la codificación en Consulta Externa.
- Auditar junto con el Servicio de Admisión y Codificación la validez de la información remitida.

FASE OPERATIVA

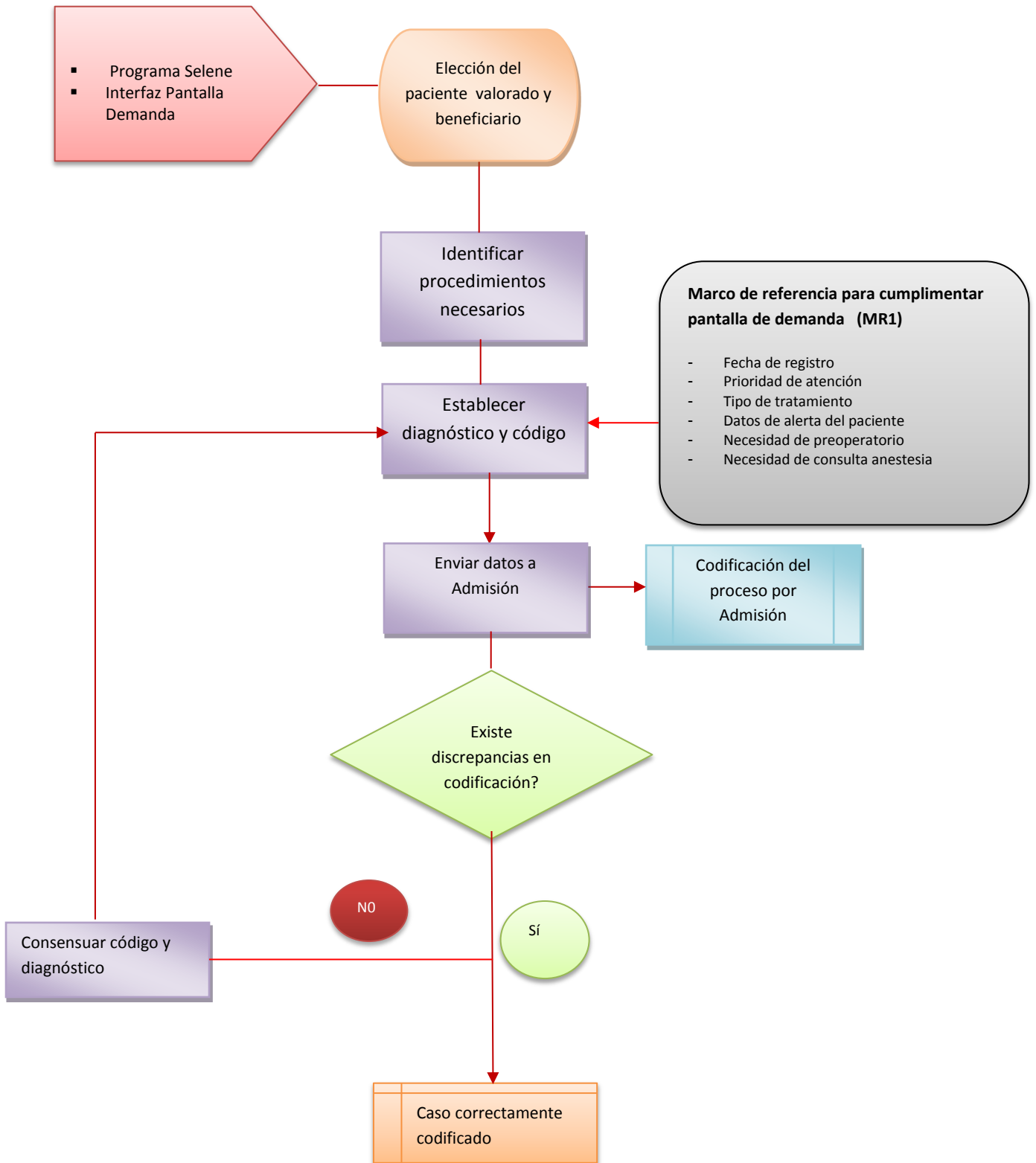
FEAs:

- Consulta Externa. Codificación del proceso.
 - Inicio de la aplicación Selene, listado de la agenda de Consulta Externa correspondiente.
 - Captura de la actividad y acceso a la Historia Clínica del paciente.
 - Asignación del nombre del proceso, según codificación CIE9-MC.
- Consulta Externa. Registro de demanda.
 - En pestaña "Actos Clínicos" creación de registro de demanda de intervención.
 - Codificación de diagnóstico(s) y procedimiento(s) según clasificación CIE9-MC.
- Hospitalización. Informe de alta.
 - Inclusión en el informe de alta de los diagnósticos y procedimientos (principales y secundarios).
 - Codificación de dichos diagnósticos y procedimientos en S Admisión y Codificación (CIE9-MC y GRD).

DIAGRAMA DE PROCESOS

PROCESO : PS 04

GESTIÓN SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA



PROCESO GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN
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
FASE DE ORGANIZACIÓN							
ACP	variable	Dirección de Unidad	Propiciar medidas de Formación al personal médico de la Unidad. Facilitar la disponibilidad de listados con los códigos necesarios para facilitar la codificación en Consulta Externa.	0,49	1 (3 h /año)	0,61	0,30
ACP	variable	Dirección de Unidad	Auditar junto con el Servicio de Admisión y Codificación la validez de la información remitida.	0,99	1 (6 h /año)	0,61	0,60
FASE OPERATIVA							
Consulta Externa. Codificación del proceso							
AEI	variable	FEA	Inicio de la aplicación Selene, listado de la agenda de Consulta Externa correspondiente. Captura de la actividad y acceso a la Historia Clínica del paciente. Asignación del nombre del proceso, según codificación CIE9-MC.	10	1 al día	0,61	6,11
Consulta Externa. Registro de Demanda.							
AEI	variable	FEA	En pestaña "Actos Clínicos" creación de registro de demanda de intervención. Codificación de diagnóstico(s) y procedimiento(s) según clasificación CIE9-MC.	10	1 al día	0,61	6,11
Hospitalización. Informe de alta							
ACP	Variable	Dirección de	Inclusión en el informe de alta de los diagnósticos y	10	1 al día	0,61	6,11

	Unidad	procedimientos (principales y secundarios).				
Observaciones:			Total UTM	31,48	Total Coste de las Actividades Gestionadas	19,23€

**PROCESOS
OPERATIVOS/CLÍNICOS**

GRD 311. PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN COMPLICACIONES.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 311. Procedimientos transuretrales sin complicaciones.	CODIGO DE PROCESO	PUG 01 PL 02 PO 01
------------------	---	--------------------------	-----------------------------------

RESUMEN

Este proceso contempla un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención por vía transuretral, excepto prostatectomía. Las más frecuentes son: biopsia vesical, resección de lesión vesical o extracción de obstrucción de uréter o pelvis renal (todas ellas por vía transuretral).

Por ello abarca dos patologías de gran prevalencia en la especialidad. Se trata de la neoplasia maligna de vejiga (CIE9 188) y la litiasis ureteral (CIE9 592.1). Las técnicas quirúrgicas de elección son la resección transuretral (CIE9 57.49) y la ureteroscopia con extracción o fragmentación de litiasis (CIE9 56.0), respectivamente. En ambos procedimientos se requiere el ingreso con hospitalización. El seguimiento en consulta tras estos procedimientos se reanuda transcurrido un mes tras la intervención.

ABSTRACT

This process contemplates a surgical DRG grouping patients admitted for a kidney disease or urinary tract that has been practiced an intervention through Transurethral Prostatectomy except. The most common are: bladder biopsy, resection of bladder injury or obstruction of the renal pelvis or ureter removal (all by Transurethral via). Therefore it covers two diseases of high prevalence in the specialty. It is a malignant neoplasm of bladder (188 CIE9), and the ureteral lithiasis (592.1 CIE9). The surgical techniques of choice are (57.49 CIE9) Transurethral resection and ureteroscopy with extraction or fragmentation of lithiasis (CIE9 56.0), respectively. Both procedures require inpatient admission. The follow-up in consultation after these procedures resumes elapsed one month after the intervention.

GRD 311: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención por vía transuretral, excepto prostatectomía. Las más frecuentes son: biopsia o resección de lesión vesical, y extracción de obstrucción de uréter o pelvis renal (todas ellas por vía transuretral).

MODALIDAD DE ATENCIÓN PESO	Cirugía con Hospitalización 0,8029	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: entre 1 y 3 días Procedimiento 2: entre 1 y 2 días
-----------------------------------	---	-----------------------	--

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Resección Transuretral Vesical (RTUV).
- Ureteroscopia con fragmentación y extracción de litiasis ureteral (URS).

GRD: 311. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES 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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas. ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Citología urinaria, ECO vesical o cistoscopia para la RTUV. ○ Pruebas de diagnóstico por imagen (RX abdomen, ECO, TAC) para la URS. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>• <u>Petición en Selene de exploración radiológica en quirófano (radioscopia) para URS.</u></p> <p>• <u>Técnica quirúrgica bien sistematizada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica (perneras). ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado desechable específico para ambos procedimientos). ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir: localización tamaño y número de los tumores vesicales o de litiasis ureterales. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la RTUV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introducción de resectoscopio bajo visión. Dilatación uretral con dilatadores rígidos (Beniqués) en caso de dificultad para introducción de resectoscopio. Uretroscopia completa. Identificación de uretra prostática y cuello vesical. Cistoscopia reglada identificando lesiones a resear y cotejando información con las pruebas diagnósticas realizadas en consulta. ▪ Resección de lesiones visibles hasta tejido sano, incluyendo capa muscular vesical para su estudio anatomopatológico. Obtención de fragmentos para su estudio AP mediante evacuador. Electrocoagulación de lecho quirúrgico. ▪ En caso de tumores de aspecto sólido-infiltrante, muestra para AP de uretra prostática, y palpación bimanual para evaluar la movilidad vesical.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drenaje mediante sonda vesical silicona 3 vías para lavado continuo (Dufour 22-24Fr). <p>2. Técnica quirúrgica general para la URS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introducción de cistoscopio bajo visión. Identificación de meato ureteral. Introducción de guía hidrófila hasta cavidades renales (control simultáneo radioscopia). Dilatación meato ureteral con balón hidráulico. Paso y progresión de ureteroscopio semirrígido a través de meato ureteral hasta identificación de litiasis. Extracción con pinza (si tamaño limitado del cálculo), o fragmentación con láser (si su tamaño no permite su extracción directa). ▪ Colocación de catéter ureteral “doble J” con ayuda de cistoscopio y radioscopia. ▪ Drenaje con sonda uretral Foley estándar. <p>5. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. Sueros de lavado a ritmo rápido (RTUV). ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Petición para análisis AP de pieza quirúrgica (RTUV) realizada. ✓ Petición para análisis bioquímico de cálculo (URS) realizada.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta de Hospitalización.
	ANESTESIA	<p>1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria 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 311. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO			
TIPO DE PROCESO	Clínico	CÓDIGO	PUG 01 PL 02 PO 01
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan neoplasia maligna de vejiga (RTUV), o litiasis ureteral (URS).		
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Hospitalización.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1 día	FRECUENCIA RTUV: 171 / año URS: 38 / año
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • 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. 		
ENTRADAS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<p>Ambos procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo quirúrgico estéril desechable específico, funda estéril para cámara. <p>RTUV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resectoscopio completo (25,5 o 27Fr), óptica 30º, con sus accesorios. • Solución irrigación Glicina 1,5%. • Evacuador desechable. • Catéter uretral silicona 3 vías 22-24Fr (Dufour). • Placa electrodo bisturí monopolar. • Fármacos. <p>URS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cistoscopio rígido 21Fr, óptica 30º, con sus accesorios. • Ureteroscopio semirrígido 9,5Fr, canal de trabajo 5Fr, óptica 6º, y accesorios. • Solución irrigación S. salino fisiológico 0,9% y sistema para bomba específico. • Catéter ureteral recto 5-7Fr. • Guía 0,035 hidrófila. • Catéter ureteral "doble J" 5-7Fr. • Catéter ureteral Foley 2 vías 16-20Fr. 		<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 DEL GRD	Coste ponderado del GRD según frecuencia de procedimientos		606,57€
	Coste del Procedimiento Resección Transuretral Vesical (RTUV).		536,59€
	Coste del Procedimiento Ureteroscopia con fragmentación y extracción de litiasis ureteral (URS).		656,56€
SEGMÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Criterio: Los requisitos del proceso existen y son conformes tanto para 		

	<p>proveedores como para pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de altas proceso. ○ Estancia media proceso. ○ Tasa de mortalidad. ○ Tasa de reingresos ○ Tasa de reintervenciones.
RESPONSABLE	Dr. Marcos Luján Galán
OBSERVACIONES	<ol style="list-style-type: none"> I. En ambos procedimientos, el ingreso en la planta de Hospitalización se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.

GRD 311: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:

1, 5 consultas de media en los dos procedimientos del GRD. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DÍA DE LA CIRUGÍA)	HOSPITALIZACIÓN DÍA 2	HOSPITALIZACIÓN DÍA 3	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados, instrucciones de ANR). 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa con perneras (con extensor de mesa quirúrgica en URS). -Lavado estéril con povidona yodada (Betadine). -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de Reanimación y posteriormente traslado a la unidad de Hospitalización. -Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Irrigación vesical continua con suero salino fisiológico 0,9% (RTUV). -Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (3 horas tras la intervención si anestesia raquídea y, 6 horas sí anestesia general). 	<p>VISITA UROLOGÍA.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención. -Ordenes al personal de Enfermería para eliminar fluidoterapia, suspensión de irrigación vesical continua (RTUV), y retirada de sonda vesical. -Paso de medicación a vía oral. -Alta médica (si criterios de alta cumplidos, ver columna correspondiente). 	<p>Se aplicará las mismas actividades y consideraciones en caso de que no fuese posible el alta durante el segundo día de ingreso</p>	<p>CRITERIOS DE ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de hematuria significativa. -Dolor controlado. <p>DOCUMENTOS AL ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: ✓ RTUV: 1 mes en agenda PA_UROPTUM. ✓ URS: 15 días en agenda PA_URCIS (cistoscopia y retirada catéter ureteral) y 1 mes en agenda PA_URROLIT.

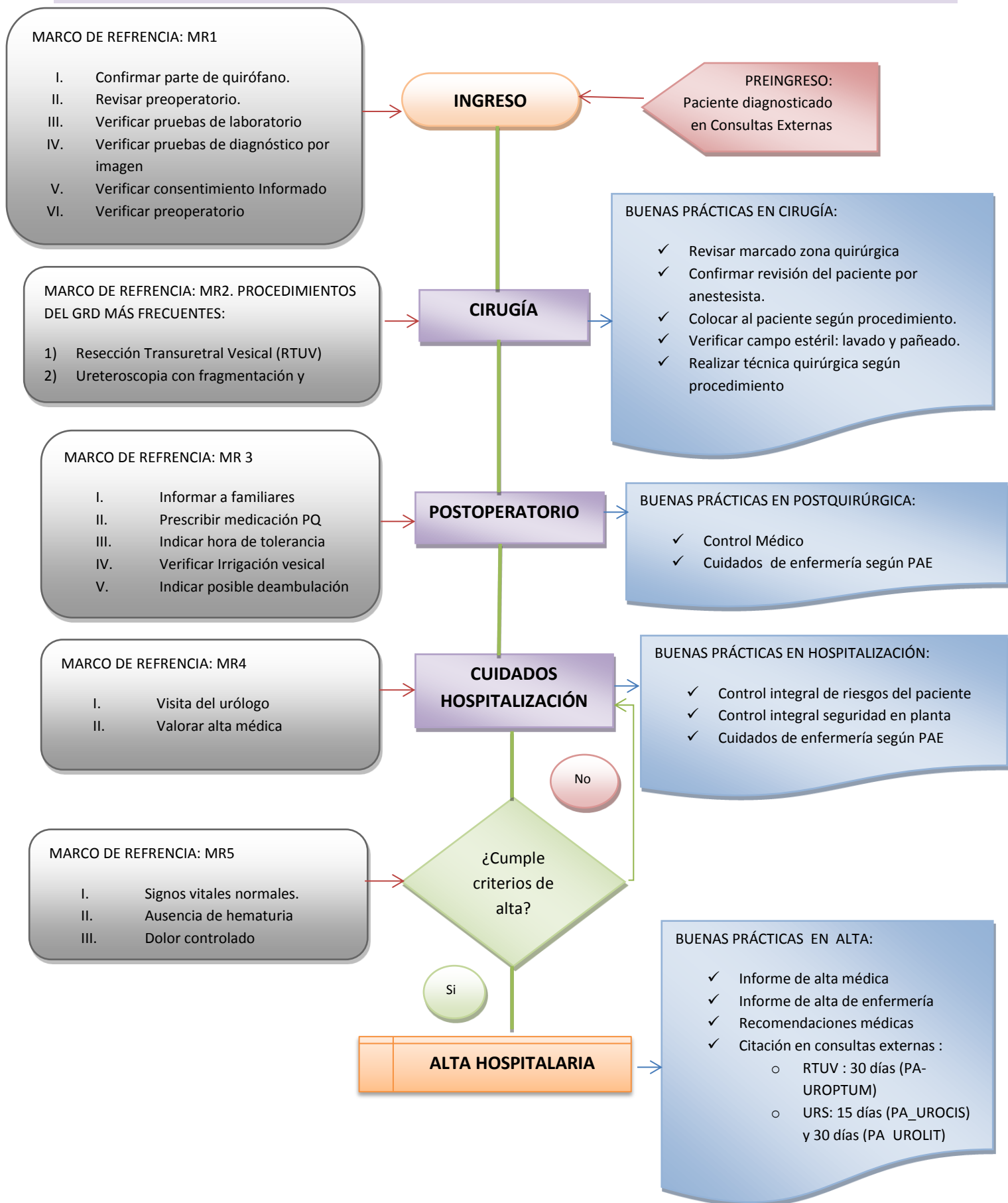
			-Indicación deambulaci3n coincidiendo con tolerancia a l3quidos por v3a oral.			
PRUEBAS DE DIAGN3STICO POR IMAGEN/ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	RX t3rax (solicitada con preoperatorio) si indicada. Rx/Eco/TAC en el caso de la URS ECO/CISTOSCOPIA en RTUV					
ANATOMIA PATOL3GICA		Petic3n en Selene para an3lisis AP de pieza quir3rgica (RTUV).				
TIEMPO QUIR3RGICO M3DICO		RTUV: TQE 1,09 + 0,35. URS: TQE 1,4 + 0,35. Equipo: . 2 FEAs . 2 Enfermeras				
TECNOLOG3A Y MATERIALES ESPECIFICOS		Material fungible: Ambos procedimientos. Campo est3ril desechable espec3fico. Funda est3ril para c3mara. RTUV: Evacuador desechable. Sonda vesical silicona Dufour 3 v3as. Envase pieza quir3rgica para AP. URS: Soluci3n irrigaci3n S. salino fisiol3gico 0,9% y				

		<p>sistema para bomba específico.</p> <p>Catéter ureteral recto 5-7Fr.</p> <p>Guía 0,035 hidrófila.</p> <p>Catéter ureteral "doble J" 5-7Fr.</p> <p>Catéter uretral Foley 2 vías 16-20Fr.</p>				
PRUEBAS DE LABORATORIO	<p>Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.</p>					
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	<p>Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica.</p> <p>Cefazolina 2 gr/IV , antes de la cirugía</p> <p>Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.</p>	<p>Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente)</p>	<p>-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas.-</p> <p>Ketorolaco 30mg IV cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo).</p> <p>-Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo.</p> <p>-Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.</p> <p>-Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.</p> <p>-Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>-Lorazepam 1mg VO</p>	<p>-Metamizol 575mg o paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas.</p> <p>- Ketorolaco 10mg VO cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo).</p> <p>-Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo.</p> <p>-Omeprazol 20mg VO cada 24 horas.</p> <p>-Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.</p> <p>-Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis</p>	<p>Se aplicará el mismo tratamiento y consideraciones en caso de que no fuese posible el alta durante el segundo día de ingreso</p>	<p>-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor).</p> <p>-Medicación habitual reinstaurar.</p>

			en la cena, si ansiedad o insomnio.	tromboembólica). -Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.		
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente:</p> <p>Protocolo de Área Quirúrgica.</p> <p>-Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica</p> <p>-Protocolo pacientes hospitalizados.</p> <p>-Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general).</p> <p>-Documentación de enfermería.</p> <p>-Toma de constantes (Tª, TA, FC)</p> <p>-Valorar si existe contraindicación de cirugía.</p> <p>-Valoración de estado general.</p> <p>- Verificar medicación suspendida.</p> <p>- Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-Instrucciones</p>	<p>En prequirúrgico:</p> <p>-Pijama antes de quirófano.</p> <p>- Comprobación: vías, rasurado.</p> <p>-Lista de Verificación Quirúrgica.</p> <p>-Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.</p>	<p>Enpostquirúrgico:</p> <p>-Monitorización de constantes vitales por turno.</p> <p>-Intensidad de hematuria.</p> <p>-Analgésia intravenosa.</p> <p>-Revisión de órdenes médicas prescripción Selene.</p>	<p>- Aseo del enfermo.</p> <p>-Vigilancia intensidad hematuria.</p> <p>-Constantes por turno.</p> <p>-Control de ritmo intestinal.</p> <p>-Educación sanitaria.</p> <p>-Analgésicos</p> <p>-HBPM.</p> <p>-Retirar fluidoterapia intravenosa, irrigación vesical y sonda vesical.</p> <p>-Alta enfermería.</p>	Se aplicarán los cuidados recogidos para el día 2.	

	prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).					
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		- Reposo en cama-sillón. -Movilización espontánea la tarde de la intervención según pauta en prescripción.	Deambulaci3n		
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	- Habitual	Habitual		
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO				Citaci3n en Consulta Externa (Urología).		
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
NÚMERO DE CONSULTAS:	Referencia: proceso de gesti3n de consultas externas Consulta médica: 1,5 (URS), 1 (RTUV).					

GRD311: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 311: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO URETEROSCOPIA CON FRAGMENTACIÓN Y EXTRACCIÓN DE LITIASIS URETERAL (URS)

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,20
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	10	0,61	2	12,20
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				24,40 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	2	6,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	105	0,61	2	128,10
ENFERMERÍA	105	0,45	2	94,50
AUXILIAR	105	0,3	1	31,50
MATERIALES ESPECÍFICOS				139,56
MATERIALES GENERALES				76,92
SUBTOTAL CIRUGÍA				470,58 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	2	16,00
ECOGRAFIA URO	20	0,45	1	9,00
TAC		75,3	0,5	37,65
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				62,65 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
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 €

PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA

ANTIBIOTICOS	1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	2,83
OTROS	1,78
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	5,73 €

GRD 311: COSTE DEL PROCEDIMIENTO URETEROSCOPIA CON FRAGMENTACIÓN Y EXTRACCIÓN DE LITIASIS URETERAL (URS)

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	24,40 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	470,58 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	62,65 €
LABORATORIO	10,10 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,73 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	656,56€

GRD 311: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN TRANSURETRAL VESICAL (RTUV)

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,20
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	10	0,61	2	12,20
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				24,40 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	2	6,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	86,4	0,61	2	105,41
ENFERMERÍA	86,4	0,45	2	77,76
AUXILIAR	86,4	0,3	1	25,92
MATERIALES ESPECÍFICOS				51,28
MATERIALES GENERALES				75,89
SUBTOTAL CIRUGÍA				336,26 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFÍAS CONVENCIONALES		8	1	8,00
ECOGRAFÍA URO	20	0,45	1	9,00
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				17,00 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA				
CITOLOGÍA URINARIA		20		20,00
SUBTOTAL ANATOMÍA PATOLÓGICA				20,00 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
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 €

PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA

ANTIBIÓTICOS	1,12
ANALGÉSICOS Y ANTINFLAMATORIOS	2,83
OTROS	1,78
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	5,73 €

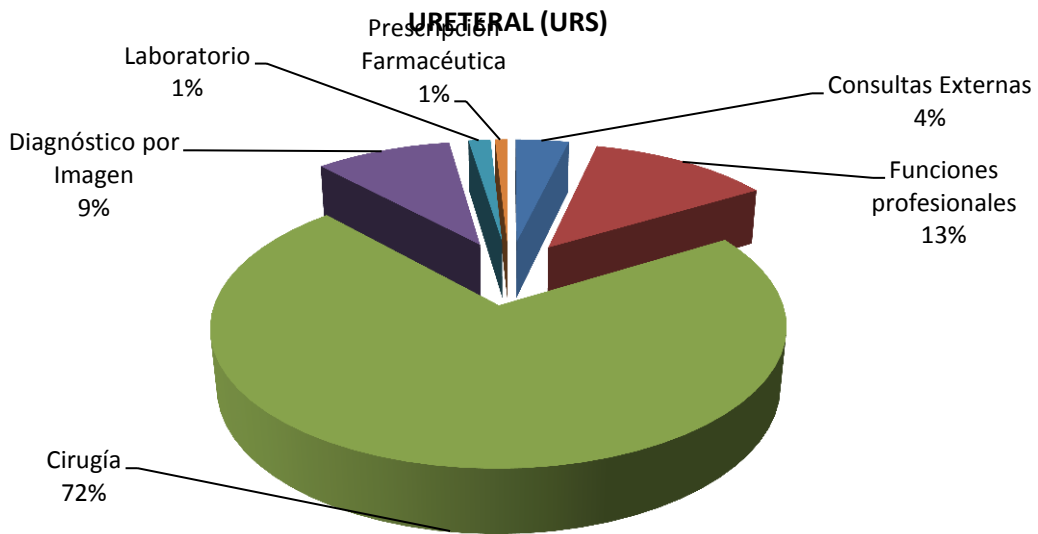
GRD 311: COSTE DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN TRANSURETRAL VESICAL (RTUV)

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	24,40 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	376,26 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	17,00 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	20,00 €
LABORATORIO	10,10 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	5,73 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	536,59 €

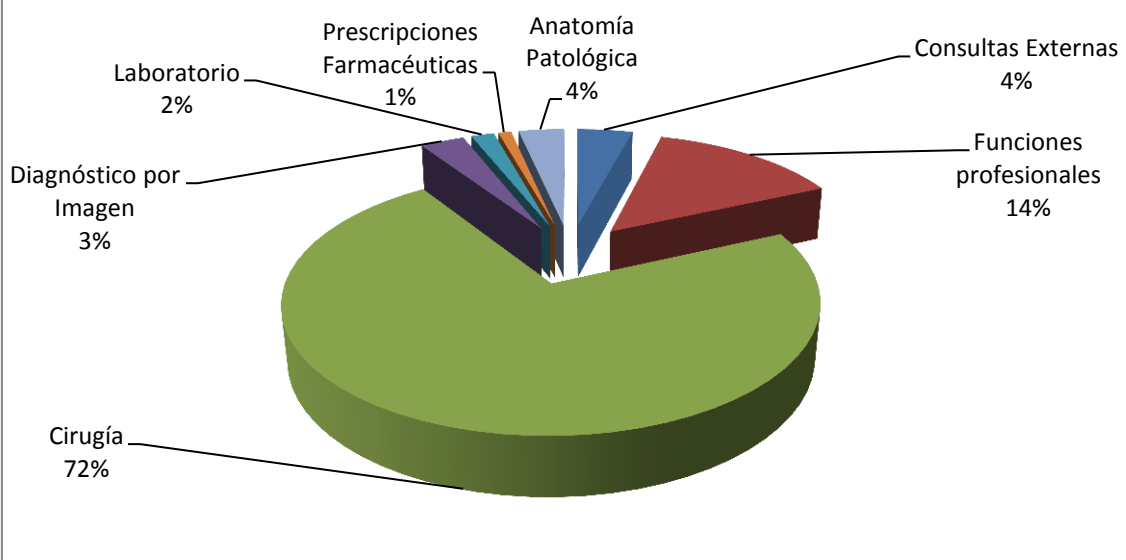
GRD 311: COSTE PONDERADO SEGUN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	24,40 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	423,42€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	39,82 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	20,00 €
LABORATORIO	10,10 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	5,73 €
COSTE MEDIO TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTOS	606,57 €

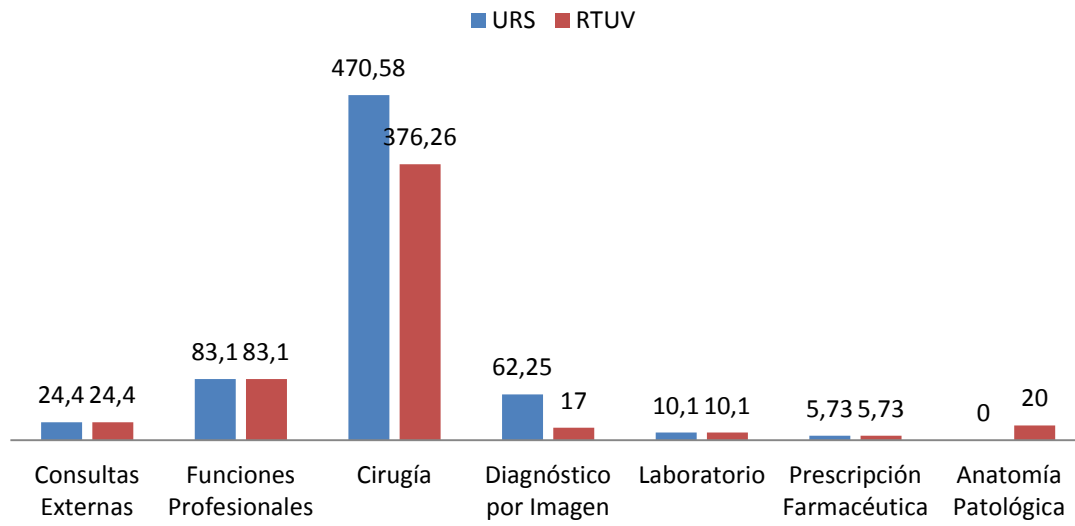
VALOR PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO URETEROSCOPIA CON FRAGMENTACIÓN Y EXTRACCIÓN DE LITIASIS



VALOR PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN TRANSURETRAL VESICAL (RTUV)



GRD 311: Diagrama Comparativo de procedimientos en función de los costes por Actividad.



GRD 339. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR PROCESO NO MALIGNO. EDAD MAYOR DE 17 AÑOS

GRD 340. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR PROCESO NO MALIGNO. EDAD MENOR DE 18 AÑOS

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESOS :	GRD 339. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad mayor de 17 años GRD 340. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad menor de 18 años	CODIGO DE PROCESO	PUG 02
-------------------	--	--------------------------	---------------

RESUMEN

GRD 339. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad mayor de 17 años.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, excisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.

GRD 340. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad menor de 18 años.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, excisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.

Los diagnósticos que abarca son (CIE9-MC):

603 HIDROCELE

456.4 VARICOCELE

608.3 ATROFIA TESTICULAR

603.1 HIDROCELE INFECTADO

604 ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS

752.5 TESTICULO NO DESCENDIDO

608.2 TORSIÓN TESTICULAR

Los procedimientos que comprende son:

61.2 EXCISIÓN DE HIDROCELE

63.1 EXCISIÓN DE VARICOCELE

62.3 ORQUIECTOMIA UNILATERAL

Estos procedimientos se realizan como cirugía mayor ambulatoria y NO requieren el ingreso con hospitalización.

El seguimiento en consulta (sólo en el caso de la orquiectomía, por precisar análisis anatomopatológico) se reanuda transcurrido 1 mes tras la intervención.

ABSTRACT

DRG 339. Procedures on testis due to non-malignant disease. Male patients older than 17 years.

Surgical DRG that involves male patients older than 17 years who suffer from non-malignant male reproductive system disease in whom one of the following procedures is performed: hydrocelectomy, varicocelectomy, epididymal cyst excision, uni or bilateral orchidectomy, testicular prostheses insertion or open testicular biopsy.

DRG 340. Procedures on testis due to non-malignant disease. Male patients younger than 18 years.

Surgical DRG that involves male patients younger than 18 years who suffer from non-malignant male reproductive system disease in whom one of the following procedures is performed: hydrocelectomy, varicocelectomy, epididymal cyst excision, uni or bilateral orchidectomy, testicular prostheses insertion or open testicular biopsy.

Both DRGs comprise the following diagnosis Procedures involved are:

(ICD9-MC):

603 HYDROCELE

61.2 HYDROCELE EXCISION

456.4 VARICOCELE

63.1 VARICOCELE EXCISION

608.3 TESTICULAR ATROPHY

62.3 UNILATERAL ORCHIDECTOMY

603.1 HIDROCELE INFECTION

604 ORCHITIS AND EPIDYDIMITIS

752.5 UNDESCENDED TESTIS

608.2 TESTICULAR TORSION

Those procedures are performed in an ambulatory basis and do not require hospital admittance. Follow-up in the outpatient clinic is carried out 1 month after intervention (only when orchidectomy is considered due to the need of revision of the pathology report).

GRD 339. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad mayor de 17 años

GRD 340. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad menor de 18 años

DEFINICIÓN DEL PROCESO

GRD 339. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad mayor de 17 años

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, excisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.

GRD 340. Procedimientos sobre testículos por proceso no maligno. Edad menor de 18 años

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, excisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía mayor ambulatoria sin hospitalización	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: una mañana en SAM Procedimiento 2: una mañana en SAM Procedimiento 3: una mañana en SAM
PESO	GRD 339 0,7674 GRD 340 0,6917		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Excisión de Hidrocele
- Excisión de Variocele
- Orquiectomía

GRD 339. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR PROCESO NO MALIGNO. Edad mayor de 17 años

GRD 340. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR PROCESO NO MALIGNO. Edad menor de 18 años

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.✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas.✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica:<ul style="list-style-type: none">○ ECOGRAFIA-DOPPLER TESTICULAR.○ MARCADORES TUMORALES TESTICULARES (Si orquiectomía)✓ Paciente confirmado en parte quirófano.✓ Medicación ajustada al paciente.✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Rasurado en SAM✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica en descubierto supino.✓ Campo quirúrgico estéril.✓ Vía de abordaje limpia.✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir: localización, tamaño y lado afecto. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la HIDROCELECTOMIA</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Incisión horizontal en el teste afecto del hidrocele▪ Disección de túnicas testiculares hasta aislar la capa vaginal▪ Apertura de la vaginal del testículo con evacuación del hidrocele▪ Hemostasia cuidadosa▪ Eversión de la capa vaginal con puntos de vicril 2/0▪ Cierre por planos del testículo con vicril 2/0▪ Cierre de piel de escroto con vicril rapid 2/0

		<p>2. Técnica quirúrgica general para la VARICOCELECTOMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incisión inguinal del lado afecto por el varicocele • Aislamiento del cordón espermático • Individualización de venas espermáticas con ligadura de estas con vicril 2/0 • Hemostasia cuidadosa de lecho quirúrgico • Cierre planos superficiales con vicril 3/0 • Cierre de piel con grapas <p>3 Técnica quirúrgica de la orquiectomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incisión inguinal del lado afecto por el teste afectado • Aislamiento del cordón espermático • Liberación del testículo de adherencias a escroto y extracción. • Ligadura conducto deferente con vicril 2/0 • Ligadura de estructuras vasculares del testículo con seda 0 • Hemostasia cuidadosa de lecho quirúrgico • Cierre planos superficiales con vicril 3/0 • Cierre de piel con grapas <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Petición para análisis AP de pieza quirúrgica (Orquiectomía) realizada.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en la SAM
	ANESTESIA	<p>3. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>4. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Análíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ANATOMIA PATOLOGICA	Pieza quirúrgica de la orquiectomía
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales

GRD 339. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR PROCESO NO MALIGNO. Edad mayor de 17 años

GRD 340. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR PROCESO NO MALIGNO. Edad menor de 18 años

TIPO DE PROCESO	Quirúrgico	CÓDIGO	PUG 02
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio quirúrgico a todos los pacientes que presentan una enfermedad no neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, excisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.		
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la SAM	
	FINAL	Alta en la SAM (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	Una mañana en la SAM	FRECUENCIA 14,4 hidrocele / año 0,8 varicocele / año 1,2 orquiectomía / año
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • 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. 		
ENTRADAS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	Todos los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Campo quirúrgico estéril desechable. EXCISION DE HIDROCELE, VARICOCELE Y ORQUIECTOMIA. <ul style="list-style-type: none"> • Bisturi eléctrico • Aspirador. • Suturas de Vicril 2/0, 3/0 • Sutura de Vicril rapid 2/0 • Grapas para sutura de piel. • Seda 2/0 • Drenaje esporádicamente. • Instrumental quirúrgico habitual. 		<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 DEL GRD	COSTE PONDERADO DEL GRD SEGÚN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS		414,48€
	Coste del procedimiento Hidrocelectomía		381,04€
	Coste del procedimiento Varicocelectomía		381,04€
	Coste del procedimiento Orquiectomía		481,58€

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. ○ Tasa de ambulatorización
RESPONSABLE	Dr. Diz Rodríguez
OBSERVACIONES:	Notas: En todos los procedimientos, el ingreso en la SAM se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.

GRD 339-340: TRAYECTORIA CLÍNICA

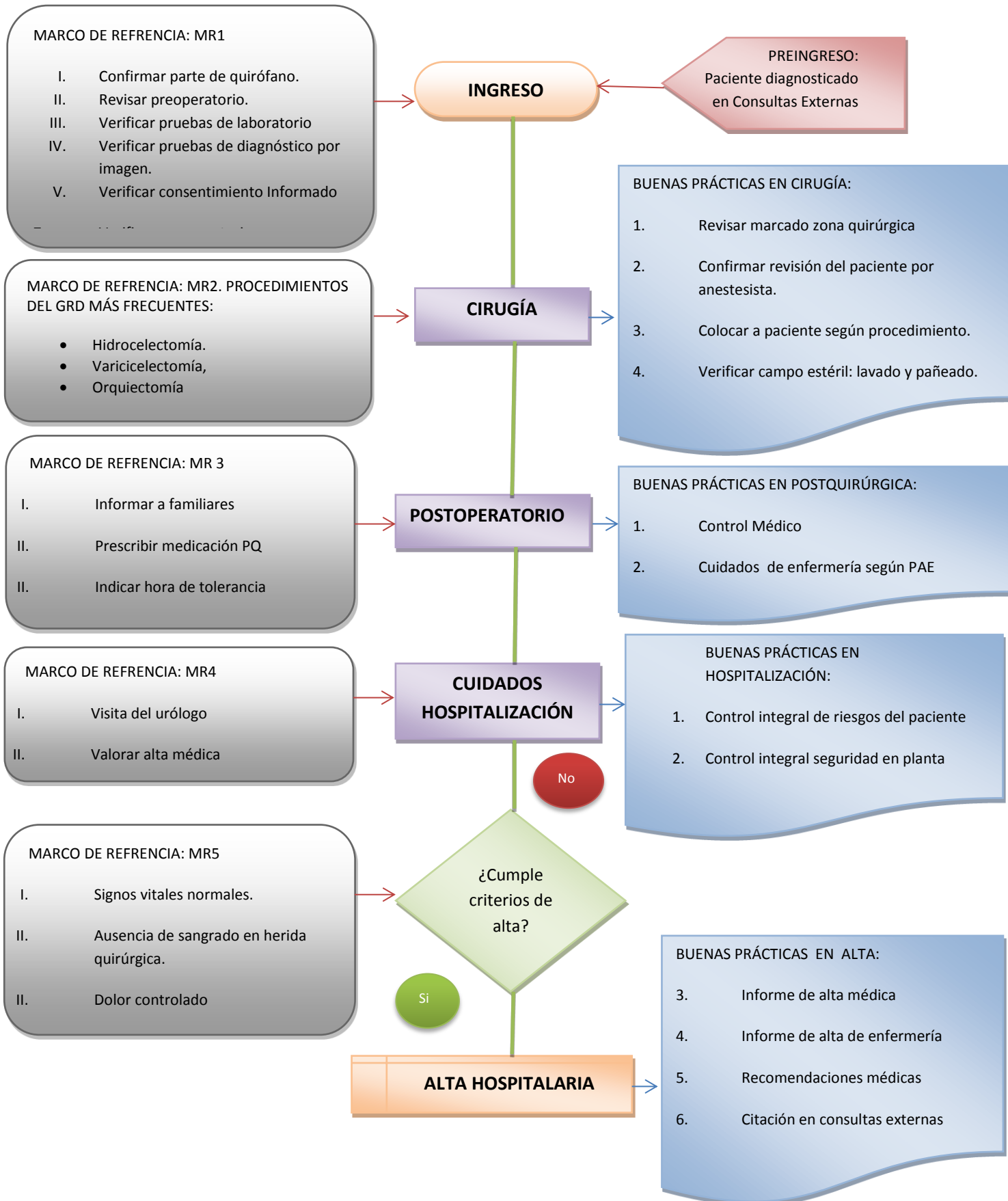
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:	1 consulta para los tres procedimientos del GRD. Referencia: proceso de gestión de consultas externas			
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA				
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DIA DE LA CIRUGIA)	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>DÍA PREVIO A LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación de parte del quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados, instrucciones de ANR). 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa en decúbito supino. -Lavado estéril con povidona yodada (Betadine). -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de SAM -Prescripción de tratamientos no farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (3 horas tras la intervención si anestesia raquídea, 6 horas si anestesia general). -Indicación deambulacion coincidiendo con tolerancia a líquidos por vía oral. 	<p>CRITERIOS DE ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de sangrado por herida quirúrgica -Dolor controlado. <p>DOCUMENTOS AL ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informe de alta y recetas. - Recomendaciones médicas. - Citación en consulta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Con su MAP a los 10 días (Hidrocele y varicocele). ✓ En consulta Urología (Orquiectomía) al mes.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<ul style="list-style-type: none"> -RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada. -Ecografía testicular. 			
ANATOMÍA PATOLÓGICA		Peticion en Selene para análisis AP de pieza quirúrgica (Orquiectomía).		
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		<ul style="list-style-type: none"> -Hidrocele: TQE 1,23. - Varicocele: TQE 1,23. -Orquiectomia: TQE 1,39. 		

		Equipo: 2 FEAs		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Material fungible: Los tres procedimientos: -Campo estéril desechable -Drenaje si fuera necesario -Envase pieza quirúrgica para AP (orquiectomía).		
PRUEBAS DE LABORATORIO	-Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica. - Cefazolina 2 gr/IV , antes de la cirugía	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente)	-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 30mg IV cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas (si nauseas o vómitos).	-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	ACOGIDA DEL PACIENTE: Protocolo de Área Quirúrgica (SAM). -Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica -Protocolo pacientes hospitalizados (SAM). -Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC): -Valorar si existe contraindicación de cirugía.	EN PREQUIRÚRGICO: -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica. -Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.	EN POSTQUIRÚRGICO: -Monitorización de constantes vitales -Control de apósito -Medicación intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene.	

	-Valoración de estado general. -Verificar medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir. -Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).			
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		-Reposo en cama-sillón. -Movilización espontánea tras la intervención según pauta en prescripción previa al alta.	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO				
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
NÚMERO DE CONSULTAS:	Consulta médica: 0 para hidrocele-varicocele, 1 para orquiectomía.			

GRD339-340: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 339-340: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO HIDROCELECTOMIA					
ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL	
CONSULTAS EXTERNAS					
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22	
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	0	0	
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				12,22 €	
FUNCIONES PROFESIONALES					
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45	
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	1	3,00	
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				39,75 €	
CIRUGÍA					
CIRUJANOS	83	0,61	2	101,43	
ENFERMERÍA	83	0,41	2	68,06	
AUXILIAR	83	0,3	1	24,90	
MATERIALES ESPECÍFICOS				32,53	
MATERIALES GENERALES				73,87	
SUBTOTAL CIRUGÍA				300,79 €	
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN					
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8,00	
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20	
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				16,20 €	
PRUEBAS DE LABORATORIO					
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 €	

PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS	1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	0,80
OTROS	0,06
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	1,98 €

GRD 339-340: COSTE DEL PROCEDIMIENTO HIDROCELECTOMIA

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	12,22
FUNCIONES PROFESIONALES	39,75
CIRUGÍA	300,79
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	16,20
LABORATORIO	10,10
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	1,98
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	381,04 €

GRD 339-340: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO VARICOCELECTOMIA

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	0	0
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				12,22 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	1	3,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				39,75 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	83	0,61	2	101,26
ENFERMERÍA	83	0,41	2	68,06
AUXILIAR	83	0,3	1	24,90
MATERIALES ESPECÍFICOS				32,53
MATERIALES GENERALES				73,87
SUBTOTAL CIRUGÍA				300,79 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8,00
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				16,20 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
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 €
PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				
ANTIBIOTICOS				1,12

ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	0,80
OTROS	0,06
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	1,98 €

GRD 339-340: COSTE DEL PROCEDIMIENTO VARICOCELECTOMIA

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	12,22
FUNCIONES PROFESIONALES	39,75
CIRUGÍA	300,79
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	16,20
LABORATORIO	10,10
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	1,98
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	381,04

GRD 339-340: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ORQUIECTOMIA

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	1	7,33
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				19,55 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	1	3,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				39,75 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	99	0,61	2	120,98
ENFERMERÍA	99	0,41	2	81,18
AUXILIAR	99	0,3	1	29,70
MATERIALES ESPECÍFICOS				34,03
MATERIALES GENERALES				88,11
SUBTOTAL CIRUGÍA				354,00 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8,00
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				16,20 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
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 €
ANATOMIA PATOLOGIA				
PIEZA MEDIANA		40	1	40,00 €
PESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA				

ANTIBIÓTICOS	1,12
ANALGÉSICOS Y ANTINFLAMATORIOS	0,86
OTROS	0
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	1,98 €

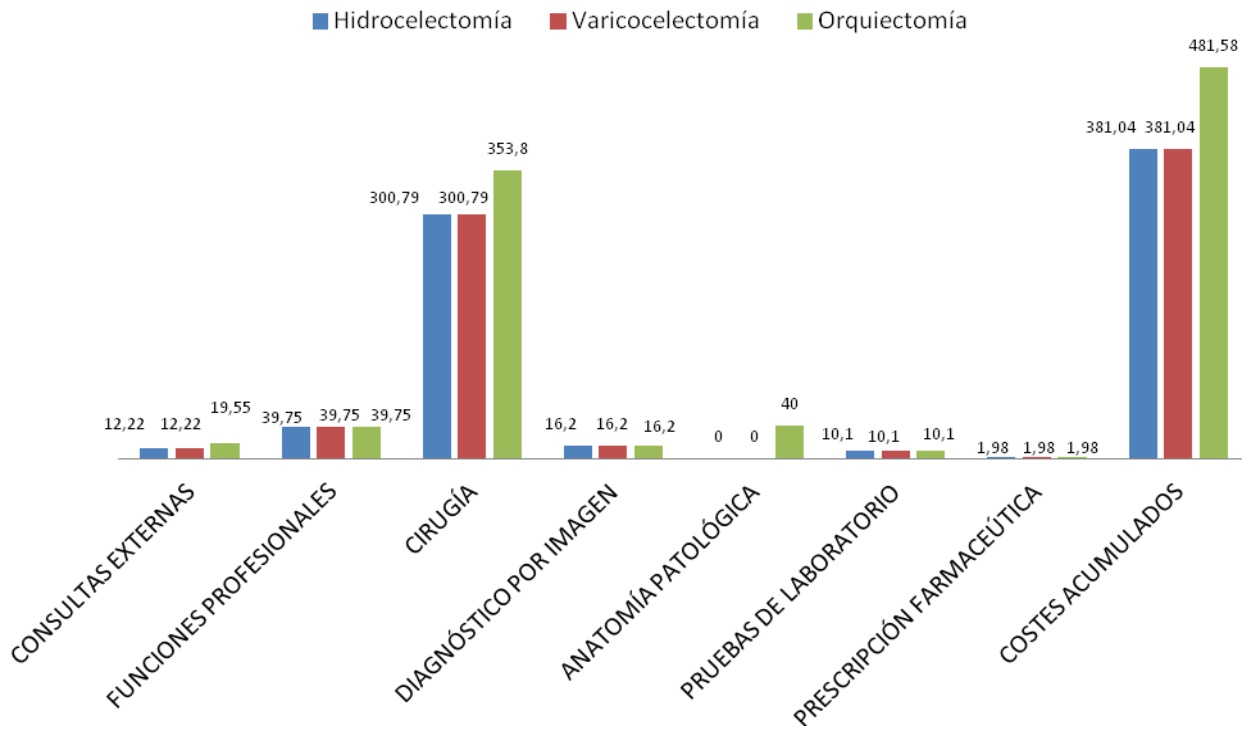
GRD 339-340: COSTE DEL PROCEDIMIENTO ORQUIECTOMIA

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	19,55 €
FUNCIONES PROFESIONALES	39,75 €
CIRUGÍA	354,00 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	16,20 €
LABORATORIO	10,10 €
ANATOMIA PATOLÓGICA	40,00 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	1,98 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	481,58 €

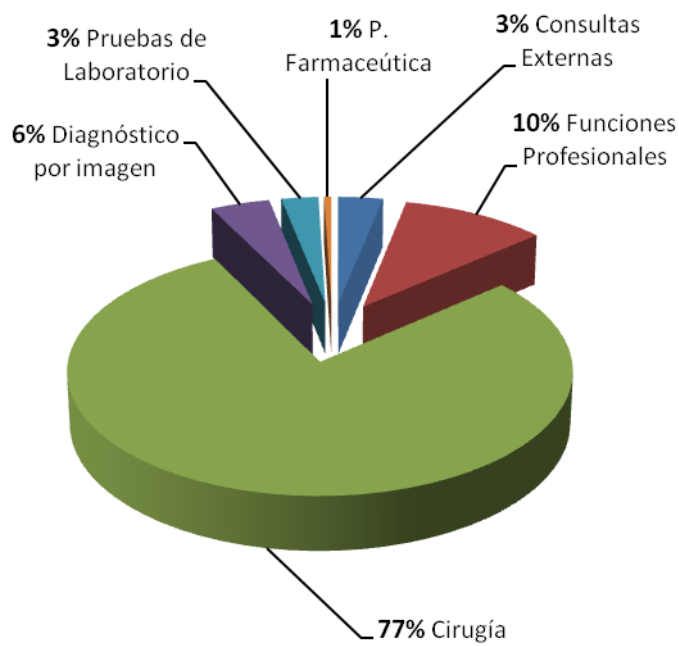
GRD 339-340: COSTE PONDERADO SEGUN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	14,66 €
FUNCIONES PROFESIONALES	39,75 €
CIRUGÍA	318,45 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	16,20 €
LABORATORIO	10,10 €
ANATOMIA PATOLOGICA	13,33 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	1,99 €
COSTE MEDIO TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTOS	414,48 €

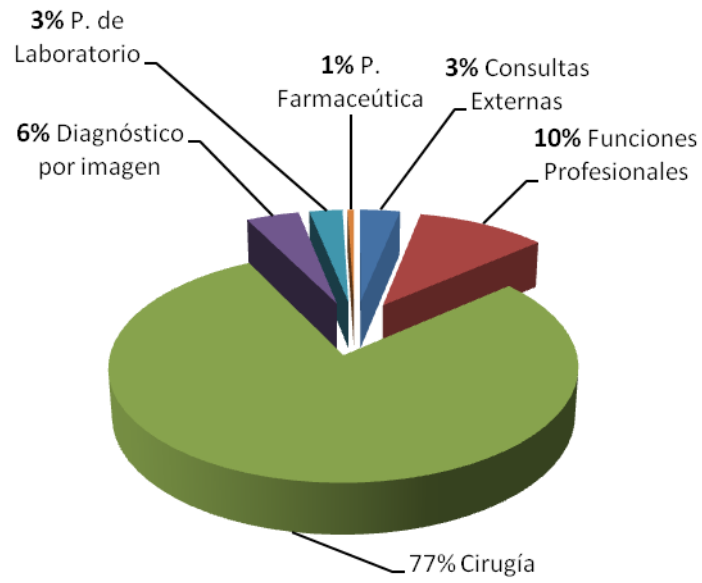
GRD 339-340: DIAGRAMA COMPARATIVO DE PROCEDIMIENTOS EN FUNCIÓN DE LOS COSTES POR ACTIVIDAD



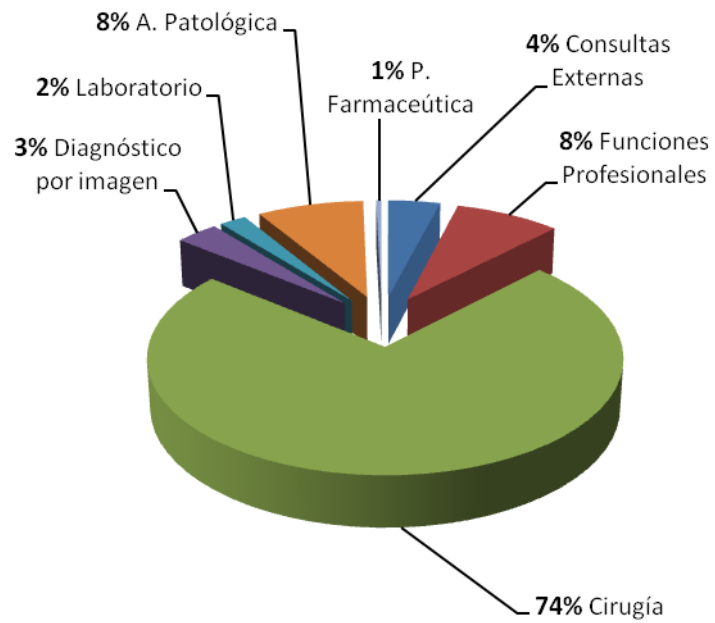
Valor porcentual de las actividades del procesamiento hidrocelectomía



VALOR PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO VARICOCELECTOMIA



VALOR PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO ORQUIECTOMÍA



GRD 337. PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN COMPLICACIONES.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 337. Prostatectomía transuretral sin complicaciones.	CÓDIGO DE PROCESO	PUG 03 PO 06
------------------	--	--------------------------	-----------------

RESUMEN

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductormasculino a los que se les ha practicado una prostatectomía transuretral.

El GRD 337 es en el que con más frecuencia se clasifica un paciente al que se le haya practicado una prostatectomía transuretral. Si además tuviese otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad se clasificaría en el GRD 336 y si fuese etiquetado de complicación o comorbilidad mayor se clasificaría en el GRD 571. Sin embargo, algunos pacientes a los que se les practica una prostatectomía transuretral no se clasifican en ninguno de estos tres GRD pues lo hacen en los GRD 306, 307 o 567 de la CDM 11 por haber ingresado por una enfermedad del riñón y vías urinarias en lugar de por una enfermedad de la próstata.

ABSTRACT

This surgical DRG comprises patients admitted because of disease of male reproductive system in whom transurethral prostatectomy has been performed. DRG 337 is the most frequent assigned to patients who underwent transurethral prostatectomy. If additionally complications or comorbidities are present, will be classified as DRG 336, and if complication or comorbidity was major, DRG 571 will be applied. Nonetheless, some patients with transurethral prostatectomy will not be labeled with the mentioned DRGs and assigned DRGs 306, 307 or 567 from CDM11 instead because of presenting with kidney and urinary tract disease instead of prostatic disease.

GRD 337: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una prostatectomía transuretral.

El GRD 337 es en el que con más frecuencia se clasifica un paciente al que se le haya practicado una prostatectomía transuretral.

MODALIDAD DE ATENCIÓN PESO	Cirugía con Hospitalización 0,8890	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento : entre 2 y 3 días
-----------------------------------	---	-----------------------	---

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Resección Transuretral Próstata (RTU-P).

GRD: 337. PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL 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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas. ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: ECO-TR ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica (perneras). ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado desechable específico). ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir. <p>Técnica quirúrgica general para la RTU-P:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introducción de resectoscopio bajo visión. Dilatación uretral con dilatadores rígidos (Beniqués) en caso de dificultad para introducción de resectoscopio). Uretroscopia completa. Identificación de uretra prostática y cuello vesical. Cistoscopia reglada. ▪ Resección de próstata para su estudio anatomopatológico. Obtención de fragmentos para su estudio AP mediante evacuador. Electrocoagulación de lecho quirúrgico. ▪ Drenaje mediante sonda vesical silicona 3 vías para lavado continuo (Dufour 22-24Fr). <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. Sueros de lavado a ritmo rápido. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Petición para análisis AP de pieza quirúrgica realizada.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso.</p>
	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta de Hospitalización.

COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ANESTESIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria 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: 337. PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL SIN COMPLICACIONES				
TIPO DE PROCESO	Clínico		CÓDIGO	PUG 03 PO 06
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan HBP			
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Hospitalización.		
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Consulta de Urología).		
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	2-3 días	FRECUENCIA	Variable
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS	
	Paciente		Familia del paciente	
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.			
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • 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. 			
ENTRADAS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • Campo quirúrgico estéril desechable específico, funda estéril para cámara. • Resectoscopio completo (25,5 o 27Fr), óptica 30º, con sus accesorios. • Solución irrigación Glicina 1,5%. • Evacuador desechable. • Catéter uretral silicona 3 vías 22-24Fr (Dufour). • Placa electrodo bisturí monopolar. 		<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 DEL GRD	Coste del Procedimiento Resección Transuretral Próstata.			573,00 €
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. ○ Tasa de mortalidad. ○ Tasa de reingresos ○ Tasa de reintervenciones. 			
RESPONSABLE	Dr. Vicente Chiva Robles			
OBSERVACIONES:	El ingreso en la planta de Hospitalización se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.			

GRD 337: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS

2 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACION

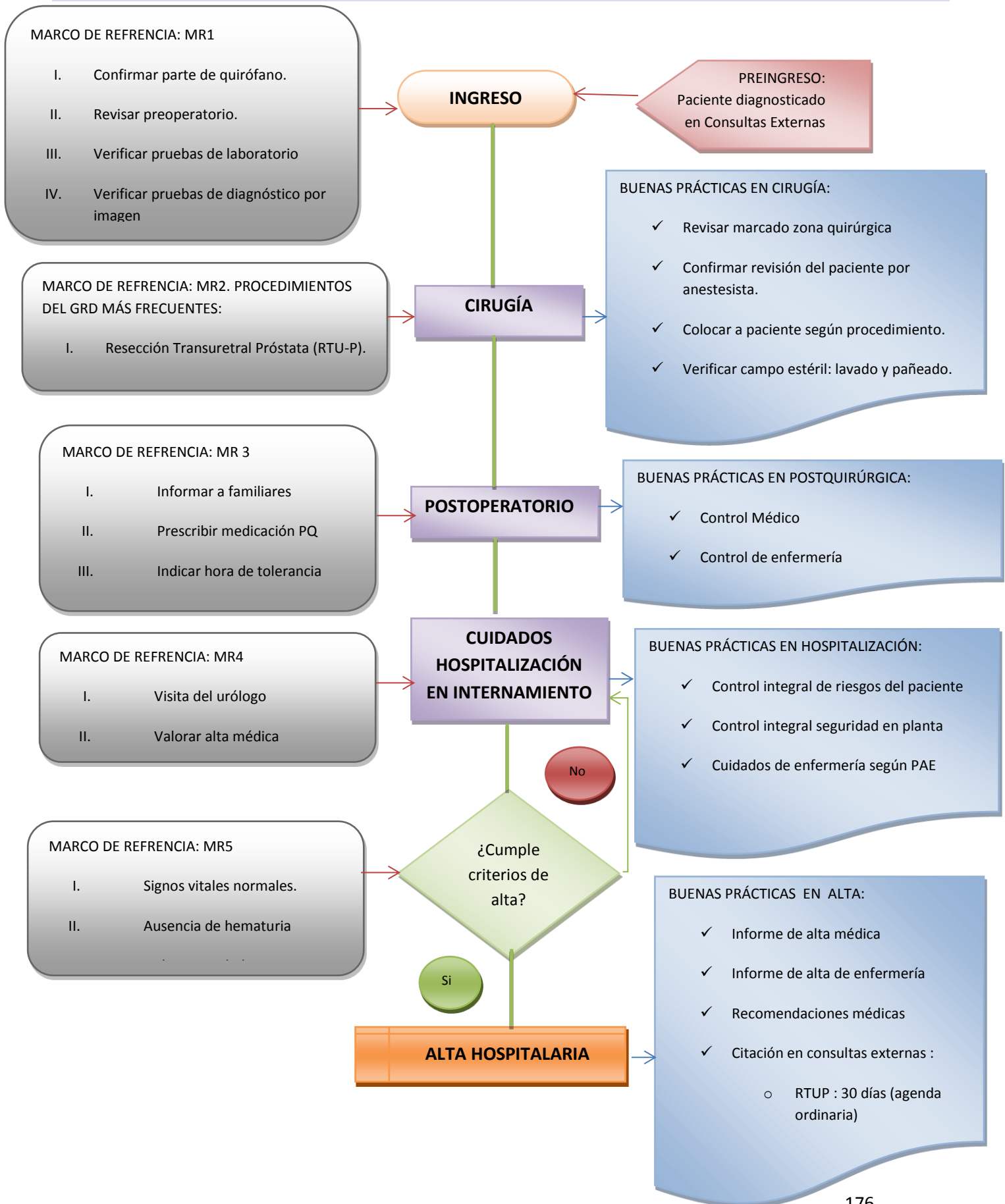
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DIA DE LA CIRUGIA)	HOSPITALIZACION DIA 2	HOSPITALIZACION DIA 3	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <p>-Confirmación de parte del quirófano en panel quirúrgico (Selene).</p> <p>-Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado.</p> <p>-Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados, instrucciones de ANR).</p>	<p>PREVIO A QX:</p> <p>-Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>-Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea.</p> <p>QUIRÓFANO.</p> <p>-Vía periférica.</p> <p>-Colocación del paciente en mesa con perneras.</p> <p>-Lavado estéril con povidona yodada (Betadine).</p> <p>-Pañeado campo estéril.</p> <p>-Técnica quirúrgica.</p>	<p>POSTERIOR A QX:</p> <p>-Información postoperatoria a familiares por Cirujano.</p> <p>-Paso a sala de Reanimación y posteriormente traslado a la unidad de Hospitalización.</p> <p>-Prescripción de tratamientos no farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria.</p> <p>-Irrigación vesical continua con suero salino fisiológico 0,9% (RTUP).</p> <p>-Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (3 horas tras la intervención si anestesia raquídea, 6 horas sí anestesia general).</p>	<p>Visita Urología.</p> <p>-Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención.</p> <p>-Ordenes al personal de Enfermería para eliminar fluidoterapia, suspensión de irrigación vesical continua (RTUP), y retirada de sonda vesical.</p> <p>-Paso de medicación a vía oral.</p> <p>-Alta médica (si criterios de alta cumplidos, ver columna correspondiente).</p>	<p>Se aplicará las mismas actividades y consideraciones en caso de que no fuese posible el alta durante el segundo día de ingreso.</p>	<p>Criterios de Alta:</p> <p>-Signos vitales normales.</p> <p>-Ausencia de hematuria significativa.</p> <p>- Dolor controlado.</p> <p>Documentos al Alta:</p> <p>-Informe de alta y recetas.</p> <p>-Recomendaciones médicas.</p> <p>-Citación en consulta: ✓ RTUP: 1 mes en agenda Agenda ordinaria.</p>

			-Indicación deambulaci3n coincidiendo con tolerancia a l3quidos por v3a oral.			
PRUEBAS DE DIAGN3STICO POR IMAGEN/ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	RX t3rax (solicitada con preoperatorio) si indicada. Rx/Eco-TR					
ANATOMIA PATOLOGICA		Petic3n en Selene para an3lisis AP de pieza quir3rgica (RTUP).				
TIEMPO QUIR3RGICO M3DICO		RTUP: TQE 1,76 . 2 FEAs . 2 Enfermeras				
TECNOLOG3A Y MATERIALES ESPECIFICOS		Material fungible: Campo est3ril desechable espec3fico. Funda est3ril para c3mara. Evacuador desechable. Sonda vesical silicona Dufour 3 v3as. Envase pieza quir3rgica para AP.				
PRUEBAS DE LABORATORIO	Anal3tica preoperatorio: hemograma, bioqu3mica y coagulaci3n.					
PRESCRIPCI3N FARMAC3UTICA	Pauta, seg3n protocolo en vigor, profilaxis antibi3tica prequir3rgica.	F3rmacos de anestesia quir3rgica (consultar proceso correspondiente).	-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 30mg IV	-Metamizol 575mg o paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 10mg VO	Se aplicar3 el mismo tratamiento y	-Metamizol magn3sico 575 mg 1 c3psula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicaci3n habitual

	Cefazolina 2 gr/IV , antes de la cirugía Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.		cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si náuseas o vómitos. -Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). -Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.	cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -Omeprazol 20mg VO cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si náuseas o vómitos. -Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). -Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.	consideraciones en caso de que no fuese posible el alta durante el segundo día de ingreso	reinstaurar.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: Protocolo de Área Quirúrgica. -Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica. -Protocolo pacientes hospitalizados. -Protocolo de ANR	En prequirúrgico: -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica. -Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.	Enpostquirúrgico: -Monitorización de constantes vitales por turno. -Intensidad de hematuria. -Analgésia intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia intensidad hematuria. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. - Analgésicos -HBPM. -Retirar fluidoterapia intravenosa, irrigación vesical y sonda vesical.	Se aplicarán los cuidados recogidos para el día 2.	

	(raquianestesia o anestesia general). -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC). -Valorar si existe contraindicación de cirugía. -Valoración de estado general. -Verificar medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir. -Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).			-Alta enfermería.		
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		-Reposo en cama-sillón. -Movilización espontánea la tarde de la intervención según pauta en prescripción.	Deambulación		
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	Habitual		
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO				Citación en Consulta Externa (Urología).		
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
NÚMERO DE CONSULTAS:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 1					

GRD 337: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 337: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN TRANSURETRAL PRÓSTATA (RTU-P)					
ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL	
CONSULTAS EXTERNAS					
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22	
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	2	14,66	
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				26,88€	
FUNCIONES PROFESIONALES					
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50	
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	2	6,00	
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €	
CIRUGÍA					
CIRUJANOS	109,20	0,61	2	133,44	
ENFERMERÍA	109,20	0,41	2	89,54	
AUXILIAR	109,20	0,30	1	32,76	
MATERIALES ESPECÍFICOS				51,28	
MATERIALES GENERALES				75,89	
SUBTOTAL CIRUGÍA				382,91€	
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN					
RX TORAX		8	0,75	6,00	
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20	
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				14,20€	
PRUEBAS DE LABORATORIO					
HEMOGRAMA		1,50	2	3,00	
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	2	7,12	
BIOQUÍMICA		5,04	2	10,08	
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				20,20€	
ANATOMÍA PATOLOGÍA					
PIEZA QUIRÚRGICA		40	1	40,00 €	

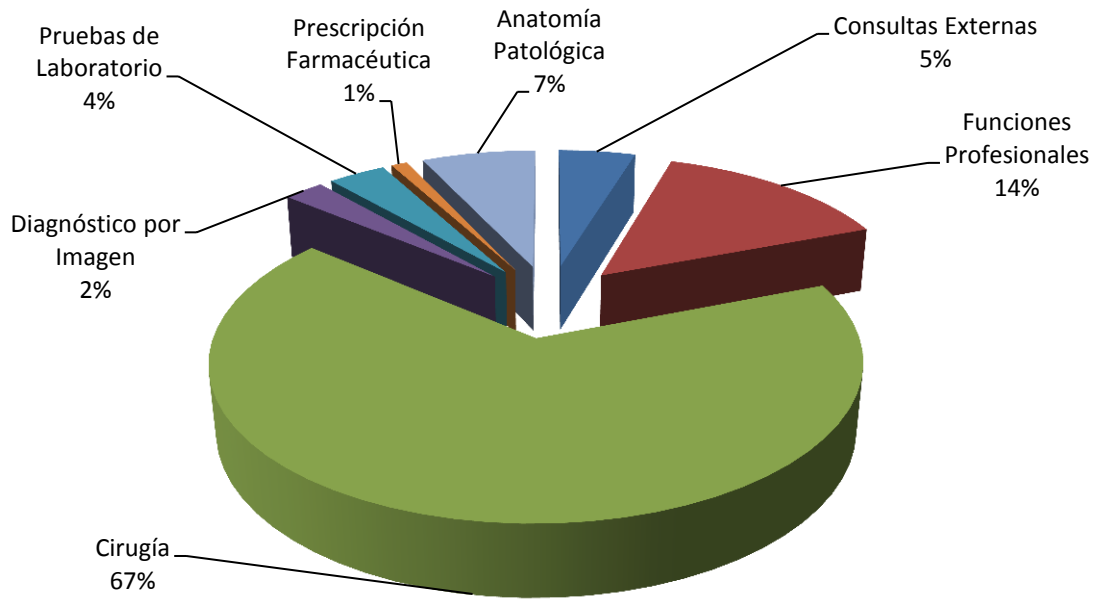
PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS	1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	2,82
OTROS	1,77
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €

GRD 337: COSTE DEL PROCEDIMIENTO RESECCIÓN TRANSURETRAL PRÓSTATA (RTU-P)

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	382,91 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	14,20 €
LABORATORIO	20,20 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	40,00 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	573,00 €

Valor porcentual de las actividades del procedimiento resección transuretral próstata (rtu-p)



GRD 335. PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN COMPLICACIONES

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 335 Procedimientos mayores sobre pelvis masculina sin CC	CÓDIGO DE PROCESO	PUG 04 PO 04
------------------	---	--------------------------	-------------------------

RESUMEN

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: prostatectomía suprapúbica, retropúbica, radical o perineal, cistectomía parcial, total o radical, disección radical de nódulos linfáticos iliacos o periaórticos, laparotomía exploradora o resección rectal.

ABSTRACT

Surgical DRG that involves patients admitted because of male reproductive system disease in whom one of the following procedures is performed: suprapubic, retropubic, radical or perineal prostatectomy, partial, total or radical cystectomy, iliac or periaortic lymph node dissection, open diagnostic laparotomy, or rectal resection.

GRD 335: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: prostatectomía suprapúbica, retropúbica, radical o perineal, cistectomía parcial, total o radical, disección radical de nódulos linfáticos iliacos o periaórticos, laparotomía exploradora o resección rectal.

En nuestro entorno, los procedimientos más frecuentes que incluye son la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) (CIE 60.5) y la adenomectomía retropúbica (Millin) (CIE 60.4).

MODALIDAD DE ATENCIÓN PESO	Cirugía con Hospitalización Peso: 2,0101	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: entre 3-5 días Procedimiento 2: entre 5-6 días
-----------------------------------	---	-----------------------	--

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Prostatectomía radical laparoscópica (PRL).
- Adenomectomía retropúbica (Millin).

GRD: 335. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA 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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas. ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analítica con PSA (PRL). ○ Ecografía transrectal (ECO-TR). ○ Otras pruebas de diagnóstico por imagen (RX abdomen, ecografía abdominal urológica, TAC, gammagrafía ósea),según protocolo. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado, existente y firmado por médico y paciente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica. ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado desechable específico para ambos procedimientos). ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1.Técnica quirúrgica general para la PRL:</p> <p>Introducción de trocar óptico bajo visión directa, creación de neumoperitoneo a 12 mmHg. Colocación del paciente en Tremdelenburg 25º-30º e introducción del resto de trocres (4). Disección de uraco hasta espacio de Retzius, apertura de fascia endopélvica, disección de cuello vesical, sección del mismo. Identificación y disección de deferentes y vesículas seminales. Sección de pedículos vasculares prostáticos. Apertura de fascia de Denonvilliers. Disección de cara posterior de próstata. Coagulación de complejo venoso dorsal con pinza bipolar, disección y sección de uretra. Anastomosis uretro-vesical con sutura continua V-Loc 3-0, previa colocación de sonda vesical. Extracción de pieza a A.P.</p> <p>Colocación de drenaje J-P en lecho. Cierre de fascia. Piel con grapas.</p>

		<p>2. Técnica quirúrgica general para el Millin: Laparotomía infraumbilical, apertura por planos hasta espacio de Retzius, puntos hemostáticos en capsula, apertura de la misma y enucleación de adenoma. Colocación de sonda vesical de tres luces bajo visión. Cierre de capsula prostática y conexión de suero lavador. Drenaje Jackson-Pratt en lecho quirúrgico. Cierre por planos. Piel con grapas. Pieza a A.P.</p> <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. Sueros de lavado a ritmo rápido (Millin). ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Petición para análisis AP de pieza quirúrgica realizada.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso. Informar expectativa de alta.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta de Hospitalización.
	ANESTESIA	<ul style="list-style-type: none"> - Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. - Confirmado visto bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria solicitada y realizada.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas. Pruebas cruzadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta.
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales.

GRD 335. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico	CÓDIGO	PUG 04 PO 04
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan neoplasia maligna de próstata (PRL), o hiperplasia benigna de próstata (Millin).		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Hospitalización.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	6,38	FRECUENCIA Variable
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Médicos y Técnicos de Anatomía Patológica. • Personal Enfermería: DUE y TCAE. • Personal T.I.G.A. 		
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<p>PRL: Campo quirúrgico universal. Torre laparoscopia. Caja cirugía laparoscópica. Consola bisturí ValleyLab. Tijera laparoscópica. Pinza Ligasure V (5 mm). Aspirador laparoscópico. Trocares laparoscopia. Bolsa extracción de pieza. Funda estéril para cámara. Sonda silicona 2 luces 18 Fr.</p> <p>MILLIN: Caja prostatectomía completa (ver anexo). Campo quirúrgico universal. Suturas, ligaduras. Sonda silicona 3 luces 24 Fr.</p>		<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.		
COSTES	Coste del procedimiento Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL)		2030,73 €
	Coste del procedimiento Aderomectomía Retropúbica (Millín)		878,61 €
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. ○ Tasa de mortalidad. ○ Tasa de complicaciones. ○ Tasa de transfusión. ○ Tasa de reintervenciones. 		
RESPONSABLE	Dr. Vicente Chiva Robles		

OBSERVACIONES:

Notas: En ambos procedimientos, el ingreso en la planta de Hospitalización se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.

GRD 335: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS: 3 consultas de media en los dos procedimientos del GRD. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DÍA DE LA CIRUGÍA)	HOSPITALIZACIÓN DÍA 2	HOSPITALIZACIÓN DÍAS SUCESIVOS	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados, instrucciones de ANR). 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa. -Lavado estéril con povidona yodada (Betadine). -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de Reanimación y posteriormente traslado a la unidad de Hospitalización. -Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria (general). -Irrigación continua de lavado en caso de Millin. 	<p>Visita Urología:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención. -Órdenes al personal de Enfermería para eliminar fluidoterapia. -Paso de medicación a vía oral. -Indicación de iniciar tolerancia. -Incorporar en cama. -Solicitud de analítica postoperatoria. 	<p>Visita Urología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Suspender irrigación continua cuando no hematuria en el caso de Millin. -Prescripción retirada drenajes cuando >24h débito inferior a 50cc. 	<p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de hematuria significativa. -Dolor controlado. -Retirada de sonda vesical en Millin. -Alta con sonda vesical en PRL y retirada en su Centro de Salud en 2 semanas. <p>Documentos al Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ PRL: 1 mes en agenda. PA_UROPTUM. ✓ Millin: 1 mes en agenda Área.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada.					

COMPLEMENTARIAS						
ANATOMIA PATOLOGICA		Petición en Selene para análisis AP de pieza quirúrgica.				
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		PRL: TQE 6 h (360 min) Millin: TQE 2,68 (160 min) Equipo: 2 FEAs				
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECIFICOS		Material fungible Ambos procedimientos: Campo estéril desechable e. Funda estéril para cámara. PRL: Tijera laparoscópica. Pinza Ligasure V (5 mm). Aspirador laparoscópico. Trocares laparoscopia. Bolsa extracción de pieza. Sonda silicona 2 luces 18 Fr. Millin: Solución irrigación S. salino fisiológico 0,9% y sistema para bomba específico. Sonda silicona 3 luces 24 Fr.				
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.			Analítica postoperatoria.		
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar	- Metamizol 2g o paracetamol 1g IV	- Metamizol 575mg o paracetamol 1g VO	-Metamizol 575mg o	- Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO

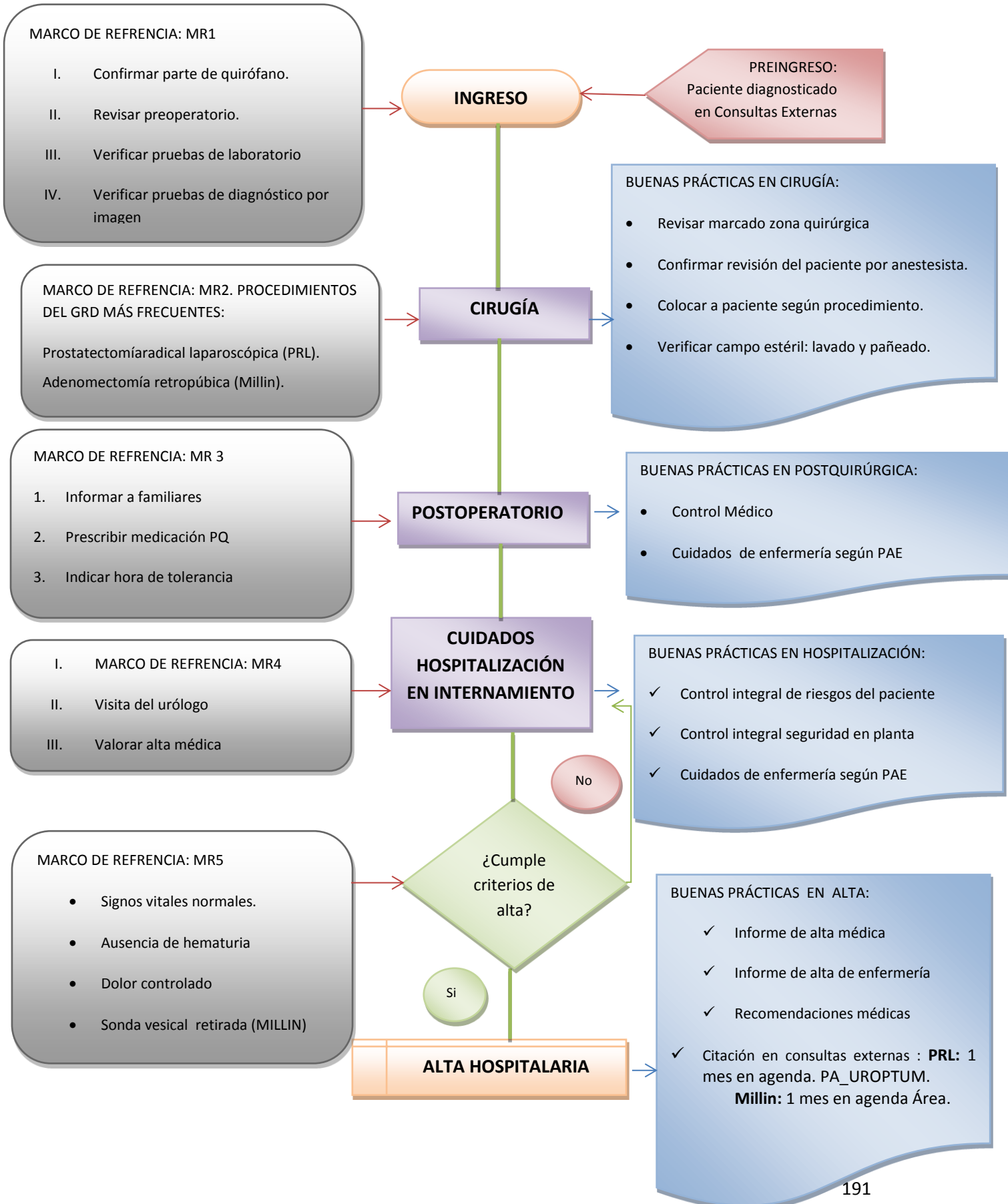
	antibiótica prequirúrgica. Cefazolina 2 gr/IV, antes de la cirugía. Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.	proceso correspondiente).	alternos cada 8 horas. - Ketorolaco 30mg IV cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). - Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. - Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si náuseas o vómitos. - Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). - Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.	alternos cada 8 horas. - Ketorolaco 10mg VO cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). - Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. - Omeprazol 20mg VO cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si náuseas o vómitos. - Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). - Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.	paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 10mg VO cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -Omeprazol 20mg VO cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si náuseas o vómitos. -Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). -Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.	cada 8 horas (si dolor). - Medicación habitual reinstaurar.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: Protocolo de Área Quirúrgica. -Protocolo de preparación	En prequirúrgico: -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación	Enpostquirúrgico: -Monitorización de constantes vitales por turno. -Intensidad de hematuria.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia intensidad hematuria. -Constantes por turno. -Control de ritmo		Retirar fluidoterapia intravenosa, irrigación vesical y sonda vesical (Millin). - Alta enfermería.

	<p>prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica.</p> <p>-Protocolo pacientes hospitalizados.</p> <p>-Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general).</p> <p>-Documentación de enfermería.</p> <p>-Toma de constantes (Tª, TA, FC): <i>Valorar</i> si existe contraindicación de cirugía. <i>Valoración</i> de estado general. <i>Verificar</i> medicación suspendida.</p> <p>-Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).</p>	<p>Quirúrgica.</p> <p>-Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.</p>	<p>-Analgesia intravenosa.</p> <p>-Revisión de órdenes médicas prescripción Selene.</p>	<p>intestinal.</p> <p>-Educación sanitaria.</p> <p>-Analgésicos</p> <p>-Administración de heparina subcutánea.</p>		
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón.	Deambulación		
DIETA	Absoluta	Absoluta	Habitual	Habitual	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO						Citación en Consulta Externa (Urología).

POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas. Consulta médica: 1 (PRL), 1 (Millin).
-----------------------------	--

GRD 335: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 335: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRL)

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	3	22,00
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				34,22€
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	360,00	0,61	2	439,92
ENFERMERÍA	360,00	0,41	2	295,20
AUXILIAR	360,00	0,30	1	108,00
MATERIALES ESPECÍFICOS				646,90
MATERIALES GENERALES				320,40
SUBTOTAL CIRUGÍA				1810,42 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8,00
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
TAC		75,30	0,4	30,12
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				46,32€
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA (Cuidados Hospitalización)		1,5	3	4,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.H.)		3,56	3	10,68
BIOQUÍMICA (C.H.)		5,04	3	15,12
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO	30,30 €			
HEMOGRAMA (CONSULTA EXTERNA)		1,50	1	1,50 €

HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.E.)	3,56	1	3,56 €	
BIOQUÍMICA (C.E.)	5,04	1	5,04 €	
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				10,10 €
SUMA TOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				40,40 €

ANATOMIA PATOLÓGICA

PIEZA MEDIANA	40	1	40,00 €	
---------------	----	---	----------------	--

PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS				1,12 €
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS				5,63 €
OTROS				9,52 €
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				16,27 €

GRD 335: COSTE DEL PROCEDIMIENTO PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA (PRL)

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES		
CONSULTAS EXTERNAS			34,22€
FUNCIONES PROFESIONALES			83,10 €
CIRUGÍA			1810,42€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN			46,32€
LABORATORIO			40,40€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA			16,27€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO			2030,73 €

GRD 335:ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA (MILLIN)

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	2	14,60
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				26,82€
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	160,80	0,61	2	196,50
ENFERMERÍA	160,80	0,41	2	131,86
AUXILIAR	160,80	0,30	1	48,24
MATERIALES ESPECÍFICOS				136,92
MATERIALES GENERALES				143,11
SUBTOTAL CIRUGÍA				656,63€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				16,20€
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA (Consultas Hospitalarias)		1,5	3	4,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.H.)		3,56	3	10,68
BIOQUÍMICA (C.H.)		5,04	3	15,12
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				30,30€
HEMOGRAMA (Consultas Externas)		1,5	1	1,50 €
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.E.)		3,56	1	3,56€
BIOQUÍMICA (C.E.)		5,04	1	5,04€

SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO			10,10€
SUMA TOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO			40,40€

ANATOMÍA PATOLÓGICA

PIEZA MEDIANA	40	1	40,00 €
---------------	----	---	----------------

PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS			1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS			4,82
OTROS			9,52
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA			15,46€

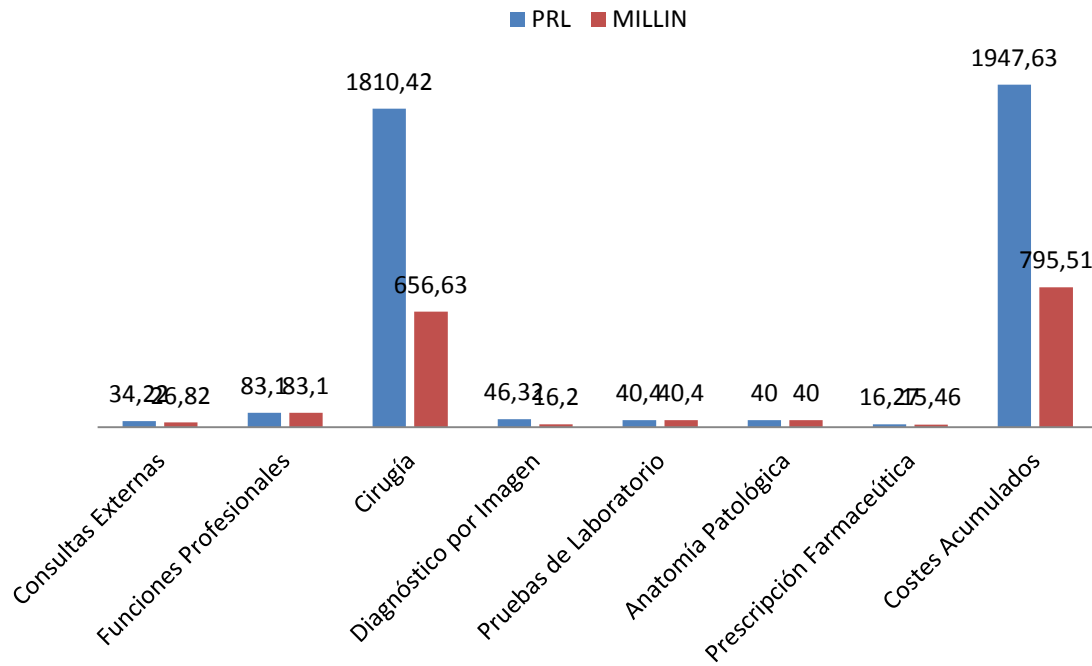
GRD 335: COSTE DEL PROCEDIMIENTO ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA (MILLIN)

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES	
CONSULTAS EXTERNAS		26,82€
FUNCIONES PROFESIONALES		83,10 €
CIRUGÍA		656,63€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN		16,20€
LABORATORIO		40,40€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA		15,46€
ANATOMÍA PATOLÓGICA		40,00 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO		878,61 €

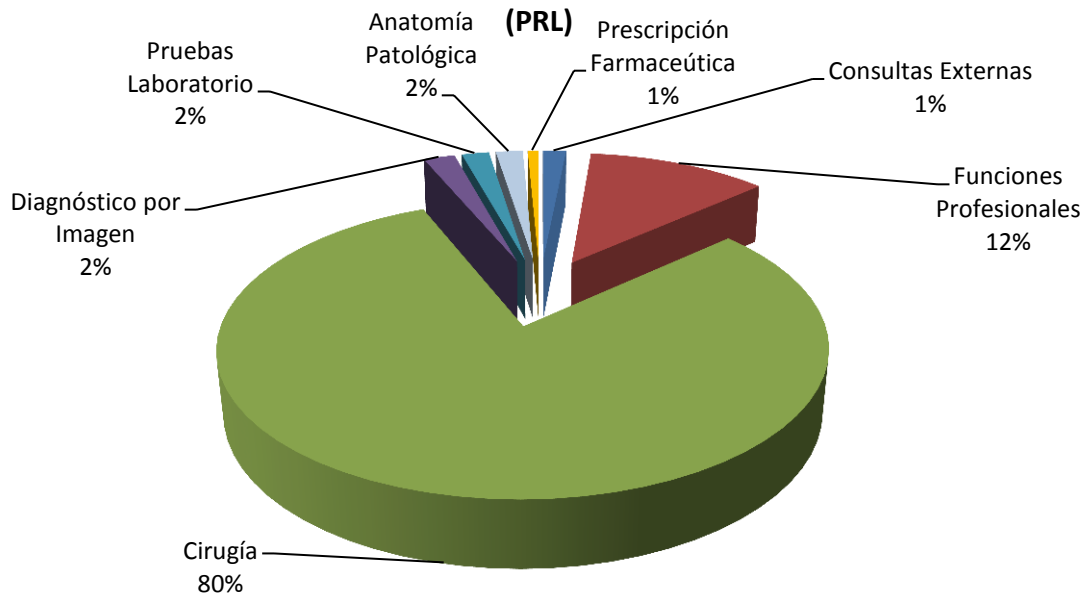
GRD 335: COSTE PONDERADO SEGUN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	30,52€
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10€
CIRUGÍA	1233,52€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	31,26€
LABORATORIO	40,40€
ANATOMIA PATOLOGICA	40,00€
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	15,86€
COSTE MEDIO TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTOS	1474,66€

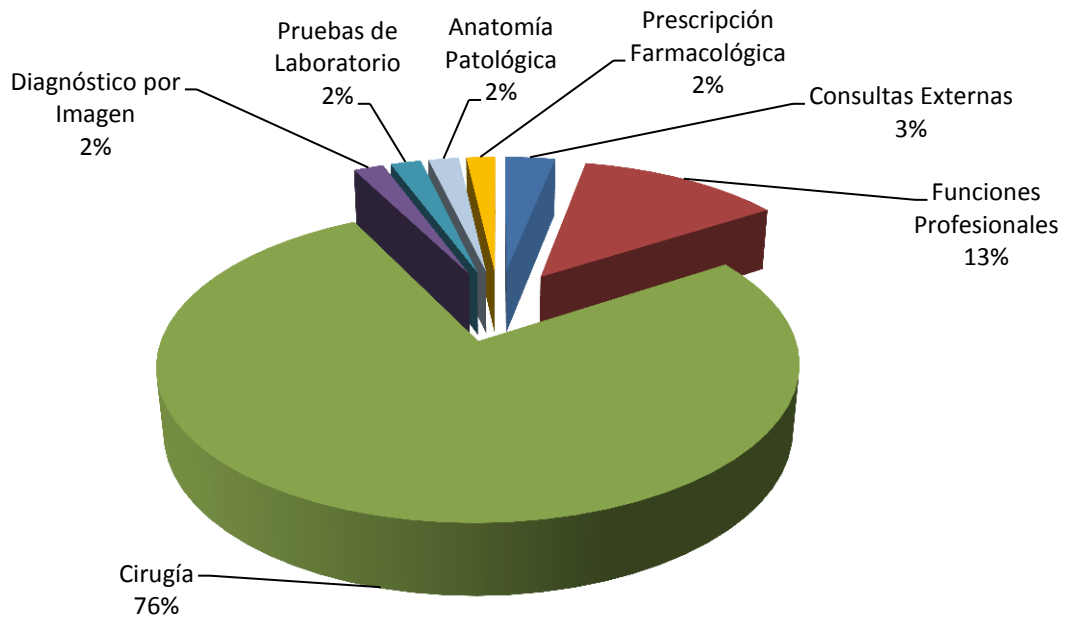
GRD 335: Diagrama comparativo de procedimientos en función de los costes por actividad



Valor porcentual del procedimiento Prostatectomía Laparoscópica



Valor Porcentual del procedimiento Adenomectomía Retropúbica (Millin)



GRD 350. INFLAMACIÓN DEL APARATO GENITAL MASCULINO

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 350. Inflamación del aparato genital masculino	CODIGO DE PROCESO	PUG 05
------------------	---	--------------------------	---------------

RESUMEN

GRD 350. Inflamación del aparato genital masculino

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades inflamatorias del aparato reproductor masculino como: orquitis, epididimitis, prostatitis o tuberculosis genital. También se clasifican en este GRD los pacientes con fimosis aunque se les haya practicado una circuncisión en el ingreso actual pues se considera que dicha intervención no tiene entidad suficiente para clasificar al paciente en un GRD quirúrgico.

Los diagnósticos de patologías médicas que abarca son:

- Orquitis
- Epididimitis
- Prostatitis
- Tuberculosis genital

Los diagnósticos de patologías quirúrgicas que abarca son:

- Fimosis

El procedimiento que comprende es (este procedimiento es el objeto de este proceso) la circuncisión. Este procedimiento se realiza como cirugía mayor ambulatoria y NO requieren ingreso en planta con hospitalización. El seguimiento en consulta no es necesario. La revisión se realizara en su Centro de salud.

ABSTRACT

Medical DRG that comprises patients admitted because of male reproductive system inflammatory disease as: orchitis, epididymitis, prostatitis or genital tuberculosis. This DRG also involves patients with phimosis with circumcision performed, because this procedure has not enough weight to assign a surgical DRG.

Diagnosis involved are (medical procedures):

- Orchitis
- Epididymitis
- Prostatitis
- Genital tuberculosis

Diagnosis involved are (surgical procedures):

- Phimosis

The surgical procedure that this process is referred to is circumcision. This procedure is performed in an ambulatory basis, therefore not requiring hospital admittance. Follow-up in the urologic outpatient clinic is not necessary. Follow-up will be carried out within primary care system.

GRD 350. INFLAMACIÓN DEL APARATO GENITAL MASCULINO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

GRD 350. Inflamación del aparato genital masculino

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por enfermedades inflamatorias del aparato reproductor masculino como: orquitis, epididimitis, prostatitis o tuberculosis genital. También se clasifica en este GRD los pacientes con fimosis aunque se les haya practicado una circuncisión en el ingreso actual pues se considera que dicha intervención no tiene entidad suficiente para clasificar al paciente en un GRD quirúrgico.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía mayor ambulatoria sin hospitalización	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: una mañana en SAM
PESO	0,6761		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Circuncisión
- Otros diagnósticos de patologías médicas (*no objeto del presente proceso*):
 - Orquitis
 - Epididimitis
 - Prostatitis
 - Tuberculosis genital

GRD 350. INFLAMACIÓN DEL APARATO GENITAL MASCULINO

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"> ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica. ✓ Confirmar que el paciente viene en ayunas y acompañado. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de rasurado. ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica en decúbito supino. ✓ Campo quirúrgico estéril. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la CIRCUNCISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pincelación con Betadine de la zona peneana. ▪ Monitorización del paciente. ▪ Anestesia local con Mepivacaina al 2% en base del pene. ▪ Corte longitudinal de todo el excedente de prepucio. ▪ Hemostasia cuidadosa. ▪ Cierre de la cicatriz quirúrgica con Vicryl 3/0. ▪ Cura-vendaje compresivo de la herida quirúrgica. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control en la SAM hasta estabilización del paciente. ✓ Informe de alta del paciente con tratamiento ajustado al caso. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Control por su médico de Atención Primaria en su centro de salud.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención.</p>

COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en la SAM.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primara después del alta.
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales.

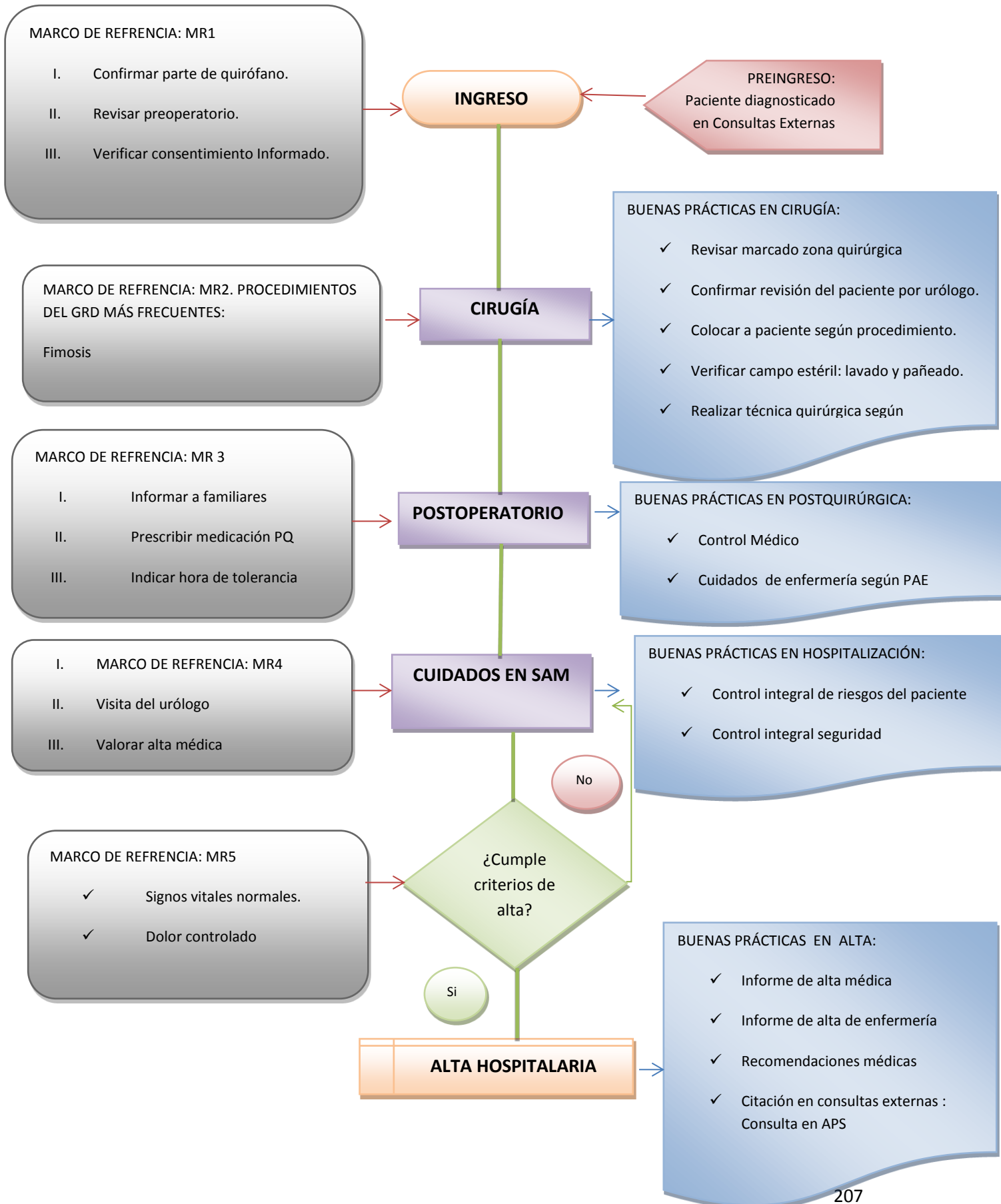
GRD 350. INFLAMACIÓN DEL APARATO GENITAL MASCULINO				
TIPO DE PROCESO	Médico		CÓDIGO	PUG 05
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico y quirúrgico a todos los pacientes que presentan una enfermedad inflamatoria del aparato reproductor masculino como: orquitis, epididimitis, prostatitis o tuberculosis genital. También se clasifican este GRD los pacientes con fimosis aunque se les haya practicado una circuncisión en el ingreso actual pues se considera que dicha intervención no tiene entidad suficiente para clasificar al paciente en un GRD quirúrgico.			
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la SAM		
	FINAL	Alta en la SAM		
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	No genera estancia (cirugía menor ambulatoria)	FRECUENCIA	171 / año
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS	
	Paciente		Familia del paciente	
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.			
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. 			
ENTRADAS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	Todos los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Campo quirúrgico estéril desechable. CIRCUNCISIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Bisturí eléctrico • Suturas de Vicryl 3/0 • Instrumental quirúrgico habitual. 		<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 DEL GRD	Coste del procedimiento Circuncisión		159,32 €	
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 suspensiones. ○ Tasa de ambulatorización. 			
RESPONSABLE	Dr. Diz Rodríguez			
OBSERVACIONES:	En todos los procedimientos, el ingreso en la SAM se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.			

GRD 350: TRAYECTORIA CLÍNICA				
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS				
NÚMERO DE CONSULTAS	1 única consulta. Referencia: proceso de gestión de consultas externas			
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA				
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DIA DE LA CIRUGIA)	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>-Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene).</p> <p>-Revisión del consentimiento informado.</p> <p>-Preparación prequirúrgica (ayunas, control de rasurado).</p> <p>-Confirmar que viene acompañado</p>	<p>PREVIO A QX:</p> <p>-Revisión del paciente, confirmar la cirugía a realizar y comprobar el consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>QUIRÓFANO.</p> <p>-Vía periférica.</p> <p>-Colocación del paciente en mesa en decúbito supino.</p> <p>-Lavado estéril con povidona yodada (Betadine).</p> <p>-Pañeado campo estéril.</p> <p>-Técnica quirúrgica.</p>	<p>POSTERIOR A QX.</p> <p>-Información postoperatoria a familiares por Cirujano.</p> <p>-Paso a sala de SAM</p> <p>-Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria.</p> <p>-Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral.</p> <p>-Indicación deambulacion coincidiendo con tolerancia a líquidos por vía oral.</p>	<p>Criterios de Alta:</p> <p>-Signos vitales normales.</p> <p>-Ausencia de sangrado por herida quirúrgica</p> <p>-Dolor controlado.</p> <p>Documentos al Alta:</p> <p>-Informe de alta y recetas.</p> <p>-Recomendaciones médicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Citación en consulta MAP en 7 días.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS				
ANATOMÍA PATOLÓGICA				
TIEMPO QUIRÚRGICO		Circuncisión		

MÉDICO		TQE 43 min Equipo: 2 FEAs		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Material fungible: Campo estéril desechable.		
PRUEBAS DE LABORATORIO				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente: Protocolo de Área Quirúrgica (SAM).</p> <p>-Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica.</p> <p>-Protocolo pacientes hospitalizados (SAM).</p> <p>-Documentación de enfermería.</p> <p>-Toma de constantes (Tª, TA, FC).</p> <p>-Valorar si existe contraindicación de cirugía.</p> <p>-Valoración de estado</p>	<p>En prequirúrgico:</p> <p>-Pijama antes de quirófano.</p> <p>-Comprobación: vías, rasurado.</p> <p>-Lista de Verificación Quirúrgica.</p>	<p>Enpostquirúrgico:</p> <p>-Monitorización de constantes vitales.</p> <p>-Control de apósito.</p>	

	<p>general.</p> <p>-Verificar medicación suspendida.</p> <p>-Control de rasurado de la zona a intervenir.</p>			
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		<p>-Reposo en cama-sillón.</p> <p>-Movilización espontánea tras la intervención según pauta en prescripción previa al alta.</p>	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO				
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 0			

GRD 350: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 350:ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO CIRCUNCISION

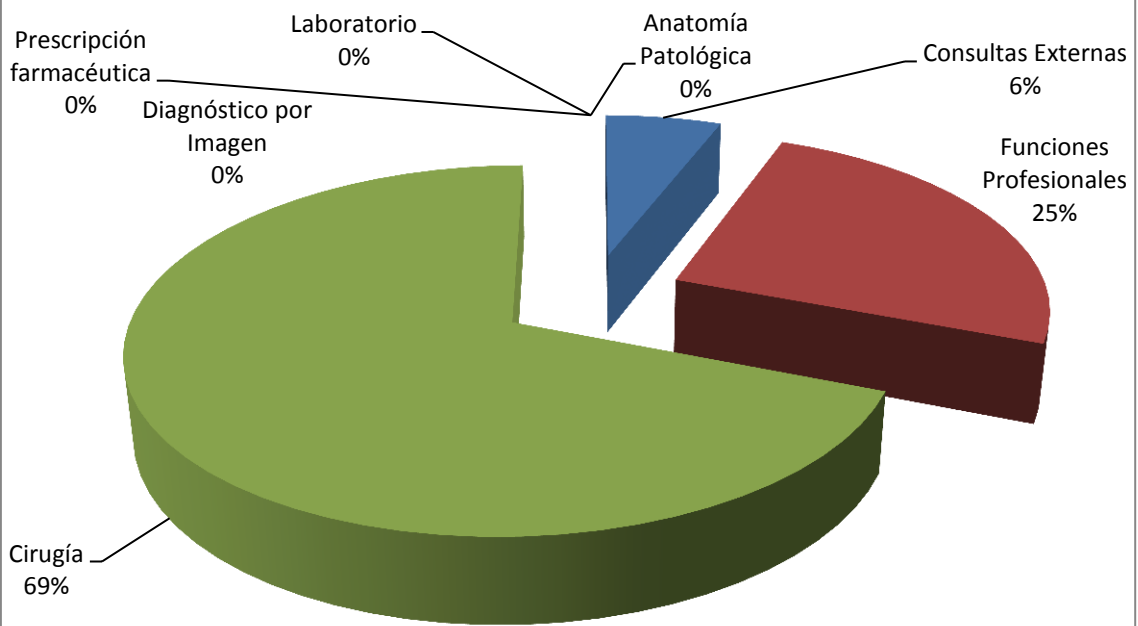
ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita <i>Facultativo</i>)	20	0,61	0,30	3,67
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita <i>Enfermería</i>)	20	0,41	0,70	5,74
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	0	0
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				9,41€
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	1	3,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				39,75 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	43,00	0,61	2	52,55
ENFERMERÍA	43,00	0,41	1	17,63
AUXILIAR	43,00	0,30	1	12,90
MATERIALES ESPECÍFICOS				21,43
MATERIALES GENERALES				5,65
SUBTOTAL CIRUGÍA				110,16 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	0	0
ECOGRAFIA URO	20	0,41	0	0
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				0€
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA		1,5	0	0
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	0	0
BIOQUÍMICA		5,04	0	0
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				0€
PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				

ANTIBIOTICOS	0,063	0	0
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	0,8	0	0
OTROS	1,12	0	0
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA			0€

GRD 350: COSTE DEL PROCEDIMIENTO CIRCUNCISIÓN

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	9,41€
FUNCIONES PROFESIONALES	39,75 €
CIRUGÍA	110,16 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	0€
LABORATORIO	0€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	0€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	159,32 €

Valor porcentual de las actividades del procedimiento Circuncisión



GRD 351. ESTERILIZACIÓN EN VARÓN

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 351. Esterilización en varón	CODIGO DE PROCESO:	PUG 06
-----------	----------------------------------	--------------------	--------

RESUMEN

GRD 351. Esterilización en varón

Es un GRD médico que agrupa a pacientes varones ingresados para esterilización. Los procedimientos que comprende son:

- Vasectomía bilateral

Este procedimiento se realiza como cirugía mayor ambulatoria y NO requiere el ingreso con hospitalización.

El seguimiento presencial en consulta no es necesario. La revisión se realizará en Atención Primaria, con la excepción del control de seminograma que se realiza en una consulta no presencial de urología.

ABSTRACT

This is a medical DRG that involves men admitted for surgical sterilization. It comprises the following procedures:

- Bilateral vasectomy

This procedure is performed in an ambulatory basis and does not require hospital admittance. Follow-up is carried out in an outpatient basis where postoperative semen analysis interpretation is made, but no face-to-face interview with the patient is needed. Wound care is performed under supervision of the nursing staff of the primary care system.

GRD 351. Esterilización en varón

DEFINICIÓN DEL PROCESO

GRD 351. Esterilización en varón

Es un GRD médico que agrupa a pacientes varones ingresados para esterilización.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía mayor ambulatoria sin hospitalización	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: una mañana en SAM.
PESO	0,3091		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Vasectomía bilateral.

GRD 351. ESTERILIZACIÓN EN VARÓN

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"> ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica. ✓ Confirmar que el paciente viene en ayunas y acompañado. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificación en SAM del rasurado del paciente. ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica en decúbito supino. ✓ Campo quirúrgico estéril. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la VASECTOMÍA BILATERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pincelación con betadine de la zona peneana y escrotal. ▪ Monitorización del paciente. ▪ Anestesia local con Mepivacaina al 2% en ambos testes. ▪ Localización del conducto deferente. ▪ Individualización y sección del mismo. ▪ Ligadura y electrocoagulación de ambos bordes seccionados. ▪ Hemostasia. ▪ Cierre de la cicatriz quirúrgica con Vicryl 3/0. ▪ Cura-vendaje de la herida quirúrgica. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control en la SAM hasta estabilización del paciente. ✓ Informe de alta del paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Control por su MAP en su centro de salud y citación para seminograma en 6 meses y consulta de

		urología no presencial (PA_UROSINP).
PACIENTE	INFORMACIÓN	1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente. 2. Satisfechas las necesidades de información al paciente tras la intervención.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en la SAM.
	UROLOGÍA	Control con seminograma en 6 meses y revisión del mismo en consulta no presencial.
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Pieza quirúrgica de ambos conductos deferentes.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primaria después del alta.
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales.

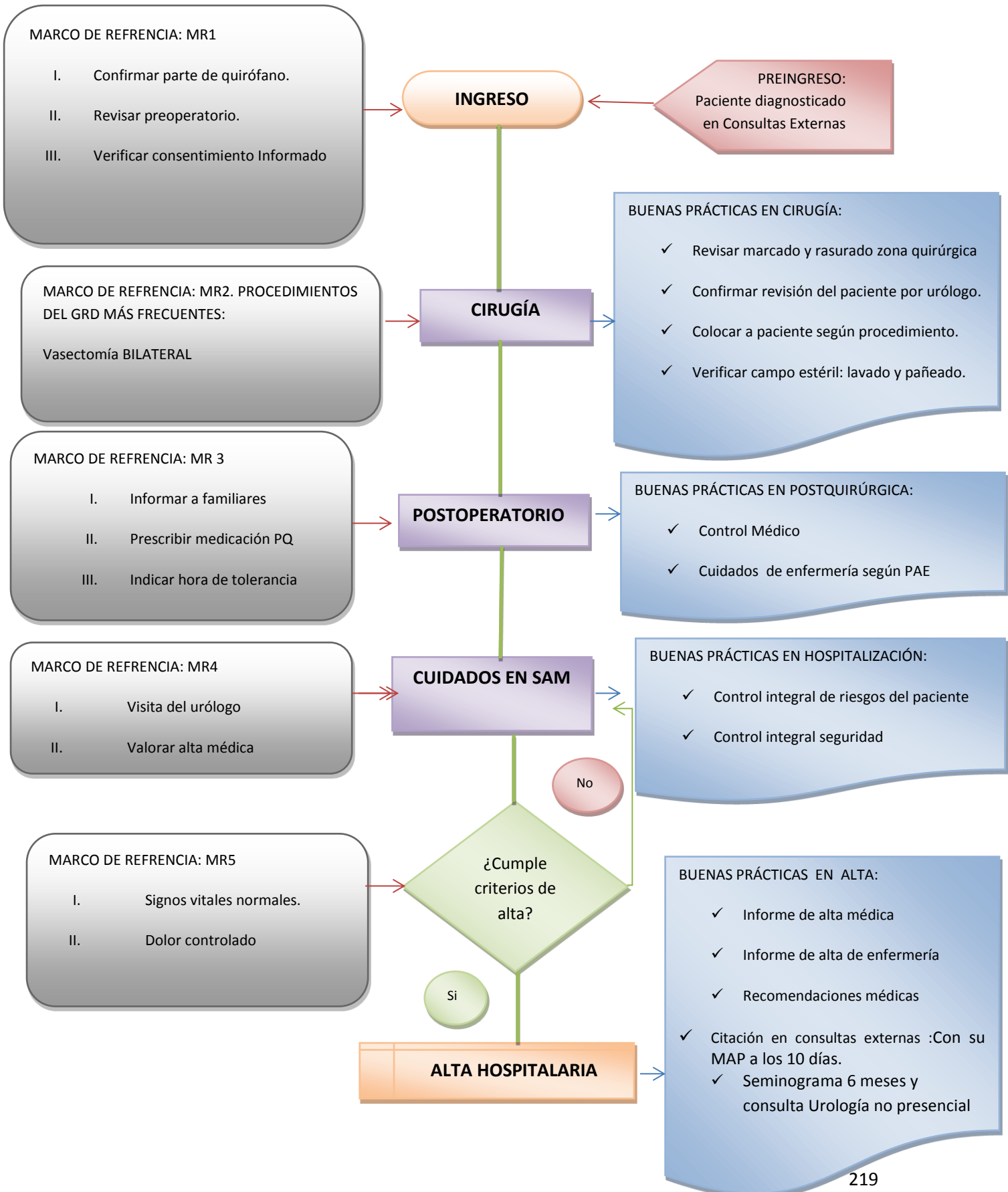
GRD 351. ESTERILIZACIÓN EN VARÓN				
TIPO DE PROCESO	Médico		CÓDIGO	PUG 06
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes con demanda de esterilización quirúrgica (vasectomía).			
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la SAM		
	FINAL	Alta en la SAM		
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	Una mañana en la SAM	FRECUENCIA	291 / año
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS	
	Paciente		Familia del paciente	
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.			
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • Médicos y Técnicos de Laboratorio anatomía patológica. • Personal Enfermería: Diplomados y Auxiliares. • Personal T.I.G.A. 			
ENTRADAS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	Todos los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Campo quirúrgico estéril desechable. VASECTOMIA BILATERAL <ul style="list-style-type: none"> • Bisturí eléctrico. • Suturas de Vicryl 3/0 • Ligaduras de Vicryl 2/0 • Instrumental quirúrgico habitual. 		<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 DEL GRD	Coste del procedimiento Vasectomía Bilateral		169,10 €	
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. ○ Tasa de ambulatorización. 			
RESPONSABLE	Dr. Diz Rodríguez			
OBSERVACIONES:	Notas: En todos los procedimientos, el ingreso en la SAM se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.			

GRD 351: TRAYECTORIA CLÍNICA				
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	1 consulta. Referencia: proceso de gestión de consultas externas			
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA				
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DIA DE LA CIRUGIA)	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>DÍA PREVIO A LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión del consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados). -Confirmar que viene acompañado. 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, confirmar la cirugía a realizar y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa en decúbito supino. -Lavado estéril con povidona yodada (Betadine). -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de SAM. -Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral. -Indicación deambulacion coincidiendo con tolerancia a líquidos por vía oral. 	<p>CRITERIOS DE ALTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de sangrado por herida quirúrgica. -Dolor controlado. <p>Documentos al Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Con su MAP a los 10 días. ✓ Seminograma 6 meses y consulta Urología no presencial (PA_UROSINP).
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS				

ANATOMÍA PATOLÓGICA		Petición en Selene para análisis AP de pieza quirúrgica.		
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Vasectomía bilateral TQE 0,55 (33 min) Equipo: 2 FEAs.		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECIFICOS		Material fungible: -Campo estéril desechable. -Envase pieza quirúrgica para AP.		
PRUEBAS DE LABORATORIO				
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA				-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	ACOGIDA DEL PACIENTE: Protocolo de Área Quirúrgica (SAM). -Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica. -Protocolo pacientes hospitalizados (SAM). -Documentación de enfermería.	EN PREQUIRÚRGICO: -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica.	EN POSTQUIRÚRGICO: -Monitorización de constantes vitales. -Control de apósito -Medicación intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene.	

	<p>Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valorar si existe contraindicación de cirugía. -Valoración de estado general. -Verificar medicación suspendida. -Control de rasurado de la zona a intervenir. -Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (unidad de Urología). 			
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		<ul style="list-style-type: none"> -Reposo en cama-sillón. -Movilización espontánea tras la intervención según pauta en prescripción previa al alta. 	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO				
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
NÚMERO DE CONSULTAS:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica (no presencial): 1,5			

GRD 351: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 351:ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO VASECTOMÍA BILATERAL

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita <i>Facultativo</i>)	20	0,61	0,30	3,67
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita <i>Enfermería</i>)	20	0,41	0,70	5,74
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	1,50	11,00
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				20,41€
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	1	3,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				39,75 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	33,00	0,61	2	40,33
ENFERMERÍA	33,00	0,41	1	13,53
AUXILIAR	33,00	0,30	1	9,90
MATERIALES ESPECÍFICOS				19,53
MATERIALES GENERALES				5,65
SUBTOTAL CIRUGÍA				88,94 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	0	0
ECOGRAFIA URO	20	0,41	0	0
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				0€
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA		1,5	0	0
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	0	0
BIOQUÍMICA		5,04	0	0
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				0€

ANATOMIA PATOLOGIA

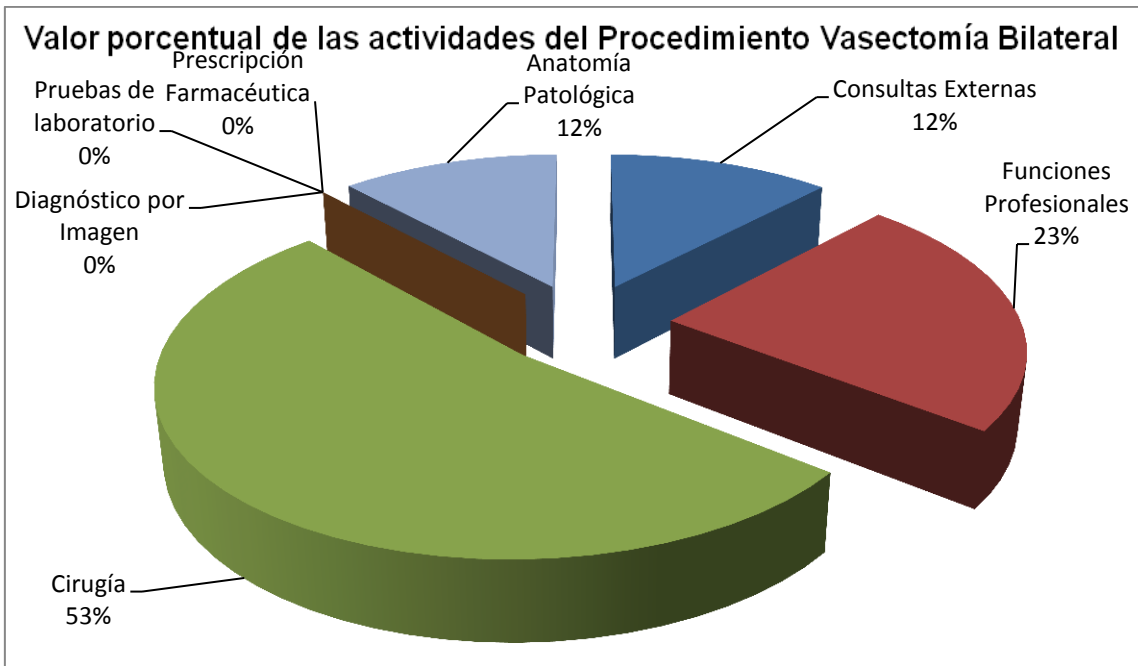
PIEZA MEDIANA	20	1	20€
---------------	----	---	-----

PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS	0,063	0	0
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	0,8	0	0
OTROS	1,12	0	0
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA			0€

GRD 351: COSTE DEL PROCEDIMIENTO VASECTOMÍA BILATERAL

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES	
CONSULTAS EXTERNAS		20,41€
FUNCIONES PROFESIONALES		39,75 €
CIRUGÍA		88,94 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA		20,00 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN		0€
LABORATORIO		0€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA		0€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO		169,10€



GRD 324. CÁLCULOS URINARIOS SIN CC.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 324. Cálculos urinarios sin CC	CÓDIGO	PL 01
		DE PROCESO:	

RESUMEN

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por litiasis renal, ureteral o vesical, obstrucción ureteral, hidronefrosis, hidroureter o cólico renal. Estos pacientes no han sido tratados con litotricia extracorpórea por ondas de choque en el episodio de ingreso actual ni tienen un diagnóstico secundario de complicación o comorbilidad pues, en este caso, se clasificarían en el GRD 323.

Este GRD incluye un grupo de patologías que tienen en común la obstrucción parcial o total de la vía urinaria y cuya resolución requiere el cateterismo ureteral.

Este cateterismo ureteral puede ser llevado a cabo de forma electiva o de forma urgente. En el contexto de la cirugía programada (electiva) dicho cateterismo se realiza en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

ABSTRACT

Medical DRG that comprises patients admitted for therapy of urinary lithiasis, ureteral obstruction, hydronephrosis, hydroureter or renal colic. These patients did not undergo extracorporeal shock wave lithotripsy during the considered hospital stay, and do not have secondary diagnosis, complication or comorbidity, in such case, they would be assigned to DRG 323.

This DRG includes a group of diseases that have in common partial or total urinary tract obstruction treated with ureteral catheterization.

Ureteral catheterization can be performed in either elective or urgent basis. In the setting of elective surgery, catheterization is performed as Major Ambulatory Surgery (MAS).

GRD 324: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por litiasis renal, ureteral o vesical, obstrucción ureteral, hidronefrosis, hidrouréter o cólico renal. Estos pacientes no han sido tratados con litotricia extracorpórea por ondas de choque en el episodio de ingreso actual ni tienen un diagnóstico secundario de complicación o comorbilidad pues, en este caso, se clasificarían en el GRD 323.

MODALIDAD DE ATENCIÓN PESO	Cirugía Mayor Ambulatoria 0,4439	ESTANCIA MEDIA	No requiere hospitalización.
-----------------------------------	---	-----------------------	-------------------------------------

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Cateterismo ureteral doble J.

GRD: 324. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES 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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas. ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pruebas de diagnóstico por imagen (RX abdomen, ECO, TAC, UIV). ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>3. Petición en Selene de exploración radiológica en quirófano (radioscopia).</p> <p>4. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica (perneras). ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado desechable específico para ambos procedimientos). ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir: localización tamaño y número de los tumores vesicales o de litiasis ureterales. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>Técnica quirúrgica general:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introducción de cistoscopio bajo visión. Identificación de meato ureteral. Introducción de guía hidrófila hasta cavidades renales (control simultáneo radioscopia). ▪ Colocación de catéter ureteral “doble J” con ayuda de cistoscopio y radioscopia. ▪ Drenaje con sonda uretral Foley estándar. <p>5. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Informe de alta de Cirugía Mayor Ambulatoria. ✓ Citación en Consultas Externas de Urología para control postoperatorio.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p>

		2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta de Hospitalización.
	ANESTESIA	1. Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. 2. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria solicitadas y realizadas. Radioscopia intraoperatoria durante el procedimiento.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primara después del alta.
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales.

GRD 324. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO			
TIPO DE PROCESO	Clínico	CÓDIGO	PL 01
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan obstrucción del tracto urinario superior y precisen cateterismo ureteral.		
LIMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).	
	FINAL	Alta de Unidad de CMA (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	CMA	FRECUENCIA Variable
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • 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. 		
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Campo quirúrgico estéril desechable específico, funda estéril para cámara. • Cistoscopio rígido 21Fr, óptica 30º, con sus accesorios. • Catéter ureteral recto 5-7Fr. • Guía 0,035 hidrófila. • Catéter ureteral "doble J" 5-7Fr. • Catéter uretral Foley 2 vías 16-20Fr. 		<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. 		
COSTES	Coste del Procedimiento Cateterismo Ureteral Doble J.	551,38 €	
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"> ○ Tasa de ambulatorización. 		
RESPONSABLE	Dr. Carlos Pascual Mateo		
OBSERVACIONES:	El paciente ingresa en la Unidad de CMA (Sala de Adaptación al Medio) y tras el procedimiento el paciente es dado de alta según los criterios establecidos (no alteraciones clínicas relevantes, micción adecuada).		

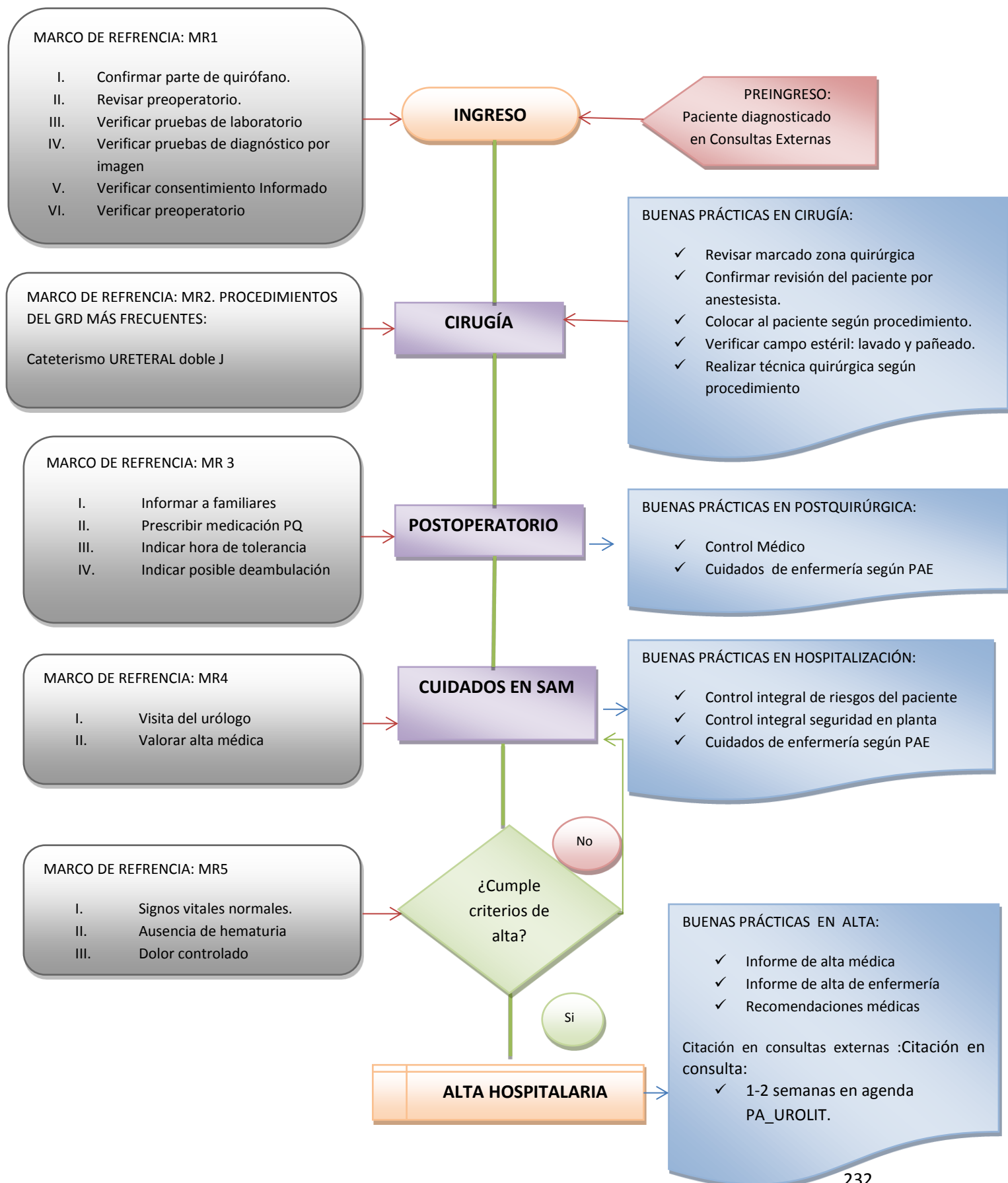
GRD 324: TRAYECTORIA CLÍNICA				
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	3 consultas de media en los dos procedimientos del GRD. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.			
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA				
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DÍA DE LA CIRUGÍA)	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, instrucciones de ANR). 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa con perneras (con extensor de mesa quirúrgica). -Lavado estéril con povidona yodada. -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de CMA -Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Inicio de tolerancia líquidos por vía oral según indicaciones de Servicio de Anestesia. -Paso de paciente de cama a sillón. -ALTA de Unidad de CMA. 	<p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de hematuria significativa. -Dolor controlado. <p>Documentos al Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1-2 semanas en agenda PA_UROLIT.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada.Rx/Eco/TAC/U IV			

ANATOMÍA PATOLÓGICA		NO		
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO				
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECIFICOS		<p>Material fungible: Ambos procedimientos: Campo estéril desechable específico. Funda estéril para cámara. Solución irrigación S. salino fisiológico 0,9% Catéter ureteral recto 5-7Fr. Guía 0,035 hidrófila. Catéter ureteral "doble J" 5-7Fr. Catéter uretral Foley 2 vías 16-20Fr.</p>		
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica. Cefazolina 2 gr/IV, antes de la cirugía.	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	<p>-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 30mg IV cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV si nauseas o</p>	<p>-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.</p>

<p>ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA</p>	<p>Acogida del paciente:</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 Unidad de SAM. - Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). <p>- Documentación de enfermería.</p> <p>- Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <p>Valorar si existe contraindicación de cirugía.</p> <p>Valoración de estado general.</p> <p>Verificar medicación suspendida.</p> <p>- Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).</p>	<p>En prequirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pijama antes de quirófano. - Comprobación: vías, rasurado. - Lista de Verificación Quirúrgica. - Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC. 	<p>vómitos.</p> <p>Enpostquirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de constantes vitales por turno. - Intensidad de hematuria. - Analgesia intravenosa. - Revisión de órdenes médicas prescripción Selene. 	
---------------------------------------	---	--	---	--

ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama-sillón.	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO				
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	1 consulta. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.			

GRD 324: DIAGRAMA DE FLUJO



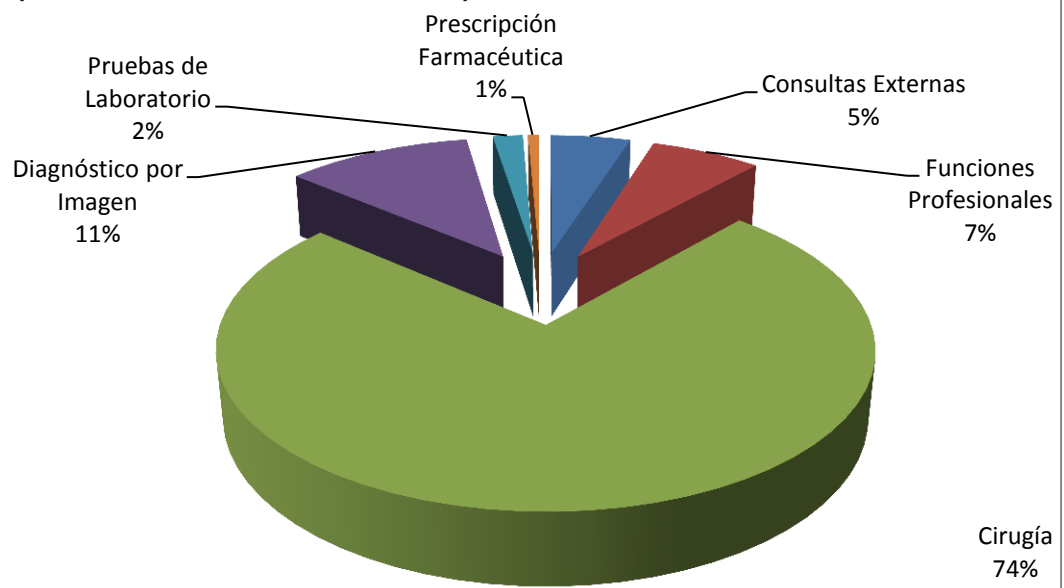
GRD 324: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO CATETERISMO URETERAL DOBLE J.

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	2	14,66
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	1	3,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				39,75 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	76,80	0,61	2	93,70
ENFERMERÍA	76,80	0,41	2	62,98
AUXILIAR	76,80	0,30	1	23,04
TECNICO RADIODIAGNOSTICO	76,80	0,33	1	25,34
MATERIALES ESPECÍFICOS				127,18
MATERIALES GENERALES				76,92
SUBTOTAL CIRUGÍA				409,16
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	2	16,00
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
TAC		75,30	0,50	37,65
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				61,85 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
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 €
PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				

ANTIBIOTICOS	1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	2,01
OTROS	0,51
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	3,64 €

GRD 324: COSTE DEL PROCEDIMIENTO CATETERISMO URETERAL DOBLE J.	
ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES	39,75 €
CIRUGÍA	409,16 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	61,85 €
LABORATORIO	10,10 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	3,64 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	551,38 €

Valor porcentual de las actividades del procedimiento Cateterismo ureteral doble J.



GRD 303. PROCEDIMIENTOS SOBRE URETER Y RIÑÓN POR NEOPLASIA.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 303. Procedimientos sobre uréter y riñón por neoplasia.	CÓDIGO DE PROCESO	PO 02
------------------	--	--------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso engloba un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una neoplasia benigna o maligna renal o de vías urinarias a los que se le ha practicado alguna de las siguientes intervenciones: nefrectomía, nefrostomía, pielotomía, nefroureterectomía, biopsia abierta renal o ureteral, ureterectomía, ureterostomía cutánea, ureteroneocistostomía, anastomosis o reparación ureteral, ureteropexia, resección radical linfática. Este proceso engloba:

1. el manejo de los tumores del tracto urinario superior (riñón y uréter): nefrectomía, pielotomía, nefroureterectomía, biopsia renal o ureteral, ureterectomía, resección radical linfática.
2. procedimiento reconstructivos asociados a la exéresis tumoral: ureterostomía cutánea, ureteroneocistostomía, anastomosis y reparación ureteral.
3. diversas técnicas de derivación urinaria: nefrostomía, ureterostomía cutánea, ureteroneocistostomía.
4. otras técnicas (ureteropexia).

Son en su conjunto procedimientos de gran prevalencia y en muchos casos de gran complejidad quirúrgica. Todos ellos requieren hospitalización y asocian el consumo de elevados recursos sanitarios.

ABSTRACT

This process involves a surgical DRG that includes patients admitted because of renal or urinary tract, benign or malignant disease. Procedures included are: nephrectomy, nephrostomy, pielotomy, nephroureterectomy, open renal or ureteral biopsy, ureterectomy, cutaneous ureterostomy, ureteroneocistostomy, ureteral repair or anastomosis, ureteropexy, or lymph node radical dissection.

This process includes:

1. Management of upper urinary tract (kidney and ureter) neoplasms: nephrectomy, pielotomy, nephroureterectomy, renal or ureteral biopsy, ureterectomy, radical lymph node dissection.
2. Reconstructive procedures that include tumor resection: cutaneous ureterostomy, ureteroneocistostomy, ureteral anastomosis and repair.
3. Certain urinary diversion techniques: nephrostomy, cutaneous ureterostomy, ureteroneocistostomy.
4. Other procedures (ureteropexy).

Overall, they are highly prevalent procedures and, in many cases, of increased surgical complexity. Almost all of them require hospital stay and are associated with costly healthcare resources.

GRD 303: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una neoplasia benigna o maligna renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención como: nefrectomía, nefrostomía, pielotomía, nefroureterectomía, biopsia abierta renal o ureteral, ureterectomía, ureterostomía cutánea, ureteroneocistostomía, anastomosis o reparación ureteral, ureteropexia o resección radical linfática.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía con Hospitalización	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: entre 3 y 5 días Procedimiento 2: no requiere hospitalización Procedimiento 3: entre 5 y 7 días Procedimiento 4: entre 3 y 5 días Procedimiento 5: entre 2 y 3 días
PESO	2,1742		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- ✓ Nefrectomía
 - ✓ Nefrostomía
 - ✓ Nefroureterectomía
 - ✓ Ureterostomía cutánea
 - ✓ Resección radical linfática
-

GRD: 303. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES 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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas (electrocardiograma, RX tórax, analítica completa). ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: ✓ ECO urológica completa <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cistoscopia (en los casos donde se aplica) ✓ Pruebas de diagnóstico por imagen (TAC, RMN, urografía intravenosa, renograma isotópico). ✓ Paciente confirmado en parte quirófono. ✓ Medicación preoperatoria ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento, riesgos y beneficios, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente (reflejado en la historia clínica). ✓ Petición en Selene de exploración radiológica en quirófono (radioscopia) en los procedimientos donde se aplica. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica. ✓ Anestesia adaptada al tipo de procedimiento. ✓ Vía de abordaje limpia (rasurado y lavado zona quirúrgica). ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado específico para cada procedimiento). ✓ Material quirúrgico necesario para la intervención preparado. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir ("check-list"). <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p><i>Nefrectomía radical a cielo abierto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vía abordaje: <ul style="list-style-type: none"> -Lumbotomía subcostal -Lumbotomía transcostal

		<ul style="list-style-type: none"> -Lumbotomía intercostal -Incisión de Chevron -Incisión de hemichevron -Laparotomía media. <ul style="list-style-type: none"> ○ Disección espacios para-renales hasta identificar pedículo vascular renal. ○ Identificación de estructuras vasculares esenciales: arteria renal, vena renal, vena gonadal, vena suprarrenal. ○ Disección, ligadura y sección de estas estructuras vasculares. ○ Identificación, ligadura y sección del uréter. ○ Liberación del riñón y extracción de la pieza quirúrgica completa. ○ Hemostasia y colocación del drenaje. ○ Cierre de la incisión quirúrgica. <p>Nefrectomía radical laparoscópica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vía abordaje: Decúbito lateral, flexo a nivel lumbar. ○ Colocación de trocares. ○ Disección colon. ○ Identificación vena gonadal y uréter. ○ Disección proximal hasta identificar pedículo vascular. Ligadura y sección estructuras vasculares. ○ Liberación riñón con/sin preservación de glándula suprarrenal. ○ Embolsado y extracción de la pieza; colocación de drenaje y cierre de incisiones. <p>Nefrostomía percutánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Colocación del paciente en posición (decúbito prono, decúbito lateral, posición de Valdivia). ○ Preparación quirúrgica de la zona de punción. ○ Preparación del ecógrafo para la punción (adaptadores, funda de cámara) e identificación del trayecto de punción. ○ Punción con aguja de Chiva hasta cavidades renales bajo guía ecográfica y radiológica (comprobación situación con contraste radiológico). ○ Paso de guía Lünderquist y dilatación del trayecto. ○ Colocación de sonda de nefrostomía. ○ Fijación adecuada de la misma. <p>Nefroureterectomía a cielo abierto:</p> <p>Primer tiempo: desinserción del uréter distal de la vejiga.</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Posición de litotomía. ○ Paso de resector con asa de Collins identificando el meato ureteral ipsilateral y desinserción del extremo distal. ○ Hemostasia y sondaje vesical. <p>Segundo tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vía abordaje: incisión subcostal anterior (hemi-chevron). ○ Disección espacios para-renales hasta identificar pedículo vascular renal. ○ Identificación de estructuras vasculares esenciales: arteria renal, vena renal, vena gonadal, vena suprarrenal. ○ Disección, ligadura y sección de estas estructuras vasculares. ○ Identificación y disección de todo el trayecto ureteral con clampado distal y liberación del muñón vesical. ○ Liberación del riñón y extracción de la pieza quirúrgica completa. ○ Hemostasia y colocación del drenaje. ○ Cierre de la incisión quirúrgica. <p><i>Nefroureterectomía laparoscópica:</i></p> <p>Primer tiempo: desinserción del uréter distal de la vejiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición de litotomía. ○ Paso de resector con asa de Collins identificando el meato ureteral ipsilateral y desinserción del extremo distal. ○ Hemostasia y sondaje vesical. <p>Segundo tiempo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vía abordaje: Decúbito lateral, flexo a nivel lumbar. ○ Colocación de trocares. ○ Disección colon. ○ Identificación vena gonadal y uréter. ○ Disección proximal hasta identificar pedículo vascular. Ligadura y sección estructuras vasculares. ○ Liberación riñón con/sin preservación de glándula suprarrenal. ○ Embolsado y extracción de la pieza; colocación de drenaje y cierre de incisiones. <p><i>Ureterostomía cutánea:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posición: decúbito supino. ○ Incisión: laparotomía media infraumbilical. ○ Abordaje peritoneal: Apertura por planos hasta peritoneo. Apertura peritoneo posterior;
--	--	--

		<p>identificación arteria y vena iliaca y disección hasta identificar uréter que se libera en sentido proximal. Espatulado y anastomosis cutánea; catéter derivación urinaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abordaje retroperitoneal: Apertura por planos hasta espacio de retzius; disección lateral identificando vasos iliacos en sentido proximal para identificar uréter que se libera en sentido proximal; espatulado y anastomosis cutánea; catéter derivación urinaria. ○ Colocación drenaje y cierre de la incisión. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Petición para análisis AP de pieza quirúrgica (RTUV) realizada. ✓ Petición para análisis bioquímico de cálculo (URS) realizada.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta de Hospitalización.
	ANESTESIA	Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria solicitadas y realizadas.
	ANATOMIA PATOLÓGICA	Análisis histopatológico de las muestras obtenidas en el quirófano. Análisis histopatológico en fresco / congeladas intraoperatorias que se consideren necesarias.
	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 303. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clinico	CÓDIGO	PO 02
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan neoplasia benigna o maligna renal o de vías urinarias a los que se le ha practicado alguna de las siguientes intervenciones: nefrectomía, nefrostomía, pielotomía, nefroureterectomía, biopsia abierta renal o ureteral, ureterectomía, ureterostomía cutánea, ureteroneocistostomía, anastomosis o reparación ureteral, ureteropexia, resección radical linfática.		
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Hospitalización.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	Variable	FRECUENCIA Variable
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. • Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. • Médicos y Técnicos de Laboratorio. • Médicos y Técnicos de Anatomía Patológica. • Personal Enfermería: DUE y TCAE. • Personal T.I.G.A. 		
ENTRADAS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<p><u>Cirugía abierta:</u> Caja nefrectomía completa (ver anexo). Caja prostatectomía completa (ver anexo). Campo quirúrgico universal. Suturas, ligaduras. Material hemostasia (ligaclips...).</p> <p><u>RTUV (nefroureterectomía):</u> Resectoscopio completo (25,5 o 27Fr), óptica 30º, con sus accesorios. Solución irrigación Glicina 1,5%. Evacuador desechable. Catéter uretral silicona 3 vías 22-24Fr (Dufour). Placa electrodo bisturí monopolar. Fármacos.</p> <p><u>Cirugía percutánea (nefrostomía percutánea):</u> Ecógrafo con sonda abdominal. Adaptadores de sonda ecográfica a aguja de punción. Contraste yodado. Set de nefrotomía percutánea.</p> <p><u>Cirugía laparoscópica.</u> Campo quirúrgico universal. Torre laparoscopia. Caja cirugía laparoscópica. Consola bisturí ValleyLab. Tijera laparoscópica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Documentos electrónicos solicitud pruebas. • Parte de quirófano. • Trayectoria Clínica.

	Pinza Ligasure Atlas (10 mm) Pinza Ligasure V (5 mm) Aspirador laparoscópico Trocares laparoscopia Bolsa extracción de pieza Endoclip Pinza Hem-o-lock Aplicadores Hem-o-lock	
SALIDAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir Observaciones de los atributos de calidad y seguridad del proceso. 	
COSTES	Coste Ponderado del GRD	1435,20 €
	Coste del procedimiento Ureterostomía cutánea	1086,58 €
	Coste del procedimiento Nefroureterectomía	1763,02 €
	Coste del procedimiento Nefrectomía	1812,92 €
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. ○ Tasa de mortalidad. ○ Tasa de complicaciones. ○ Tasa de transfusión. ○ Tasa de reintervenciones. 	
RESPONSABLE	Dr. Carlos Pascual Mateo	
OBSERVACIONES:	El proceso de nefrostomía percutánea es un procedimiento que se lleva a cabo de forma habitual en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria; no obstante en algunos casos (comorbilidad, patología subyacente) el procedimiento se lleva a cabo mediante hospitalización. Dada la importancia del proceso se ha considerado adecuada su desarrollo en este GRD.	

GRD 303: TRAYECTORIA CLÍNICA: NEFROSTOMÍA PERCUTANEA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS: 2 consultas de media (1 primera consulta + 1 consulta revisión). Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	HOSPITALIZACION DIA 1: POST-CIRUGIA	HOSPITALIZACION DIA 2	HOSPITALIZACION DIA 3	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurado, instrucciones de ANR, premedicación necesaria). 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, realización del check-list prequirúrgico y comprobar el consentimiento informado o quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acceso venosos necesarios: Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa de quirófano (decúbito prono vs decúbito lateral). -Lavado estéril con povidona yodada o clorhexidina. -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de Reanimación y posteriormente traslado a la unidad de Hospitalización. -Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Instrucciones cuidado de catéter nefrostomía (lavados por turno con 15-10 ml de sueros salino fisiológico). -Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (3 horas tras la intervención si anestesia raquídea, 6 horas si anestesia general). -Indicación deambulacion coincidiendo con 	<p>Visita Urología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención. -Ordenes al personal de Enfermería para eliminar fluidoterapia. -Paso de medicación a vía oral. -Alta médica (si criterios de alta cumplidos, ver columna correspondiente). 	<p>Aplicable si no fue posible alta el día 2 de Hospitalización, manteniendo las mismas actividades y consideraciones.</p>	<p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de hematuria significativa. -Dolor controlado. <p>Documentos al Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: ✓ PA_UROPTUM si patología basal tumoral.

			tolerancia a líquidos por vía oral.			
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada. Rx/Eco/TAC/UIV/RMN según el procedimiento.	Control radioscópico intraoperatorio (petición en Selene).				
ANATOMÍA PATOLÓGICA						
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Equipo: 2 FEAs				
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECIFICOS		Procedimiento percutáneo. Campo universal Funda de cámara Set de nefrostomía percutánea. Punto de Seda 0 Compresas. Apósito. Contraste yodado. Funda de arco de rayos.				
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.					
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica. Cefazolina 2 gr/IV , antes de la cirugía Omeprazol 40mg IV	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 30mg IV cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½	-Metamizol 575 1 cada 8 horas VO. -Omeprazol 20 cada 24 horas VO. -Enoxaparina 40mg SC cada 24 horas (según protocolo de		-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.

	cada 24 horas.		<p>ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo.</p> <p>-Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.</p> <p>-Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.</p> <p>-Enoxaparina 40mg SC cada 24 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>-Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.</p>	profilaxis tromboembólica).		
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente:</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 hospitalizados. - Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). - Documentación de enfermería. 	<p>En prequirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica. -Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC. 	<p>Enpostquirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de constantes vitales por turno. -Vigilancia de hematuria en nefrostomía. -Lavados de nefrostomía por turno. -Analgesia intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aseo del enfermo. -Permeabilidad de catéter de nefrostomía. -Constantes por turno. -Educación sanitaria. -Retirar fluidoterapia intravenosa. -Alta enfermería (ICEA) 		

	- Toma de constantes (Tª, TA, FC): Valorar si existe contraindicación de cirugía. Valoración de estado general. Verificar medicación suspendida. Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).					
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		-Deambulación normal -Movilización espontánea la tarde de la intervención según pauta en prescripción.			
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica.	Progresiva	Habitual		
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Duchado la mañana de la cirugía.			Citación en Consulta Externa (Urología).		
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
Número de consultas:	1 consulta postalta. (médica) 1 consulta postalta (enfermería, en el caso de ureterostomía cutánea) Referencia: proceso de gestión de consultas externas					

GRD 303: TRAYECTORIA CLÍNICA: NEFRECTOMIA, URETEROSTOMIA CUTANEA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:

3 consultas de media (1 primera consulta + 2 revisiones). Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	HOSPITALIZACION DIA 1: POST-CIRUGIA	HOSPITALIZACION DIA 2	HOSPITALIZACION DIA 3-4-5	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <p>-Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene).</p> <p>-Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado.</p> <p>-Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurado, instrucciones de ANR, premedicación necesaria).</p>	<p>PREVIO A CIRUGÍA:</p> <p>-Revisión del paciente, realización del check-list prequirúrgico y comprobar el consentimiento informado.</p> <p>-Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general.</p> <p>QUIRÓFANO:</p> <p>-Acceso venosos necesarios: Vía periférica +/- vía venosa central.</p> <p>-Acceso arterial si precisa.</p> <p>-Colocación de catéter epidural si precisa.</p> <p>-Colocación del paciente en mesa de quirófano (según cirugía).</p> <p>-Lavado estéril con povidona yodada o clorhexidina.</p> <p>-Pañeado campo estéril.</p> <p>-Técnica quirúrgica.</p>	<p>POSTERIOR A QX:</p> <p>-Información postoperatoria a familiares por Cirujano.</p> <p>-Paso a sala de Reanimación (posteriormente traslado a la unidad de Hospitalización) O bien paso a UCI (alta a PLANTA partir del segundo día de hospitalización).</p> <p>-Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria.</p> <p>-Cuidados catéter epidural si se ha puesto.</p> <p>-Cuidados accesos venosos y arteriales.</p> <p>-Mantener apósito limpio y seco.</p>	<p>Visita Urología.</p> <p>-Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención.</p> <p>-Inicio tolerancia. Si tolera retirar sueros intravenosos y dieta progresiva.</p> <p>-Retirada de catéter epidural si analgesia controlado (por parte de ANR).</p> <p>-Valoración analítica postoperatoria.</p> <p>-Incorporar cama-sillón.</p> <p>-Retirada de drenaje (si menor de 100 ml).</p> <p>-Retirada de sonda vesical.</p>	<p>Visita Urología.</p> <p><u>DIA 3:</u></p> <p>-Progresión de la dieta.</p> <p>-Medicación a vía oral.</p> <p>-Retirada de drenaje (si menor de 100 ml).</p> <p><u>DIA 4:</u></p> <p>-Dieta basal.</p> <p>-Alta médica (si criterios de alta cumplidos).</p> <p><u>DIA 5:</u></p> <p>Aplicable si no fue posible alta el día 4 de Hospitalización, manteniendo las mismas actividades y consideraciones.</p>	<p>Criterios de Alta:</p> <p>-Signos vitales normales.</p> <p>-Ausencia de hematuria significativa.</p> <p>-Dolor controlado.</p> <p>Documentos al Alta:</p> <p>-Informe de alta y recetas.</p> <p>-Recomendaciones médicas.</p> <p>-Citación en consulta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ PA_UROPTUM: 1 mes. ✓ PA_UROCIS: 2 meses para recambio catéteres ureterales (ureterostomía cutánea).

			-Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (a partir de 24 horas). -Reposo absoluto las primeras 24 horas.			
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada. Rx/Eco/TAC/UIV/RMN según el procedimiento.			RX abdomen control postoperatoria (ureterostomia).		
ANATOMÍA PATOLÓGICA		Petición en Selene para análisis AP de pieza quirúrgica. Petición en Selene para análisis en fresco de muestras introoperatorias (si preciso).				
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Equipo: 2-3 FEAs				
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECIFICOS		Material fungible: Procedimientos a cielo abierto: Campo universal Bisturí eléctrico. Sistema aspiración. Suturas. Ligaduras. Maxon loop 1. Vase-loop. Drenaje plano Jaxon Pratt. Grapas.				

		<p>Sonda vesical Foley. Compresas. Gasas. Apósitos.</p> <p>Procedimientos laparoscópicos: Campo universal Trocares laparoscopia (2 de 12, 1 de 15, 1 de 5). Tijera laparoscópica. Aspirador laparoscópico. Cable neumoperitoneo. Funda de cámara. Alforjas. Pinza Ligasure Atlas (10 mm). Ligacclip laparoscopicos. Hem-o-lock. Grapas. Sutura Vycril 1 - Vycril 0. Bolsa extracción de pieza de 15 mm. Sonda vesical Foley. Bisturíeléctrico. Drenaje plano Jaxon Pratt. Compresas.</p>				
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.	Analítica intraoperatoria (si precisa).	Analítica postoperatoria en Sala de Reanimacion o UCI.	Analítica completa (bioquímica, hemograma).	Analítica completa (bioquímica, hemograma).	
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica.	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	ANALGESIA: -Dexketoprofeno 1 ampolla IV cada 8 horas con paracetamol	ANALGESIA: -Ibuprofeno 600 1 comprimido IV cada 8 horas con	ANALGESIA: -Ibuprofeno 600 1 comprimido IV cada 8 horas con	-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual

	Cefazolina 2 gr/IV , antes de la cirugía Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.		1g IV alternos cada 8 horas. -Metamizol 2g (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -PROFILAXIS GÁSTRICA. Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos. -PROFILAXIS HEPARINICA: Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). -OTROS TRATAMIENTOS: Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio. Tratamientos patológicas concomitantes.	paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas. -Metamizol 2g IV (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -PROFILAXIS GÁSTRICA. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos. -PROFILAXIS HEPARINICA: Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). -OTROS TRATAMIENTOS: Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio. Tratamientos patológicas concomitantes.	paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas -Metamizol 575mg VO (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -PROFILAXIS GÁSTRICA. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos. -PROFILAXIS HEPARINICA: Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). -OTROS TRATAMIENTOS: Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio. Tratamientos patológicas concomitantes.	reinstaurar.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: Protocolo de Área Quirúrgica.	En prequirúrgico: -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías,	Enpostquirúrgico: -Monitorización de constantes vitales por	-Aseo del enfermo. -Curas de la herida quirúrgica.	-Aseo del enfermo. -Curas de la herida quirúrgica.	

	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de preparación quirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes hospitalizados. - Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). - Documentación de enfermería. - Toma de constantes (Tª, TA, FC): - Valorar si existe contraindicación de cirugía. - Valoración de estado general. - Verificar medicación suspendida. - Rasurado de la zona a intervenir. -Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología). 	<ul style="list-style-type: none"> rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica. -Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC. 	<ul style="list-style-type: none"> turno. -Curas de la herida si apósito manchado. -Analgésia intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene. -Lavado catéteres ureterales (ureterostomia). 	<ul style="list-style-type: none"> -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos -HBPM. -Lavado catéteres ureterales (ureterostomia). 	<ul style="list-style-type: none"> -Prepara informe de enfermería al alta (ICEA). -Educación sanitaria. -Lavado catéteres ureterales (ureterostomia). 	
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Reposo en cama	<ul style="list-style-type: none"> -Incorporar cama-sillón. -Inicio de deambulacion. 	Deambulacion libre.	

DIETA	Absoluta	Absoluta	Absoluta	Blanda o protección gástrica	Dieta basal del paciente.	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Duchado la mañana de la cirugía.					
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas. Consulta médica: indefinido.					

GRD 303: TRAYECTORIA CLÍNICA: NEFROURETERECTOMIA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS:

3 consultas de media (1 primera consulta + 2 revisiones). Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	HOSPITALIZACION DÍA 1: POST-CIRUGÍA	HOSPITALIZACIÓN DÍA 2	HOSPITALIZACIÓN DÍA 3-7	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurado, instrucciones de ANR, premedicación necesaria). 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, realización del check-list prequirúrgico y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. <p>QUIRÓFANO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acceso venosos necesarios: Vía periférica +/- vía venosa central. -Acceso arterial si precisa. -Colocación de catéter epidural si precisa. -Colocación del paciente en mesa de quirófano (según cirugía). -Lavado estéril con povidona yodada o clorhexidina. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de Reanimación (posteriormente traslado a la unidad de Hospitalización) O bien paso a UCI (alta a PLANTA partir del segundo día de hospitalización) -Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Cuidados catéter epidural si se ha puesto. -Cuidados accesos venosos y arteriales. -Mantener apósito 	<p>Visita Urología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención. -Inicio tolerancia. Si tolera retirar sueros intravenosos y dieta progresiva. -Retirada de catéter epidural si analgesia controlado (por parte de ANR). -Valoración analítica postoperatoria. -Incorporar camasilón. -Mantener sonda vesical 	<p>Visita Urología.</p> <p><u>DIA 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Progresión de la dieta. -Medicación a vía oral. <p><u>DIA 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Dieta basal. -Retirada de drenaje (si menor de 100 ml). -Alta médica (si criterios de alta cumplidos). <p><u>DIA 5, 6 y 7:</u></p> <p>Aplicable si no fue posible alta el día 5 de Hospitalización, manteniendo las mismas actividades y consideraciones.</p>	<p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de hematuria significativa. -Dolor controlado. <p>Documentos al Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ PA_UROPTUM: 1 mes. ✓ ENFURO: 2 días para retirada de sonda vesical.

		-Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica.	limpio y seco. -Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (a partir de 24 horas). -Reposo absoluto las primeras 24 horas.			
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada. Rx/Eco/TAC/UIV/RMN según el procedimiento.			RX abdomen control postoperatoria (en caso de pielotomía).		
ANATOMÍA PATOLÓGICA		Petición en Selene para análisis AP de pieza quirúrgica. Petición en Selene para análisis en fresco de muestras introoperatorias (si preciso).				
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Equipo: 2-3 FEAs				
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Material fungible: Procedimientos a cielo abierto. Campo universal Bisturí eléctrico. Sistema aspiración. Suturas Ligaduras Maxon loop 1 Vase-loop Drenaje plano Jaxon Pratt				

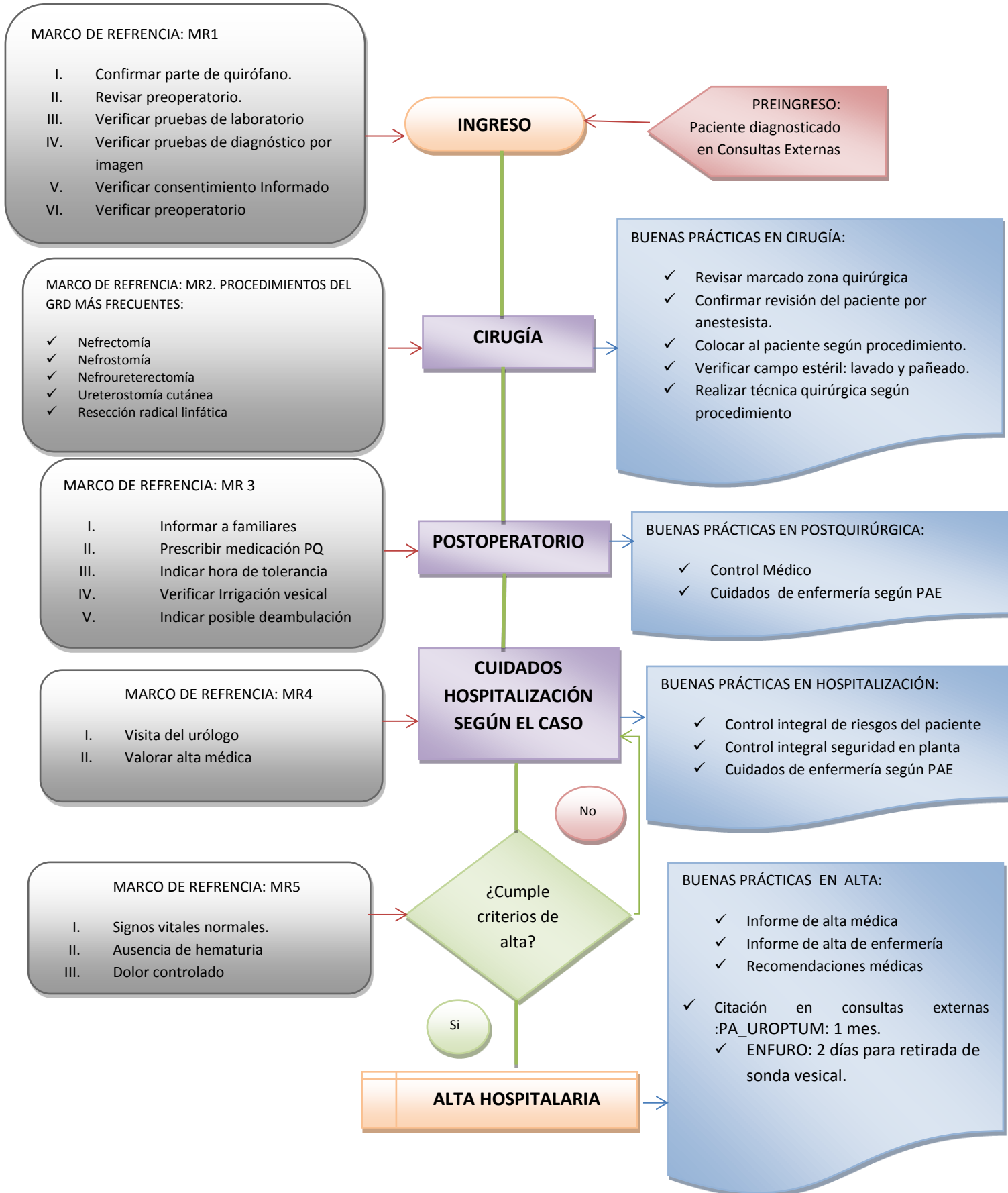
		<p>Grapas Sonda vesical Foley. Compresas Gasas Apósitos</p> <p>Procedimientos laparoscópicos. Campo universal Trocares laparoscopia (2 de 12, 1 de 15, 1 de 5). Tijera laparoscópica Aspirador laparoscópico Cable neumoperitoneo Funda de cámara. Alforjas Pinza Ligasure Atlas (10 mm). Ligacip laparoscópicos Hem-o-lock Grapas Sutura Vycril 1 - Vycril 0. Bolsa extracción de pieza de 15 mm. Sonda vesical Foley Bisturia eléctrico. Drenaje plano Jaxon Pratt. Compresas.</p> <p>Procedimiento percutáneo. Campo universal Funda de cámara Set de nefrostomía</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		percutánea Punto de Seda 0 Compresas. Apósito. Contraste yodado Funda de arco de rayos.				
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.	Analítica intra-preoperatoria (si precisa).	Analítica completa (bioquímica, hemograma).	Analítica completa (bioquímica, hemograma).	DÍA 5: Analítica completa (bioquímica, hemograma).	
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica. Cefazolina 2 gr/IV, antes de la cirugía Amoxicilina-clavulánico 1 gramo antes de la cirugía. Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 30mg IV cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos. -Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica). -Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.	-ANALGESIA: -Ibuprofeno 600 1 comprimido IV cada 8 horas con paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas -Metamizol 2g IV (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -PROFILAXIS GÁSTRICA. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos. -PROFILAXIS HEPARINICA: Enoxaparina 40mg SC	-ANALGESIA: -Ibuprofeno 600 1 comprimido IV cada 8 horas con paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas. -Metamizol 2g IV (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -PROFILAXIS GÁSTRICA. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.	-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.

				<p>cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>-OTROS TRATAMIENTOS: Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio. Tratamientos patologías concomitantes</p>	<p>-PROFILAXIS HEPARINICA: Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>-OTROS TRATAMIENTOS: Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio. Tratamientos patologías concomitantes.</p>	
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente: 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 hospitalizados. - Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). - Documentación de 	<p>En prequirúrgico:</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 postquirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorización de constantes vitales por turno. - Intensidad de hematuria. - Analgesia intravenosa. - Revisión de órdenes médicas prescripción Selene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aseo del enfermo. - Vigilancia intensidad hematuria. - Constantes por turno. - Control de ritmo intestinal. - Educación sanitaria. - Analgésicos - HBPM. - Retirar fluidoterapia intravenosa, irrigación vesical y sonda vesical. - Alta enfermería. 		

	<p>enfermería.</p> <p>-Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <p>-Valorar si existe contraindicación de cirugía.</p> <p>-Valoración de estado general.</p> <p>-Verificar medicación suspendida.</p> <p>-Rasurado de la zona a intervenir.</p> <p>-Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).</p>					
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal	Reposo en cama	Reposo en cama-sillón.	Inicio de la deambulación.	Actividad libre restringida.	
DIETA	Absoluta	Absoluta	-Inicio tolerancia. -Si tolera dieta progresiva.	Dieta protección gástrica	Dieta basal del paciente.	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Duchado la mañana de la cirugía.				Citación en Consulta Externa (Urología).	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas. Consulta médica: variable.					

GRD 303: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 303: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO URETEROSTOMÍA CUTÁNEA

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	2	14,66
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	189,00	0,61	2	230,96
ENFERMERÍA	189,00	0,41	2	154,98
AUXILIAR	189,00	0,30	1	56,70
MATERIALES ESPECÍFICOS				258,44
MATERIALES GENERALES	189,00	0,89	0,89	168,21
SUBTOTAL CIRUGÍA				869,29 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8,00
ECOGRAFIA URO	20	8,20	1	8,20
TAC		75,30	1	75,30
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				91,50 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
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 €
PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				
ANTIBIOTICOS				1,12 €

ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	2,82 €
OTROS	1,77 €
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €

GRD 303: COSTE DEL PROCEDIMIENTO URETEROSTOMÍA CUTÁNEA

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	869,29 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	91,50 €
LABORATORIO	10,10 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	1086,58 €

GRD 303: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO NEFROURETERECTOMÍA

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	2	14,66
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	276,00	0,61	2	337,27
ENFERMERÍA	276,00	0,41	2	226,32
AUXILIAR	276,00	0,30	1	82,80
MATERIALES ESPECÍFICOS				634,60
MATERIALES GENERALES	276,00	0,89	0,89	254,64
SUBTOTAL CIRUGÍA				1535,63 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8,00
ECOGRAFIA URO	20	8,20	1	8,20
TAC		75,30	1	75,30
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				91,50 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA		1,50	2	3,00
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	2	7,12
BIOQUÍMICA		5,04	2	10,08
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				20,20 €
PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				
ANTIBIOTICOS				1,12 €

ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	2,82 €
OTROS	1,77 €
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €

GRD 303: COSTE DEL PROCEDIMIENTO NEFROURETERECTOMÍA	
ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	1535,63 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	91,50 €
LABORATORIO	20,20 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	1763,02 €

GRD 303: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO NEFRECTOMÍA					
ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL	
CONSULTAS EXTERNAS					
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22	
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	2	14,66	
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				26,88 €	
FUNCIONES PROFESIONALES					
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50	
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €	
CIRUGÍA					
CIRUJANOS	276,00	0,61	2	337,27	
ENFERMERÍA	276,00	0,41	2	226,32	
AUXILIAR	276,00	0,30	1	82,80	
MATERIALES ESPECÍFICOS				634,60	
MATERIALES GENERALES	276,00	0,89	0,89	254,64	
SUBTOTAL CIRUGÍA				1535,63 €	
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN					
RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES		8	1	8,00	
ECOGRAFIA URO	20	8,20	1	8,20	
TAC		75,30	1	75,30	
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				91,50 €	
PRUEBAS DE LABORATORIO					
HEMOGRAMA		1,50	2	3,00	
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN		3,56	2	7,12	
BIOQUÍMICA		5,04	2	10,08	
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				20,20 €	
ANATOMÍA PATOLÓGICA					
BIOPSIA GRANDE		60,00	1	60,00 €	

PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS	1,12 €
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS	2,82 €
OTROS	1,77 €
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €

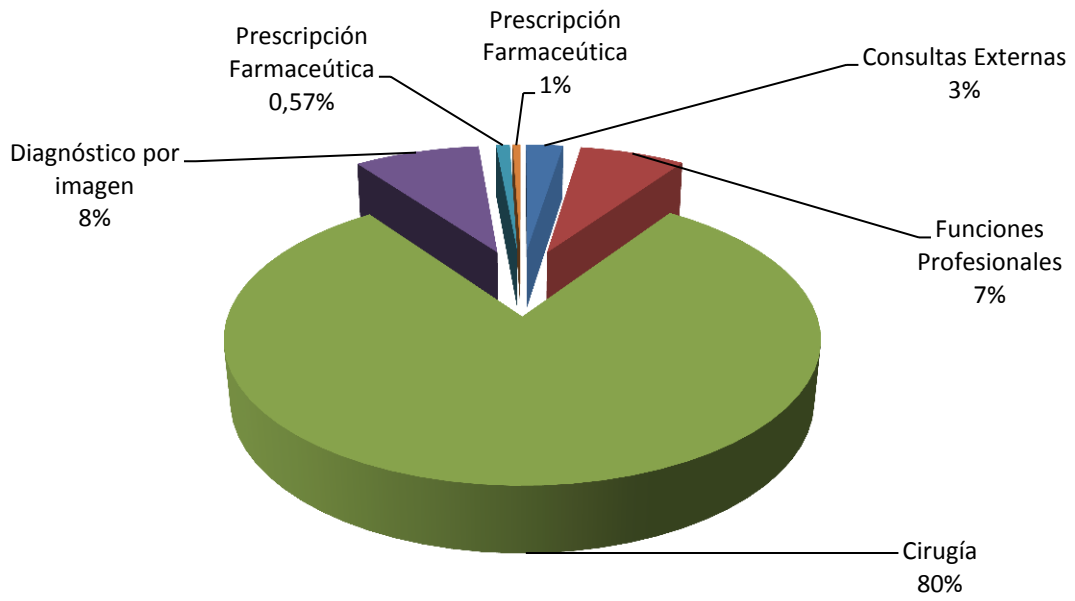
GRD 303: COSTE DEL PROCEDIMIENTO NEFRECTOMÍA

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	1535,63 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	91,50 €
LABORATORIO	20,20 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	60,00 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	5,71 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	1812,92 €

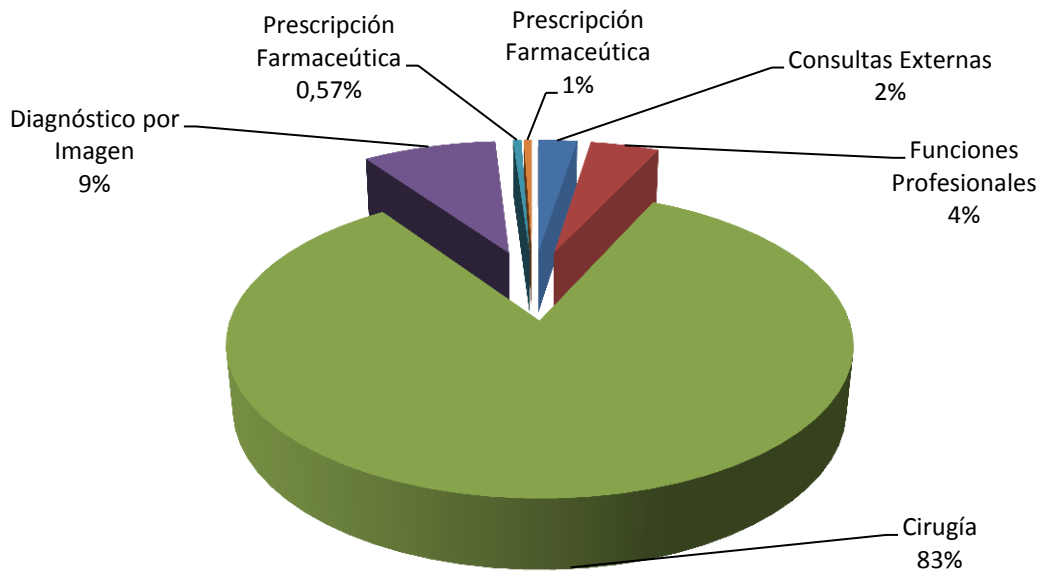
GRD 303: COSTE PONDERADO SEGUN FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	26,88 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	1209,76 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	93,96 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	20,00 €
LABORATORIO	16,83 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA	5,04 €
COSTE MEDIO TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTOS	1435,20€

Valor porcentual del Procedimiento Ureterostomía cutanea



Valor porcentual del procedimiento Nefroureterectomía



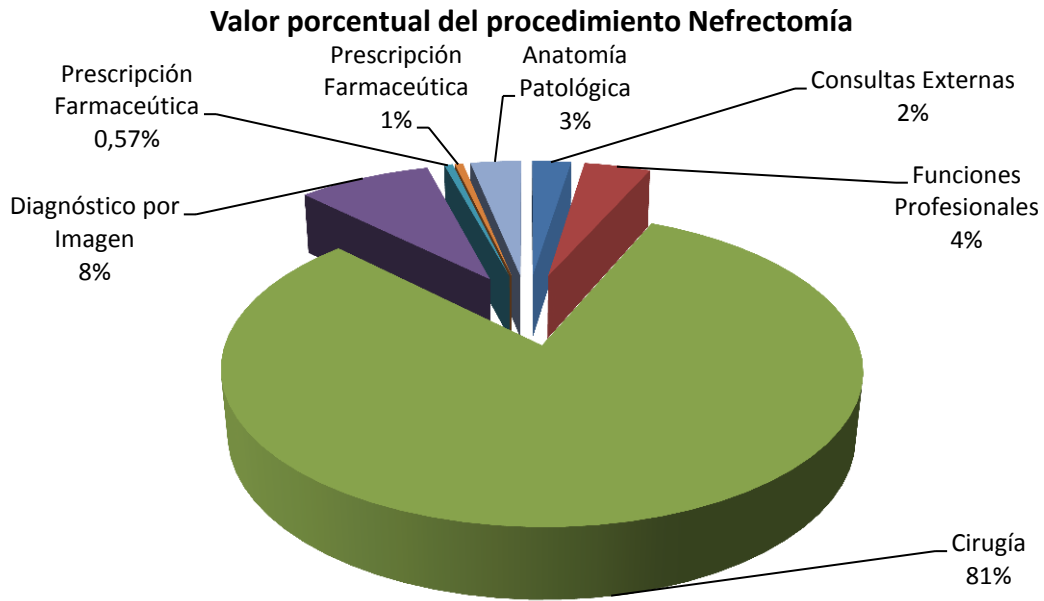
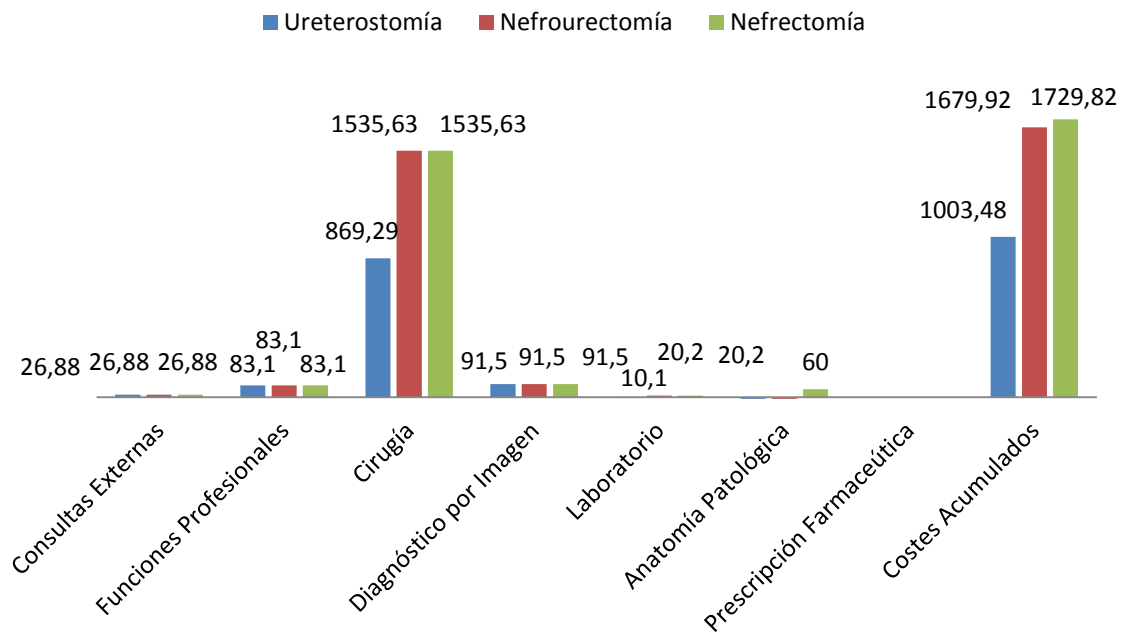


Diagrama comparativo de procedimientos en función de los costes por actividad



GRD 896. PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 896. Procedimientos mayores sobre vejiga.	CODIGO DE PROCESO	PO 03
------------------	--	--------------------------	--------------

RESUMEN

Este proceso engloba un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una neoplasia maligna vesical a la que se le ha practicado una cistectomía radical. Este procedimiento incluye, salvo excepciones, la realización de prostatectomía, vesiculectomía seminal, linfadenectomía ilio-obturatriz y derivación urinaria (conducto ileal tipo Bricker, formación de neovejiga ortotópica tipo Studer, o ureterostomía cutánea bilateral).

Constituye el tratamiento de elección del cáncer de vejiga músculo-infiltrante, y es un procedimiento complejo y de gran envergadura. Siempre requiere una hospitalización prolongada que incluye una breve estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI) en el postoperatorio inmediato, uso de nutrición parenteral, etc.

ABSTRACT

In this process a surgical DRG is considered that comprises patients admitted with the diagnosis of bladder malignant neoplasm who underwent radical cystectomy. This procedure includes, with rare exceptions, the performance of prostatectomy, seminal vesiculectomy, pelvic lymphadenectomy and permanent urinary diversion (Bricker ileal conduit, Studer orthotopic neobladder, or bilateral cutaneous ureterostomy).

This procedure is the gold-standard for muscle-invasive bladder cancer, and is a major complexity intervention. It always requires a brief stay in the intensive care unit (ICU) during the immediate postoperative period, use of parenteral nutrition, etc.

GRD 896: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias (generalmente neoplásica) a los que se les ha practicado una cistectomía radical, total, parcial o una reconstrucción de vejiga.

MODALIDAD DE ATENCIÓN PESO	Cirugía con Hospitalización 2,4719	ESTANCIA MEDIA	Variable, dada la limitada frecuencia del proceso.
-----------------------------------	---	-----------------------	---

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Cisto-próstato-vesiculectomía radical.
- Linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral.
- Formación de derivación urinaria.

GRD: 896. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA.

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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas (electrocardiograma, RX tórax, analítica completa incluyendo Rh y test de Coombs indirecto). ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ○ Resección transuretral vesical previa (ver proceso PUG01 correspondiente al GRD311) en la que se documente mediante informe de Anatomía Patológica la existencia de neoplasia maligna de vejiga (CIE9 188) músculo-infiltrante (estadio T2 o superior), o bien neoplasia no asequible a la resección endoscópica por su volumen o curso clínico. ○ Pruebas de diagnóstico por imagen (TAC abdominopélvico con contraste intravenoso) que descarten invasión tumoral a órganos vecinos o a distancia. ○ Pruebas de medicina nuclear (gammagrafía ósea) si dolor óseo significativo. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación preoperatoria ajustada al paciente. ✓ Preparación intestinal según protocolo. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento, riesgos y beneficios, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente (reflejado en la historia clínica). Incluye consentimiento informado de transfusión de hemoderivados. ✓ Petición en Selene de estudio anatomopatológico intraoperatorio. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica (decúbito supino). ✓ Anestesia adaptada al tipo de procedimiento. ✓ Canalización de vías venosa central y arterial periférica. ✓ Colocación de sonda nasogástrica. ✓ Sistema de compresión de miembros inferiores para profilaxis de trombosis venosa profunda. ✓ Vía de abordaje limpia (rasurado y lavado zona quirúrgica). ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado específico para cada procedimiento). ✓ Colocación en campo estéril de sonda vesical 20Fr látex (10cc balón). ✓ Material quirúrgico necesario para la intervención preparado. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a

		<p>intervenir (“check-list”).</p> <p>Cistectomía radical. Comprende los siguientes pasos:</p> <p>1. Cisto-próstato-vesiculectomía radical:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vía abordaje: Laparotomía media infraumbilical longitudinal. ○ Apertura espacio Retzius. Incisión fascia endopélvica bilateral. Ligadura y sección de complejo de la v. dorsal del pene. Sección uretral. Disección prostática por plano Denonvillers hasta vesículas seminales. ○ Ligadura y sección de uraco. Apertura peritoneal retrovesical a nivel de fondo de saco de Douglas y disección posterior vesical. Sección de ambos uréteres próximos a vejiga. Sellado con LigaSure® de pedículos laterales vesicales y prostáticos. Extracción de pieza de próstata, vesículas seminales y vejiga y envío diferido (envase con formol 10%) para estudio a Anatomía Patológica. ○ Envío inmediato de muestras de biopsia intraoperatoria (en fresco, sin adición de formol) a Anatomía Patológica (margen uretral, uréter derecho, uréter izquierdo), cuyo informe verbal se proporcionará en 30-60 minutos, donde se confirmará la ausencia de tumor en las muestras proporcionadas. No es necesario detener la intervención mientras se espera este resultado, pasando directamente al punto 2. <p>2. Linfadenectomía pélvica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Disección roma de cadenas ganglionares iliacas internas y obturatrices. ○ Sección de linfáticos tras ligadura con clips quirúrgicos. ○ Identificación y visualización de nervio obturador, que debe ser respetado, como límite inferior del territorio a disecar. ○ Envío diferido a Anatomía Patológica por separado (linfadenectomía pélvica izquierda y derecha), en formol 10%. <p>3. Formación de derivación urinaria permanente:</p> <p>a. Conducto ileal (Bricker)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Antes de llevarla a cabo, es preciso conocer el informe intraoperatorio de Anatomía Patológica donde nos confirmarán verbalmente la ausencia de tumor en las biopsias intraoperatorias remitidas. ○ Liberación retroperitoneal y espatulación de ambos uréteres, paso de uréter izquierdo a través de retrosigma hacia hemiabdomen derecho. Colocación de catéteres uni-J con sutura provisional (Vicryl-Rapid 4-0) a pared ureteral interna. Biselado de catéter ureteral izquierdo para su identificación. ○ Identificación de un segmento sano de ileon terminal de unos 10-15 cm, separado unos 10-
--	--	--

		<p>15 cm de la válvula ileocecal. Sección de meso con LigaSure®, sección de segmento ileal con sutura mecánica (GIA®90). Anastomosis ileo-ileal (reconstrucción tránsito intestinal) con GIA®90 y TA®90, reforzada con sutura continua de seda 3-0, por encima de conducto ileal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lavado de conducto ileal con solución Betadine 50% en suero salino fisiológico. ○ Anastomosis urétero-ileal según técnica Wallace-II, con Vicryl 4-0. ○ Formación de estoma de ileostomía (asa de Bricker) a nivel de pared abdominal derecha. Sutura con Vicryl 0 puntos sueltos, sin tensión. ○ Colocación de dos drenajes Jackson-Pratt (planos, n10) en lecho pélvico (cistectomía, exteriorizado lado izquierdo) y en hemiabdomen derecho (Bricker, exteriorizado lado derecho). ○ Cierre de aponeurosis músculos rectos del abdomen con Maxon-Loop 1 (dos suturas continuas). Subcutáneo Vicryl 2-0. Piel con grapas. <p>b. Neovejiga (Studer):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Antes de llevarla a cabo, es preciso conocer el informe intraoperatorio de Anatomía Patológica donde nos confirmarán verbalmente la ausencia de tumor en las biopsias intraoperatorias remitidas. ○ Liberación retroperitoneal y espatulación de ambos uréteres. Colocación de catéteres uni-J con sutura provisional (Vicryl-Rapid 4-0) a pared ureteral interna. Biselado de catéter ureteral izquierdo para su identificación. ○ Identificación de un segmento sano de ileon terminal de unos 55 cm, separado unos 25 cm de la válvula ileocecal. Sección de meso con LigaSure®, sección de segmento ileal con sutura mecánica (GIA®90). Anastomosis ileo-ileal (reconstrucción tránsito intestinal) con GIA®90 y TA®90, reforzada con sutura continua de seda 3-0, por encima de segmento para neovejiga. Cierre de mesoileon con Vicryl 2-0. ○ Lavado del segmento ileal aislado con solución Betadine 50% en suero salino fisiológico. Cierre con sutura manual (continua) Vicryl 4-0 de ambos extremos del segmento. ○ Apertura longitudinal (destubulización) en el borde antimesentérico del segmento ileal aislado de unos 40-45cm distales. ○ Anastomosis urétero-ileal en porción proximal del segmento aislado (porción no destubulizada) según técnica Wallace-II, con Vicryl 4-0. ○ Construcción del reservorio. Sutura continua de los dos bordes mediales del segmento destubulizado (Vicryl 2-0). Sutura continua de nuevo replegando el reservorio sobre si mismo (reservorio esférico que contiene 4 segmentos de ileon replegados sobre sí mismos).
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Sección reservorio a nivel uretral 8-10 mm circular. Suturas PDS 2-0 (puntos sueltos 6 en total) para la anastomosis entre el reservorio y la uretra membranosa. ○ Colocación de catéteres (antes de anudar las suturas de la anastomosis): ○ Sonda uretral Foley 20Fr silicona (15cc balón). ○ Catéteres ureterales, exteriorización por vía suprapúbica, por separado. ○ Catéter suprapúbico silicona 12 Fr adicional. ○ Colocación de dos drenajes Jackson-Pratt (planos, n10) en lecho pélvico (cistectomía, exteriorizado lado izquierdo) y a nivel reservorio (anterior, exteriorizado lado derecho). ○ Cierre de aponeurosis músculos rectos del abdomen con Maxon-Loop 1 (dos suturas continuas). Subcutáneo Vicryl 2-0. Piel con grapas. <p style="text-align: center;">c. Ureterostomía cutánea bilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se lleva a cabo en casos de cistectomía paliativa (casos con limitada esperanza de vida), o bien en pacientes no aptos para cirugía reconstructiva con intestino. ○ Confirmación verbal (Anatomía Patológica) de negatividad de las muestras ureterales (biopsia intraoperatoria). ○ Liberación retroperitoneal y espatulación de ambos uréteres. Colocación de catéteres uni-J con sutura provisional (Vicryl-Rapid 4-0) a pared ureteral interna. ○ Creación de mini estomas, uno a cada lado a nivel de la pared abdominal. Sutura a piel con Vicryl 3-0. Refuerzo con el mismo material a nivel de aponeurosis. ○ Cierre de aponeurosis músculos rectos del abdomen con Maxon-Loop 1 (dos suturas continuas). Subcutáneo Vicryl 2-0. Piel con grapas. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado. ✓ Petición para análisis AP de pieza quirúrgica (muestras antes mencionadas para su envío diferido).
PACIENTE	INFORMACIÓN	<p>1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar. Consentimiento informado de transfusión de hemoderivados.</p> <p>2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso.</p>
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta de Hospitalización.
	ANESTESIA	<p>-Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado.</p> <p>-Confirmado visto bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.</p>

	RADIOLOGÍA	RX tórax preoperatoria solicitada y realizada.
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Análisis histopatológico de las muestras obtenidas en el quirófano. Análisis histopatológico en fresco / congeladas intraoperatorias que se consideren necesarias.
	UCI	Estancia UCI en postoperatorio inmediato.
	ENDOCRINOLOGÍA	Prescripción de nutrición parenteral.
	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 896. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico	CÓDIGO	PO 03
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan neoplasia maligna de vejiga a los que se le ha practicado cistectomía radical.		
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Hospitalización.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	Variable, dada la limitada frecuencia del proceso.	FRECUENCIA 6 procedimientos anuales.
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Urología. Médicos Servicio Anestesia y Reanimación. Médicos Servicio Endocrinología. Médicos UCI. Médicos y Técnicos de Radiología del Servicio de Diagnóstico por Imagen. Médicos y Técnicos de Laboratorio. Médicos y Técnicos de Anatomía Patológica. Personal Enfermería: DUE y TCAE. Personal T.I.G.A. 		
ENTRADAS	TÉCNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	Caja cistectomía radical (ver anexo). Separador Balfour Urología. Consola LigaSure® (ValleyLab). Campo quirúrgico universal. Suturas, ligaduras. Bisturí eléctrico (terminales corto y largo). LigaSure® Atlas 20cm. LigaSure® Precise. Sistema de aspiración (terminal calibre mediano). Jeringa 100cc Guyón cono ancho. Catéteres ureterales uni-J 7Fr (x2). Guía teflonada 0.035. Sonda vesical látex 20Fr 2 vías. Sonda vesical silicona 20Fr 2 vías (sólo Studer). Drenajes Jackson-Pratt n10 (x2). Ligaclips medianos y grandes.		<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	Coste del procedimiento Cistectomía	3291,72 €	
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. Tasa de mortalidad. Tasa de complicaciones. Tasa de transfusión. Tasa de reintervenciones. 		

RESPONSABLE	Dr. Marcos Luján Galán
OBSERVACIONES:	En nuestro centro, el protocolo para el manejo del cáncer de vejiga es especialmente conservador, existiendo alternativas a la cistectomía en algunos casos de tumores de tamaño y número limitado. Por ello, esta selección de casos repercute en que los pacientes candidatos tengan un perfil que requiere estancias hospitalarias más prolongadas.

GRD 896. TRAYECTORIA CLÍNICA: PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

NÚMERO DE CONSULTAS: 2 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN

ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DÍA DE LA CIRUGÍA)	HOSPITALIZACIÓN DÍA 2	HOSPITALIZACIÓN DIAS SUCESIVOS	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del panel quirúrgico en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurado, instrucciones de ANR, premedicación necesaria). -Obtención de analítica para pruebas cruzadas reserva de 3 unidades de concentrado de hemáties en Banco de Sangre. -Pauta de preparación 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, realización del check-list prequirúrgico y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Acceso venosos necesarios: Vías venosas central y periférica. Vía arterial periférica. -Colocación del paciente en mesa de quirófano. -Vendaje de miembros inferiores (profilaxis enfermedad tromboembólica). -Lavado estéril con povidona yodada o clorhexidina. -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por cirujano(s). -Paso a sala de UCI. -Comunicación a personal facultativo de UCI acerca de detalles de la intervención. -Prescripción de tratamiento postoperatorio (a cargo de facultativos de UCI). -Mantenimiento de dieta absoluta y sueroterapia según facultativos UCI. -Petición de interconsulta a Endocrinología (inicio al día siguiente de nutrición parenteral total). 	<p>Visita Urología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención. -Prescripción de tratamiento (a cargo de facultativo de UCI). -Evaluación del paciente por parte de facultativo de Endocrinología). -Ordenes al personal de Enfermería para iniciar nutrición parenteral (por parte de facultativo de Endocrinología). -Alta de UCI (si criterios de alta cumplidos) con destino a planta de Hospitalización. 	<p>Visita Urología.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prescripción de nutrición parenteral (Endocrinología) hasta el 7º día de hospitalización. -Prescripción de tolerancia líquidos y dieta progresiva si función intestinal recuperada a partir del 7º día hospitalización. -Prescripción retirada drenajes cuando >24h no productivos. -Solicitud analíticas cada 24-48 horas. -Prescripción de retirada sonda 	<p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Dolor controlado. <p>Documentos al Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: ✓ PA_UROPTUM, en 30 días aprox.

	intestinal (en domicilio) según protocolo. -Petición Anatomía Patológica de biopsias intraoperatorias.				nasogástrica (si débito no significativo y no distensión abdominal). -Prescripción de retirada vía venosa central cuando se consiga tolerancia completa por vía oral.	
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	RX tórax (solicitada con preoperatorio). TAC abdominopélvico.					
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Informe de resección transuretral previa.	Biopsias intraoperatorias.				
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Equipo: 2-3 FEAs 85-430 min. Media 270 min. Mediana 270 min. Según TQEs (incluye tiempo muerto): 6 horas Bricker. 7 horas Studer.				
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECIFICOS		Caja cistectomía radical (ver anexo). Separador Balfour Urología. Consola LigaSure® (ValleyLab). Campo quirúrgico				

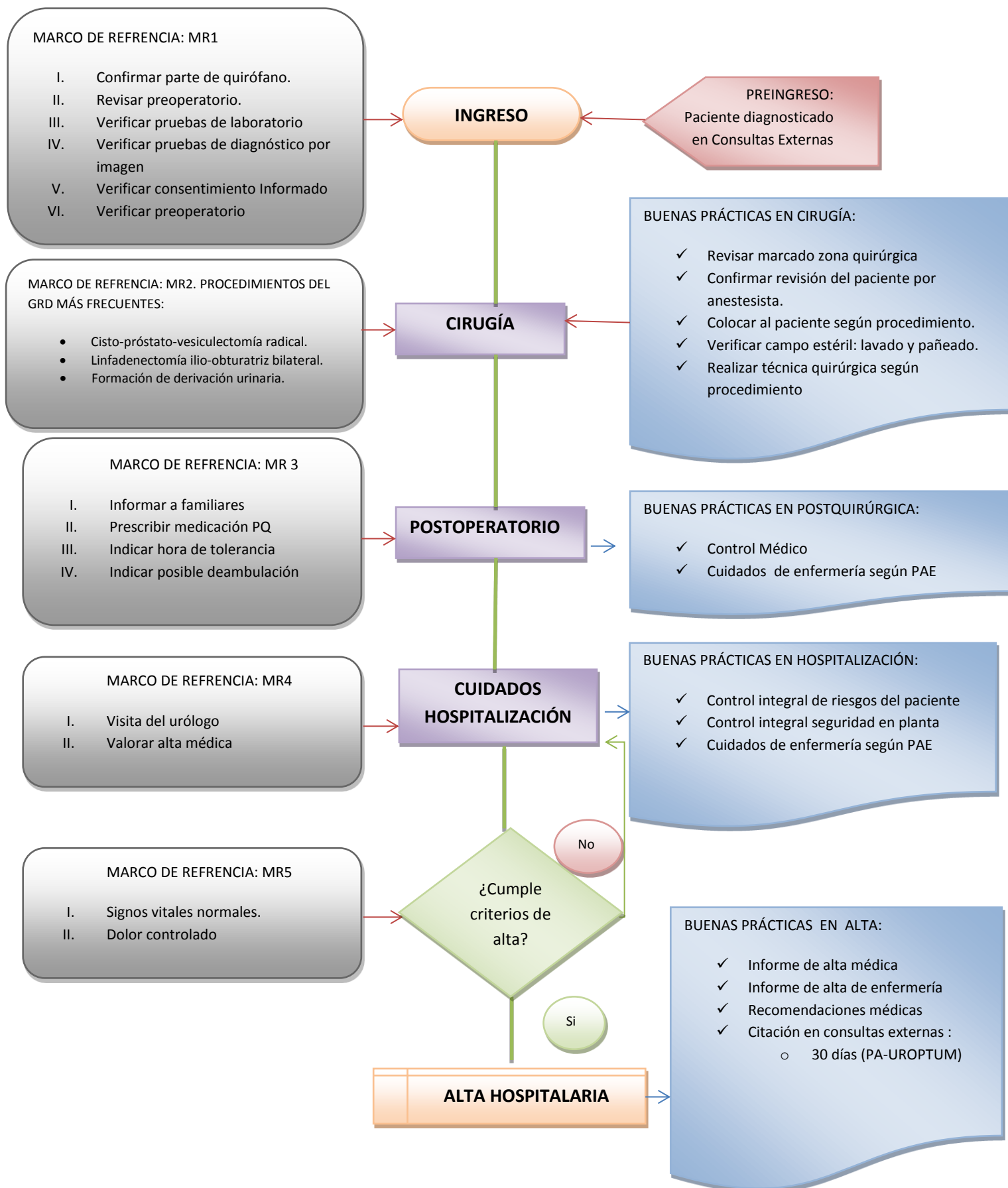
		<p>universal. Suturas, ligaduras. Bisturí eléctrico (terminales corto y largo). LigaSure® Atlas 20cm. LigaSure® Precise. Sistema de aspiración (terminal calibre mediano). Jeringa 100cc Guyón cono ancho. Catéteres ureterales uni-J 7Fr (x2). Guía teflonada 0.035. Sonda vesical látex 20Fr 2 vías. Sonda vesical silicona 20Fr 2 vías (sólo Studer). Drenajes Jackson-Pratt n10 (x2). Ligaclips medianos y grandes.</p>				
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica, coagulación, Rh y test de Coombs indirecto.				Solicitud de analítica (hemograma, bioquímica, coagulación).	
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica: Cefoxitina 2 gr/IV, durante inducción	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	-Cefoxitina 1g/8h (IV) -Enoxaparina 40mg/24h (SC) -Omeprazol 40mg/24 h (IV). -Analgesia,	-Enoxaparina 40mg/24h (SC) -Omeprazol 40mg/24 h (IV). -Analgesia, antieméticos, según	Medicación hasta tolerancia oral: -Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas.	-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.

	<p>anestésica. Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.</p>		<p>antieméticos, según UCI.</p>	<p>UCI.</p>	<p>-Ketorolaco 30mg IV cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos. -Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>Medicación tras tolerancia oral: -Metamizol 575mg o paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 10mg VO cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC</p>	
--	---	--	-------------------------------------	-------------	--	--

					<p>cada 6 horas si dolor no cede con lo previo.</p> <p>-Omeprazol 20mg VO cada 24 horas.</p> <p>-Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.</p> <p>-Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>-Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.</p>	
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente:</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 hospitalizados. - Protocolo de ANR 	<p>En prequirúrgico:</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 postquirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de constantes vitales y débitos drenajes por turno. -Cuidados de sistema urostomía. -Analgesia intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene. -Extracción analítica de sangre según prescripción 	<ul style="list-style-type: none"> -Aseo del enfermo. -Levantar a sillón. -Monitorización de constantes vitales y débitos drenajes por turno. -Curas de herida quirúrgica (1 vez al día si no complicación). -Cuidados de sistema urostomía. -Analgesia intravenosa. -Revisión de órdenes 	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de constantes vitales y débitos drenajes por turno. -Curas de herida quirúrgica (1 vez al día si no complicación). -Cuidados de sistema urostomía, y entrenamiento a paciente y familiares. 	

	(raquianestesia o anestesia general). -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC): -Valorar si existe contraindicación de cirugía. -Valoración de estado general. -Verificar medicación suspendida. -Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).		facultativos.	médicas prescripción Selene. -Extracción analítica de sangre según prescripción facultativos.	-Retirada drenajes cuando prescripción facultativo. -Analgésia intravenosa (oral si tolerancia). -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene. -Extracción analítica de sangre según prescripción facultativos. -Retirada de sonda nasogástrica según prescripción. -Retirada de catéter venoso central según prescripción.	
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		-Reposo en cama. -Movilización de miembros inferiores.	Levantar a sillón.	-Levantar a sillón. -Deambulación al tercer día.	
DIETA	Absoluta	Absoluta	Absoluta	Nutrición parenteral		
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO	Duchado la mañana de la cirugía.					
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas. Consulta médica: 2 días.					

GRD 896: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 896: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO CISTECTOMÍA

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	3	22,00
CTA Enfermería	20	0,41	4	32,80
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				24,40 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	360	0,61	3	659,88
ENFERMERÍA	360	0,45	2	295,20
AUXILIAR	360	0,30	1	108,00
MATERIALES ESPECÍFICOS				1593,17
MATERIALES GENERALES				320,40
SUBTOTAL CIRUGÍA				2976,65 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
TAC		75,30	1	75,30
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				83,50 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA (Cuidados Hospitalización)	1,50		7	10,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.H.)	3,56		7	24,92
BIOQUÍMICA (C.H.)	5,04		7	35,28
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				70,70 €
HEMOGRAMA (Consulta Externa)	1,50		1	1,50

HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.E.)	3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA (C.E.)	5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO			10,10
SUMA TOTAL PRUEBAS LABORATORIO C.H.+C.E			80,80 €

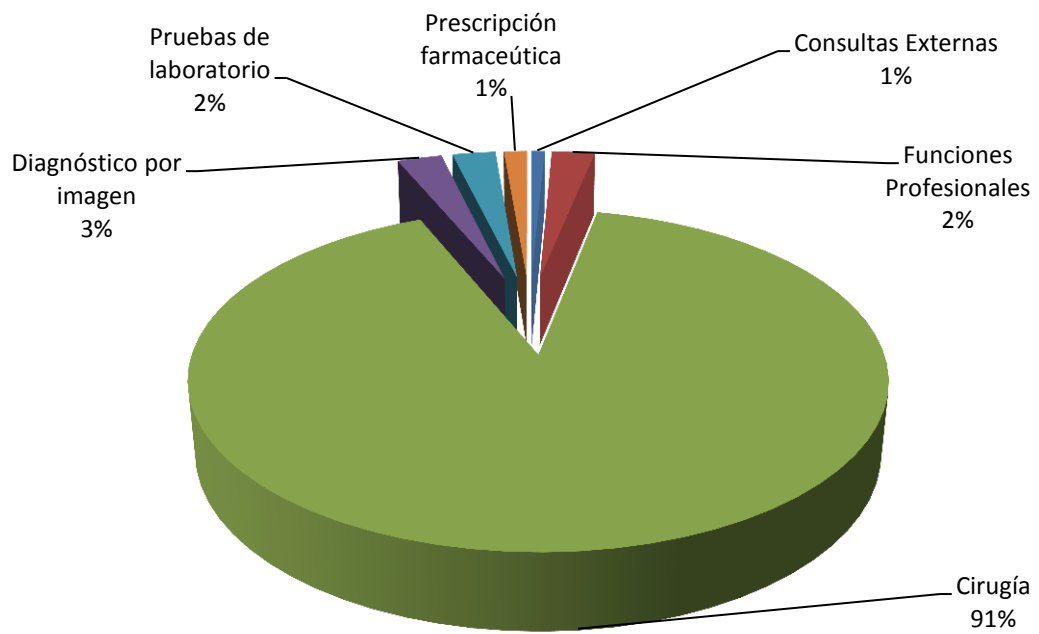
PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA

ANTIBIOTICOS			1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS			20,47
OTROS			21,68
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEÚTICA			43,27 €

GRD 896: COSTE DEL PROCEDIMIENTO CISTECTOMÍA

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	24,40 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	2976,65 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	83,50 €
LABORATORIO	80,80 €
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	43,27 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	3291,72 €

Valor porcentual de las actividades del procedimiento Cistectomía



GRD 338. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR NEOPLASIA MALIGNA.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 338.	CÓDIGO	PO 05
	Procedimientos sobre testículos por neoplasia maligna.	DE PROCESO	

RESUMEN

GRD 338. Procedimientos sobre testículos por neoplasia maligna.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo, biopsia abierta de testículo o escisión de hidrocele, varicocele o quiste de epidídimo. Este GRD corresponde a:

Diagnóstico: NEOPLASIA MALIGNA DEL TESTICULO (CIE9 186).

Procedimiento ORQUIECTOMIA UNILATERAL (CIE9 62.3).

Este procedimiento se realiza en régimen de cirugía mayor ambulatoria y NO requiere ingreso con hospitalización. El seguimiento en consulta (Oncología Médica) se reanuda transcurrido 1 mes tras la intervención.

ABSTRACT

Surgical DRG that comprises patients suffering from testis neoplasm who underwent uni or bilateral orchidectomy, testicular prostheses insertion, open testicular biopsy, or excision of hydrocele, varicocele or epididymal cyst. This DRG involves:

Diagnosis: MALIGNANT NEOPLASMS OF THE TESTIS (ICD9 186).

Procedure: UNILATERAL ORCHIDECTOMY (ICD9 62.3).

This procedure is carried out in major ambulatory surgery basis and does not require hospital stay. Follow-up is scheduled in the outpatient clinic (Oncology) 1 month after surgery.

GRD 338. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR NEOPLASIA MALIGNA.

DEFINICIÓN DEL PROCESO

GRD 338. Procedimientos sobre testículos por neoplasia maligna.

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad neoplásica del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo, biopsia abierta de testículo o excisión de hidrocele, varicocele o quiste de epidídimo.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía mayor ambulatoria sin hospitalización.	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: una mañana en SAM
PESO	1,6444		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Orquiectomía unilateral.

GRD 338. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR NEOPLASIA MALIGNA.

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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas. ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ○ ECOGRAFÍA-DOPPLER TESTICULAR. ○ MARCADORES TUMORALES TESTICULARES ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>3. Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rasurado en SAM ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica en decúbito supino. ✓ Campo quirúrgico estéril. ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir: localización, tamaño y lado afecto. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>Técnica quirúrgica de la orquiectomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incisión inguinal del lado afecto por el teste afectado • Aislamiento del cordón espermático • Liberación del testículo de adherencias a escroto y extracción. • Ligadura conducto deferente con Vicryl 2/0 • Ligadura de estructuras vasculares del testículo con seda 0 • Hemostasia cuidadosa de lecho quirúrgico • Cierre planos superficiales con Vicryl 3/0 • Cierre de piel con grapas <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado.

		✓ Petición para análisis AP de pieza quirúrgica (orquiectomía) realizada.
PACIENTE	INFORMACIÓN	1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en la SAM
	ANESTESIA	-Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. -Confirmado visto bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Pieza quirúrgica de la orquiectomía
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primara después del alta
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales

GRD 338. PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULOS POR NEOPLASIA MALIGNA.				
TIPO DE PROCESO	Quirúrgico		CÓDIGO	PO 05
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio quirúrgico a todos los pacientes que presentan una enfermedad neoplásica del aparato reproductor masculino (tumor testicular) a los que se les ha practicado una intervención como orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.			
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la SAM		
	FINAL	Alta en la SAM (revisión en Consulta de Urología u Oncología Médica).		
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	Una mañana en la SAM	FRECUENCIA	5 / año
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS	
	Paciente		Familia del paciente	
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.			
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos del Servicio de Urología. • 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. 			
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS	
	Todos los procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Campo quirúrgico estéril desechable. • Bisturi eléctrico • Aspirador. • Suturas de Vicryl 2/0, 3/0 • Sutura de Vicryl rapid 2/0 • Grapas para sutura de piel. • Seda 2/0 • Drenaje Jackson-Pratt (esporádicamente). • Instrumental quirúrgico habitual. 		<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. 			
COSTES	Coste del procedimiento Orquiectomía Unilateral		478,70 €	
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. ○ Tasa de ambulatorización. 			
RESPONSABLE	Dr. Diz Rodríguez			
OBSERVACIONES:	Notas: En todos los procedimientos, el ingreso en la SAM se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.			

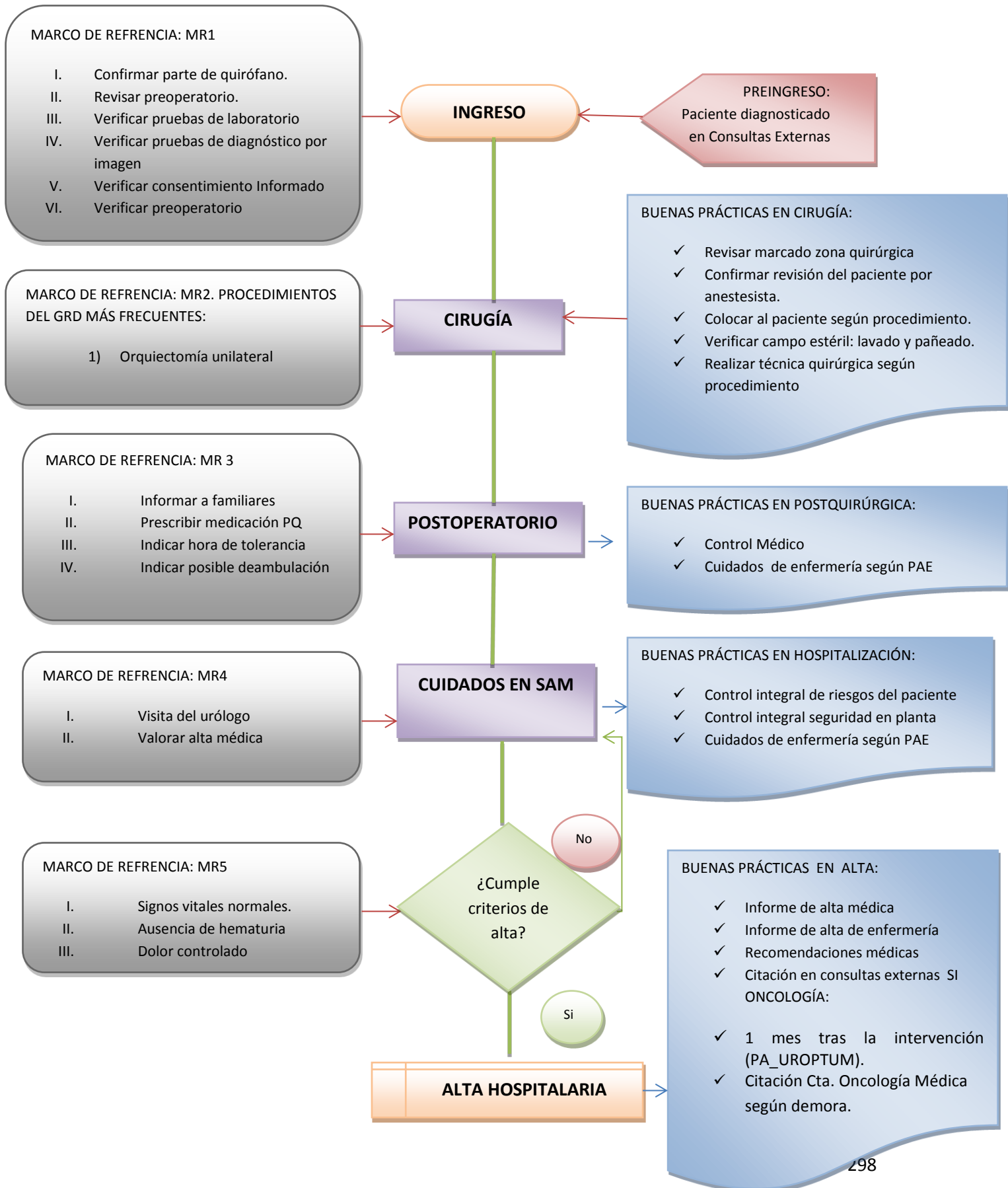
GRD 338: TRAYECTORIA CLÍNICA				
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS				
NÚMERO DE CONSULTAS:	1 consulta de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.			
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA				
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DÍA DE LA CIRUGÍA)	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados, instrucciones de ANR). 	<p>PREVIO A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Revisión del paciente, marcado del lado por el cirujano, y comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. <p>QUIRÓFANO.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa en decúbito supino. -Lavado estéril con povidona yodada (Betadine). -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica. 	<p>POSTERIOR A QX:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de SAM -Prescripción de tratamientos no farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (3 horas tras la intervención si anestesia raquídea, 6 horas si anestesia general). -Indicación deambulacion coincidiendo con tolerancia a líquidos por vía oral. 	<p>Criterios de Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Signos vitales normales. -Ausencia de sangrado por herida quirúrgica -Dolor controlado. <p>Documentos al Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 mes tras la intervención (PA_UROPTUM). ✓ Citación Cta. Oncología Médica según demora.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada.			

COMPLEMENTARIAS	Ecografía testicular TAC toraco-abdomino- pélvico.			
ANATOMÍA PATOLÓGICA		Petición en Selene para análisis AP de pieza quirúrgica (Orquiectomía).		
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Orquiectomía TQE 1,34 (80 minutos) Equipo: 2 FEAs		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Material fungible: Los tres procedimientos: -Campo estéril desechable -Drenaje si fuera necesario -Envase pieza quirúrgica para AP.		
PRUEBAS DE LABORATORIO	-Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación. -Marcadores tumoraes testículo (Ca testículo).			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica. -Cefazolina 2 gr/IV, antes de la cirugía.	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 30mg IV cada 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.	-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.

<p>ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA</p>	<p>Acogida del paciente: Protocolo de Área Quirúrgica (SAM). - Protocolo de preparación quirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica. - Protocolo pacientes hospitalizados (SAM). - Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). -Documentación de enfermería. -Toma de constantes (Tª, TA, FC): -Valorar si existe contraindicación de cirugía. -Valoración de estado general. -Verificar medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir. -Instrucciones quirúrgicas en prescripción Selene</p>	<p>En prequirúrgico: -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica. -Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.</p>	<p>En postquirúrgico: -Monitorización de constantes vitales -Control de apósito -Medicación intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene.</p>	
---------------------------------------	---	---	---	--

	(ANR o unidad de Urología).			
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		-Reposo en cama-sillón. -Movilización espontánea tras la intervención según pauta en prescripción previa al alta.	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO				
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas Consulta médica: 1 (si PA_UROPTUM), 0 (si Oncología Médica)			

GRD 338: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 338: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO ORQUIECTOMÍA UNILATERAL

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1	12,22
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas)	12	0,61	1	7,33
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				19,55€
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,30	1	3,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				39,75 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	80,00	0,61	2	90,03
ENFERMERÍA	80,00	0,41	2	66,42
AUXILIAR	80,00	0,30	1	22,14
MATERIALES ESPECÍFICOS				34,03
MATERIALES GENERALES				71,20
SUBTOTAL CIRUGÍA				283,82 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
TAC		75,30	1	75,30
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				83,50€
PRUEBAS DE LABORATORIO				
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 €
PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA				
ANTIBIOTICOS				1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS				0,86

SUBTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

1,98 €

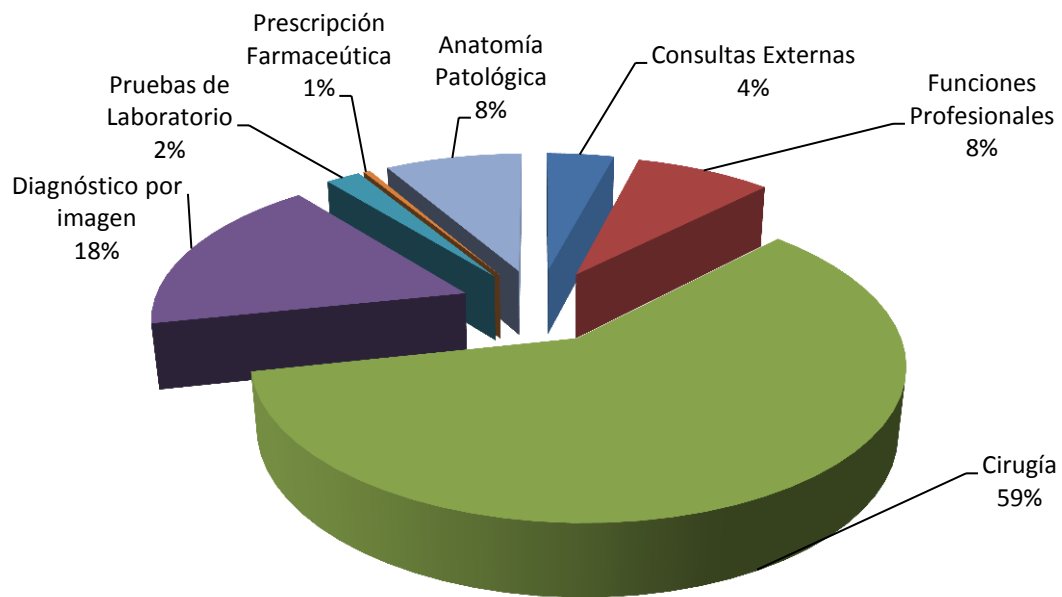
ANATOMÍA PATOLÓGICA

PIEZA	40,00	1	40,00 €
-------	-------	---	---------

GRD 338: COSTE DEL PROCEDIMIENTO ORQUIECTOMÍA UNILATERAL

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	19,55€
FUNCIONES PROFESIONALES	39,75€
CIRUGÍA	283,82€
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	83,50€
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	1,98 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	40,00€
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	478,70 €

Valor porcentual de la actividad del procedimiento Orquiectomía Unilateral



GRD 309. PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCION DEL APARATO GENITAL FEMENINO.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 309.	Procedimientos de	CÓDIGO	PUF 01
	reconstrucción del aparato genital femenino.	reconstrucción del aparato genital femenino.	DE PROCESO	

RESUMEN

Este proceso contempla un GRD quirúrgico. Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica a las que se les ha practicado una intervención como: suspensión uretral o cistouropexia.

Abarca patología de gran prevalencia en la especialidad. Se trata de la incontinencia urinaria de esfuerzo (CIE9 625.6). La técnica quirúrgica de elección es la implantación malla de suspensión suburetral (CIE9 70.79). Habitualmente se realiza en régimen de cirugía mayor ambulatoria. El seguimiento en consulta tras estos procedimientos se reanuda al día siguiente de la intervención.

ABSTRACT

This process provides a surgical GRD. A surgical GRD grouping patients admitted for gynecological disease which has undergone an intervention such as urethral suspension or cistouropexia. Include disease highly prevalent in the art. Is urinary incontinence (ICD9 625.6). The surgical technique is the implantation of mesh suburethral suspension (ICD9 70.79). Usually performed as outpatient major surgery. The follow-up consultation after these procedures resumed the day after surgery.

GRD 309: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

GRD quirúrgico que agrupa a pacientes afectados por una enfermedad de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención por vía vaginal. Las más frecuentes son: la colocación de malla suburetral.

MODALIDAD DE ATENCIÓN	Cirugía sin/con Hospitalización	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 1: 0 días.
PESO	1,30		

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Operación de suspensión suburetral.

GRD: 309. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES 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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas. ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ○ ECO vesical o cistoscopia. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>• Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica (perneras). ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado desechable específico para ambos procedimientos). ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la colocación de malla suburetral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación de sonda vesical. ▪ Separación de labios mayores si procede con puntos de seda. ▪ Incisión longitudinal en cara anterior de vagina aproximadamente un cm por debajo de meato uretral. ▪ Disección de espacios parauretrales con tijera roma hasta sobrepasar el músculo obturador ▪ Introducción o no de guía directora de maya y paso de aguja y cinta suburetral hasta piel, todo ello de forma bilateral. ▪ Sección del introductor de la malla en superficie cutánea. ▪ Comprobar tensión de la malla introducida ▪ Cierre de cara anterior de vagina con vicril de dos ceros. <p>3. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia.

		✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta SAM.
	ANESTESIA	-Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. -Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria 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 309. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

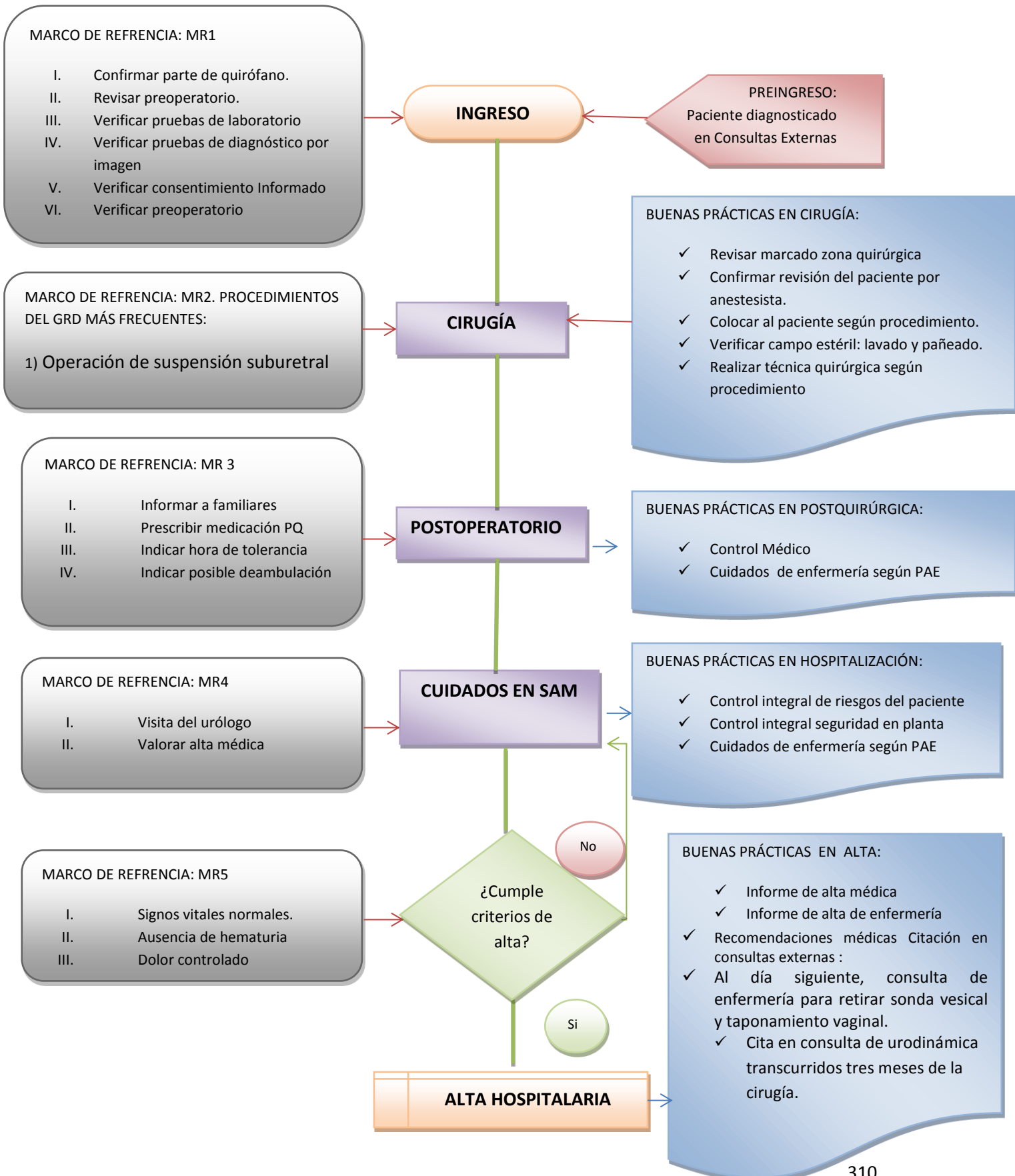
TIPO DE PROCESO	Clínico	CÓDIGO	PUF 01
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos los pacientes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo.		
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de cirugía mayor ambulatoria.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	No genera estancias (CMA)	FRECUENCIA Consultar
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Urología. 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. 		
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> Campo quirúrgico estéril desechable específico, funda estéril para cámara. Malla suburetral y dispositivo introductor Caja quirúrgica de material inventariable a para incontinencia (Tijeras, pinzas de disección y mosquitos). Vicryl de dos ceros aguja cilíndrica. Sonda vesical de Foley nº 16. Placa electrodo bisturí monopolar. 		<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. 		
COSTES	Coste del procedimiento operación de suspensión suburetral		829,10 €
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. Tasa de ambulatorización. 		
RESPONSABLE	Dr. CARLOS MARTIN GARCIA		
OBSERVACIONES:	Notas: El ingreso se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.		

GRD 309: TRAYECTORIA CLÍNICA				
PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	1, 5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.			
MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACION				
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	SAM	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	<p>Día previo a la intervención:</p> <p>-Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene).</p> <p>-Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado.</p> <p>-Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados, instrucciones de ANR).</p>	<p>PREVIO A QX:</p> <p>-Revisión del paciente, y comprobación del consentimiento informado quirúrgico.</p> <p>-Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea.</p> <p>QUIRÓFANO.</p> <p>-Vía periférica.</p> <p>-Colocación del paciente en mesa con perneras.</p> <p>-Lavado estéril con povidona yodada (Betadine).</p> <p>-Pañeado campo estéril.</p> <p>-Técnica quirúrgica.</p>	<p>Visita Urología.</p> <p>-Salvo complicación, de la intervención.</p> <p>-Ordenes al personal de Enfermería para eliminar fluidoterapia,</p> <p>-Paso de medicación a vía oral.</p> <p>-Alta médica (si criterios de alta cumplidos, ver columna correspondiente).</p>	<p>Criterios de Alta:</p> <p>-Signos vitales normales.</p> <p>-Ausencia de hematuria significativa.</p> <p>-Dolor controlado.</p> <p>Documentos al Alta:</p> <p>-Informe de alta y recetas.</p> <p>-Recomendaciones médicas.</p> <p>-Citación en consulta:</p> <p>✓ Al día siguiente, consulta de enfermería para retirar sonda vesical y taponamiento vaginal.</p> <p>✓ Cita en consulta de urodinámica transcurridos tres meses de la cirugía.</p>
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN/PRUEBAS	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si indicada.			

COMPLEMENTARIAS				
ANATOMÍA PATOLÓGICA				
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		TOT: TQE 1,11 Equipo: 2 FEAs		
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Material fungible: Ambos procedimientos: Campo estéril desechable específico. Sonda vesical.		
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.			
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica. Cefazolina 2 gr/IV, antes de la cirugía.	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	-Metamizol 575mg o paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 10mg VO cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo).	-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	Acogida del paciente: Protocolo de Área Quirúrgica. - Protocolo de preparación prequirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica	En prequirúrgico: -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica. -Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC.	-Aseo del enfermo. -Vigilancia intensidad hematuria. -Constantes por turno. -Control de ritmo intestinal. -Educación sanitaria. -Analgésicos -Retirar fluidoterapia intravenosa -Alta enfermería.	

	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo pacientes hospitalizados. - Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). - Documentación de enfermería. - Toma de constantes (Tª, TA, FC): - Valorar si existe contraindicación de cirugía. - Valoración de estado general. - Verificar medicación suspendida. - Rasurado de la zona a intervenir. - Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología). 			
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		Deambulación	
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual	
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO			Citación en Consulta Externa (Urología).	
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS				
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas 1 consulta enfermería 1 consulta facultativo			

GRD 309: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 309: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO OPERACIÓN DE SUSPENSIÓN SUBURETRAL

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1,5	18,33
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas médico)	12	0,61	1	7,33
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas enfermería)	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				33,86 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	1	18,30
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,41	1	18,45
CUIDADOS POR OTRO PERSONAL	10	0,3	1	3,00
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	65,40	0,61	2	79,92
ENFERMERÍA	65,40	0,41	2	53,63
AUXILIAR	65,40	0,30	1	19,62
MATERIALES ESPECÍFICOS				472,05
MATERIALES GENERALES				58,21
SUBTOTAL CIRUGÍA				683,43 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
Rx TORAX	8		1	8,00
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				16,20€
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA (Cuidados hospitalización)		1,50	0	0
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.H.)		3,56	0	0
BIOQUÍMICA (C.H.)		5,04	0	0
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				0 €
HEMOGRAMA (Consulta Externa)		1,50	1	1,50
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.E.)		3,56	1	3,56

BIOQUÍMICA (C.E.)	5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO			10,10 €
SUMA TOTAL PRUEBAS LABORATORIO C.H.+C.E			10,10 €

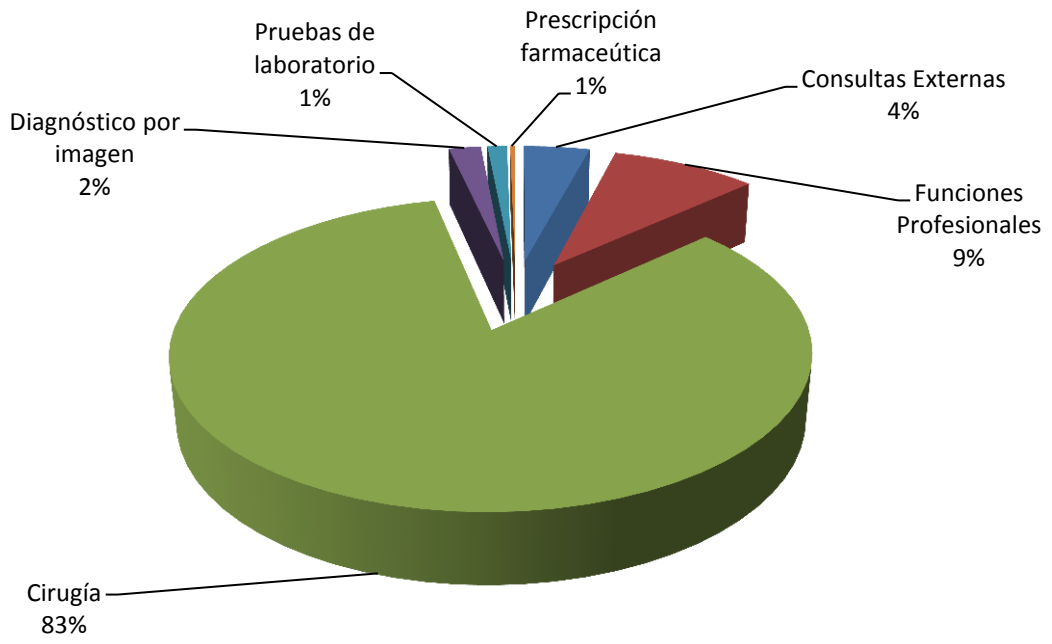
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS		1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS		1,29
OTROS		0
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA		2,41 €

GRD 309: COSTE DEL PROCEDIMIENTO OPERACIÓN DE SUSPENSIÓN SUBURETRAL

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	33,86 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	683,43 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	16,20 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	2,41 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	829,10€

**VALOR PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO
OPERACIÓN DE SUSPENSIÓN SUBURETRAL**



GRD 356. PROCEDIMIENTOS DE RECONSTRUCCIÓN DEL APARATO GENITAL FEMENINO.

RESUMEN GENERAL DEL PROCESO

CAJA IDEF. NIVEL 4 DE DESPLIEGUE DE PROCESO

PROCESO :	GRD 356.	Procedimientos de	CÓDIGO	PUF 02
	reconstrucción del aparato genital femenino.	reconstrucción del aparato genital femenino.	DE PROCESO	

RESUMEN

Este proceso contempla un GRD quirúrgico. Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica a las que se les ha practicado una intervención como: colpoplastia anterior y/o posterior.

Por ello abarca patología de prevalencia mediana en la especialidad. Se trata del el prolapso de pared vaginal sin prolapso uterino (CIE9 618.0). La técnicas quirúrgicas de es la reparación del cistocele y rectocele (CIE9 70.50), respectivamente. Se requiere el ingreso con hospitalización. El seguimiento en consulta tras se reanuda transcurrido 1 mes tras la intervención.

ABSTRACT

This process provides a surgical GRD. A surgical DRG grouping patients admitted for gynecological disease which has undergone an intervention such as: anterior and / or posterior colpoplastia.

Therefore covers Mid pathology prevalence in the art. This is the prolapse of vaginal walls without uterine prolapse (ICD9 618.0). The surgical techniques is the repair of cystocele and rectocele (ICD-9 70.50), respectively. The inpatient admission is required. Tracking in consultation resumed after one month has elapsed after surgery.

GRD 356: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO

DEFINICIÓN DEL PROCESO

GRD quirúrgico que agrupa a pacientes afectados por una enfermedad de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención por vía vaginal. Reparación compartimental del suelo pélvico, bien anterior, posterior o total.

MODALIDAD DE ATENCIÓN PESO	Cirugía sin/conHospitalización 0,9566	ESTANCIA MEDIA	Procedimiento 2: entre 1 y 2 días
-----------------------------------	--	-----------------------	--

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS AL PROCESO

- Reparación de cistocele y/o rectocele.

GRD: 356. ATRIBUTOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LOS FLUJOS DE SALIDA DEL PROCESO PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES 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. ✓ Pruebas complementarias preoperatorias solicitadas. ✓ Exploración física y pruebas complementarias que apoyen la indicación quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> ○ ECO vesical o cistoscopia. ✓ Paciente confirmado en parte quirófano. ✓ Medicación ajustada al paciente. ✓ Información suministrada al paciente acerca del procedimiento y riesgos, verbal y por escrito. Documento de consentimiento informado existente y firmado por médico y paciente. <p>• Técnica quirúrgica bien sistematizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente bien colocado en camilla quirúrgica (perneras). ✓ Campo quirúrgico estéril (pañeado desechable específico para ambos procedimientos). ✓ Vía de abordaje limpia. ✓ Comprobación in situ de información de historia clínica (pruebas diagnósticas) del proceso a intervenir. <p>Corrección quirúrgica de la alteración según tipo de caso asociado al GRD:</p> <p>1. Técnica quirúrgica general para la colocación de malla suburetral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación de sonda vesical. ▪ Separación de labios mayores si procede con puntos de seda. ▪ Incisión longitudinal en cara anterior de vagina aproximadamente 5 cm por debajo de meato uretral. ▪ Disección de espacios parauretrales con tijera roma hasta sobrepasar el músculo obturador ▪ Disección roma de espacios paravesicales hasta músculo obturador, espina ciática y ligamento sacroespinoso. ▪ Colocación de arpones en ligamento sacroespinoso con guía introductora y sujeción del extremo posterior de la mala con prolene a dichos puntos de sujeción. ▪ Paso de brazos anteriores de la malla mediante agujas helicoidales a través de músculo obturador 1 a nivel anterosuperior y otro próximo a espina ciática. ▪ Colocación de malla.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cierre de cara anterior de vagina con vicril de dos ceros. <p>4. Postoperatorio del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente con tratamiento ajustado al caso. Analgesia. ✓ Protocolo quirúrgico cumplimentado.
PACIENTE	INFORMACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Información verbal y por escrito del procedimiento y riesgos. Consentimiento informado específico del procedimiento cumplimentado y firmado por paciente/familiar. 2. Satisfechas las necesidades de información al paciente y familia tras la intervención y a lo largo del proceso.
COORDINACIÓN ASISTENCIAL	ENFERMERÍA	Plan de Cuidados Enfermeros con actividades derivadas en planta SAM.
	ANESTESIA	<ul style="list-style-type: none"> - Formulario de Interconsulta de Anestesia bien cumplimentado. - Confirmado Visto Bueno quirúrgico del servicio de Anestesia.
	RADIOLOGÍA	RX tórax (en casos en los que esté indicada) preoperatoria solicitadas y realizadas.
	LABORATORIO	Analíticas preoperatorias solicitadas y realizadas.
	ATENCIÓN PRIMARIA	Seguimiento por su equipo de atención primara después del alta.
	TRABAJADOR SOCIAL	No precisa salvo complicaciones sociales.

GRD 356. ESTABILIZACIÓN Y CONTROL DE LOS COMPONENTES DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO	Clínico	CÓDIGO	PUF 02
MISIÓN DEL PROCESO	Prestar servicio médico quirúrgico a todos las pacientes que presentan prolapso de órganos pélvicos.		
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL	Ingreso del paciente en la Unidad de Hospitalización.	
	FINAL	Alta hospitalaria (revisión en Consulta de Urología).	
PERIODOS DEL PROCESO	ESTANCIA MEDIA	1-2 días	FRECUENCIA Consultar
CLIENTES/USUARIOS	PRINCIPAL		SECUNDARIOS
	Paciente		Familia del paciente
NECESIDADES EXPECTATIVAS DE CLIENTES/USUARIOS	Referencia Tabla 1 del documento: árbol de expectativas de pacientes/usuarios.		
PROVEEDORES	<ul style="list-style-type: none"> Médicos del Servicio de Urología. 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. 		
ENTRADAS	TECNOLOGÍA		DOCUMENTOS
	<ul style="list-style-type: none"> Campo quirúrgico estéril desechable específico, funda estéril para cámara. Malla para reparación suelo pélvico y dispositivo introductor. Caja quirúrgica de material inventariable a para incontinencia (Tijeras, pinzas de disección y mosquitos). Vicryl de dos ceros aguja cilíndrica. Sonda vesical de Foley nº 16. Placa electrodo bisturí monopolar. 		<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	Coste del procedimiento reparación reparación del cistocele y/o rectocele		1107,19 €
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. CARLOS MARTIN GARCIA		
OBSERVACIONES:	Nota: El ingreso se realizará el mismo día de la intervención, a primera hora de la mañana.		

GRD 356: TRAYECTORIA CLÍNICA

PREINGRESO: CONSULTAS EXTERNAS

Número de consultas: 1, 5 consultas de media. Referencia: proceso de gestión de consultas externas.

MODALIDAD DE ATENCIÓN: CIRUGÍA CON HOSPITALIZACIÓN

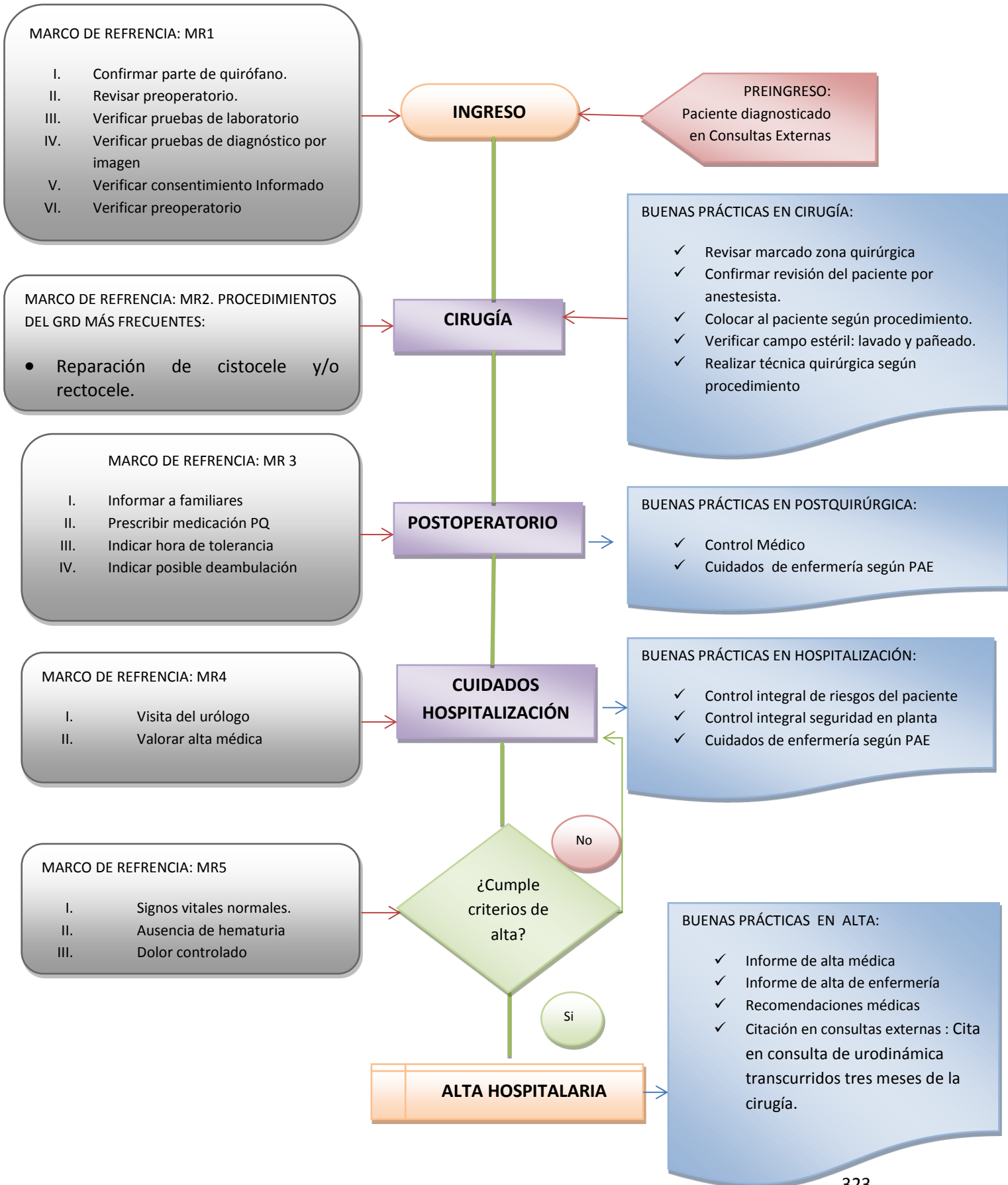
ACTIVIDAD	INGRESO	CIRUGÍA	POSTOPERATORIO (EL DÍA DE LA CIRUGÍA)	HOSPITALIZACIÓN DÍA 2	HOSPITALIZACIÓN DÍA 3	ALTA
ACTIVIDAD MÉDICA	Día previo a la intervención: -Confirmación del parte de quirófano en panel quirúrgico (Selene). -Revisión de preoperatorio, formulario ANR, consentimiento informado. -Preparación prequirúrgica (ayunas, rasurados, instrucciones de ANR).	PREVIO A QX: -Revisión del paciente, comprobar el consentimiento informado quirúrgico. -Anestesia: revisión del paciente antes de entrar a quirófano, indicación de anestesia general / raquídea. QUIRÓFANO. -Vía periférica. -Colocación del paciente en mesa con perneras. -Lavado estéril con povidona yodada (Betadine). -Pañeado campo estéril. -Técnica quirúrgica.	POSTERIOR A QX: -Información postoperatoria a familiares por Cirujano. -Paso a sala de adaptación al medio. -Prescripción de tratamientos farmacológicos y pauta de medicación postoperatoria. -Indicación de hora de tolerancia líquidos por vía oral (3 horas tras la intervención si anestesia raquídea, 6 horas si anestesia general). -Indicación deambulacion coincidiendo con tolerancia a líquidos por vía oral.	Visita Urología. -Salvo complicación, a la mañana siguiente de la intervención. -Ordenes al personal de Enfermería para eliminar fluidoterapia, taponamiento vaginal y sonda vesical. -Paso de medicación a vía oral. -Alta médica (si criterios de alta cumplidos, ver columna correspondiente).	Se aplicará las mismas actividades y consideraciones en caso de que no fuese posible el alta durante el segundo día de ingreso	Criterios de Alta: -Signos vitales normales. -Ausencia de hematuria significativa. -Dolor controlado. Documentos al Alta: -Informe de alta y recetas. -Recomendaciones médicas. -Citación en consulta: ✓ Cita en consulta de urodinámica transcurridos tres meses de la cirugía.
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR	RX tórax (solicitada con preoperatorio) si					

IMAGEN/PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	indicada.					
ANATOMÍA PATOLÓGICA						
TIEMPO QUIRÚRGICO MÉDICO		Cistocele o rectocele con malla + incontinencia: TQE 2,11 Cistocele y rectocele con malla + incontinencia: TQE 2,53 Equipo: 2 FEAs				
TECNOLOGÍA Y MATERIALES ESPECÍFICOS		Material fungible: Ambos procedimientos: Campo estéril desechable específico. Sonda vesical				
PRUEBAS DE LABORATORIO	Analítica preoperatorio: hemograma, bioquímica y coagulación.					
PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA	Pauta, según protocolo en vigor, profilaxis antibiótica prequirúrgica. Cefazolina 2 gr/IV , antes de la cirugía Omeprazol 40mg IV cada 24 horas.	Fármacos de anestesia quirúrgica (consultar proceso correspondiente).	-Metamizol 2g o paracetamol 1g IV alternos cada 8 horas.- Ketorolaco 30mg IV cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -Omeprazol 40mg IV cada 24 horas. -Metoclopramida	-Metamizol 575mg o paracetamol 1g VO alternos cada 8 horas. -Ketorolaco 10mg VO cad 8 horas (si dolor no cede con lo previo). -Petidina 100mg ½ ampolla IV o SC cada 6 horas si dolor no cede con lo previo. -Omeprazol 20mg VO cada 24 horas.	Se aplicará el mismo tratamiento y consideraciones en caso de que no fuese posible el alta durante el segundo día de ingreso.	-Metamizol magnésico 575 mg 1 cápsula VO cada 8 horas (si dolor). -Medicación habitual reinstaurar.

			<p>10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.</p> <p>-Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>-Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.</p>	<p>-Metoclopramida 10mg IV cada 8 horas si nauseas o vómitos.</p> <p>-Enoxaparina 40mg SC cada 48 horas (según protocolo de profilaxis tromboembólica).</p> <p>-Lorazepam 1mg VO en la cena, si ansiedad o insomnio.</p>		
ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	<p>Acogida del paciente:</p> <p>Protocolo de Área Quirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de preparación quirúrgica para la prevención de la infección de localización quirúrgica - Protocolo pacientes hospitalizados. - Protocolo de ANR (raquianestesia o anestesia general). <p>-Documentación de enfermería.</p> <p>-Toma de constantes (Tª, TA, FC):</p> <p>-Valorar si existe contraindicación de</p>	<p>En prequirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pijama antes de quirófano. -Comprobación: vías, rasurado. -Lista de Verificación Quirúrgica. -Profilaxis antimicrobiana según protocolo HIC. 	<p>Enpostquirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorización de constantes vitales por turno. -Intensidad de hematuria. -Analgésia intravenosa. -Revisión de órdenes médicas prescripción Selene. 		.	

	cirugía. -Valoración de estado general. -Verificar medicación suspendida. -Rasurado de la zona a intervenir. -Instrucciones prequirúrgicas en prescripción Selene (ANR o unidad de Urología).					
ACTIVIDAD FÍSICA	Normal		-Reposo en cama-sillón. -Movilización espontánea según pauta en prescripción.			
DIETA	Absoluta	Tolerancia posquirúrgica	Habitual			
OTRAS MEDIDAS DE INTERÉS CLÍNICO						
POSTALTA: CONSULTAS EXTERNAS						
Número de consultas:	Referencia: proceso de gestión de consultas externas 1 consulta enfermería 1 consulta facultativo					

GRD 356: DIAGRAMA DE FLUJO



GRD 356: ESTIMACIÓN DEL COSTE DEL PROCEDIMIENTO REPARACIÓN DE CISTOCELE Y/O RECTOCELE

ACTIVIDADES	URV/TTP	COSTE UNITARIO	FRECUENCIA	SUBTOTAL
CONSULTAS EXTERNAS				
CONSULTAS EXTERNAS (primera visita)	20	0,61	1,5	18,33
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas médico)	12	0,61	1	7,33
CONSULTAS EXTERNAS (sucesivas enfermería)	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL CONSULTAS EXTERNAS				33,86 €
FUNCIONES PROFESIONALES				
ATENCIÓN MÉDICOS PRE/POST	30	0,61	2	36,60
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
CUIDADOS DE ENFERMERÍA PRE/POST	45	0,45	2	40,50
SUBTOTAL CUIDADOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMEROS				83,10 €
CIRUGÍA				
CIRUJANOS	65,40	0,61	2	127,58
ENFERMERÍA	65,40	0,41	2	85,61
AUXILIAR	65,40	0,30	1	31,32
MATERIALES ESPECÍFICOS				621,62
MATERIALES GENERALES				92,92
SUBTOTAL CIRUGÍA				959,05 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				
Rx TORAX	8		1	8,00
ECOGRAFIA URO	20	0,41	1	8,20
SUBTOTAL DIAGNÓSTICO POR IMAGEN				16,20 €
PRUEBAS DE LABORATORIO				
HEMOGRAMA (Cuidados hospitalización)		1,50	0	0
HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.H.)		3,56	0	0
BIOQUÍMICA (C.H.)		5,04	0	0
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO				0 €
HEMOGRAMA (Consulta Externa)		1,50	1	1,50

HEMOSTASIA/COAGULACIÓN (C.E.)	3,56	1	3,56
BIOQUÍMICA (C.E.)	5,04	1	5,04
SUBTOTAL PRUEBAS DE LABORATORIO			10,10 €

PESCRIPCIÓN FARMACEUTICA

ANTIBIOTICOS			1,12
ANALGESICOS Y ANTINFLAMATORIOS			2,03
OTROS			1,73
SUBTOTOTAL PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA			4,88 €

GRD 356: COSTE DEL PROCEDIMIENTO REPARACIÓN DE CISTOCELE Y/O RECTOCELE

ACTIVIDAD	COSTE POR ACTIVIDADES
CONSULTAS EXTERNAS	33,86 €
FUNCIONES PROFESIONALES	83,10 €
CIRUGÍA	959,05 €
DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	16,20 €
LABORATORIO	10,10€
PRESCRIPCIÓN FARMACEUTICA	4,88 €
COSTE TOTAL DE LAS ACTIVIDADES/PROCEDIMIENTO	1107,19 €

VALOR PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO REPARACIÓN DE CISTOCELE Y/O RECTOCELE

