



SERVICIO CANARIO DE LA SALUD
DIRECCIÓN



UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA U.64.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y EXPLORACIONES MINIMAMENTE INVASIVOS*

Con esta denominación englobamos las unidades asistenciales que reúnen los requisitos precisos para la práctica con garantía de procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos que sólo requieren anestesia local, presentan bajo riesgo de hemorragia, no se esperan cuidados postoperatorios ni ingreso, a pacientes no complicados (ASA I ó ASA II compensados). También se consideran mínimamente invasivos, por sus riesgos potenciales algunos procedimientos diagnósticos o diagnósticoterapéuticos que requieren introducción de aparatología en órganos o cavidades, como endoscopios, e incluso cierto tipo de embolizaciones, contrastes endovenosos o intradurales y análogos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

I.- Dependientes del paciente:

- Clasificado como ASA I. También los pacientes ASA II, siempre que hayan sido valorados previamente por un anestesista y que se encuentren compensados en los últimos 6 meses.
- Capacidad para volver a su domicilio de forma autónoma, inmediatamente después del acto quirúrgico o de la exploración.
- Consentimiento informado.
- Disponibilidad de contacto telefónico con el médico responsable o el centro médico de referencia, durante 24 horas.
- Es aconsejable contar con el apoyo de una persona responsable.
- Capacidad para comprender y seguir las órdenes médicas.
- Documento firmado por el paciente conforme ha comprendido y ha cumplido todas las instrucciones recibidas.

II.- Dependientes del tipo de intervención:

- Riesgo intrínseco del procedimiento y riesgo de hemorragia bajos.
- Sin apertura de cavidades orgánicas.
- Sin procesos intervencionistas que la inflamación posquirúrgica pueda comprometer la vía aérea.



- Duración del procedimiento inferior a 30 minutos. Se podrá alargar este tiempo en cirugías de tegumentos superficiales y bajo anestesia local y en determinadas exploraciones que lo precisen .
- No requieren de drenajes ni de tratamiento antibiótico intravenoso.
- Dolor posquirúrgico controlable con fármacos vía oral.

Los criterios utilizados para la catalogación de los pacientes son los ASA, de la American Society of Anesthesiology.

ASA I. Pacientes sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente de la localización del proceso que es subsidiario de cirugía.

ASA II. Paciente que padece alguna alteración leve o moderada sistémica, que no produce incapacidad o limitación funcional (diabetes leve, hipertensión sistémica leve o moderada).

III. Las exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas incluidas se recogen en Anexo I.

REQUISITOS DE EQUIPAMIENTO

Deberán disponer del material básico para hacer frente a urgencias cardiorrespiratorias eventuales, con capacidad para soporte vital básico, así como del instrumental necesario para la práctica de los procedimientos quirúrgicos concretos o de las exploraciones previstas.

El equipamiento mínimo necesario será:

- Camilla con posibilidad de Trendelenburg y antitrendelenburg.
- Fuente de luz con lámpara articulada alta y desplazable, que provea un mínimo de 1000 luxes, excepto para las pruebas en las que el aparato cuenta con fuente de luz fría.
- Material necesario para las intervenciones a realizar incluido: instrumental quirúrgico en cantidad suficiente para el número de intervenciones previstas (al menos un repuesto cuando se practique más de una intervención al día y al menos dos repuestos cuando se realicen más de dos intervenciones en una sesión de menos de seis horas), material incisión y sutura postquirúrgica, de curas, fungible, y paños de campo. En el caso de las pruebas, el correspondiente equipamiento.
- Mesa o carrito auxiliar con ruedas para el instrumental quirúrgico o exploratorio.
- Equipo de venoclisis (compresor de elastómero, cánulas endovenosas).
- Fluidoterapia.
- Oxígeno (bombona) con autonomía hasta el traslado, si procede, al centro sanitario de referencia, así como sus mascarillas y conexiones.
- Material para soporte vital básico (Resucitador manual de balón, mascarilla transparente, cánulas de Guedel, abre bocas y tiralenguas).



- Medicación de soporte vital y esteroides endovenosos.
- Esfigmomanómetro y fonendoscopio.
- Medidor de glucemia.
- Disponibilidad de monitorización cardiaca, pulsioxímetro y carro de parada con desfibrilador y palas para la práctica de intervenciones o exploraciones con mayor riesgo de reacción vagal, recomendable para el resto de intervenciones o exploraciones.

REQUISITOS FÍSICOS

El centro sanitario o consultorio ha de disponer de las siguientes áreas diferenciadas:

- Área de recepción y/o sala de espera de pacientes.
- Despacho médico, dotado de lavamanos con grifo de cierre no manual, jabón líquido y toallas de un solo uso.
- Sala independiente para la actividad quirúrgica o exploratoria. Incluirá en el propio recinto o en local anexo sin que medie puerta con picaporte (puertas abatibles o de apertura y cierre automáticos), una zona de lavado quirúrgico dotada de los siguientes sistemas: -grifo de cierre no manual; -dispensador mecánico de jabón antiséptico; - toallas de papel de un solo uso.
- Depósito de medicamentos autorizado por la Dirección General de Farmacia.
- Almacenamiento de material limpio y sucio independientes.
- Aseo adaptado (y en centros anteriores al Decreto 227/1997, al menos practicables) de pacientes con vestuario y ducha; y aseo de personal independiente.
- Accesibilidad y posibilidad de evacuación en camilla sin barreras.
- Cuando se programen más de una intervención o prueba por mañana o tarde, deberá disponer de una dependencia o reservado con un sillón reclinable para el descanso del paciente.

REQUISITOS DE ESTERILIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RESIDUOS

Debe garantizar la esterilización de los materiales y equipamiento utilizados en el centro o consulta. Si la realiza con medios propios, el procedimiento se adecuará a las recomendaciones existentes:

- Esterilizador de calor húmedo.
- Sistema de empaquetado adecuado que mantenga las condiciones de esterilidad del instrumental, con indicación de la fecha de esterilización.
- Limpiador ultrasónico de instrumental o sistema equivalente que evite la limpieza a mano del instrumental.



- Sistema complementario de desinfección/esterilización química de alto nivel para el material termosensible (glutaraldehído, ácido peracético, o similar).
- Sistema de controles físicos y químicos (internos y externos) para comprobaciones sistemáticas, y biológicos para controles aleatorizados de frecuencia mínima mensual, con su correspondiente libro de registro.
- Armarios o vitrinas para el correcto almacenamiento de los paquetes conteniendo el material estéril o fungible.
- Protocolos escritos y actualizados con especificación del proceso de esterilización
- Contrato por escrito con la entidad externa si la realiza con medios ajenos.
- Gestión de los residuos sanitarios generados por la actividad clínica adecuada a la normativa vigente, incluyendo "Plan de gestión de residuos intracentro" presentado ante la Dirección General de Salud Pública y contrato con empresa autorizada de gestión de residuos extracentro.
- Para los endoscopios se seguirán las recomendaciones de limpieza y desinfección que se recogen como Anexo II, considerando de los anteriores criterios los que le resulten de aplicación .

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y REGISTROS

- Historia clínica del paciente que tendrá como referencia el Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica de los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos. Al menos incluirá, Anexo 11 para reflejar la valoración de ASA, Anexo 17 de Hoja quirúrgica e informe de alta (artículo13).
- Hoja de consentimiento informado.
- Informe para el paciente del diagnóstico y del procedimiento practicado.
- Hoja de protocolo de actuación postoperatoria o postexploratoria.
- Libro foliado de registro de la actividad quirúrgica o exploratoria en el que consten:
 1. Nombre y apellidos del paciente.
 2. Fecha de la intervención o prueba.
 3. Tipo de intervención o prueba practicada,.
 4. Tiempo quirúrgico o del procedimiento .
 5. Profesional responsable de la intervención o prueba y, en su caso, ayudantes

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN POSTOPERATORIA O POSTEXPLORATORIA



- Protocolo de actuación postoperatoria o postexploratoria escrito, que se facilitará a todo paciente dado de alta y contendrá:
 1. Tipo de curas, descripción práctica y periodicidad con la que se han de realizar, en su caso.
 2. Tratamiento farmacológico si lo precisa, incluyendo , en su caso, analgesia oral: fármaco genérico y comercial y periodicidad.
 3. Signos de alarma y actuación en cada caso, por ejemplo: fiebre, supuración, dolor que no responde a los fármacos prescritos, hemorragia, rash cutáneo, disnea.....
 4. Teléfono y persona de contacto permanente las 24 horas.
 5. Centro hospitalario de referencia del propio paciente.
 6. Cita para la próxima consulta.
 7. Otras recomendaciones en su caso (dieta, reposo,...)

OTROS REQUISITOS

- Disponer de póliza de responsabilidad civil.
- Se asegurará la posibilidad de estudio anatomopatológico, propio o externalizado, lo que se acreditará mediante el correspondiente documento contractual.
- Acreditar documentalmente el centro hospitalario de referencia en caso de evacuación por complicaciones en la intervención ó exploración/prueba diagnóstico-terapéutica para pacientes que no indiquen preferencia expresa por uno concreto de su elección.

ANEXO I.

PRUEBAS DIAGNOSTICOTERAPÉUTICAS INCLUIDAS

Endoscopias: esofagoscopias, gastroscopias, gastroduodenoscopias, fibrocolonoscopias, sigmoidocolonoskopias con endoscopio rígido de más de 15 centímetros de longitud, rectosigmoidoscopias terapéuticas, broncoskopias y endoscopias de senos nasales.

Están excluidas las rectoscopias diagnósticas con endoscopio rígido de longitud inferior a 15 centímetros, que no precisan más requisitos que los propios de la consulta de medicina del aparato digestivo, con sus respectivos protocolos, las recomendaciones de higiene y limpieza y las instrucciones del fabricante del aparato.

Minilegrados, con legra hasta 6 milímetros.



ANEXO II

RECOMENDACIONES DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN MANUAL DE ENDOSCOPIOS

Después de cada estudio, se desmontará el equipo de todos los accesorios posibles y se procederá de la siguiente manera:

1º Limpieza: eliminación de residuos orgánicos e inorgánicos mediante el uso de agua y detergente.

a) En cuanto se retira el endoscopio del paciente, tras desmontar todos los accesorios que sea posible, el canal aire/agua debe ser lavado con agua y por el canal de succión se aspirará una solución con detergente.

b) Sumergir el endoscopio en un recipiente con detergente enzimático (en la dilución y tiempo que recomiende el fabricante), limpiando el exterior con esponjas de un solo uso o gasa.

c) Se deben cepillar los canales de aspiración / instrumentación. Los canales en los que no se pueda introducir el cepillo, se irrigarán con cantidades suficientes de la solución, utilizando para ello una jeringa.

d) Enjuagar con abundante agua tibia, externa e internamente.

e) Secar con paño limpio. Se recomienda realizar el secado de los canales mediante aire comprimido, para expulsar los restos de materia orgánica que haya quedado.

Una buena limpieza del endoscopio es condición necesaria para una desinfección adecuada.

2º Desinfección química de alto nivel: proceso capaz de eliminar diferentes microorganismos como bacterias, virus, M. Tuberculosis, pero no las formas esporuladas.

Se puede conseguir la desinfección del endoscopio mediante la utilización de germicidas líquidos que son capaces, tras la inmersión, de acabar con estos microorganismos. El tiempo de contacto, la concentración y la temperatura son determinantes para el efecto del desinfectante.

a) Sumergir el endoscopio en un desinfectante de amplio espectro (bactericida, fungicida, virucida, tuberculicida) llenando todos los canales internos por separado con una jeringa, desplazando la columna aérea. Para la concentración y tiempo de exposición se seguirán las recomendaciones del fabricante.

b) Enjuagar con abundante agua, irrigando los canales con jeringa varias veces para eliminar los restos del desinfectante, ya que éstos pueden ser tóxicos y/o irritantes.

c) Pasar una gasa impregnada de alcohol al 70% por toda la superficie externa del endoscopio. Secar la superficie con una compresa estéril. Se recomienda realizar el secado de los canales mediante aire comprimido.



3º Almacenamiento.

Guardar el equipo completamente seco, en posición vertical en un mueble seco, ventilado y fresco, con superficies que se puedan lavar y limpiar adecuadamente.

Proteger las lentes con las cubiertas plásticas adecuadas.

Accesorios

También se deben lavar inmediatamente después de su utilización. Todos deben ser sometidos a desinfección de alto nivel si son elementos semicríticos (válvulas, dilatadores) o a esterilización si son elementos críticos (pinzas de biopsia, asas de polipectomía, etc.).

Las partes no sumergibles (los controles y el cordón que se conecta a la fuente de luz) se limpian con agua y detergente. A continuación se pasa por toda la superficie una gasa empapada en alcohol al 70%. Secar con compresa limpia.

Observaciones

El uso de detergentes enzimáticos y desinfectantes se debe hacer teniendo en cuenta las recomendaciones del fabricante.

*** Criterios Técnicos elaborados -teniendo en cuenta el estado del conocimiento y las recomendaciones formuladas por otros servicios de salud-, por el Servicio de Acreditación, de la Dirección del Servicio Canario de la Salud. Especifican los requisitos que deben cumplir los centros sanitarios clasificados como tales según el R.D. 1277/2003, de 10 de octubre (B.O.E. nº 254 de 23 de octubre) que incorporan en su oferta asistencial este nivel de actividad quirúrgica o exploratoria; sin perjuicio del cumplimiento de las normativas específicas o requisitos administrativos que les sean de aplicación, por parte de otros organismos.**