

# Cirurgia ambulatoria

Críteris tècnics d'autorització  
administrativa dels centres assistencials  
en l'àmbit de la cirurgia ambulatoria i de  
les exploracions i proves  
diagnosticoterapèutiques, fora de l'àrea  
quirúrgica



Barcelona, gener de 2002

Membres participants en el grup de treball:

Dra. Assumpta Ricart (Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears)

Dra. Dolors Pelegrí Isanta (Institut Català de la Salut)

Dra. Olga Iruela (Unió Catalana d'Hospitals)

Dra. M. Dolors Estrada (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques)

Sra. Maria Cristina Borbón (Arquitecte tècnic. Direcció General de Recursos Sanitaris)

Coordinadora:

Dra. Pilar Godina Peris (Servei d'Autorització i Registre d'Entitats, Centres i Serveis Sanitaris. Direcció General de Recursos Sanitaris)

Document consensuat per les següents entitats:

Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Agrupació Catalana d'Establiments Sanitaris

Consell General de Col·legis Oficials de Metges de Catalunya

Consorci Hospitalari de Catalunya

Institut Català de la Salut

Unió Catalana d'Hospitals

Generalitat de Catalunya

Departament de Sanitat i Seguretat Social

# Sumari

Preàmbul .....	5
Definicions .....	7
Cirurgia .....	7
Cirurgia ambulatoria.....	7
Cirurgia major ambulatoria (CMA) .....	7
Cirurgia menor ambulatoria (Cma).....	8
Cirurgia menor de consultori ( <i>office-based</i> ) .....	8
Exploracions i proves diagnosticoterapèutiques intervencionistes, fora de l'àrea quirúrgica .....	8
Cirurgia major ambulatoria.....	9
Cirurgia major ambulatoria.....	9
Unitat de cirurgia major ambulatoria (UCMA) o unitat de cirurgia sense ingrés (UCSI).....	9
Criteris per a la inclusió de procediments .....	10
Criteris per a la inclusió de les tècniques anestèsiques .....	10
Requisits de selecció dels pacients .....	11
Requisits professionals .....	12
Requisits d'equipament i/o serveis.....	13
Requisits físics .....	14
Requisits d'esterilització i gestió dels residus .....	15
Protocols .....	16
Sistemes d'informació i documentació clínica.....	16
Relació amb altres centres i/o serveis .....	18
Protocol d'actuació postoperatòria.....	18
Llibre de reclamacions .....	18
Cirurgia menor ambulatoria.....	19
Criteris de selecció.....	19
Requisits professionals .....	20
Requisits d'equipament.....	20
Requisits físics .....	21
Requisits d'esterilització i gestió dels residus .....	22
Protocols .....	23
Documentació clínica.....	23
Relació amb altres centres i/o serveis .....	24
Protocol d'actuació postoperatòria .....	24
Cirurgia de consultori .....	26
Criteris de selecció.....	26

Requisits professionals .....	27
Requisits d'equipament.....	27
Requisits físics .....	27
Requisits d'esterilització i gestió dels residus .....	28
Documentació clínica .....	28
Protocol d'actuació postoperatòria.....	29
Exploracions i proves diagnosticoterapèutiques intervencionistes, fora de l'àrea quirúrgica .....	30
Relació de procediments.....	30
Selecció de pacients .....	30
Requisits professionals .....	31
Requisits d'equipament i medicació.....	31
Requisits d'asèpsia i esterilitat .....	31
Requisits físics .....	31
Protocol d'actuació postexploratória .....	32
Annex I.....	33
Criteris anestesiològics per a la catalogació dels pacients .....	33
Annex II.....	34
Criteris de Davis ( <i>Davis J.E. Surg. Clin. North AM, 1987;67:721</i> ).....	34
Annex III.....	35
Test d'Aldrete.....	35
Bibliografia .....	36
Normativa.....	37

# Preàmbul

En els darrers anys hem assistit a la implantació de la cirurgia ambulatòria com a model en la pràctica de procediments quirúrgics de baixa complexitat i risc, la qual permet que el pacient retorni al seu domicili el mateix dia de la intervenció.

Els factors que han permès la seva consolidació han estat diversos i entre ells hi ha: l'ús de tècniques anestèsiques i fàrmacs que permeten una ràpida recuperació, l'eficiència del model amb resultats econòmics clarament beneficiosos, la participació activa i l'esforç dels professionals de la salut, i l'acceptació per part del pacient del caràcter ambulatori. Com tot model, aquest també és canviant i subjecte a constants modificacions, pel que fa als criteris d'inclusió i exclusió, sobre la base de l'experiència pròpia, l'evidència científica i la incorporació de noves tècniques. D'altra banda, sense poder-los considerar com a actes pròpiament quirúrgics, veiem com s'incrementa la invasivitat de proves complementàries i es realitzen múltiples exploracions diagnosticoterapèutiques, fora de l'àrea quirúrgica, que comparteixen en algunes ocasions amb la cirurgia, el requeriment d'anestèsia o sedació i la invasivitat i els riscos per al pacient.

Actualment, potser ja ens trobem en una fase d'expansió de la cirurgia amb caràcter ambulatori, perquè ha augmentat el tipus d'intervencions que la inclouen i els centres que la practiquen. La baixa morbiditat d'aquests procediments han generat una forta confiança, per això la seva pràctica a l'àmbit extrahospitalari es va expandint.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha considerat necessari en aquesta fase, elaborar juntament amb professionals i organitzacions implicades, una sèrie de recomanacions per tal que aquestes pràctiques es continuïn realitzant en unes instal·lacions adequades i en unes condicions de seguretat òptima en aquest àmbit extrahospitalari. En cas que hi hagi una normativa específica que reguli procediments o activitats concretes com, per exemple, la interrupció voluntària de l'embaràs (Ordre de 17 de novembre de 1992), la reproducció humana assistida (Decret 123/1991, de 21 de maig, i Reial decret 413/1996, d'1

de març) o el registre de les clíniques dentals (Ordre de 21 de juliol de 1994), els requisits regulats per la norma, prevaldran sobre el contingut d'aquest document. La cirurgia major ambulatoria requereix en qualsevol cas, uns recursos d'alta tecnologia i equipaments que ja han estat molt ben definits i consensuats en tots els seus aspectes. Principalment, creiem que aquest document aporta els requeriments mínims, en algunes ocasions amb caràcter de normativa, que són necessaris per a la pràctica de la cirurgia menor ambulatoria extrahospitalària, la cirurgia feta al consultori (*office-based surgery*) i els procediments diagnosticoterapèutics invasius o que requereixin sedació i que es realitzen fora de l'àrea quirúrgica.

Eugeni Sedano i Monasterio  
Director general de Recursos Sanitaris

# Definicions

## Cirurgia

Entenem per cirurgia els procediments emprats en medicina, terapèutics o diagnòstics, que per aplicar-los cal fer una incisió a la pell o a les mucoses.

## Cirurgia ambulatoria

És la pràctica de procediments quirúrgics terapèutics i/o diagnòstics en pacients que el mateix dia de la intervenció quirúrgica vénen del seu domicili i hi retornen, després d'un període d'observació i control.

La cirurgia ambulatoria es pot classificar en tres grups o modalitats:

- Cirurgia major ambulatoria o sense ingrés (CMA)
- Cirurgia menor ambulatoria (Cma)
- Cirurgia menor de despatx o consultori.

En aquest document descriurem a més a més:

- Exploracions i proves diagnosticoterapèutiques intervencionistes, fora de l'àrea quirúrgica

## Cirurgia major ambulatoria (CMA)

És la pràctica de procediments quirúrgics terapèutics i/o diagnòstics de complexitat mitjana que es poden dur a terme sota anestèsia general, locoregional o local, amb o sense sedació, en pacients que el mateix dia de la intervenció quirúrgica vénen del seu domicili i hi retornen, després d'un període d'observació i control, i que estarien inclosos dins del tipus II de la classificació de Davis (vegeu Annex II).

Els pacients de CMA no ocupen llit, administrativament parlant.

Els termes cirurgia sense ingrés i cirurgia ambulatoria són sinònims de cirurgia major ambulatoria, la qual no té res a veure amb la cirurgia de curta estada ni amb la cirurgia mínimament invasiva.

### **Cirurgia menor ambulatoria (Cma)**

És la pràctica de procediments quirúrgics terapèutics i/o diagnòstics de baixa complexitat que es practiquen sota anestèsia local o truncal, en pacients que el mateix dia de la intervenció quirúrgica vénen del seu domicili i hi retornen amb un mínim període d'observació postoperatòria i quedarien inclosos dins del tipus I de la classificació de Davis (vegeu Annex II). Són procediments que tradicionalment s'han realitzat a les consultes externes de l'hospital o a les àrees d'urgències.

### **Cirurgia menor de consultori (*office-based*)**

Són els procediments quirúrgics de complexitat baixa que es realitzen en consultes o despatxos mèdics, amb anestèsia local o truncal, i que pràcticament, sense cap període de temps ni cura postoperatòria, el pacient pot tornar al seu domicili; aquests procediments estan inclosos en el tipus I de la classificació de Davis (vegeu Annex II).

La diferència entre la cirurgia menor ambulatoria i la cirurgia menor de consultori és que en ambdós llocs es poden dur a terme procediments quirúrgics similars, però els que es realitzen a les consultes externes d'un hospital poden admetre pacients amb un ASA superior (vegeu Annex I) o medicament més complexos, perquè davant de qualsevol complicació sempre hi ha el suport de la resta de dotació de l'hospital.

### **Exploracions i proves diagnosticoterapèutiques intervencionistes, fora de l'àrea quirúrgica**

Són una sèrie de procediments diagnòstics o terapèutics que, per les seves característiques i els riscos potencials, fan que en algun moment pugui ser necessària la intervenció d'un anestesiòleg, a més del metge especialista que els realitza.

# Cirurgia major ambulatoria

## Cirurgia major ambulatoria

Amb aquesta denominació es considera l'atenció de processos subsidiaris de cirurgia realitzada mitjançant anestèsia general, local, regional o sedació, que requereixen atencions postoperatòries poc intensives i de curta durada, per la qual cosa no és necessari l'ingrés hospitalari i els pacients poden ser donats d'alta poques hores després del procediment.

En relació als procediments, es considera cirurgia major ambulatoria la que està integrada en els nivells II i alguns del tipus III de la classificació de Davis, basats en tipus d'atencions o en la vigilància postoperatòria (vegeu Annex II).

En el nivell II s'agrupen els procediments històricament considerats com a majors, en els quals, els avenços de les tècniques quirúrgiques i anestèsiques han permès realitzar-los de forma ambulatoria. Aquests processos requereixen atencions postoperatòries específiques, però no suficientment intensives ni perllongades com per requerir ingrés hospitalari.

El nivell III està integrat pels processos que requereixen una cura més perllongada en l'entorn hospitalari; algun d'aquests procediments es podrien incloure en la CMA generalment en aquelles unitats de cirurgia major ambulatoria (UCMA) lligades estretament a un hospital o dins d'un hospital.

Els de nivell IV són els subsidiaris de cures molt especialitzades o crítiques i, per tant, no són de cirurgia ambulatoria.

## **Unitat de cirurgia major ambulatoria (UCMA) o unitat de cirurgia sense ingrés (UCSI)**

La unitat de cirurgia major ambulatoria es defineix com una organització de professionals sanitaris, que ofereix assistència multidisciplinària a processos mitjançant CMA, i que compleix uns requisits funcionals, estructurals i organitzatius, de forma que garanteix les condicions adequades de qualitat i eficiència, per realitzar aquesta activitat.

Podem considerar tres formes diferents d'unitats de cirurgia major ambulatoria:

Les unitats que tenen caràcter autònom (*free standing*), ubicades en un centre assistencial extrahospitalari i que disposen de recepció, quiròfan, àrea de reanimació i recuperació pròpies.

Les unitats integrades en un centre assistencial hospitalari, però amb un funcionament totalment autònom i que també disposen de quiròfans, reanimació, esterilització, etc. propis.

Les unitats integrades en un centre assistencial hospitalari, que tot i tenir un funcionament autònom, comparteixen en algun punt del circuit, els mateixos recursos del centre hospitalari del qual formen part, per exemple el quiròfan.

### **criteris per a la inclusió de procediments**

Els procediments han de tenir un risc mínim d'hemorràgia, considerant aquells en els quals, independentment d'una acurada hemostàsia, no és previsible la necessitat d'efectuar transfusions d'hemoderivats.

La durada dels procediments no podrà superar, com a norma general, els 90 minuts en els casos d'anestèsia general. Aquest termini podria ser ampliable en tractaments realitzats amb anestèsia locoregional.

No s'inclouran processos intervencionistes en què la inflamació postquirúrgica pugui comprometre la via aèria.

En el moment de l'alta, si cal mantenir drenatges, han de tenir un dèbit mínim.

El dolor postoperatori s'haurà de poder controlar fàcilment després de l'alta, amb analgèsics via oral, sense recórrer a la via parenteral.

En el moment de l'alta, no han de ser necessaris els tractaments amb antibiòtics per via intravenosa.

### **criteris per a la inclusió de les tècniques anestèsiques**

L'anestèsia en CMA ha de tenir com a objectiu proporcionar al pacient: seguretat, confort, analgèsia efectiva, temps de recuperació curt i efectes secundaris mínims.

L'elecció de la tècnica anestèsica es farà en funció del pacient i del tipus d'intervenció quirúrgica. S'utilitzaran fàrmacs de vida mitjana curta, d'eliminació ràpida i amb efectes secundaris mínims.

Sigui quina sigui la tècnica emprada, ha de permetre donar d'alta el pacient, en poques hores, amb les condicions següents:

- Recuperació total de la consciència o de la situació prèvia del pacient

- Capacitat de deambulació independent o amb ajuda mínima
- Bona analgèsia
- Tolerància als líquids optativa, segons edat i tipus d'anestèsia
- Diüresi espontània
- Hemodinàmia estable
- Bona coloració de pell i mucoses
- No hemorràgia en la zona operada: apòsits i drenatges correctes.

És aconsellable la utilització de tests d'alta, com per exemple: el d'Aldrete o l'escala de Chung (vegeu Annex III).

La monitorització i els controls peroperatoris en els pacients ambulatoris exigeixen la mateixa qualitat que en els pacients hospitalitzats o sigui que, la dotació d'aparells, fàrmacs i personal sanitari d'un quiròfan de CMA ha de ser igual a la d'un de cirurgia amb ingrés (CAI), amb la diferència que la CMA ha de fer-se amb els professionals sanitaris de més experiència en les mateixes tècniques en CAI.

## **Requisits de selecció dels pacients**

L'èxit en el tractament dels processos escollits per CMA exigeix l'establiment de criteris de selecció del grup de pacients objectius, conforme a uns criteris en relació al pacient i el seu entorn.

Cada UCMA ha de comptar amb un manual de normes per a la selecció de pacients, en el qual cal preveure, almenys, els aspectes generals que es relacionen a continuació, adaptats a l'activitat particular de cada unitat.

### **a) Aspectes fisiològics**

Els pacients subsidiaris de CMA han de trobar-se en els graus I i II de la classificació de l'*American Society of Anesthesiologist* (vegeu Annex I).

En determinats casos seleccionats, alguns pacients de grau III podrien programar-se per a CMA, avaluant de forma individualitzada els beneficis i els riscos de l'assistència ambulatoria (ASA III sense descompensació en els darrers 6 mesos).

En termes absoluts l'edat no es considera un criteri de caràcter exclouent. Es recomana no incloure en programes de CMA els nens nascuts a termini menors de 6 mesos i els nascuts prematurs menors d'un any, pel risc de presentar apnea postoperatòria. L'edat avançada no es considera un criteri d'exclusió, cal avaluar l'edat biològica i no la cronològica.

L'obesitat severa es considera com una contraindicació que ha de ser valorada de forma individualitzada. S'aconsella excloure pacients amb un sobrepès superior al 30% del pes ideal teòric i que requereixin anestèsia general.

S'aconsella excloure els pacients en tractament amb anticoagulants que, per la seva patologia de base, no es puguin passar a tractament profilàctic; els qui tinguin antecedents personals o familiars de: coagulopaties, complicacions anestèsiques en intervencions anteriors, hipertèrmia maligna i mort sobtada. Els pacients amb antecedents personals de miopaties, neuropaties o les persones amb problemes de drogodependència activa, caldrà avaluar molt acuradament la seva inclusió en un programa de CMA.

#### **b) Aspectes psicològics**

Estan exclosos com a candidats per a programes de CMA:

Els pacients incapaços de comprendre i respectar les instruccions orals i escrites sobre el procediment, a excepció que n'assumeixi la responsabilitat l'adult acompanyant.

Els pacients amb un substrat patològic psiquiàtric que no els permeti col·laborar.

#### **c) Aspectes de l'entorn del pacient**

El pacient ha de disposar de l'atenció d'un adult responsable, durant el trasllat al domicili, després de l'alta i durant les primeres 24 hores del postoperatori.

El temps d'accés a la UCMA des del domicili del pacient en un vehicle convencional ha de ser raonable i, com a norma general, no superior a una hora.

El pacient ha de disposar de telèfon i dels requisits mínims d'habitabilitat, accessibilitat, confort i higiene en el lloc de convalescència, que no dificultin una recuperació adequada.

La inclusió d'un pacient en un programa de CMA exigeix, en conseqüència:

- Voluntarietat assumida després d'una adequada informació
- Procés de selecció clarament definit
- Adequada accessibilitat al servei de la CMA i lloc de convalescència
- Atenció continuada i telèfon d'atenció durant les 24 hores del dia, coordinació de l'UCMA amb un o diversos hospitals de referència, on es podran derivar els pacients si el seu estat ho requereix.

### **Requisits professionals**

Els professionals sanitaris que prestin els seus serveis en una UCMA han d'estar en possessió del títol oficial que els habiliti per a l'exercici professional.

La unitat ha de comptar amb la presència física d'un anestesiòleg, responsable de l'alta des del punt de vista anestèsic.

La unitat ha de disposar de la mateixa dotació de personal que la d'una àrea quirúrgica de CAI i que estigui qualificat per col·laborar en la pràctica dels procediments.

Ha d'estar definit un responsable de la unitat, així com un altre de l'assistència clínica.

### **Requisits d'equipament i/o serveis**

Una UCMA ha de disposar de l'equipament propi d'un bloc quirúrgic convencional:

- Taula quirúrgica
- Llitera amb amplada adequada, baranes, tren i fre
- Material de sutura i incisió quirúrgica, i material quirúrgic estèrils
- Equip de venòclisi perifèrica i/o central
- Carro d'anestèsia: amb el mateix nivell de monitorització i d'aparells que el d'un quiròfan de CAI, incloent evacuació de gasos
- Material per a suport vital i material d'intubació orotraqueal (bossa d'insuflació, laringoscopi, tubs de Mayo o Guedel)
- Esfigmomanòmetre i fonendoscopi
- Aspirador
- Desfibril·lador
- Carro d'aturades
- Medicació per a la recuperació d'emergències (adrenalina, atropina, esteroïdes endovenosos)
- Medicació anestèsica
- Presa d'oxigen, buit i protòxid
- Aparells i material necessaris per a la pràctica de les intervencions quirúrgiques
- Lliteres o cadires de rodes per al trasllat del pacient fora de l'àrea quirúrgica.

Una UCMA ha de disposar de l'equipament necessari per garantir l'esterilització de la roba i l'instrumental, a més d'un sistema d'esterilització ambiental i de superfícies.

Una UCMA ha de tenir garantida la provisió hemàtica d'un banc o dipòsit de sang subministrador autoritzat, així com la de medecines, mitjançant un dipòsit de medicaments.

Hi ha d'haver un telèfon amb servei d'atenció durant les 24 hores.

## Requisits físics

El centre ha de disposar de zones diferenciades:

- Àrea de recepció, àrea administrativa i sala d'espera per als pacients
- Vestidors del personal, amb circulació lineal i sortida a l'àrea estèril. No hi pot haver circulació directa de l'àrea estèril al vestidor i cal garantir l'esterilitat si es vol tornar a entrar
- Vestidors per als pacients (un d'adaptat)
- Àrea de preanestèsia
- Àrea de rentat del metge amb accés directe al quiròfan
- Quiròfan, amb comunicació directa amb l'*office* estèril mitjançant finestres de guillotina
- Àrea de reanimació. S'accedeix des de l'àrea quirúrgica. Pot estar a la zona estèril. Amb la mateixa dotació de material i personal que una àrea de reanimació de CAI
- Àrea de recuperació, fàcilment accessible des de l'àrea quirúrgica i de fàcil accés per als acompanyants
- *Office* estèril, amb comunicació directa amb el quiròfan mitjançant finestra de guillotina
- *Office* brut, amb evacuació del material brut a zona bruta a través d'una resclosa o de doble porta
- Magatzem de material (aparells, material clínic i fungible), dins de l'àrea estèril, que pot ser sense tancar
- Àrea de neteja, comunicada amb el passadís de brut. No hi pot haver cap abocador que comuniqui amb un passadís net ni zona estèril
- Sala d'estar de personal amb accés directe des de la zona estèril a través de resclosa pròpia
- Ample de passadissos que permeti el pas i el gir de lliteres
- Cambra higiènica adaptada.

## Estructura física

- Superfície mínima del quiròfan: 20 a 25 m<sup>2</sup>
- Alçada recomanada entre forjats: 3 m
- Cantells arrodonits que facilitin la neteja
- Elements de paret encastats
- Comunicació amb esterilització
- Entrada de material per finestra de guillotina
- Sortida de material per al rentat, mitjançant porta o finestra de guillotina

- Portes d'accés d'1,2 m d'ample mínim
  - Espells de vidre
  - Tancament automàtic
  - Protecció contra xocs fins a 1,25 m (goma, acer inox. o PVC)
- Climatització
  - Compliment del Reglament d'instal·lacions tèrmiques d'edificis
  - En zona estèril:
  - Classificació de sala neta segons la UNE EN ISO 14.644-2000: classe ISO 7
  - Temperatura de 21° C +3° C, -1° C
  - Humitat relativa del 50% ± 10%
  - Nivell de sonoritat no pot sobrepassar els 40 dB
  - Sobrepessió com a mínim de 10 Pa respecte a locals annexos classificats
  - Filtratge d'aire compost per: Prefiltre G4, filtre de sortida de climatitzador F9, filtre final en el recinte del quiròfan H14
- Gasos medicinals
  - Preanestèsia: O<sub>2</sub> i buit
  - Quiròfans: dues preses d'O<sub>2</sub>; dues de buit; dues de protòxid; i aire comprimit en quantitat suficient per assegurar l'ús del respirador durant el temps previst de la sessió quirúrgica
  - Àrees de reanimació i de recuperació: O<sub>2</sub> i buit
  - Una evacuació de gasos amb buit central com a sistema antipol·lució
- Electricitat
  - Compliment del Reglament electrotècnic de baixa tensió vigent
  - Alimentació trifàsica amb neutre
  - Xarxa equipotencial
  - Transformadors d'aïllament
  - Llum d'intensitat suficient per a les pràctiques quirúrgiques que es realitzen
  - Subministrament elèctric garantit (generador, SAI o doble font subministradora).

## **Requisits d'esterilització i gestió dels residus**

- Cal garantir l'esterilització del material i equipament utilitzat en el centre. Si l'esterilització es realitza per mitjans propis, s'adequarà a les recomanacions establertes per a la prevenció de les infeccions als centres sanitaris, (*Recomanacions per a l'esterilització del material sanitari*. 1<sup>a</sup> edició. Departament de Sanitat i Seguretat Social)

- Cal disposar de protocols escrits i actualitzats on s'especifiqui el procediment i els materials emprats en el procés
- Si l'esterilització es realitza amb mitjans aliens, cal disposar d'una vinculació per escrit
- El centre ha d'acreditar documentalment el compliment de la normativa relativa a la gestió dels residus sanitaris (Decret 27/1999, de 9 de febrer; DOGC 2828, de 16 de febrer de 1999).

## **Protocols**

El centre ha de disposar dels documents per escrit següents:

1. Manual d'organització i funcionament
2. Protocol·lització rigorosa i definició estricta de les línies de responsabilitat
3. Protocols de selecció dels pacients
4. Relació dels procediments quirúrgics que es portaran a terme en la unitat, incloent el tipus d'anestèsia emprada i el temps de durada previsible de les intervencions
5. Protocol d'esterilització del material
6. Controls ambientals. Tipus i periodicitat
7. Controls de superfície. Tipus i periodicitat
8. Controls d'autoclaus. Tipus i periodicitat
9. Programa d'assistència del postoperatori. Visita del personal mèdic abans de l'alta, instruccions verbals i escrites, informe d'alta per al metge de capçalera, servei d'atenció domiciliària durant les 24 hores, mitjançant trucada telefònica o visita a criteri de l'equip quirúrgic
10. Protocol d'atenció telefònica als pacients 24/24 hores
11. Protocols de derivació de pacients que requereixen ingrés hospitalari
12. Protocol de control de qualitat.

## **Sistemes d'informació i documentació clínica**

El centre ha de disposar dels documents següents:

1. Fulls informatius del procediment i de la tècnica, així com de l'evolució del pacient, amb totes les instruccions pre i postoperatories, adreçats als pacients i a l'acompanyant
2. Definició clara i precisa de les vies i formes d'accés a l'atenció postquirúrgica, en cas de necessitat (complicacions, emergències...)

3. Història clínica del pacient (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica)

Les dades mínimes que ha d'incloure han de ser:

- Número de registre de la història clínica
- Data de naixement
- Sexe
- Municipi de residència
- Data d'intervenció
- Diagnòstic principal (CIM-10-MC)
- Procediment principal (CIM-10-MC)
- Altres procediments
- Hora d'inici de la intervenció
- Hora de finalització de la intervenció
- ASA (vegeu Annex I)
- Professionals que han atès el pacient
- Hora de l'alta de la unitat
- Circumstàncies de l'alta: tornada al domicili, ingrés, defunció
- Ingrés immediat o diferit

Altres fulls que cal guardar junt amb la història clínica:

- Full de consentiment informat
- Full de compromís de compliment de les instruccions mèdiques signat pel malalt
- Full de l'estudi preanestèsic
- Full de revisió pre i postquirúrgic
- Full operatori
- Full d'ordres mèdiques
- Full de trucada de control postoperatori
- Full de visita postoperatòria
- Full d'alta definitiva del procés.

## **Relació amb altres centres i/o serveis**

Ha d'establir-se un sistema per a la realització d'anàlisis clíniques, anatomopatològiques i radiografies. Si es fa amb serveis propis, han de disposar del permís de funcionament preceptiu de la Direcció General de Recursos Sanitaris i si es fa amb mitjans concertats, la concertació ha d'estar acreditada per escrit.

En cas que la UCMA sigui una unitat independent, la relació amb un centre hospitalari de referència també ha d'estar documentada.

Tant el centre sanitari com el domicili del pacient han d'estar en una isòcrona d'una hora, com a màxim, respecte de l'hospital de referència.

El centre ha de tenir garantida la provisió de sang, mitjançant la vinculació amb un banc o dipòsit de sang subministrador. Aquest, pot ser propi o concertat. En qualsevol cas, ha de comptar amb la legalització preceptiva.

El centre ha de tenir garantit el subministrament de medicaments, mitjançant un dipòsit propi o concertat, autoritzat preceptivament.

En cas d'emergència, el transport sanitari ha d'estar garantit.

## **Protocol d'actuació postoperatòria**

Ha de constar per escrit, es facilitarà a tot pacient donat d'alta i ha de contenir:

1. Tipus de cures i periodicitat amb la qual s'han de practicar
2. Analgèsia oral: fàrmac genèric o comercial, via d'administració i periodicitat
3. Altres medicaments o pautes de tractament que ha de fer el pacient
4. Dieta
5. Signes d'alarma i actuació en cada cas, per exemple: febre, supuració, dolor que no respon als fàrmacs prescrits, hemorràgia, *rush* cutani, dispnea...
6. Telèfon de contacte durant les 24 hores
7. Centre hospitalari de referència.

## **Llibre de reclamacions**

El centre ha de disposar d'un sistema de gestió de les reclamacions i suggeriments dels pacients. Per fer-hi constar les reclamacions, el centre ha de tenir un llibre, degudament diligenciat per la delegació territorial corresponent del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

# Cirurgia menor ambulatoria

Es consideren com a cirurgia menor ambulatoria aquells procediments diagnòstics o terapèutics que es fan exclusivament amb anestèsia local o truncal, que es poden realitzar en consulta externa o en un despatx mèdic, que no requereixen cap tipus de cura postoperatòria i els pacients marxen a casa després d'un període variable de temps (nivell I). Tot i això, amb la voluntat que aquests procediments que es poden portar a terme en despatxos i consultes privades es facin amb unes garanties mínimes, des d'aquest grup de treball s'ha considerat necessari descriure una sèrie de requisits imprescindibles que han de tenir.

## **Criteris de selecció**

### **a) Dependents del pacient**

- ASA I i II. Es valorarà ASA III i IV sense descompensació en els darrers 3 mesos
- Capacitat per tornar al seu domicili de forma autònoma després de l'acte quirúrgic
- Consentiment informat
- Acceptació del caràcter ambulatori del procediment per part del pacient
- Disponibilitat de contacte telefònic amb el metge responsable o centre mèdic delegat durant les 24 h
- Domicili en isòcrona d'una hora com a màxim, respecte a un centre sanitari
- Suport familiar o d'una persona responsable
- Capacitat per comprendre i seguir les ordres mèdiques
- Compromís signat pel pacient conforme ha complert totes les instruccions rebudes.
- Donar d'alta el pacient amb les condicions següents:
  - Pacient conscient i orientat
  - Capacitat de deambulació sense ajuda, si no la requeria prèviament
  - Bona analgèsia
  - Sense signes d'hemorràgia a la zona intervinguda

## **b) Dependents del tipus d'intervenció**

- Risc intrínsec del procediment i d'hemorràgia baixos
- Sense apertura de cavitats orgàniques
- No es faran processos intervencionistes en què la inflamació postquirúrgica pugui comprometre la via aèria
- Durada del procediment inferior a 30 minuts. Es podrà allargar aquest temps en cirurgies de teguments superficials i sota anestèsia local
- Sense requeriment de drenatges complexos que obliguin a una vigilància exhaustiva
- Sense requeriment de tractament antibiòtic intravenós
- Dolor postquirúrgic controlable amb fàrmacs via oral.

## **Requisits professionals**

1. Els professionals sanitaris que prestin els seus serveis a les clíniques o consultoris mèdics han d'estar en possessió del títol oficial que els habiliti per a l'exercici professional.
2. El responsable sanitari ha de ser un metge en possessió del títol oficial que l'habiliti per a l'exercici professional realitzat al centre.
3. El centre ha de disposar de personal col·laborador per a la pràctica del procediment.
4. Només caldrà la presència d'anestesiòleg en els procediments amb un més alt risc per al pacient.

## **Requisits d'equipament**

Cal disposar de l'utilatge necessari per a la pràctica dels procediments quirúrgics concrets i del material imprescindible per fer front a eventuais urgències cardiorespiratòries, amb capacitat per al suport vital. L'equipament mínim necessari serà:

- Taula quirúrgica
- Llitera amb amplada adequada, baranes, tren i fre
- Material de sutura i incisió quirúrgica estèril
- Equip de venòclisi
- Oxigen amb autonomia fins al trasllat, si escau, al centre sanitari de referència
- Material per al suport vital bàsic i instrumentat (bossa d'insuflació, mascareta, tub Mayo o Guedel)
- Esfigmomanòmetre i fonendoscopi

- Tot el material i fàrmacs necessari per dur a terme aquest tipus d'intervenció quirúrgica
- Per aquells procediments en pacients de risc més alt i que per aquesta raó necessiten la presència d'un anestesiòleg, cal disposar de:
  - Material d'intubació orotraqueal
  - Aspirador
  - Desfibril·lador i carro d'aturades
  - Monitorització de ritme cardíac continu i pulsioximetria.

### **Requisits físics**

El centre ha de disposar de zones diferenciades:

- Àrea de recepció, àrea administrativa i sala d'espera per als pacients
- Vestidors de personal, amb sortida a l'àrea estèril, per la zona de posar-se bates, gorros i polaines
- Vestidors per als pacients (un d'adaptat) que poden coincidir amb l'àrea de recuperació
- Àrea de rentat del metge amb accés directe al quiròfan
- Quiròfan
- Àrea de recuperació, fàcilment accessible des de l'àrea quirúrgica i de fàcil accés per als acompanyants
- *Office* estèril
- *Office* brut, amb evacuació del material brut a zona bruta a través d'una resclosa o de doble porta
- Magatzem de material (aparells, material clínic i fungible), dins de l'àrea estèril, que pot ser sense tancar
- Àrea de neteja, comunicada amb el passadís de brut. No hi pot haver cap abocador que comuniqui amb un passadís net ni zona estèril
- Sala d'estar de personal
- Cambra higiènica adaptada.

### **Estructura física**

- Superfície mínima del quiròfan: 16 m<sup>2</sup>
- Alçada recomenable entre forjats: 3,0 m
- Cantells arrodonits per facilitar la neteja
- Elements encastats a les parets
- Comunicació amb esterilització

- Entrada de material per una finestra de guillotina
- Sortida de material per al rentat, mitjançant porta o finestra de guillotina
- Portes d'accés mínim d'1,2 m d'ample
  - Espells de vidre
  - Tancament automàtic
  - Protecció contra xocs fins a 1,25 m (goma, acer inox. o PVC)
- Climatització
  - Compliment del Reglament d'instal·lacions tèrmiques d'edificis
  - En zona estèril:
  - Classificació de sala neta segons la UNE EN ISO 14.644-2000.: classe ISO 8
  - Temperatura de 21° C +3° C, -1° C
  - Humitat relativa del 50% + 10% - 20%
  - Nivell de sonoritat no pot sobrepassar els 40 dB
  - Sobrepresió com a mínim de 5 Pa respecte a locals annexos classificats
  - Filtratge d'aire compostat per: Prefiltre G4, filtre de sortida de climatitzador F9
- Gasos medicinals
  - Quiròfans: O<sub>2</sub> i buit
- Electricitat
  - Compliment del Reglament electrotècnic de baixa tensió vigent
  - Alimentació trifàsica amb neutre
  - Xarxa equipotencial
  - Transformadors d'aïllament
  - Llum d'intensitat suficient per a les pràctiques quirúrgiques que es realitzen
  - Subministrament elèctric garantit (generador, SAI o doble font subministradora).

## **Requisits d'esterilització i gestió dels residus**

Cal garantir l'esterilització dels materials i equipaments utilitzats al centre sanitari o consulta. Si es realitza per mitjans propis, el procediment s'adequarà a les recomanacions existents i cal disposar de protocols escrits i actualitzats on s'especifiqui el procés d'esterilització. Si es realitza per mitjans aliens, cal disposar d'una vinculació per escrit.

Cal adequar la gestió dels residus sanitaris generats per l'activitat clínica a la normativa vigent (Decret 27/1999, de 9 de febrer; DOGC 2828, de 16 de febrer de 1999). El despatx o consultori ha d'estar donat d'alta a la Junta de Residus com a centre generador i ha de contractar una empresa autoritzada per a la seva recollida.

## Protocols

El centre ha de disposar dels documents per escrit següents:

1. Manual d'organització i funcionament
2. Protocol·lització rigorosa i definició estricta de les línies de responsabilitat
3. Protocols de selecció dels pacients
4. Relació dels procediments quirúrgics que es portaran a terme en la unitat, incloent el tipus d'anestèsia emprada i el temps de durada previsible de les intervencions
5. Protocol d'esterilització del material
6. Controls ambientals. Tipus i periodicitat
7. Controls de superfície. Tipus i periodicitat
8. Controls d'autoclaus. Tipus i periodicitat
9. Programa d'assistència del postoperatori. Visita del personal mèdic abans de l'alta, instruccions verbals i escrites, informe d'alta per al metge de capçalera, servei d'atenció domiciliària durant les 24 hores, mitjançant trucada telefònica o visita a criteri de l'equip quirúrgic
10. Protocol d'atenció telefònica als pacients 24/24 hores
11. Protocols de derivació de pacients que requereixen ingrés hospitalari
12. Protocol de control de qualitat.

## Documentació clínica

- Història clínica del pacient que ha d'incloure les dades mínimes següents (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica):
  - Número de registre de la història clínica
  - Data de naixement
  - Sexe
  - Municipi de residència
  - Data d'intervenció
  - Diagnòstic principal (CIM-10-MC)
  - Procediment principal (CIM-10-MC)
  - Altres procediments
  - Hora d'inici de la intervenció
  - Hora de finalització de la intervenció
  - ASA

- Full de consentiment informat
- Full operatori
- Full d'ordres mèdiques
- Full de trucada de control postoperatori
- Full de protocol d'actuació postoperatòria
- Full d'alta definitiva del procés
- Informe per al pacient del diagnòstic i procediment practicat, del tractament i de les cures postoperatòries.

En aquells procediments que, per raó del risc, es requereixi la presència d'un anestesiòleg:

- Full de l'estudi preanestèsic
- Full de revisió pre i postquirúrgica.

### **Relació amb altres centres i/o serveis**

- Cal disposar de la possibilitat de realitzar exploracions complementàries que siguin necessàries, amb caràcter rutinari i urgent
- El centre o consultori on es practiquin els actes mèdics i el domicili del pacient, han d'estar en isòcrona d'una hora com a màxim, respecte a l'hospital de referència
- La relació amb un centre hospitalari de referència, al qual el metge hagi de traslladar el pacient en cas de complicacions, ha d'estar documentada. Tanmateix, el pacient també estarà informat de l'assistència mèdica de què disposa les 24 hores
- La vinculació amb un mitjà de transport medicalitzat, en cas de complicacions, també ha d'estar documentada per escrit
- El centre ha de tenir garantit el subministrament de medicaments, mitjançant un dipòsit propi o concertat, preceptivament autoritzat.

### **Protocol d'actuació postoperatòria**

Ha de constar per escrit, es facilitarà a tot pacient donat d'alta i ha de contenir el següent:

- Tipus de cures i periodicitat amb què s'han de practicar
- Analgèsia oral: fàrmac genèric i comercial, via d'administració i periodicitat
- Signes d'alarma i actuació en cada cas; per exemple: febre, supuració, dolor que no respon als fàrmacs prescrits, hemorràgia, rush cutani, dispnea...

- Telèfon de contacte permanent, les 24 hores
- Centre hospitalari de referència.

### **Llibre de reclamacions**

Ha d'estar diligenciat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, i estar a disposició dels pacients. Aquest llibre es podrà substituir per altres sistemes que permetin que quedi constància de la reclamació i els haurà d'aprovar el Departament de Sanitat i Seguretat Social.

# Cirurgia de consultori

Sota aquesta denominació englobarem tots aquells procediments que, tot i ser quirúrgics, són mínimament invasius, que es poden realitzar en un despatx o consulta mèdica, que només requereixen anestèsia local i, per tant, no és necessària la presència d'un anestesiòleg. Pot ser seria bo, a més de fer una descripció de les característiques d'aquests despatxos, fer una relació exhaustiva dels criteris d'exclusió de pacients i de procediments, de forma que es pugui evitar que, sense cap control de qualitat, es facin en consultes procediments que hem classificat com a cirurgia menor ambulatoria.

## **Criteris de selecció**

### **a) Dependents del pacient**

- ASA I. Es valorarà ASA II sense descompensació en els darrers 6 mesos
- Capacitat per tornar al seu domicili de forma autònoma, immediatament després de l'acte quirúrgic
- Consentiment informat
- Disponibilitat de contacte telefònic amb el metge responsable o el centre mèdic delegat, durant 24 h.
- Es aconsellable comptar amb el suport d'una persona responsable
- Capacitat per comprendre i seguir les ordres mèdiques
- Document signat pel pacient conforme ha comprès i ha complert totes les instruccions rebudes

### **b) Dependents del tipus d'intervenció**

- Risc intrínsec del procediment i risc d'hemorràgia baixos
- Sense apertura de cavitats orgàniques
- Sense processos intervencionistes que la inflamació postquirúrgica pugui comprometre la via aèria.
- Duració del procediment inferior a 30 minuts. Es podrà allargar aquest temps en cirurgies de teguments superficials i sota anestèsia local

- No requeriment de drenatges ni de tractament antibiòtic intravenós
- Dolor postquirúrgic controlable amb fàrmacs via oral.

### **Requisits professionals**

Els professionals sanitaris que prestin els seus serveis en consultoris mèdics han d'estar en possessió del títol oficial que els habiliti per a l'exercici professional.

Atesa la baixa complexitat dels procediments no serà necessària la presència de col·laboradors.

No és necessària la presència d'anestesiòleg.

### **Requisits d'equipament**

Cal disposar de l'utilatge necessari per a la pràctica de procediments quirúrgics concrets i del material bàsic per fer front a urgències cardiorespiratòries eventuais, amb capacitat per a suport vital bàsic. L'equipament mínim necessari serà:

- Llitera
- Material necessari per a les intervencions que s'han de dur a terme
- Material d'incisió i sutura quirúrgica, i de cures
- Equip de venòclisi
- Oxigen (bombona) amb autonomia fins al trasllat, si escau, al centre sanitari de referència
- Material per a suport vital bàsic i instrumentat
- Medicació per a suport vital i esteroides endovenosos
- Esfigmomanòmetre i fonendoscopi.

### **Requisits físics**

El centre sanitari o consultori ha de disposar de les àrees diferenciades següents:

- Àrea de recepció i/o sala d'espera de pacients
- Sala de consulta i tractament quirúrgic
- Àrea de serveis que ha de disposar de rentamans i vàter per a l'ús dels pacients
- Zona de rentamans quirúrgic amb sabó estèril
- Emmagatzematge de material net i brut independents
- Llum d'intensitat suficient per a les pràctiques quirúrgiques que s'hi realitzin.

El centre sanitari o consultori haurà de complir el Reglament electrotècnic de baixa tensió i el Reglament d'instal·lacions tèrmiques d'edificis.

### **Requisits d'esterilització i gestió dels residus**

Cal garantir l'esterilització dels materials i equipaments utilitzats al centre sanitari o consulta. Si es realitza per mitjans propis, el procediment s'adequarà a les recomanacions existents i es disposarà de protocols escrits i actualitzats on s'especifiqui el procés d'esterilització. Si es fa amb mitjans aliens, cal tenir establert un contracte per escrit.

La gestió dels residus sanitaris generats per a l'activitat clínica s'adequarà a la normativa vigent (Decret 27/1999, de 9 de febrer; DOGC 2828, de 16 de febrer de 1999). El despatx o consultori ha d'estar donat d'alta a la Junta de Residus com a centre generador i cal contractar una empresa autoritzada per a la seva recollida.

### **Documentació clínica**

- Història clínica del pacient que ha d'incloure les dades mínimes següents (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica):
  - Número de registre de la història clínica
  - Data de naixement
  - Sexe
  - Municipi de residència
  - Data d'intervenció
  - Diagnòstic principal (CIM-10-MC)
  - Procediment principal (CIM-10-MC)
  - Altres procediments
  - Hora d'inici de la intervenció
  - Hora de finalització de la intervenció
  - ASA
- Full de consentiment informat
- Informe per al pacient del diagnòstic i del procediment practicat
- Full de protocol d'actuació postoperatòria
- Llibre o fulls de reclamacions.

## **Protocol d'actuació postoperatòria**

Ha de constar per escrit, es facilitarà a tot pacient donat d'alta i contindrà:

- Tipus de cures i periodicitat amb la qual s'han de practicar
- Analgèsia oral: fàrmac genèric i comercial, via d'administració i periodicitat
- Signes d'alarma i actuació en cada cas; per exemple: febre, supuració, dolor que no respon als fàrmacs prescrits, hemorràgia, rush cutani, dispnea...
- Telèfon de contacte permanent les 24 hores
- Centre hospitalari de referència.

# Exploracions i proves diagnosticoterapèutiques intervencionistes, fora de l'àrea quirúrgica

## Relació de procediments

- Endoscòpies (colonoscòpies, fibrocolonoscòpies, broncoscòpies ...)
- Embolitzacions
- Biòpsies endocavitàries
- Dilatacions de conductes en general (no lacrimal)
- Exploracions amb contrast endovenós o intradural (LCR)
- Amniocentesi
- Histerografies
- Minilegrats
- Artroscòpies
- Punció drenatge, pericardiocentesi (radiologia intervencionista)
- Ressonància magnètica o TAC en nadons, comatosos o tota persona incapaç de col·laborar-hi
- Procediments relatius a la fertilització assistida
- Procediments de neurologia per punció
- Electroteràpia.

## Selecció de pacients

- ASA I, II, III, IV i V
- El pacient ha de ser capaç de tornar al seu lloc d'origen: al domicili o l'hospital, si hi estava ingressat. Ha de poder tornar acompanyat i medicalitzat, si cal.

## **Requisits professionals**

- Anestesiòleg, en presència física, si hi ha anestèsia general o sedació
- Anestesiòleg localitzat al centre, si es fan les proves amb contrast
- ASA IV i V, ha d'haver-hi anestesiòleg.

## **Requisits d'equipament i medicació**

- Oxigen (bombona) amb autonomia fins al trasllat al centre sanitari de referència
- Material per al suport vital bàsic i instrumentat
- Esteroides endovenosos
- Esfigmomanòmetre i fonendoscopi
- En el cas que es facin procediments amb anestèsia general o sedació i el centre de diagnòstic estigui ubicat fora de les dependències d'un hospital, ha de disposar d'aquest equipament: monitors, desfibril·lador, O<sub>2</sub> i material de reanimació.

## **Requisits d'asèpsia i esterilitat**

- Si l'exploració suposa una apertura de cavitats, el material emprat ha de ser estèril
- Si l'exploració no suposa apertura de cavitats, el material emprat ha de ser desinfectat
- Tant l'esterilització com la desinfecció, així com la neteja i el manteniment han d'estar protocol·litzades per escrit
- Les sales s'han de sotmetre a controls periòdics ambientals (aspergil·lus, legionel·la) i de superfície
- Es recomanable que disposin d'aire condicionat amb un prefiltrat G4 i un filtre de sortida de climatitzador F7.

## **Requisits físics**

- Àrea de recepció i/o sala d'espera de pacients
- Sala de consulta i d'exploracions
- Àrea de serveis, que haurà de disposar de rentamans i vàter per a l'ús dels pacients
- Zona de rentamans
- Magatzems de material net i brut, independents

- Compliment del Reglament electrotècnic de baixa tensió vigent
- Compliment del Reglament d'instal·lacions tèrmiques d'edificis

### **Protocol d'actuació postexploràtoria**

Constarà per escrit, es facilitarà a tot pacient donat d'alta i hi contindrà:

- Tipus de cures i periodicitat amb què s'han de practicar
- Analgèsia oral: fàrmac genèric i comercial, via d'administració i periodicitat
- Signes d'alarma i actuació en cada cas; per exemple: febre, supuració, dolor que no respon als fàrmacs prescrits, hemorràgia, rush cutani, dispnea...
- Telèfon de contacte permanent, durant les 24 hores
- Centre hospitalari de referència.

# Annex I

## **Críteris anestesiològics per a la catalogació dels pacients**

És la classificació de criteris ASA, de *l'American Society of Anesthesiology*:

- ASA I: Pacients sense cap alteració orgànica, bioquímica o psiquiàtrica, diferent del procés localitzat que és subsidiari de cirurgia. Pacient sa
- ASA II: Pacient que pateix alguna alteració lleu o moderada sistèmica, que no produeix incapacitat o limitació funcional (diabetis lleugera, hipertensió sistèmica lleu o moderada...)
- ASA III: Pacient que pateix una alteració o malaltia severa de qualsevol causa, que produeix limitació funcional definida, en determinat grau, (diabetis severa amb repercussió vascular, insuficiència respiratòria en grau moderat o sever...)
- ASA IV: Pacient que pateix un desordre sistèmic que posa en perill la seva vida i que no és corregible mitjançant la intervenció (malaltia orgànica cardíaca amb signes d'insuficiència cardíaca, insuficiència renal avançada, insuficiència hepàtica o respiratòria...)
- ASA V: Pacient moribund amb poques expectatives de supervivència, tot i realitzant el procediment quirúrgic. Improbable que sobrevisqui 24 hores amb o sense intervenció.

# Annex II

## **Criteria de Davis** (*Davis J.E. Surg. Clin. North AM, 1987;67:721*)

- Tipus I: Intervencions que es poden practicar a la consulta amb anestèsia local i no requereixen cap cura especial en el postoperatori.
- Tipus II: Intervencions que es poden realitzar amb anestèsia local, regional, general o amb sedació i que requereixen cures postoperatories específiques, però no intensives ni prolongades i l'analgèsia, si cal, és de tipus oral.
- Tipus III: Les que requereixen cures prolongades de l'entorn hospitalari en el postoperatori.
- Tipus IV: Les que requereixen cures molt especialitzades o crítiques en el seu postoperatori.

# Annex III

## Test d'Aldrete

Modalitat	punts	criteri
Activitat	2	Mou les 4 extremitats
	1	Mou 2 extremitats
	0	No mou les extremitats
Respiració	2	Respira i tus normalment
	1	Dispnea o respiració limitada
	0	Apnea
Circulació	2	TA $\pm$ 20% nivell preanestèsic
	1	TA $\pm$ 20-50% nivell preanestèsic
	0	TA $\pm$ 50% nivell preanestèsic
Coloració	2	Rosat
	1	Pàlid, icterícia, taques
	0	Cianòtic
Consciència	2	Completament despert
	1	Desperta en cridar-lo
	0	No respon

# Bibliografia

*Cirugía mayor ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria.(1993)*

*Comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria. Sociedad Catalana de Cirugía. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. (mayo de 1993)*

Informe tècnic. La cirurgia ambulatoria. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Novembre de 1992

*Ponencias de la Comisión Técnica del Área quirúrgica.*

Davis J.E. Surg. Clin. North AM, 1987;67:721

Dripps RD, Lamont A, Eckenhoff JE. *The role of anesthesia in surgical mortality.* JAMA 1961; 178:261-266.

Schneider AJ. *Assessment of risk factors and surgical outcome.* Surg Clin North 1983:1113-6.

Owens WD. *ASA physical status classification: A study of consistency of rating.* Anesthesiology 1978;49:239-241.

Keats AS. *The ASA classification of physical status-A recapitulation.* Anesthesiology 1978;49:233-6.

*Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Julio de 1995*

Aldrete JA, Kroulik D: *A posoperative recovery score.* Anesth Analg 1970;49:924-34

Chung F. *El proceso del alta. A: Anestesia Ambulatoria* de Twersky RS. Ed. Mosby/Doyma Libros 1996;457-475

# Normativa

*Decreto 2413/1973*, de 20 de setembre pel qual s'aprova el *Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión* (BOE núm. 242, de 9 d'octubre de 1973)

Decret 183/1981, de 2 de juliol, de regulació de les condicions i requisits que han de complir els centres, serveis i establiments sanitaris assistencials (DOGC 143, de 17 de juliol de 1981)

Decret 118/1982, de 6 de maig, sobre autorització de centres, serveis i establiments sanitaris assistencials (DOGC 231, d'11 de juny de 1982)

Ordre de 24 de gener de 1983, per la qual s'estableix la normativa per a la sol·licitud i l'atorgament d'autorització administrativa per a la creació, la modificació, el trasllat o el tancament de centres, serveis o establiments d'assistència sanitària (DOGC 301, de 4 de febrer de 1983)

*Ley General de Sanidad* núm. 14/1986, de 25 d'abril de 1986 (BOE núms. 101 i 102, de 28 i 29 d'abril de 1986)

Ordre de 21 de juliol de 1994, per la qual es crea el Registre de clíniques dentals i es regula el procediment i els requisits que han de complir les clíniques dentals per a la seva inscripció (DOGC 1931, de 8 d'agost de 1994)

Decret 135/1995, de 24 de març, de desplegament de la Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques, i d'aprovació del codi d'accessibilitat (DOGC 2043, de 28 d'abril de 1995)

*Real Decreto 1751/1998*, de 31 de juliol que aprova el *Reglamento de Instalaciones Térmicas en los edificios (RITE) y sus Instrucciones Técnicas Complementarias* (BOE núm. 186, de 5 d'agost de 1998; rect. BOE núm. 259, de 29 d'octubre de 1998)

Decret 27/1999, de 9 de febrer, de la gestió dels residus sanitaris (DOGC 2828, de 16 de febrer de 1999)

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernents a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC 3303, d'11 de gener de 2001) i la seva posterior correcció d'errades publicada al DOGC núm. 3353, de 22 de març de 2001.