



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Servicio de Anestesia,
Reanimación y Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA



Servicio de Anestesia,
Reanimación y
Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO VALENCIA

DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

SERVICIO DE ANESTESIA REANIMACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO



2023-2024



1.INTRODUCCIÓN	3
a.Mision Vision y Valores	
b.El Entorno sanitario	
2.ESTRUCTURA DEL SERVICIO	9
a. <i>Recursos Humanos</i>	
b. <i>Recursos Materiales</i>	
B.1.AREAS FISICAS DE PRESENCIA HOSPITALARIA	
B.2.Recursos materiales.	
3.ACTIVIDAD ASISTENCIAL	16
3a.Organización y Gestión de la actividad Asistencial	
3b.Modalidades de prestación asistencial	
3c.Gestión de Pacientes en Consultas Externas. Consulta de Preanestesia	
3d.Gestión de Pacientes en técnicas diagnóstico-terapéuticas. Anestesia Fuera de Quirofanos (AFQ)	
3e.Gestión de Pacientes Hospitalizados	
1. Programa de tratamiento del dolor agudo	
2. Seguimiento de pacientes ingresados para realizacion de procedimientos de dolor cronico	
3. Visita preanestesica de pacientes ingresados de los diferentes servicios medicos y quirurgicos	
4.Reanimacion Cardio Pulmonar en situaciones de riesgo vital	
5.Actividad quirúrgica	
6.UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI-Anestesia	
7.Atencion Continuada	
4.DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTÍNUA	45
4.a.Pregrado	
4.b.Postgrado MIR- Recogida de Datos	
5.INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN CIÉNTIFICA	55
5.a.Sesiones clínicas (casos, bibliográficas...),	
5.b.Programa de investigacion	
6.ESTRATEGIA Y OBJETIVOS	56
7.CALIDAD	58
7.a.Indicadores propuestos para el Servicio de Anestesiología Reanimación y terapéutica del Dolor	
7.b. Normas estándar de actuación.	
7.2.1.Documentación clínica del cuidado anestésico	
7.2.2.Normas para la monitorización intraoperatoria básica	
7.2.3.Normas para la realización de la anestesia en obstetricia	
8.OTRA INFORMACION	66
Registros, archivos y documentación del servicio	
Comités internos y externos y actividades en las que participa el servicio.	

1. INTRODUCCIÓN

El servicio de Anestesiología Reanimación y Tratamiento del Dolor del Departamento de Salud Valencia-Hospital General (SARTD-CHGUV), ha tenido en los últimos años cambios importantes en su funcionamiento que han supuesto una adaptación, no sólo a un nuevo concepto de especialidad, sino a las circunstancias cambiantes que un modelo de sanidad gestionada viene imponiendo a todos los servicios hospitalarios.

El servicio de Anestesiología Reanimación y Tratamiento del Dolor del Departamento de Salud Valencia-Hospital General (SARTD-CHGUV), por sus características de prestación de servicios es un servicio central, y por ello, tiene una organización innovadora, que se integra en forma de grupos de trabajo y cuyo diseño se basa en las áreas de conocimiento de la especialidad.

Toda la información más relevante sobre la estructura, organización y función del Servicio, así como los protocolos sobre patología de referencia de las distintas unidades, puede ser consultada a través de nuestra página web.

<http://chguv.san.gva.es/servicios-salud/servicios-unidades/anestesia>

1a.Misión – Visión y Valores

Como servicio de salud hospitalario asumimos la **misión visión y valores** de nuestra institución, el Departamento de Salud Valencia-Hospital General, que como estructura organizativa de gestión autónoma provee servicios sanitarios y socio sanitarios para cubrir las necesidades de salud de población, a través de una asistencia personalizada, integral, integrada y de calidad. Específicamente nuestro servicio tiene:

La **Misión** es la razón de ser de la organización. Para el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SARTD) es la de atender a las necesidades de los pacientes admitidos en el centro y que precisen de la aplicación de conocimientos, técnicas o procedimientos que dependan de nuestra especialidad. Esta necesidad debe llevarse a cabo por todo el personal del servicio, garantizando la máxima calidad asistencial en función de los recursos disponibles. La misión conlleva como propósitos:

EN ANESTESIOLOGÍA:

- 1.- Convertir al SARTD en un productor de Servicios intermedios con interrelación con los proveedores directos con el fin de atender con EFECTIVIDAD las necesidades de los pacientes.
- 2.- Implicarse en la organización-gestión del proceso quirúrgico completo: preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio, actuando como COORDINADOR del proceso global.
- 2.- Optimizar la EFICIENCIA ASISTENCIAL, realizando un control del gasto para obtener un equilibrio CALIDAD/EFECTIVIDAD/COSTE.
- 3.- Mejorar la atención global del paciente mediante un TRATO HUMANO.
- 4.- Atender las Urgencias quirúrgicas.
- 5.- Atender a las necesidades del Personal que trabaja en el Área Quirúrgica.

EN REANIMACION:

- 1.- Colaborar con los conocimientos, las técnicas y procedimientos propios de la especialidad en la Cuidados de los pacientes en situación crítica o semi-crítica del Hospital (Ingresados y en Urgencias).
- 2.- Implicarse en la organización-gestión-coordinación del proceso de Reanimación. cardiopulmonar intrahospitalaria. La Reanimación Cardio Pulmonar en situaciones de riesgo vital es, actualmente, una intervención sistematizada que ha probado su eficacia tanto en el medio extra hospitalario como en el hospitalario. Existe uniformidad desde hace años en considerar la necesidad de organizar su administración para que este sea eficaz. Esta organización se justifica por la necesidad de aplicar una serie de actuaciones correctamente, establecer prioridades en situación de emergencia, disminuir el estrés para los profesionales y estandarizar su enseñanza.

EN TRATAMIENTO DEL DOLOR:

- 1.- Colaborar con los conocimientos, las técnicas y procedimientos propios de la especialidad en el tratamiento del Dolor agudo y crónico de los pacientes del Hospital tras haber sido correctamente diagnosticados (Ingresados y en Urgencias).
- 2.- Implicarse en la organización-gestión de los procesos de atención del dolor en pacientes agudos y crónicos.
- 3.- Procurar ampliar nuestro marco de actuación fuera del Hospital.

EN DOCENCIA:

- 1.- Atender las necesidades de Docencia en las áreas de nuestro conocimiento para el personal intrahospitalario.
- 2.- Promover la docencia en anestesiología a todos los niveles (pacientes, personal sanitario, médicos no-anestesiólogos y médicos anestesiólogos) en el medio extra hospitalario.

EN INVESTIGACIÓN:

- 1.- Atender nuestras obligaciones en Investigación clínica; basados en el control de calidad de nuestros procesos anestésicos.
- 2.- Hacer difusión de los mismos (Marketing de Servicio)

La **Visión** es la de situar al SARTD del Departamento de Salud Valencia-Hospital General, con reconocimiento internacional por su diseño y cartera de servicios, siendo comparable a los mejores de Europa por sus resultados, alta calidad asistencial y prestaciones tecnológicas. Visualizamos un SARTD con un **modelo de atención al paciente** y su **modelo de organización y gestión, que evolucione de forma sistematizada** en calidad, seguridad y especialización así como en eficiencia y capacidad de innovación.

Que sea reconocido tanto por estudiantes de pregrado y postgrado, profesionales, pacientes y entorno social como una organización excelente en todos los sentidos.

Pretendemos desarrollar un sistema de gestión del Servicio basado en la Mejora Continua y la Excelencia, siguiendo el modelo EFQM de Acreditación y manteniendo las evaluaciones externas como un método continuo de mejora de nuestra practica profesional.

Los **Valores** son

1. **Profesionalidad** . Basando nuestra practica profesional en el conocimiento y la experiencia técnica, manteniendo al mismo tiempo la excelencia en el trato y la cercanía con los pacientes.
2. **Humanización**. Asumimos el compromiso de humanización de la asistencia, y aplicación clínica de los valores esenciales de la Bioética.
3. **Innovación**. Por sus características de prestación de servicios el SARTD, es un servicio central, y por ello, nuestra organización es innovadora, partiendo desde iniciativas generadas desde los núcleos principales donde se desarrollan las actividades profesionales de los médicos y de donde surgen sus adaptaciones a los proyectos del hospital. Estamos abiertos a la transformación e interpretamos “lo nuevo” como una oportunidad para avanzar y crecer. Utilizamos nuestro conocimiento y el de organizaciones con las que compartimos intereses, para proponer soluciones creativas y valiosas
4. **Responsabilidad**. Trabajamos con eficiencia , transparencia y sentido común. Evaluamos de forma continuada y mediante controles de calidad los impactos de nuestra actividad. Estamos comprometidos con los pacientes, con el cumplimiento de los objetivos, con la sociedad y con la sostenibilidad del sistema sanitario.
5. **Equipo** . Nos coordinamos con otras personas y con otros servicios y unidades asistenciales tanto del dentro como de fuera del hospital para conseguir los mejores resultados. Somos conscientes que el respeto, la comunicación , la generosidad y la confianza son los ingredientes sobre los que se construyen los equipos

6. Docencia e Investigación. Fomento de la enseñanza pregrado y postgrado y de la labor investigadora de los profesionales, cuyo reto es avanzar y mejorar para dar respuestas a los problemas sanitarios de los ciudadanos.

1.b.El entorno sanitario

El nombre de Hospital General Universitario, fue aprobado por el pleno de la Diputación Provincial el 15 de Octubre de 1.981.

A partir del año 2.002 se integra plenamente el Hospital en la red sanitaria de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana, mediante un nuevo modelo de gestión sanitaria pública, con la creación del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, denominación actual, y con una idea de gestión pública como un proceso permanente a las necesidades integrales, sectoriales e individuales de los ciudadanos.

El convenio de colaboración entre la “Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana” y la Diputación de Valencia, que permite la creación de un consorcio para la gestión del Hospital General Universitario de Valencia, fue aprobado por el “Consell de la Generalitat Valenciana” y el pleno de la Diputación de Valencia, iniciando sus funciones el 1 de Enero de 2.002.

En 2007 la Consellería de Sanitat establece una Encomienda de Gestión por la que se encarga al Hospital General la responsabilidad de dirigir todos los Servicios de Asistencia Sanitaria del Departamento 9 de Salud y en 2008 se firma el convenio de colaboración docente con la Universitat de València y el hospital se convierte en sede de la Universitat para las Ciencias de la Salud.

Esta visión se inscribe en torno a la idea central de consolidarse como una estructura organizativa de gestión autónoma, bajo la que se configure un conjunto de organizaciones sanitarias y socio-sanitarias, que ofrezcan a la ciudadanía un servicio público de calidad, desde la óptica de un modelo abierto, y efectivamente buscador de alianzas, siendo un referente de innovación y promoción de conocimientos altamente especializados, quedando reflejado en el Plan Estratégico del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y el Plan de Estrategia Corporativa 2.008-2012, en el que especifica que el envejecimiento de nuestra población y la cronificación de enfermedades hacen necesario que cambiemos nuestro abordaje de ciertas patologías, aquí es urgente y necesario el trabajo común de la atención primaria con la especializada en equipos interdisciplinarios con un papel relevante para enfermería.

Diseñando procesos comunes y un centro común de gestión efectivo conseguiremos que estos enfermos vuelvan a su casa lo antes posible y mejoren sustancialmente su calidad de vida.

El 22 de Octubre de 2008 se aprueba el Reglamento para la autorización y funcionamiento básico de Áreas y Unidades de Gestión Clínica en el ámbito del CHGUV, con una visión mas integradora de la asistencia sanitaria. La estructura deja pues de ser piramidal para adoptar una organización transversal, con la institución, entre otras, de la Comisión de Dirección, formada por el Director del Área y los Jefes de Servicio y Unidad que la componen, a fin de tomar decisiones globales y optimizar la gestión.

En 2012 celebramos mediante diversos actos presididos por los Príncipes de Asturias el V Centenario de su fundación.

En la actualidad, la gestión sanitaria de la Comunidad Valenciana está organizada en 22 Departamentos de Salud. El Hospital General Universitario de Valencia se inscribe dentro del Área de Asistencia Especializada de la Comunidad Valenciana, ocupando el DEPARTAMENTO DE SALUD VALENCIA – HOSPITAL GENERAL.

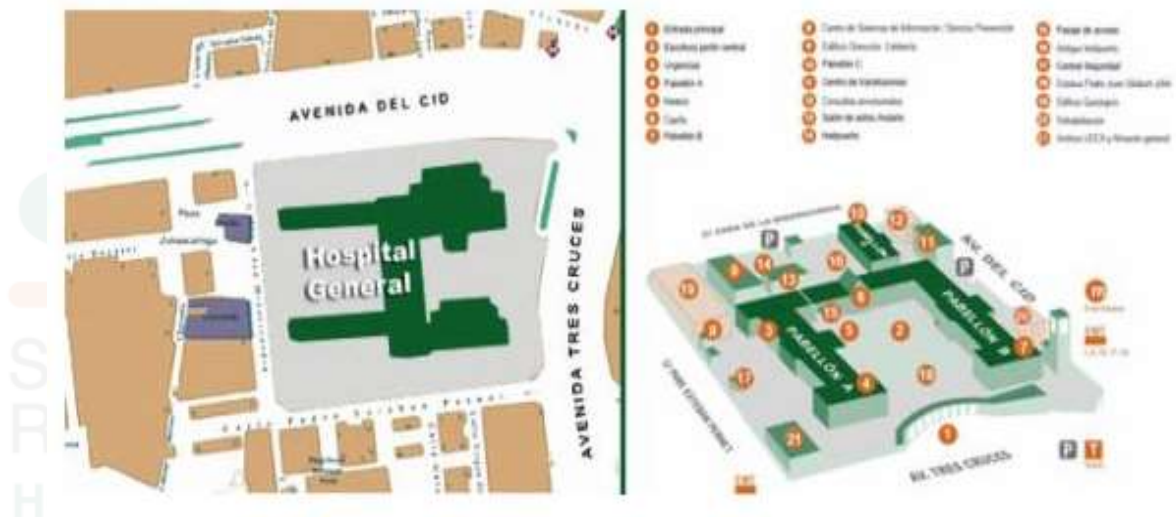


2.1.-Estructura física. Modelo de hospital.

El Hospital General Universitario es un establecimiento dependiente de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Responde a las características de un centro de estructura horizontal, distribuido por pabellones, que se terminó de construir en los años 60, aunque un primer estudio-proyecto es de 1.933. Se proyectó un Hospital en forma de H, aunque al final resultó una forma de U, para unas 1.200 camas. Se añadió posteriormente el pabellón materno-infantil y otros edificios satélites sin la unidad arquitectónica primitiva. Ocupa una superficie de 72.524 m², con un total edificado de 64.460 m².

El 11 de Febrero de 2015, se inauguró el nuevo edificio quirúrgico que alberga en sus 19.000 m², prácticamente toda la actividad quirúrgica del hospital y los cuidados críticos (UCI).

Recientemente se ha remodelado y reubicado el área de Urgencias pediátricas que actualmente se ubica en la planta baja del Edificio Materno-Infantil y próximamente se remodelará el Área de Urgencias para ofrecer una asistencia más ajustada con la demanda actual.



Plano y ubicación del Hospital General Universitario de Valencia

Tiene como misiones fundamentales la prevención de la salud, asistencia, docencia e investigación. Existe una Gerencia de la que dependen las Direcciones: Médica, Enfermería, Gestión Administrativa, Calidad y Procesos y Recursos Humanos y Organización. Actualmente cuenta con 488 camas en total, a las que habría que sumar las de Observación de Urgencias (18) , la URPA (12) y las de URPA 24H (3).

El modelo del CHGUV ha ido adaptándose desde sus inicios de un modelo pabellonal a un modelo más parecido a un modelo de bloques. Esto surge como consecuencia de la medicina moderna, científica y también como resultado de la concepción social de la asistencia sanitaria, de la salud como un derecho. De esta forma, y progresivamente ha sido más evidente sobre el modelo del hospital la plasmación del conocimiento científico, con la creación de servicios clínicos diferenciados que han ido evolucionando hacia unidades funcionales, más basadas en el proceso que en el episodio. De esta manera los diferentes servicios clínicos se han ido agrupando por criterios profesionales buscando que especialidades con analogías estén próximas en sus instalaciones

(cardiología, cirugía cardíaca, hemodinámica, digestivo, cirugía general, neurología, neurocirugía...) facilitando la interrelación profesional pero también la característica de la asistencia que se va a prestar define las grandes áreas de trabajo. Así se facilita más el proceso clínico que no su episodio. Igualmente se produjo un cambio desde el predominio del internamiento, de la hospitalización y del edificio “cerrado” a la reducción máxima de las estancias, la ambulatorización y la apertura de unidades asistenciales a la atención incluso fuera del centro hospitalario.

En esta línea se construyó el edificio quirúrgico que engloba ya casi la totalidad de la actividad quirúrgica y algunas técnicas intervencionistas del hospital. La actividad Obstétrica que se realiza en el 4º piso del Pabellón C y la de Reproducción Humana en el 1º piso del Pabellón C. Las técnicas de Anestesia de fuera de Quirófano de las especialidades de Radiología, Cardiología y Digestivo se realizan en sus propios servicios. Así mismo se ha cambiado y mejorado el Área de Urgencias Pediátricas de ubicación, encontrándose ahora en el pabellón materno-infantil, planta baja, esto permite una mejor asistencia y calidad en la prestación de este servicio para la población infantil.

Por ello, el modelo del CHGUV es un modelo actual. Su base es la amplitud, la luminosidad y el aprovechamiento de grandes patios y espacios exteriores con decoración vegetal, procura la humanización y el ambiente amigable para trabajadores y pacientes y sus familias. El diseño combina lo horizontal con una moderada verticalidad. Al mismo tiempo, posibilita un futuro crecimiento ordenado con posibilidad de aprovechar las innovaciones tecnológicas, y ser un hospital sostenible en lo económico, en lo social y en lo ambiental.

En Enero de 2012 se firmó el Convenio de colaboración entre la “Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana” y la Diputación de Valencia, que generó la creación de un consorcio para la gestión del Hospital General Universitario de Valencia.

Nuestro Hospital en la actualidad tiene adscrita la asistencia sanitaria del Departamento de Salud Valencia-Hospital General con funciones de Hospital General y la responsabilidad de la asistencia sanitaria pública especializada de 370.510 ciudadanos y de otros Departamentos como hospital de referencia: para todas las especialidades (Departamentos 8 y 14) y para todas las especialidades excepto cirugía torácica (Departamento 15). De todas las áreas de la comunidad como Hospital de referencia para la especialidad de Dermatología. Además el Consorcio mantiene operativa una unidad de custodia de presos para la atención a los presos reclusos en el centro de detención de Valencia II

El CHGUV tiene como **MISIÓN** la provisión de servicios sanitarios especializados para prestar una atención personalizada, integral, integrada y de calidad a nuestra población. Entendemos por servicio personalizado la modalidad de atención en la que el ciudadano es el núcleo de todas nuestras acciones técnico-profesionales.

Entendemos por atención integral la modalidad de asistencia que atiende al ciudadano desde todas las dimensiones que lo configuran. Entendemos por atención integrada aquella que favorece la coordinación con los demás niveles asistenciales y facilita los cuidados de transición. Entendemos por calidad asistencial aquella que basamos en el conocimiento de nuestros profesionales y en los medios técnicos que ponemos a disposición del ciudadano de un modo acogedor. El Hospital como centro universitario vinculado a la Universitat de València, realiza funciones de investigación y docencia pre graduada y postgraduada en ciencias de la salud, con especial énfasis en la formación de nuevos profesionales especialistas.

Nuestra **VISIÓN** del hospital es consolidarnos como una organización sanitaria de calidad, flexible, innovadora, centro de conocimiento y con capacidad para promocionar aquellas especialidades punteras en las que nuestro centro puede ofrecer su mejor oferta.

Los **VALORES** del Hospital General Universitario de Valencia son los elementos que identifican nuestro personal estilo y modo de servir a la ciudadanía, a partir de:

- Un espíritu de equipo como clave de cooperación efectiva y experiencia acreditada.
- El conocimiento que nos proporciona la investigación, la formación y la docencia desde el rigor científico y la puesta en común.
- La confianza que genera en nuestros usuarios la percepción de sentirse en buenas manos.
- Un compromiso social basado en el buen hacer y en la responsabilidad de todos sus profesionales.
- El orgullo de pertenecer a un servicio público, con más de 500 años de historia y tradición, comprometido con el medio ambiente, el entorno y las necesidades de salud de los ciudadanos.

En la actualidad, el Departamento Valencia-Hospital General de forma preferente, y por razones de planificación asistencial, tiene adscrita inicialmente la atención directa de las siguientes áreas de Salud:

.-Población del Departamento nº 9 con funciones de Hospital General. Según el censo de datos SIP de 2019 la población total de la Comunitat Valenciana consta de 5.025.590, correspondiendo a la atención del área Valencia Hospital General 364.017 habitantes (7,1%), siendo el primer hospital de la Comunidad Valenciana en población asignada.

Además se atiende como centro de referencia a:

.-Áreas de Salud nº 8 (Hospital de Requena) y 14 (Hospital de Xátiva) como Hospital de referencia para todas las especialidades.

.-Área de Salud nº 15 (Hospital de Alcoi) como hospital de referencia.

.-Área de Salud nº 10 (Hospital Doctor Peset) como hospital de referencia para la especialidad de Cirugía Torácica.

.-De todas las áreas de la comunidad como Hospital de referencia para la especialidad de Dermatología

.-Unidad de custodia de presos para la atención a los presos reclusos en el centro de detención de Valencia II

Toda la información más relevante sobre la estructura, organización y función del Servicio, así como los protocolos sobre patología de referencia de las distintas unidades, puede ser consultada a través de nuestra página web. <http://chguv.san.gva.es/servicios-salud/servicios-unidades/anestesia>

El V **Convenio Colectivo** 2016-2020, firmado el 15 diciembre 2017 es el marco legal de gestión de los RRHH de nuestra institución.

Este Reglamento y sus sucesivas actualizaciones es la herramienta, de obligado cumplimiento, para la aplicación práctica de la organización funcional y del trabajo de los profesionales pertenecientes al SARTD, tal y como expresa el vigente convenio colectivo.



2. ESTRUCTURA DEL SERVICIO

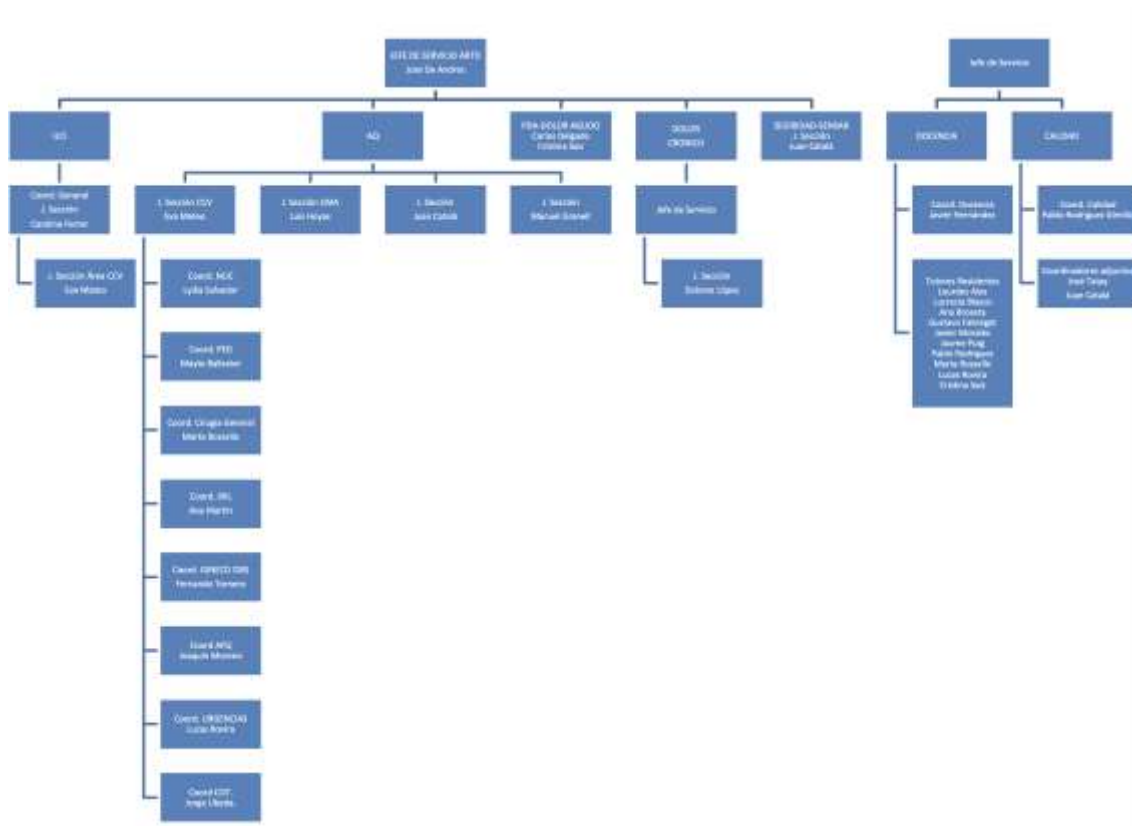
a. Recursos Humanos

Jefe de Servicio

De Andrés Ibáñez, José

Unidades Clínicas del Servicio – Coordinadores

COORDINADOR	UNIDAD CLINICA
Procesos Quirúrgicos	
Ballester Lujan, Mayte	FE Cirugia Pediatrica
Rosselló Chornet, Marta	FE Cirugía General y Digestiva
Catalá Bauset, Juan	JS Traumatología y ortopedia, Urología Valoración preanestésica y preparación quirúrgica
Hernandez Laforet, Javier	FE Cirugia Cardiaca y AFQ Cardiologia
Hoyas Jiménez, Luis	JS Cirugía Mayor Ambulatoria
Granell Gil, Manuel	JS Torácica; Odontología y maxilofacial; Otorrinolaringología, Plástica y dermatología
Tornero Ibáñez, Fernando	FE Ginecología, Obstetricia, Pediatría
Salvador Gozalbo, Lydia	FE Neurocirugía y cirugía de Raquídea
Moreno Pachón, Joaquín	FE Anestesia Fuera de Quirófano (AFQ)
Rovira Soriano, Lucas	FE Urgencias
Cuidados Intensivos	
Ferrer Gómez, Carolina	JS Coordinación Unidad de Cuidados Intensivos
Mateo Rodríguez, Eva	JS Área Cuidados Cardiovasculares Síndrome Post UCI
Unidad Multidisciplinar Dolor Crónico	
López Alarcón, Maria Dolores	JS Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor
Programa Dolor Agudo	
Delgado Navarro, Carlos	FE Programa Dolor Agudo Postoperatorio (PDA)
Saiz Ruiz, Cristina	FE Programa Dolor Agudo Postoperatorio (PDA)



Servicio de Anestesia,
Reanimación y Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA



Listado de MEDICOS Miembros del Servicio (71): Jefes Sección 6 - Adjuntos 65

Aisa Gasca, Isabel	FE López Alarcón, Maria Dolores	JS
Alos Zaragoza, Lourdes	FE Lopez Palanca, Sara	FE
Araque Sanchez, Angel	FE Llau Garcia, Juan	FE
Asencio Sanchez, Carlos Manuel	FE Marqués Romero, Jose Ignacio	FE
Asensio Samper, Juan M	FE Martin Martin, Ana	FE
Ballester Lujan, Maria Teresa	FE Martinez Giner, Juan Vicente	FE
Biosca Perez, Elena	FE Martinez Plumed, Ruth	FE
Blasco Gonzalez, Lucrecia	FE Mascarell Polache, Rosa	FE
Bosch Velazquez, Macarena	FE Mateo Rodríguez, Eva	JS
Broseta Lleó, Ana	FE Miñana Moll, Amanda	FE
Casanova Montes, Irene	FE Morales Sarabia, Javier Enrique	FE
Castello Mora, Paula	FE Moreno Pachón, Joaquín	FE
Catalá Bauset, Juan Carlos	JS Muñoz Devesa, Lorena	FE
Cervera Planells, Francisco Javier	FE Ortega Monzo, Juan	FE
Cobo del Prado Ciurlizzia, Irina	FE Otero Perez, Maria	FE
Collado Gutierrez, Juan Jesus	FE Pallardó López, M ^a Ángeles	FE
De la Cruz Garcia Dihinx, Itziar	FE Puig Bernabé, Jaume	FE
Delgado Navarro, Carlos	FE Reina Gimenez, Carmen	FE
Durá Navarro, Raquel	FE Romero Garcia, Carolina Soledad	FE
Fabregat Cid, Gustavo	FE Rosselló Chornet, Marta	FE
Fernandez Bardal, Clara	FE Rovira Soriano, Lucas	FE
Fernandez Fernandez, Yolanda	FE Ruiz Carbonell, Juan Ramon	FE
Ferrandis Capella, Pascual	FE Saiz Ruiz, Cristina	FE
Ferrer Gómez, Carolina	JS Saiz Sapena, Nieves	FE
Gabaldon Conejos, Tanya	FE Salvador Gozalbo, Lydia	FE
Gandía Llopis, Jessica	FE Sanchis Lopez, Nerea	FE
Garcia Martinez, Rafael	FE Sanchis Martin, Rosa	FE
Gencheva, Gergana	FE Silvestre Vicedo, Victor	FE
Gil Chaves, Francisco	FE Solis Albamonte, Paula	FE
Giner Crespo-Azorin, Laura	FE Tatay Vivó, José	FE
Granell Gil, Manuel	JS Tornero Ibáñez, Fernando	FE
Hernandez Cadiz, Maria Jose	FE Ubeda Pascual, Jorge	FE
Hernandez Laforet, Javier	FE Vergara Sanchez, Asuncion	FE
Hoyas Jiménez, Luís	JS Vicente Fernandez, Pilar	FE
Jimenez Fenellos, Marta	FE Vilar Vilar, Leticia	FE
Kot Baixauli, Pablo	FE	



M.I.R. (22)

Tutores de Residentes:	Hernandez Laforet, Javier	4º año-Coordinacion
	Alos Zaragoza, Lourdes	4º año
	Blasco Gonzalez, Lucrecia	4º año
	Broseta Lleó, Ana	3º año
	Saiz Ruiz, Cristina	3º año
	Rosselló Chornet, Marta	2º año
	Rovira Soriano, Lucas	1º año-Investigacion
	Fabregat Cid, Gustavo	Investigacion
	Puig Bernabeu, Jaume	Investigacion -Programas de simulación

Jefe de Residentes Pereda Gonzalez, Elvira

4º año
Ferrán Marqués Peiró MIR 209
Álvaro Cervera Puchades MIR 575
Pablo Seguí Barber MIR 718
María Gallego Mula MIR 928

3º año
Santiago Patterson, Pablo. MIR 411.
Ferrer Forteza-Rey, Nicolas. MIR 616
Pereda Gonzalez, Elvira. MIR 636
Pérez Mari, Violeta. MIR 713
Rodríguez Teston, Arturo. MIR 717
Carregui Villegas, Ricardo. MIR 755

2º año
Alabadi Pardiñez, Josep MIR 494
Perez Hernandez, Leyre MIR 895
Rodriguez Oliva, Cristina MIR 985
Cortes Castillo, Maria Reyes MIR 1298
Alonso Andres, Mar MIR 1460
Gonzalez Gomez, Jorge. MIR 1471

1º año
Mª Angeles Conesa Guillen MIR 231
Victor Fibla Antolí MIR 355
Pablo Giner Martin MIR 791
Javier Jesus Perez Rey MIR 908
Marta Pousibet Almazan MIR 1193
Ignacio Manuel Ledesma MIR 1280

ADMINISTRATIVOS

Secretaría SARTD- Actividad Quirurgica: Talaverano Llopis, MariaJosé

Secretaría SARTD- Unidad Tratamiento Dolor (UDO): Nuñez Sahuquillo , Mª Carmen

Secretaría SARTD-Unidad Cuidados Intensivos (UCI) – Docencia: Fagoaga, Antonio

SUPERVISORES (2)

Silvana Serrano

Antonio Cano

ENFERMERIA UCI (72)

Distribución de enfermería, 6 grupos en cada sala, total de 12 grupos. Cada grupo está formado por 6 enfermeras y 4 TCAES. Ratio enfermería:paciente 2,66

SANITARIOS UCI (3)

3 sanitarios de mañanas de Lunes a Viernes

1 sanitario de tardes de Lunes a Viernes

Fines de semana y festivos NO hay sanitarios, depende de la asignación por el jefe de sanitarios

TCAES UCI (26)

Ratio TCAES 4:1

LIMPIEZA UCI

De lunes a viernes mañanas 2 personas

De lunes a viernes tardes 1 persona

Fines de semana y festivos NO hay personal de limpieza, depende de asignación por encargada de limpieza

FISIOTERAPEUTA

De lunes a viernes por las mañanas 1h por sala dependiendo de las necesidades del servicio.

ENFERMERIA URPA (8)

TCAES URPA (6)

ENFERMERIA DOLOR (1)

ENFERMERIA VPA (1) y TCAE VPA (1)

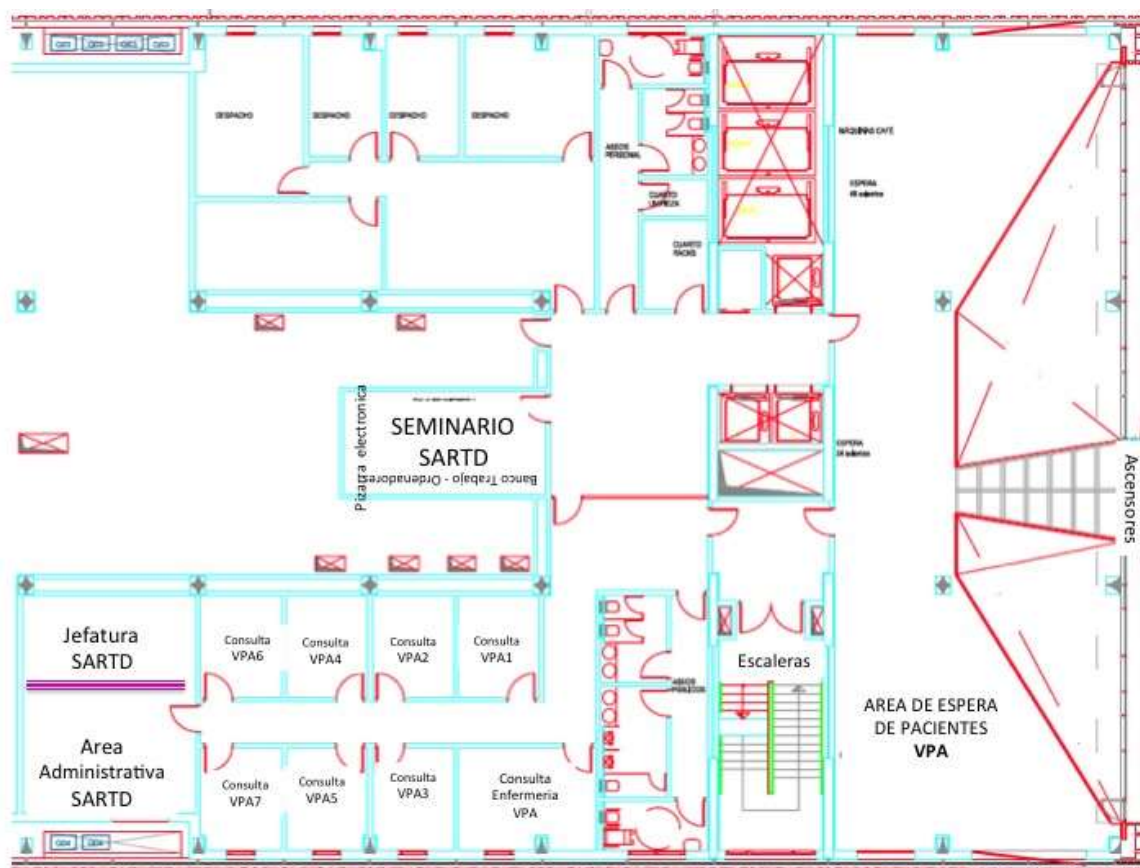
5.2.Recursos Materiales

En el mes de Noviembre de 2014, se procedió al traslado al Edificio Quirúrgico, implicando el cambio de la sede administrativa del Servicio de Anestesia Reanimación y Terapéutica del Dolor, que se ubicará en el Edificio Quirúrgico, Planta 1ª. El edificio quirúrgico fue inaugurado oficialmente el 11 de Febrero de 2015.



5.2.1. Recursos estructurales

5.2.1.1. La sede administrativa del Servicio de Anestesia Reanimación y Terapéutica del Dolor, se encuentra ubicada en el Edificio Quirúrgico, Planta 1ª.



En sus instalaciones incluye

- 1.- Jefatura del Servicio
- 2.- Secretaría del Servicio
- 3.- Seminario del Servicio con funciones de
 - Aula de formación del Servicio: Dotación de red informática y terminales para 10 equipos que posibilite la actividad de formación pre y post-grado indicadas en el apartado correspondiente.
 - Biblioteca y hemeroteca
 - Distribución de la correspondencia

Area de Visita Preanestesica (VPA)

Se ubica en la planta 1 del edificio quirurgico, y se encuentra integrada en el sistema informático de citación del hospital de la Unidad de Documentación clínica y Admisión (UDCA)

- 7 Consultas, dedicadas a la atención médica de pacientes en consulta para realización del estudio preanestesico. Este se realiza en formulario específico a través de la INTRANET y en el Apartado de GESTOR DE INFORMES
- 1 Despacho administrativo y gestión de enfermería

- Asimismo existe la visita preanestésica de enfermos hospitalizados mediante interconsulta emitida por los servicios responsables y que se integra dentro del sistema MEDICOS.NET, integrada como apartado REANIMACION (según nomenclatura de la conselleria de sanidad) y dentro de él los tres subapartados de interconsultas: preoperatorio, cuidados críticos y unidad del dolor.

Area de Cuidados Intensivos Generales (UCI)

- Se ubica en la planta 4 del edificio quirúrgico, y se encuentra dotada de 1.130 m² con 31 camas de las cuales 25 son de cuidados intensivos y 6 de cuidados intermedios (URPA de 24 horas). Se dispone de 10 Boxes de pacientes aislados de 16 m² cada uno.
- Información a familiares y pase de visita de pacientes ingresados en la UCI
- Seminario
- Almacén de material desechable, equipamiento y farmacia
- Vestuarios con aseos y ducha

Unidad de Recuperación postquirúrgica

- Se ubica en dos áreas diferenciadas, una para pacientes de CMA en planta Baja y una para pacientes con ingreso en la segunda planta, y se encuentra dotada de Zona de preparación y recuperación de pacientes con 33 camas y 30 sillones
- Almacén de material desechable, equipamiento y farmacia

3.1.5. Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor

Se ubica actualmente en el Pabellón A I-2-4, y se encuentra dotada de

- 5 Consultas, tres de ellas dedicadas a la atención médica de pacientes en consulta ambulatoria, una a la atención farmacéutica y una para visita y terapias del psicólogo.
- Sala de técnicas consta de 5 camillas separadas por sistema de cortina, con toma de oxígeno individualizada para cada una, con monitorización ECG, TA no invasiva y SpO₂ y Desfibrilador.
- Almacén de material desechable, equipamiento y farmacia
- Vestuarios con aseos y ducha

Material informático: hardware y software.

Hoy día no se puede hacer una labor asistencial, docente e investigadora sin las herramientas técnicas y administrativas que las faciliten.

La informatización de las actividades del SARTD se ha realizado al máximo de las posibilidades y con una política común con la informatización del hospital

Hardware:

- Ordenadores PC: 30
- Impresoras láser: 10
- Impresoras de tinta: 4
- Escáner: 2
- Material multimedia: 4
- Software:
- Programas específicos del Servicio:
- Informatización de las epicrisis.
- Informatización de la Historia de Preanestesia
- Informatización de la Historia de la Unidad de Tratamiento del Dolor
- Informatización de la Historia de la Sección de Cuidados Intensivos
- Informatización del Control de Infecciones de la sección de Cuidados Intensivos



- Programa de control del dolor agudo postoperatorio
- Paquetes de *software* integrales: Microsoft Word (Office-2011) y SPSS para tratamiento estadístico.
- Tratamientos de imagen: Power Point, Posters, video, etc.

Material docente.

- Cámara de vídeo para quirófanos.
- Cámara fotográfica con macro.
- Proyector y pantalla de diapositivas.
- Biblioteca: ubicada en el seminario del SARTD
- Internet con acceso a la biblioteca y sus recursos por la Intranet , y a Pub Med en todos los ordenadores del servicio

Aparataje.

Ecografos

- General Electric Logic E (2 unidades)
- GENERAL ELECTRIC Vivid T8 (1 unidad)
- Esaote Mylab (2 unidades)
- Philips Spark (2 unidades)
- Toshiba Xario 200 (1 unidad- UCI)
- Philips AFFINITY 70 C (2 Unidades) TRANSDUCTORES.
SONDA ETransEsofagicas (para paciente > 30 Kg): Phillips X7-2t transducer TEE probe for remarkable 2D transesophageal imaging (7 to 2 MHz with color flow and PW and CW doppler and M- mode)
Transductor Convexo de 2 a 6 Mhz, de aplicación en exámenes abdominales, pélvicos y FAST.
Sonda de ecocardiografía transtorácica (con el consiguiente paquete de software para ecodoppler transcraneal)

Video Laringoscopios

- CMAC (STORZ©) 2 unidades
- CMAC IMAGER (STORZ©) 2 Unidades
- KING VISION (AMBU©) 3 Unidades
- McGRATH(MEDTRONIC©) 3 Unidades
- AIRTRAQ© 10 unidades

Carro de manejo de via aerea dificil

- 3 Fibro laringoscopios (2 de 5'2 mm y 1 de 3'5 mm)
- Sistema STORZ MEDIPACK con fuente de luz y sistema de recogida y almacenamiento de imagen
- Videoscopio desechable AMBU
- Ambu® aScope™ 3 5.0/2.2
- Ambu® aScope™ 3 Slim 3.8/1.2

3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Es un servicio central con interrelación con los diferentes servicios asistenciales para atender con efectividad las necesidades de los pacientes en función de los recursos disponibles.

La función asistencial se desarrolla en tres áreas de trabajo:

En anestesiología: Hace una gestión del proceso quirúrgico completo: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, actuando como coordinador del proceso global. El hospital es un centro docente universitario con un alto grado de especialización en campos de la cirugía. Por ello, muchos pacientes operados constituyen casos de complejo tratamiento médico y, por tanto, anestesiológico.

El servicio cuenta con anestesiólogos con experiencia en campos de la anestesiología que les permite atender a pacientes difíciles o a situaciones técnicamente complejas con la máxima pericia. La super especialización de los anestesiólogos permite garantizar una asistencia anestesiológica del más alto nivel.

Nuestro servicio está considerado como Centro de Excelencia para la enseñanza de la Anestesia Regional por la Sociedad Europea de Anestesia Regional (ESRA).

<http://esraeurope.org/education/grants/>

Nuestro Servicio está acreditado por la European Society of Anaesthesia (ESA) como centro organizador de la parte I y el "In Training Assessment" (ITA) del European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care examination (EDAIC).

<https://www.esahq.org/education/edaic/about>

<https://www.esahq.org/education/edaic/part-i-examination/registration-for-part-i-examination/>

Nuestro servicio ha sido reconocido primer centro europeo para la formación de anestesiólogos en "anestesia en cirugía torácica" por la European Association of Cardiothoracic Anaesthesiology (EACTA).

<http://www.eacta.org/education/thoracic-exchange-training-programme/>

En Reanimación: Aplica los conocimientos, las técnicas y procedimientos propios de la especialidad en el cuidado de los pacientes médicos y quirúrgicos en situación crítica. El SARTD es responsable de la Gestión de la UCI del Hospital General Universitario de Valencia.

En Tratamiento del dolor: Colabora con los conocimientos, las técnicas y procedimientos propios de la especialidad en el tratamiento del dolor agudo y crónico de los pacientes del hospital tras haber sido correctamente diagnosticados.

La Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor del Hospital General de Valencia es la primera y única acreditada con el máximo nivel de acreditación IV entre las categorías establecidas por la Sociedad Española del Dolor desde el año 2007. Ganadora de los Premios Best in Class (BIC) los años 2008 y 2012, y finalista los años 2009, 2013 y 2014 en la modalidad Atención al Paciente en Unidad Del Dolor

El hospital cuenta con la Fundación para el Estudio y Tratamiento del Dolor, que se fundó en 1996 y que está integrada dentro del organigrama de trabajo de la unidad con la finalidad de poder proveer de todos aquellos servicios que exceden a lo que es puramente asistencial. De este modo se mantiene un vínculo con la asociación de enfermos y entidades que tienen participación en bienestar social, calidad de vida, etcétera.

La Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor es Unidad de referencia para la Comunidad Valenciana desde el año 2007.

Cartera de Servicios

General

Las áreas, servicios y Unidades del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia a las que el Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del dolor proporciona asistencia son:

Especialidades Quirúrgicas : Visita preanestésica, Quirófanos programados, Quirófanos de urgencia, Control y tratamiento del dolor postoperatorio ; en todas las especialidades reseñadas: Cirugía Cardíaca; cirugía General y Digestivo ; Cirugía Plástica ; Cirugía Torácica; cirugía Vasculár; Estomatología; Ginecología y Obstetricia; Neurocirugía; Oftalmología; Otorrinolaringología ; Traumatología; Urología

Quirofanos de Cirugia Robotica en las especialidades de Ginecología; Cirugia Toracica; Urologia; Cirugia Digestivo

Servicios Centrales: Radiodiagnóstico, Hematología.

Especialidades Médicas: Cardiología, Dermatología, Digestivo, Medicina Interna, Nefrología, Neumología ; Neurología, Oncología médica, Pediatría, Psiquiatría. Tratamiento del Dolor agudo y crónico en todas las especialidades médicas.

La propia magnitud de la prestación que realiza hace evidente que el Servicio de Anestesiología Reanimación y Tratamiento del Dolor ocupa a nivel del organigrama hospitalario un lugar transversal en el que distribuye, aprovecha y rentabiliza sus recursos materiales y humanos.

Diferencial

Se asume de forma coordinada que en función de la cartera de servicios consensuada con la dirección del centro, definición de los lugares de trabajo, y por tanto número de productos relacionados con la actividad del servicio de Anestesiología Reanimación y Tratamiento del Dolor del Hospital General Universitario de Valencia, que en la actualidad son:

CONSULTA PREANESTÉSICA

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

1.-Quirófanos programados.

- Con ingreso.
- Sin ingreso (SCMA)

2.-Quirófanos de urgencia.

3.-Actividad obstétrica.

- Programa específico de analgesia epidural para el parto

4.-Anestesia fuera de las áreas quirúrgicas (AFQ)

Medicina digestiva Endoscopia, Eco endoscopia, y colangiopancreatografía-retrograda-endoscópica

- Neumología Intervencionista
- Exploraciones radiológicas.
- Hemodinámica, Angioplastia, Cardioversión, Ablación de arritmias
- Neuroradiología intervencionista
- Exploraciones a niños.
- Tratamientos electroconvulsivos.
- Unidad de Reproducción Humana
- Miscelánea



CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Unidad de Recuperación postquirúrgica U.R.P.Q (funcionamiento de 24 h, de Lunes a Viernes)

REANIMACION DE PROCESOS CRITICOS

- Plantas de Hospitalización
 - Área de Urgencias
 - Unidades de Cuidados Intensivos General y Cardíaca
- PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO (PDA)

- Atención al paciente Postquirúrgico
 - Analgesia del parto
 - Atención al paciente con patologías médicas
- UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Tratamiento del Dolor crónico.

OTRAS ACTIVIDADES

- Atención al paro cardiorrespiratorio y politraumatismo.
- Urgencias generales y de exploraciones.
- Programa de Ahorro de Sangre
- Programa de Explantes y Transplantes
- Programa de Fertilización in Vitro (FIV)

a. Organización y Gestión de la actividad Asistencial

La organización de la prestación asistencial se realiza mediante producción de planilla del SARTD. La planilla es producida siguiendo la norma de organización del SARTD del CHGUV en función de los grupos de trabajo y sus componentes, con el fin de asegurar el buen funcionamiento del servicio y la prestación asistencial DE CALIDAD, de acuerdo a la misión encomendada a nuestro servicio

La planilla tiene dos fases de elaboración:

.- Mensual: Se emite una planilla provisional 15 días antes del mes correspondiente con asignación de funciones, ubicaciones de puestos de trabajo y consignación de prestaciones de acuerdo al convenio laboral vigente: Permisos, Formación, Libranzas, y otros...

.- Semanal: Se emite la planilla definitiva de la semana siguiente los jueves, contemplando todos aquellos cambios e incidencias desarrollados en el periodo desde la emisión de la planilla provisional.

La planilla semanal oficial, una vez visada por el jefe del servicio, es el documento oficial que regula las asignaciones de los puestos de trabajo y de los profesionales del SARTD. La gestión es vía web con el programa de gestión Lya2. <https://servidor.lya2.es/portal/>

TODAS las posiciones asignadas en planilla son oficiales y como tal deben ser cumplimentadas por los profesionales correspondientes, incluidas las de Guardia con sus correspondientes localizaciones específicas.

Cualquier cambio sobre la planilla oficial debe ser realizado siguiendo el mecanismo, que permite el cambio de jornadas de manera simple en profesionales, resultando una vez aceptado el cambio por ambos en la sustitución del nombre del profesional en el sistema. La lista oficial es la que refleja el sistema y por tanto la responsabilidad legal la ostenta el profesional cuyo nombre aparece en la planilla. Este requisito es indispensable dado que, SEMANALMENTE, desde la secretaría del SARTD

se cumplimentan los formularios de actividad del CHGUV en los que figuran los nombres de los profesionales asignados en los diferentes puestos asistenciales.

Además de la información interna para todos los profesionales del SARTD, se remite a las direcciones correspondientes, siendo el documento oficial que refleja las posiciones de los profesionales implicados en la actividad asistencial.

Para la gestión de la actividad quirúrgica de los profesionales del SARTD, seguimos las normas de la American Society of Anesthesiologists, www.asahq.org/For-Members/Standards-Guidelines-and-Statements.aspx, que incluye específicamente en su documento: "STATEMENT ON THE ANESTHESIA CARE TEAM"

<file:///Users/doctras/Downloads/STATEMENT%20ON%20THE%20ANESTHESIA%20CARE%20TEAM.pdf>

En caso de ser necesaria una posible sustitución del profesional inicialmente responsable del paciente, por duración prevista del proceso prolongada, el paciente deberá ser avisado al respecto como una posibilidad de los cuidados anestésicos. **La transmisión de información entre profesionales asegurará en todo momento la seguridad del paciente y su proceso y la calidad global del procedimiento quirúrgico:**

- Finalización temprana de la lista quirúrgica por tiempos quirúrgicos menores que los esperados o ajuste en la técnica quirúrgica realizada. El profesional del SARTD debe comunicarse con el SARTD (Secretaría) para indicar su disponibilidad dado que puede ser adecuada su colaboración con otra actividad del SARTD en el hospital que en ese momento demande su aportación tanto en consultas como en la colaboración con la gestión de otras listas quirúrgicas que tengan demoras en su ejecución.

- Finalización de paciente programado en lista quirúrgica siendo el tiempo asignado para el siguiente superior al que quede de jornada ordinaria. Debe comunicarse al SARTD (Secretaría) y seguidamente a la Dirección del Área quirúrgica para de acuerdo a elementos de decisión se tome la medida más adecuada para la gestión de la programación de acuerdo a tiempos, patología, riesgos por demoras, preparación realizada, etc...

- Duración Quirúrgica (Anestesia+Cirugía) por encima de la estimada para el proceso, superando el tiempo de la jornada ordinaria en la que se este trabajando. El profesional del SARTD asignado en el quirófano continuará en su puesto de trabajo hasta la finalización del procedimiento quirúrgico. La compensación se realizará en el contador del SARTD como horas extraordinarias desde el momento de la finalización de la jornada ordinaria hasta la finalización de la asistencia profesional al paciente y se apuntarán tal y como reza el punto 5.2 del artículo 55 del convenio colectivo (Estructura retributiva) con un "plus del 50% sobre el valor de la hora ordinaria"

Modalidades de prestación asistencial

CONSULTA Y TÉCNICAS DE ANESTESIOLOGÍA

Para este centro de actividad se han consensuado los siguientes tipos de prestaciones:

- **Valoración preanestésica**

Valoración que realiza el anestesiólogo a los enfermos propuestos para una intervención quirúrgica. Incluye la anamnesis y exploración del paciente, la valoración de las pruebas complementarias precisas, y la emisión del informe preanestésico correspondiente con la evaluación del riesgo anestésico y la obtención del consentimiento informado. Toda la atención

se hace mediante el sistema de información del Hospital y la valoración queda integrada en el Gestor de informes.

Se establecen los siguientes tipos:

08 880 00 010 VALORACIÓN PREANESTÉSICA EN CONSULTA EXTERNA

Códigos asistenciales: AN10, AN11, AN11 UR, AN41

08 880 00 020 VALORACIÓN PREANESTÉSICA EN HOSPITALIZACIÓN

▪ **Interconsultas**

Valoración que realiza el anestesiólogo de la situación clínica de un enfermo que no necesariamente será sometido a una intervención quirúrgica.

08 880 00 030 INTERCONSULTA

▪ **Técnicas especiales**

Cualquier actuación del anestesiólogo con un componente instrumental, excepto las realizadas en los otros centros de actividad propios de anestesiología. En términos generales, se incluyen las maniobras de reanimación cardiopulmonar, los procedimientos de control y manejo de la vía aérea y la colocación de accesos vasculares.

08 880 00 040 TÉCNICAS ESPECIALES

No se asigna tiempo técnico a los procedimientos 08 880 00 020 VALORACIÓN PREANESTÉSICA EN HOSPITALIZACIÓN y 08 880 00 040 INTERCONSULTA, puesto que se realizan con el apoyo del personal de enfermería de la planta o de urgencias, cuyo coste no es imputable a Anestesiología.

Toda la información completa del funcionamiento de la consulta así como los protocolos de preparación del paciente en el área de preanestesia, puede ser consultada a través de nuestra página web: <https://chguv.san.gva.es/servicios-salud/servicios-unidades/anestesia>

ANESTESIOLOGÍA

La actividad propia del centro de actividad de anestesiología abarca los apartados a y b de la definición de la especialidad, enunciada en la Resolución del 15 de Julio de 1986.

Criterios para la clasificación de los cuidados anestésicos intraoperatorios

La clasificación de actos anestésicos, se presenta teniendo en cuenta los criterios de tiempo de anestesia, tipo de anestesia, dificultad técnica y riesgo anestésico, en un contexto de simplicidad para la recogida de datos y la estadística. A continuación se detallan los criterios de clasificación y las categorías resultantes.

1. Tipo de anestesia

- ANESTESIA GENERAL
- ANESTESIA COMBINADA (GENERAL + REGIONAL)
- ANESTESIA REGIONAL:
 - Del neuroeje:
 - Subaracnoidea
 - Epidural
 - Combinada (epidural + subaracnoidea)
 - Bloqueo de plexos
 - Bloqueos periféricos
- LOCAL MONITORIZADA: El anestesiólogo proporciona cuidados de control de las funciones vitales, encontrándose en situación de disponibilidad, si el paciente los precisa. Se clasificará sin tener en cuenta el criterio programada/urgente, todos los pacientes deben ser ASA 1 ó 2 (bajo riesgo)

anestésico). Se considera que una duración mayor de 3 horas precisará una actuación del anesthesiólogo que va más allá del estricto control de las funciones vitales, por lo que los casos de anestesia monitorizada de duración mayor de tres horas se clasificarán en la categoría correspondiente de anestesia fuera del área quirúrgica

2. Anestesia según el tipo de intervención

- ANESTESIA PROGRAMADA
- ANESTESIA URGENTE

3. Anestesia fuera del área quirúrgica (AFQ)

Este tipo de anestesia es el que se realiza habitualmente en pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento de radiología intervencionista o diagnóstica de TAC o RM, a un procedimiento de cardiología intervencionista o de hemodinámica, a exploraciones endoscópicas o a analgesia / anestesia en paritorio no acondicionado como área quirúrgica. Se considera área quirúrgica aquella que dispone de sistema de monitorización, máquina de ventilación, canalización de gases anestésicos, subcentral de esterilización y ambiente estéril restringido. La práctica de procedimientos anestésicos en áreas que no reúnan todas estas características se considerarán realizadas fuera de un área quirúrgica. Los recursos anestésicos empleados serán de similar categoría y con los mismos criterios de calidad que los empleados en el área quirúrgica.

4. Anestesia en cirugía mayor ambulatoria (CMA)

Las modificaciones introducidas por el consenso de las actividades de Anestesiología, y la existencia en nuestro centro del servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (SCMA) como forma de organización de la asistencia independiente de los bloques quirúrgicos generales, obligan a modificaciones en los centros de actividad del SIE con el objetivo de poder calcular el coste por intervención de cirugía mayor ambulatoria sea cual sea su modo de organización de la asistencia y con el mínimo sesgo posible. La solución a esta situación implica:

1. Dividir el centro de actividad 431 UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO en los siguientes centros de actividad:

431 BLOQUE QUIRÚRGICO DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO, que obtendrá los indicadores 05 431 00 010 COSTE POR MINUTO DE USO y 05 431 00 020 COSTE POR INTERVENCIÓN.

338 UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTANESTÉSICA DE LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA): Obtendrá el indicador 03 338 00 010 COSTE POR PACIENTE.

2. Crear el centro de actividad 339 UNIDAD DE ADAPTACIÓN AL MEDIO (UAM): que obtendrá el indicador 03 339 010 COSTE POR PACIENTE atendido en la UAM.

3. El coste de la anestesiología se obtiene del centro de actividad 333 Anestesiología. Como toda la actividad anestésica está en este centro de actividad no podemos saber qué tipos de anestesia se proporcionan a los pacientes de cirugía mayor ambulatoria, pero sabemos que, en su gran mayoría, son pacientes para cirugía programada, de bajo riesgo anestésico (ASA1 y 2), intervenidos con anestesia general o regional y con una duración de la intervención no mayor de 60 minutos. Con estas condiciones se puede utilizar el coste del tipo de anestesia 03 330 01 030 ANESTESIA GENERAL, PROGRAMADA, DE 45 A 90 MINUTOS, BAJO RIESGO sin introducir un sesgo apreciable en el cálculo del coste. El coste de la anestesia regional en las mismas condiciones de duración y riesgo es el mismo.



5. Tiempo de anestesia

La duración de la anestesia es el tiempo transcurrido entre la hora de inicio de anestesia (momento en el que se realiza la primera acción del procedimiento anestésico) y la hora final de anestesia (momento en que el procedimiento anestésico concluye en el quirófano).

Se establecen los siguientes cortes temporales para clasificar los actos anestésicos:

- HASTA 45 MINUTOS
- DE 45 A 90 MINUTOS
- DE 90 MINUTOS A 3 HORAS
- DE 3 HORAS A 5 HORAS
- MÁS DE 5 HORAS

Se considerará como anestesia de alto riesgo cualquier tipo de anestesia programada de duración mayor de 3 horas y la anestesia urgente de duración mayor de 90 minutos, independientemente de la clasificación ASA.

6. Grupos de riesgo anestésico

Se establecen a partir de la Clasificación ASA:

- 1: Paciente con una salud normal
- 2: Paciente con enfermedad sistémica leve
- 3: Paciente con enfermedad sistémica grave
- 4: Paciente con enfermedad sistémica grave que amenaza constantemente su vida
- 5: Paciente moribundo que no se espera que sobreviva 24 horas con o sin cirugía
- 6: Paciente con muerte cerebral, cuyos órganos se extraen para trasplante

Se consideran dos grupos de riesgo anestésico:

- **BAJO RIESGO ANESTÉSICO.** Incluye los grupos 1 y 2 de la Clasificación ASA.
- **ALTO RIESGO ANESTÉSICO.** Los grupos 3, 4, 5 y 6 de la Clasificación ASA.

Tipo de anestesia	Intervención	Fuera de área quirúrgica	Tiempo	Grupos de riesgo anestésico
General	Programada	Sí	Hasta 45 minutos	Bajo riesgo
Combinada	Urgente	No	De 45 a 90 minutos	Alto riesgo
Regional			De 90 minutos a 3 horas	
Local Monitorizada			De 3 horas a 5 horas	
			Más de 5 horas	

La escala de URC se construye sobre la base del criterio tiempo de anestesia, que se modula mediante la ponderación del resto de criterios de clasificación. Los factores de ponderación tienen un efecto multiplicativo sobre las categorías de tiempo de anestesia.

	FACTOR DE PONDERACIÓN
Anestesia general	1
Anestesia combinada	1,2
Anestesia Regional	1
Anestesia programada	1



Anestesia urgente	1,3
Anestesia de bajo riesgo	1
Anestesia de alto riesgo	1,5
Anestesia fuera del área quirúrgica	2,5
Anestesia monitorizada, hasta 45 minutos	0,4
Anestesia monitorizada, de 45 a 90 minutos	0,6
Anestesia monitorizada, de 90 minutos a 3 horas	0,9
Anestesia fuera del área quirúrgica (AFQ)	2,5

La anestesia fuera del área quirúrgica constituye una categoría por sí misma. Sólo se modula con la duración de la anestesia y se le consensúa un factor de ponderación de 2,5.

UNIDAD DE RECUPERACIÓN POSTQUIRURGICA (URPQ)

La Unidad de Recuperación Post-Quirúrgica es la concentración de recursos técnicos y humanos para vigilancia y monitorización continua del paciente durante el postoperatorio inmediato, con los objetivos de minimizar la morbilidad postoperatoria y controlar el dolor agudo de los pacientes.

La unidad de medida de actividad es el paciente atendido. Este centro de actividad obtendrá el indicador 03 337 00 010 COSTE POR PACIENTE ATENDIDO EN URPQ.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La unidad de cuidados Intensivos es la encargada de proporcionar cuidados médicos a todo tipo de pacientes, médicos o quirúrgicos, a los que diversas situaciones patológicas hayan conducido a una situación crítica en la que sus funciones vitales se vean gravemente desequilibradas. La unidad iniciará y mantendrá la terapia intensiva adecuada, hasta que se considere superado el estado crítico.

El coste por estancia no es una medida suficiente para reflejar las actividades realizadas en este tipo de unidades. Se plantea un sistema basado en la diferenciación de número de procedimientos básicos (estancias producidas), el número de procedimientos especiales realizados y el número de tratamientos farmacológicos especiales administrados:

1. **PROCEDIMIENTOS BASICOS:** Conjunto de técnicas que constituyen el procedimiento básico de las unidades de cuidados críticos, formado por las prestaciones que se suministran a la mayoría de pacientes ingresados en estas unidades. El procedimiento básico incluye la instauración y el mantenimiento diario de las siguientes técnicas:

- Venoclisis.
- Monitorización electrocardiográfica continua.
- Saturación periférica de oxígeno.
- Presión venosa central.
- Presión arterial no invasiva.
- Sondaje vesical.
- Sondaje nasogástrico.
- Fisioterapia respiratoria.
- Control de diuresis.
- Higiene del paciente.

Se contabilizarán tantos procedimientos básicos como estancias se produzcan en la unidad.

2. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES: Se consideran procedimientos especiales aquellos que se realizan en la unidad de cuidados críticos con personal propio de la unidad, proporcionados en función de las necesidades del paciente. Distinguimos dos categorías de procedimientos, los de ejecución única y los controlados o continuados en el tiempo. Para construir la escala se acuerdan tiempos de dedicación y costes de cada procedimiento y se establece la equivalencia con el procedimiento básico, de forma que se pueda decir a cuántos procedimientos básicos corresponde cada procedimiento especial.

PROCEDIMIENTOS DE EJECUCIÓN ÚNICA: Se contabilizarán tantas veces como se realicen.

- **TÉCNICAS EXPLORATORIAS NO INVASIVAS:** Incluyen la ecografía y el ECG completo.
- **TÉCNICAS EXPLORATORIAS INVASIVAS:** Incluyen los procedimientos fibroendoscópicos y la punción-lavado peritoneal.
- **TRAQUEOTOMÍA:** Sólo deben registrarse las realizadas en la unidad de cuidados críticos, no las realizadas en quirófano. Una vez realizada la traqueotomía, los cuidados ventilatorios se declararán como 07 850 02 130 VENTILACIÓN ARTIFICIAL
- **MARCAPASOS DEFINITIVO:** Sólo los implantados en la unidad.

PROCEDIMIENTOS CONTINUADOS O CONTROLADOS EN EL TIEMPO: Se contabilizan una vez cada día mientras dure el procedimiento.

- **CUIDADOS QUIRÚRGICOS ESPECIALES:** Incluyen todas las acciones necesarias para:
 - Limpiar y curar la herida quirúrgica reciente, durante el tiempo que sea necesario.
 - Controlar los drenajes quirúrgicos: Monitorización del débito en cantidad y aspecto, cambio de bolsas colectoras (bien bolsas de tejadillo o lecheras de drenajes torácicos), toma de muestras para bacteriología ...
 - Tratamiento preventivo de las úlceras por presión, y cura y limpieza si aparecen.
 - Cuidado, cura y mantenimiento de las tracciones esqueléticas.
 - Cuidados de la vía aérea y de los accesos vasculares.
- **TÉCNICAS ESPECIALES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO:** Sólo incluye la analgesia administrada por el paciente, la analgesia subaracnoidea, epidural e interpleural, y la analgesia regional.
- **MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA:**
 - Incluye el doppler trans-esofágico, la monitorización de la arteria pulmonar y el gasto cardiaco, y el control invasivo de la presión arterial.
 - No se incluye la presión venosa central, por considerar que forma parte de los cuidados básicos de una unidad de cuidados críticos.
- **MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA:** Incluye la monitorización de la presión intracraneal, la saturación del golfo de la yugular y el índice biespectral.
- **VENTILACIÓN ARTIFICIAL:** Se incluyen todos los tipos de asistencia ventilatoria tanto invasivos como no invasivos.
- **DEPURACIÓN RENAL EXTRACORPÓREA:** Incluye las técnicas de hemofiltración y diafiltración veno-venosa y arterio-venosa continuas y la diálisis peritoneal.



UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL ESTUDIO Y DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

CATALOGO DE SERVICIOS DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMIENTO DEL DOLOR		
CÓDIGO	PROCEDIMIENTOS	URC
01 CONSULTAS		
07 87A	01 010 PRIMERA VISITA HISTORIA CLÍNICA	1,00
07 87A	01 020 CONSULTA SUCESIVA	0,36
07 87A	01 030 INTERCONSULTA	0,81
07 87A	01 040 CONSULTA TELEFÓNICA	0,27
07 87A	01 050 CONSULTA DE PSICÓLOGO	1,08
07 87A	01 060 SESIÓN EN GRUPO DE PSICÓLOGO	1,08
07 87A	01 070 ESCUELA DE ESPALDA, SESIÓN	2,16
02 PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS AMBULATORIOS		
07 87A	02 010 BLOQUEO SIMPÁTICO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO	1,62
07 87A	02 020 BLOQUEO SOMÁTICO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO	1,62
07 87A	02 030 PRUEBA ENDOVENOSA DE REGITINA	1,34
07 87A	02 040 PRUEBA ESPINAL DIFERENCIAL	5,01
07 87A	02 050 TERMOGRAFÍA	1,62
07 87A	02 060 EXPLORACIÓN DE PUNTOS GATILLO	0,35
07 87A	02 070 BLOQUEO NERVIOSO DOSIS ÚNICA	1,65
07 87A	02 080 BLOQUEO NERVIOSO CONTINUO	2,09
07 87A	02 090 BLOQUEO REGIONAL ENDOVENOSO	3,08
07 87A	02 110 INFILTRACIÓN PERIFÉRICA DE PUNTOS GATILLO CON ANESTESIA LOCAL	0,73
07 87A	02 120 INFILTRACIÓN PERIFÉRICA DE PUNTOS GATILLO CON TOXINA BOTULÍNICA	11,37
07 87A	02 130 INFILTRACIÓN PERIFÉRICA ARTICULAR CON SOD	3,42



07 87A	02 140	INFILTRACIÓN PERIFÉRICA ARTICULAR CON CORTICOIDES	0,98
07 87A	02 150	INFILTRACIÓN PERIFÉRICA ARTICULAR CON ÁCIDO HIALURÓNICO	3,42
07 87A	02 160	VENOCLISIS	1,36
07 87A	02 180	IONTOFORESIS	1,60
07 87A	02 190	ELECTROESTIMULACIÓN NERVIOSA TRANSCUTÁNEA (TENS)	0,64
07 87A	02 210	CUIDADOS QUIRÚRGICOS	0,32
07 87A	02 220	PROGRAMACIÓN DE NEUROESTIMULADOR IMPLANTADO SIMPLE	0,41
07 87A	02 230	PROGRAMACIÓN DE NEUROESTIMULADOR IMPLANTADO DE DOBLE CANAL	0,77
07 87A	02 240	PROGRAMACIÓN DE RADIOFRECUENCIA	0,59
07 87A	02 250	TÉCNICA DE INFUSIÓN ESPINAL: RELLENO Y PROGRAMACIÓN DE BOMBA POR TELEMETRÍA	1,90
07 87A	02 260	TÉCNICA DE INFUSIÓN ESPINAL: RELLENO DE BOMBA DE FLUJO FIJO	1,90
07 87A	02 270	TÉCNICA DE INFUSIÓN ESPINAL: RELLENO Y PROGRAMACIÓN DE BOMBA ELECTRÓNICA DE INFUSIÓN AMBULATORIA EXTERNA	1,90
07 87A	02 280	TÉCNICA DE INFUSIÓN SISTÉMICA	4,13
		SESIÓN DE CONTROL PARA CATÉTERES EPIDURALES O DEL PLEXO BRAQUIAL	
		FRÍO LOCAL. MESOTERAPIA Y ESTIRAMIENTO.	
03 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN UNIDAD DEL DOLOR			
07 87A	03 010	BLOQUEO SIMPÁTICO PARAVERTEBRAL	4,94
07 87A	03 020	BLOQUEO NEUROLÍTICO EPIDURAL O SUBARACNOIDEO	2,17
07 87A	03 030	INFILTRACIÓN SACROILÍACA	3,32
07 87A	03 040	CATÉTERES ESPINALES TUNELIZADOS CON / SIN BOMBA DE INFUSIÓN EXTERNA	7,34
07 87A	03 050	TÉCNICAS DE CRIOANALGESIA	4,07
07 87A	03 060	TÉCNICAS DE RADIOFRECUENCIA	5,26
		PCA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE MEDIANTE BOMBAS DE INFUSION	
		BLOQUEO / RADIOFRECUENCIA SIMPATICO CERVICO TORACICO	
		BLOQUEO ARTICULAR DE LA RODILLA	



		BLOQUEO ARTICULAR DEL HOMBRO	
		COLOCACION CATETER AXILAR O EN PLEXO BRAQUIAL	
		COLOCACION DE CATETER EPIDURAL LUMBAR , CERVICAL Y TORACICO	
		PARCHE HEMATICO EPIDURAL	
		BLOQUEO ARTICULAR COXOFEMORAL	
CATALOGO DE SERVICIOS DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMIENTO DEL DOLOR			
04 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN ÁREA QUIRÚRGICA			
07 87A	04 010	BLOQUEO DEL PLEXO CELIACO	4,13
07 87A	04 020	BLOQUEO DEL PLEXO HIPOGÁSTRICO SUPERIOR	4,40
07 87A	04 030	BLOQUEO FACETARIO POSTERIOR VERTEBRAL	2,34
07 87A	04 040	DISCOGRAFÍA	2,34
07 87A	04 050	BLOQUEO DEL GANGLIO DE GASSER	1,73
07 87A	04 060	BLOQUEO DEL GANGLIO ESFENOPALATINO	2,00
07 87A	04 070	BLOQUEO SIMPÁTICO PARAVERTEBRAL	4,13
07 87A	04 080	BLOQUEO NEUROLÍTICO EPIDURAL O SUBARACNOIDEO	1,46
07 87A	04 090	INFILTRACIÓN SACROILÍACA	2,61
07 87A	04 100	CATÉTERES ESPINALES TUNELIZADOS CON / SIN BOMBA DE INFUSIÓN EXTERNA	6,20
07 87A	04 110	TÉCNICAS DE CRIOANALGESIA	3,22
07 87A	04 120	TÉCNICAS DE RADIOFRECUENCIA	4,40
07 87A	04 130	TÉCNICAS DE ADHESOLISIS EPIDURAL	9,25
07 87A	04 140	IMPLANTE, PRIMER TIEMPO, UN ELECTRODO	1,62
07 87A	04 150	IMPLANTE O RECAMBIO O EXPLANTE, SEGUNDO TIEMPO, UN ELECTRODO	1,62
07 87A	04 160	IMPLANTE, PRIMER TIEMPO, DOS ELECTRODOS	2,16
07 87A	04 170	IMPLANTE O RECAMBIO O EXPLANTE, SEGUNDO TIEMPO, DOS ELECTRODOS	2,16
07 87A	04 180	IMPLANTE, Y/O REVISIÓN, Y/O RECAMBIO, Y/O EXPLANTE DE CATÉTER ESPINAL Y RESERVORIO SUBCUTÁNEO	1,62



07	04 190	IMPLANTE, Y/O REVISIÓN, Y/O RECAMBIO, Y/O EXPLANTE DE CATÉTER ESPINAL Y BOMBA INTERNA	1,62
		BLOQUEO SUBARACNOIDEO NEUROLITICO	
		EPIDUROSCOPIA	
		NUCLEOPLASTIA Y TERAPIAS INTRADISCALES	
		MAPPING EPIDURAL DE RAICES SACRAS CATETER RADIOFRECUENCIA	
		BLOQUEO TRANSFORAMINAL CON CONTROL DE IMAGEN	
		VERTEBROPLASTIA	
		CIFOPLASTIA	

CONSULTAS

1.- CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA:

Corresponde al de una policlínica convencional, estando ubicadas las instalaciones en el piso segundo área I-2-4, siendo sus Normas de funcionamiento las siguientes:

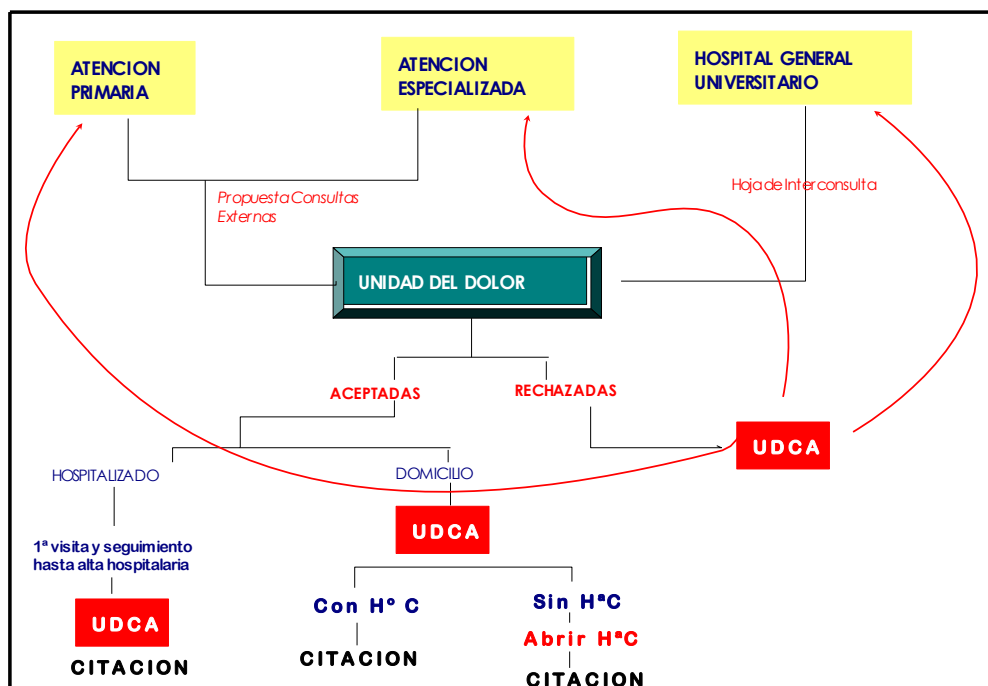
1.1.La citación está centralizada en la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) del hospital, desde donde se asigna un código y fecha de visita al enfermo en los codigos UDOC01, UDOC02, UDOC03, UDOFAR, UDOPSI, UDOENF.

1.2.La Historia Clínica del enfermo en la Unidad se encuentra informatizada y centralizada en la red informatica general del hospital, accesible desde todas las estaciones de trabajo disponibles una en cada consulta.

Se realizan diariamente primeras visitas , revisiones, técnicas e interconsultas a enfermos hospitalizados.

1.3.La espera de pacientes se realiza en la zona de distribución externa al pasillo de entrada a la Unidad de Reanimación compartida con Ecografías cardíacas, Coronarias y Reanimación. La llamada se realiza mediante megafonía desde cada una de las consultas.

1.4.El funcionamiento para la asistencia es de 8 a 15 horas. Las visitas se programan por citación a través del sistema informático del hospital (UDCA) y se dejan huecos diariamente para la demanda de consultas por imprevistos y urgencias.



INTERCONSULTAS

Se reciben interconsultas de todos los servicios de nuestro centro a través del sistema informatizado común a todos los servicios hospitalarios. Existe personal asignado para su realización junto con la realización de primeras visitas por lo que la cumplimentación depende de la tarea asistencial programada.

PETICION DE EXPLORACION DE ALTA TECNOLOGIA

Basado en el principio de remisión, el cual supone que los pacientes con dolor crónico deben tener un diagnóstico y haber descartado la posibilidad de un tratamiento curativo, la solicitud de exploraciones es limitada en la primera visita y se realiza a posteriori si la evolución del paciente así lo aconseja y no existe un servicio clínico responsable de su solicitud.

CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN.

Se dispone de una cuota de 1 cama de hospitalización asignadas en el área I 2-3

URGENCIAS

-No existe una dotación de personal médico/enfermería específico de la unidad sobrepasadas las 15 horas, siendo atendidas las incidencias tanto en plantas de hospitalización como en el área de urgencias por el equipo de guardia de Anestesia como tarea añadida a las funciones propias de su trabajo en el Área de Urgencias.

- Los pacientes vistos en el día en el área de urgencias y que precisan atención inmediata se consideran como "Urgencia continuada" y se remiten al día siguiente para su atención en la consulta externa de la Unidad de Tratamiento del Dolor.

QUIROFANO

Se realizan tres sesiones por semana, los miércoles y viernes por la mañana y los jueves por la tarde y miércoles quincenales. Todo en contexto de cirugía sin ingreso

SESIONES

-Los lunes se realiza una sesión multidisciplinar de los miembros de la unidad donde se comentan los casos relevantes de la semana, normas internas de funcionamiento y cualquier tema de interés.

Semanalmente realizamos una sesión conjunta de la Escuela de Espalda con el servicio de Rehabilitación.

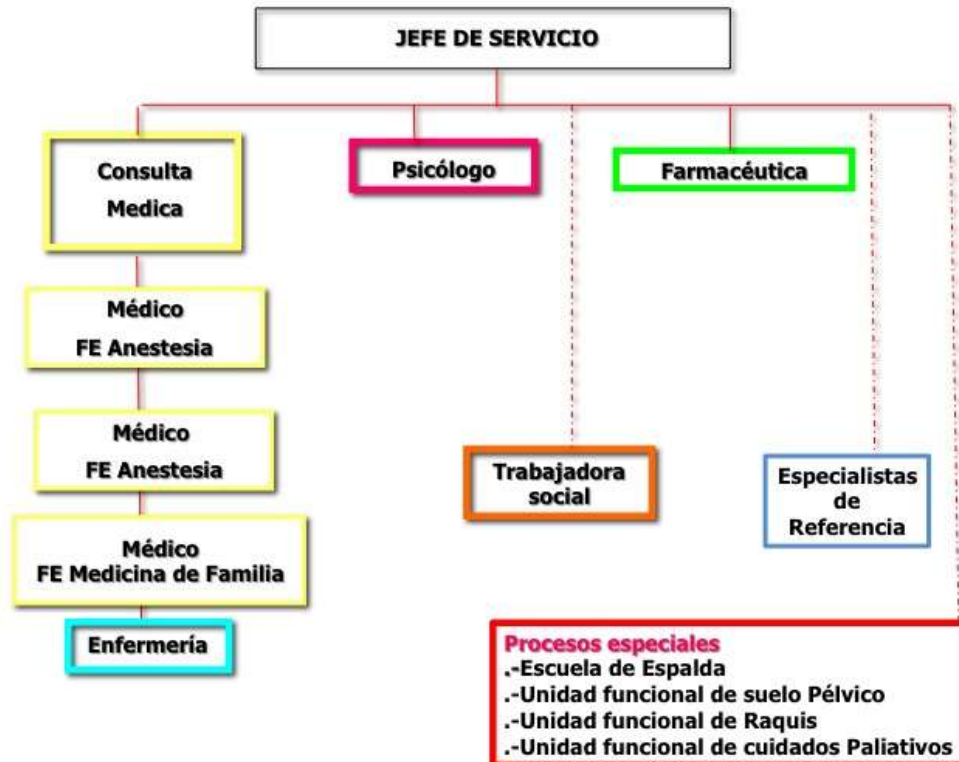
-Quincenalmente realizamos una sesión conjunta de la Unidad Funcional interdisciplinar de cuidados paliativos y de la que forma parte la unidad.

-Mensualmente realizamos una sesión conjunta de la Unidad Funcional interdisciplinar de raquis y de la Unidad funcional de suelo pélvico de las que forma parte la unidad.

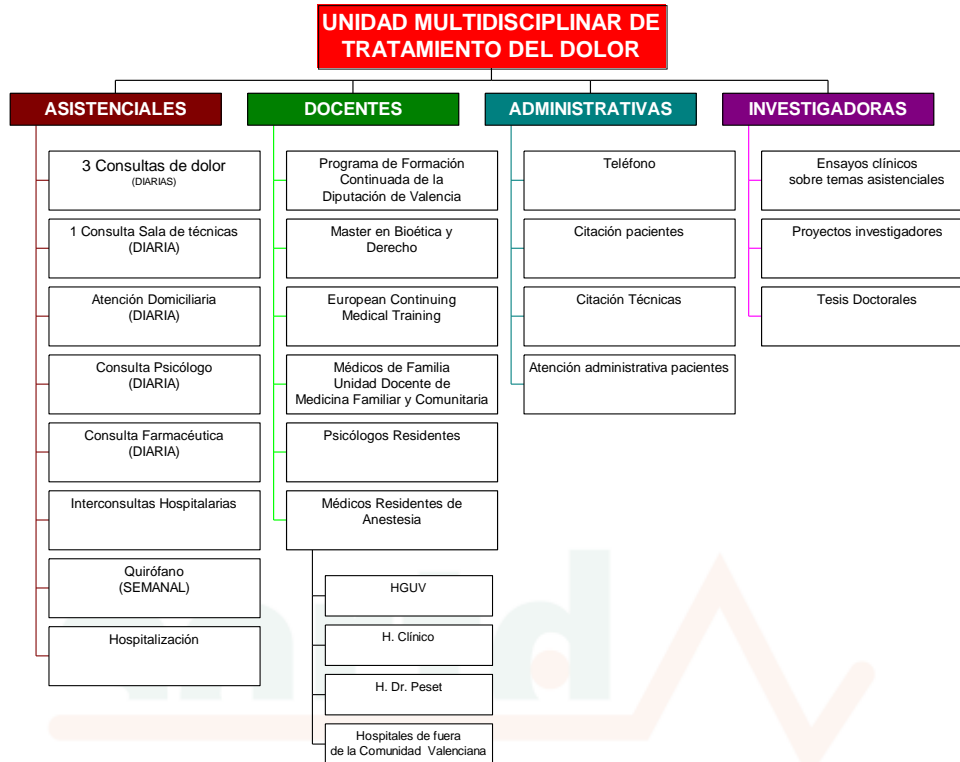
Dada la heterogeneidad de estas actividades, el mapa de procesos resulta una herramienta de especial utilidad para dar una visión de conjunto de las áreas que se integran y coordinan en la Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor. Desde el punto de vista práctico, los elementos del proceso se recogen en la ficha del proceso, que tienen en común la identificación del nombre del proceso, de su propietario o responsable, la finalidad, las actividades que comprende y, por supuesto, las entradas y las salidas. A partir de la ficha del proceso se elabora el diagrama de flujo, en el que se representan de manera gráfica las diferentes etapas que se identifican dentro del proceso, dónde se desarrollan y qué registros se asocian a ellas.

Las actividades de la unidad del dolor se recogen en dos centros de actividades, según se trate de actividades de hospitalización o ambulatorias.

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL



ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE LOS PROCESOS



b. Gestión de Pacientes en Consultas Externas. Consulta de Preanestesia

Día	VPA-C01	VPA-C02	VPA-C03	VPA-OBS	VPA-C04	VPA hospitalización
Lunes	18	18	18	Max 30	8	PROGRAMADO
Martes	18	18	18			PROGRAMADO
Miercoles	18	18	18			PROGRAMADO
Jueves	18	18	18			PROGRAMADO
Viernes	18	18	18			PROGRAMADO

Horario de 8 a 15 horas

Resultado de valoración del paciente integrado en el Sistema Hosix - apartado de "colas de programación" :

1. VPA OK
2. VPA OK ver indicaciones informe preaneestesia
3. VPA OK intubación con fibrobroncoscopio
4. VPA OK Tratamiento con antiagregantes plaquetarios
5. VPA OK tratamiento con anticoagulantes orales (dicumarínicos)

- 6. VPA demorada
- 7. Rechazada Intervención
- 8. No presentado
- 9. VPA OK. Ahorro de Hemoderivados
- 10. VPA OK. Ahorro de Hemoderivados-Autotransfusión
- 12. VPA OK. GRAM GEA
- 13. VPA DAI-PROGRAMAR SOLO MAÑANA
- 14. 12.VPA OK. GRAM GEA Ver Informe

Toda la información completa del funcionamiento de la consulta así como los protocolos de preparación del paciente en el área de preanestesia, puede ser consultada a través de nuestra página web.

http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/ServiciosHospitalarios/AnestRea/Documents/Protocolos/SARTD_PreanestesiaDOSSIER_Version3.pdf

Consulta de Unidad de Tratamiento del Dolor

Día	UDOC01	UDOC02	UDOC03	UDOFAR	UDOPSI	UDOENF
Lunes	18	18	10	10	8	
Martes	18	18	10	10	4	
Miercoles			10	10	8	
Jueves	18		10	10	4	
Viernes	18			10	8	

Horario de 8 a 15 horas

c. Gestión de Pacientes en técnicas diagnóstico-terapéuticas. Anestesia Fuera de Quirofanos (AFQ)

Los avances en las técnicas no invasivas de tratamiento y diagnóstico que se producen rápidamente en las especialidades médicas ha hecho que en los últimos años sea requerida la asistencia anestésica para sedar profundamente, anestesiarse y monitorizar a pacientes en áreas alejadas del quirófano y para procedimientos no quirúrgicos.

La anestesia en estas áreas presenta varios problemas generales:

- 1.- No suele haber una estructura anestésico-quirúrgica diseñada para administrar anestesia o tratar las complicaciones derivadas de ellas.
- 2.- Los pacientes no están valorados desde el punto de vista anestésico y muchas veces se carece de una historia clínica adecuada ya que sólo acuden al hospital para ser sometidos a un determinado tratamiento o exploración.
- 3.- Los pacientes suelen tener patología asociada grave o problemas que impiden que la exploración se realice sin anestesia; es por tanto frecuente encontrarse con pacientes graves en situación de valoración y equipamiento precarios.
- 4.- El personal no está entrenado o formado para ayudar en la anestesia o para colaborar en el tratamiento de las complicaciones que puedan surgir.

5.- Son áreas no equipadas para anestesia con lo cual debe ser improvisado el traslado del equipo que se localiza en otras áreas o bien se destina allí el material más viejo del Servicio.

6.- La gran mayoría de pacientes deben regresar a sus domicilios tras la exploración, y entran en consideración todos los riesgos y precauciones de la anestesia ambulatoria.

Los objetivos del servicio de Anestesiología en estas áreas son obviamente, adaptarse a los requerimientos de los servicios que solicitan asistencia, y para ello los cuidados anestésicos monitorizados incluyen todos los aspectos del cuidado anestésico: visita previa al procedimiento, manejo anestésico durante y después del procedimiento.

Durante los cuidados anestésicos monitorizados el anestesiólogo desempeña una serie de cuidados específicos, que incluyen pero no se limitan a:

- Diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos que ocurran durante el procedimiento.
- Soporte de las funciones vitales.
- Administración de fármacos sedantes, analgésicos, hipnóticos, agentes anestésicos u otros fármacos necesarios para el cuidado del paciente.
- Soporte físico y psicológico.
- Otros servicios médicos necesarios para la seguridad del procedimiento.

La elección del régimen anestésico más adecuado para cada caso, se realiza en base a la patología y la posibilidad de colaboración del paciente y a las características del procedimiento que se va a realizar (duración, grado de inmovilidad necesario, si es o no doloroso, posición del paciente...). Como norma se aplica el nivel de sedación-anestesia más ligero que permita el procedimiento y utilizando el menor número posible de fármacos, pero pensando que una sedación o analgesia inadecuada puede resultar en profundo disconfort o lesión para el paciente por falta de cooperación o respuesta la estrés.

Las técnicas diagnóstico-terapéuticas que habitualmente aplicamos sedación-anestesia en areas fuera de quirofanos (AFQ) son:

1. Procedimientos diagnósticos

- *Area de radiodiagnóstico*
 - *Tomografía computerizada*
 - *Resonancia magnética*
- *Otras:*
 - *Endoscopia digestiva*
 - *Punción lumbar*
 - *Punción medular*
 - *Biopsia muscular*

2. Exploraciones oftalmológicas

Procedimientos terapéuticos

- Endoscopia digestiva
- *Psiquiatria*
 - *Terapia electroconvulsiva*
- Radiología intervencionista
 - *Neuroradiologia*
 - *Cardiovascular*
- Cardiología Intervencionista

- Ablación de arritmias
- Cardioversión
- Angioplastias
- Radioterapia
- Unidad de reproducción humana
 - Punción ovariarios
- Urgencias
 - Sutura de desgarros cutáneos
 - Colocación de vía central
 - Reducción de fracturas

Toda la información completa del funcionamiento del área de AFQ así como los protocolos de preparación del paciente, puede ser consultada a través de nuestra página web.

<https://chguv.san.gva.es/servicios-salud/servicios-unidades/anestesia>

e. Gestión de Pacientes Hospitalizados

En pacientes hospitalizados el SARTD realiza tres procesos o programas:

1. Programa de tratamiento del dolor agudo

Desde Septiembre del año 2003 se encuentra en marcha el PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA EN EL CHGUV. En este programa se han realizado, entre otros, de forma progresiva:

- I. Conocimiento de la situación de partida en el CHGUV: Ausencia de protocolos de tratamiento de dolor agudo postoperatorio.
- II. Elaboración de una vía clínica, con el objetivo de facilitar la introducción de los protocolos de analgesia y disminuir la variabilidad innecesaria en la práctica clínica.
- III. Se han elaborado protocolos de tratamiento del dolor, en función de la especialidad quirúrgica y de la intensidad del dolor, consensuados con el estamento médico y de enfermería del servicio quirúrgico correspondiente, todos ellos basados en analgesia multimodal.
- IV. Desde el año 2005, y con carácter Nacional, se realiza el "CURSO DE ANALGESIA REGIONAL PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO". Este curso se encuentra acreditado por el EVES con un total de 13 Créditos de formación continuada.
- V. Se han incluido todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía mayor con resultado de dolor severo-moderado, mediante la aplicación de los protocolos de actuación, que se aplican en la UR PQ, donde transcurren las primeras horas del postoperatorio. A la llegada del paciente a la UR PQ se incluyen en el protocolo correspondiente según el tipo de cirugía, respetando en la medida de lo posible, las vías de administración iniciadas en el intraoperatorio por el anestesiólogo de quirófano. Se realiza una visita diaria de los pacientes incluidos en los protocolos (censo de pacientes), supervisando las posibles incidencias que hayan podido suceder tanto técnicas como de efectos adversos de los tratamientos. Se realiza un seguimiento de 48 horas (2 visitas), indicándose en la 2ª visita la hora y día de retirada de los dispositivos de infusión y de los catéteres.
- VI. Se ha incluido la Analgesia para trabajo de parto dentro del Programa de Dolor Agudo, como una modalidad de dolor agudo con su definición específica y protocolización a través de la vía clínica que en su día se consensuó con todos los servicios implicados

Toda la información completa del funcionamiento del programa así como los protocolos de tratamiento del paciente, puede ser consultada a través de nuestra página web.

http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/ServiciosHospitalarios/AnestRea/Documents/Programa_Tto_Dolor_AgudoV3.pdf

REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO ESPECIFICO DEL PROGRAMA DE DOLOR AGUDO

Tareas asignadas a cada turno de trabajo en horario laboral de mañana y tarde, y fin de semana

Mañanas día laborable

- .- 8-15 Responsable de gestión Médico de presencia en URPQ y de toda la dispensación y preparación de sistemas la enfermería de la URPQ
- .- Guardia para Urgencias en Obstetricia asume la analgesia del parto
- .- Guardia para Urgencias asume el control de sistemas en planta en caso de llamadas

ACTIVIDAD

1. Revisión de todos los pacientes incluidos en PDA, anotando en la historia clínica del paciente los datos de eficacia, efectos adversos o cualquier problema que puede surgir en relación con los tratamientos instaurados.
2. Órdenes médicas de tratamiento analgésico en la historia clínica de cada paciente incluido en el PDA, siguiendo los protocolos establecidos para cada tipo de procedimiento quirúrgico e individualizado para cada paciente.
3. Solución de efectos adversos relacionados con los tratamientos analgésicos.
4. Órdenes médicas acerca de la retirada de catéteres neuroaxiales.
5. Asegurar la continuidad de los tratamientos analgésicos instaurados (cambio de elastómeros agotados) con la colaboración de la enfermería de la URPQ.
6. Seguimiento de los pacientes postquirúrgicos o tras el trabajo de parto en que se haya notificado una punción húmeda.
7. Seguimiento de los pacientes con CPPD. Tratamiento de la CPPD según el protocolo de actuación.
8. Atención inmediata de cualquier llamada que requiera tratamiento de dolor incidental en cualquier paciente postquirúrgico o médico.
9. Atención inmediata de la analgesia para el parto en cooperación con el equipo de matronas y obstetras.
10. Atención inmediata del dolor incidental en el curso del trabajo de parto en las pacientes en que se haya iniciado el tratamiento del dolor con analgesia epidural.

Tardes día laborable , Festivos y Fin de semana

- .- Residente de guardia para Servicio Urgencias (SU) bajo la supervisión de los adjuntos de guardia del SU : busca 446715

ACTIVIDAD

1. Revisión de todos los pacientes incluidos en PDA, anotando en la historia clínica del paciente los datos de eficacia, efectos adversos o cualquier problema que puede surgir en relación con los tratamientos instaurados.
2. Atención inmediata de cualquier llamada que requiera tratamiento de dolor incidental en cualquier paciente postquirúrgico o médico.
3. Atención inmediata de la analgesia para el parto en cooperación con el equipo de matronas y obstetras.
4. Atención inmediata del dolor incidental en el curso del trabajo de parto en las pacientes en que se haya iniciado el tratamiento del dolor con analgesia epidural.

2. Seguimiento de pacientes ingresados para realización de procedimientos de dolor crónico

La información al respecto se encuentra en el apartado correspondiente

3. Visita preanestésica de pacientes ingresados de los diferentes servicios médicos y quirúrgicos

La información al respecto se encuentra en el apartado correspondiente

4. Reanimación Cardio Pulmonar en situaciones de riesgo vital

Actualmente, una intervención sistematizada que ha probado su eficacia tanto en el medio extrahospitalario como en el hospitalario. La creación de un sistema integral de paradas garantiza un mecanismo de provisión de soporte vital que no solo depende de las habilidades y conocimientos de los profesionales.

Nuestro sistema consta de 4 eslabones:

1. Activación del sistema de emergencias. Identificación de la situación de Paro. La activación del sistema presupone el conocimiento del mismo.
2. Reanimación CardioPulmonar (RCP) básica. Inicio inmediato de maniobras para mantener un flujo sanguíneo capaz de mantener la viabilidad de los principales órganos.
3. Desfibrilación precoz. Es la acción más eficaz para revertir FV/TV. El buen pronóstico de la desfibrilación precoz ha hecho que cada vez se facilite más su uso.
4. El soporte vital avanzado es el último eslabón y se basa en la necesidad de estabilizar primero y actuar sobre las causas que lo han desencadenado.

EN el tratamiento del paciente en situación crítica, desde el Año 27 de Marzo de 2007 el CHGUV cuenta con la **COMISIÓN DE GUÍA Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS** en la que el SARTD tiene una participación destacada para el diseño de sus actuaciones y toma de decisiones en la adquisición de recursos.

Existe un manual del PROGRAMA PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN CRÍTICA Y EL SISTEMA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) INTRAHOSPITALARIA del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGU).

La existencia y funcionamiento del programa debe ser conocido por todos los miembros del SARTD y es obligación del residente su consulta y aprendizaje. Para su revisión consultar en la intranet del CHGUV

<https://chguv.san.gva.es/web/portal-empleado/comisiones-y-comites>

dentro de ella en la COMISION DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CRITICO se encuentran los documentos

<https://chguv.san.gva.es/documents/168134/689424/Comisi%C3%B3n+de+seguimiento+del+paciente+cr%C3%ADtico+Documentos.pdf/e3e84db4-fafd-4995-8ff7-fecb8748afc9>



Comisión de seguimiento del paciente crítico

DOCUMENTOS 

[Protocolo-RCP periferica- 2017](#)

[Protocolo-RCP_criticos pediátrico](#)



5. Actividad quirúrgica

El Hospital General Universitario de Valencia dispone actualmente de

Edificio Quirúrgico:

- 20 quirófanos de 48 m²
- 1 quirófano multidisciplinar de 96 m² en planta sotano
- 2 en planta sotano
- 6 CMA en planta baja
- 12 en planta 2^a

Edificio Materno Infantil- Servicio de Obstetricia y Ginecología

- 2 Salas de Partos 4^º piso

Servicio de Urgencias:

- 2 quirófanos Disponible 24 horas



6. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI-Anestesia

6.1. Número de facultativos de guardia y ratios:

- de octubre a junio (ambos incluidos): 4
- julio/septiembre, periodos vacacionales navidad/pascua (coincidiendo con disminución de actividad quirúrgica): 3 + 1 adj uci tardes
- agosto: 2 + 1 adj uci tardes

NÚMERO DE FACULTATIVOS EN SALA: 6 + 1 COORDINADOR

NÚMERO DE FACULTATIVOS EN SALA AGOSTO: 3 + 1 coordinador

RATIO PACIENTES/FACULTATIVOS: 3pacientes/facultativo

NÚMERO DE RESIDENTES: 162 de guardia + 16263 rotatorio

URPA: 1 FACULTATIVO DE MAÑANAS Y 1 FACULTATIVO DE TARDES

URPA TARDES desaparece del 15 de julio al 15 de septiembre (no actividad qx por la tarde)



Distribución de las camas/pacientes/pase a transmitir información: ratio paciente-médico 3:1.
Durante la guardia ratio paciente-médico 10:1 (en los periodos de octubre-junio es 8:1 justificado por la carga asistencial en ese periodo)

Distribución de los adjuntos: 5 adjuntos por sala contando con la guardia. Durante los meses de julio y septiembre, así como en los periodos festivos que sólo son 3 de guardia, la distribución de pacientes durante la guardia es:

G1: 1-12

G2: 14-29

G3: 30-40

6.2. Reparto de funciones

6.2.1. GUARDIA 1 JEFE DE LA GUARDIA

Es el JEFE DE LA GUARDIA de anestesia (de todo el servicio de anestesia, ante cualquier incidencia en anestesia durante la guardia es la figura a la que se debe dirigir cualquier miembro del servicio, tanto de UCI como de quirófanos de urgencia). Es la persona que supervisará la guardia, debe llevar el busca 1 446876.

Funciones:

1. GESTION DE CAMAS

El Jefe de la Guardia "Saliente" es el encargado de revisar si hay camas para los ingresos solicitados de cirugía programada. Informa a la supervisión de las altas para que se pueda ir gestionando su salida a sala de hospitalización y rellena el papel a tal efecto.

El adjunto que figura como GUARDIA 1 es el "Jefe/Responsable de la Guardia". En caso de falta de camas para la previsión de ingresos, el adjunto G1 que sale de guardia, lo COMUNICA a la Supervisión de Quirófano 446803 (Sergio) a las 8.00h para que se active el protocolo según IT (recordarle también si existe petición de UCI de otras áreas que no estén en el 2º piso). Avisa también a la supervisión de la UCI (Silvana 446939/Toni 448218) a las 8.00h para que se paralice la actividad en los quirófanos respectivos (2º piso o sótano en caso de CCA) y no entren los pacientes. La Supervisión de Quirófano avisará a los respectivos Supervisores de otras áreas quirúrgicas: Diego 446944 (quirófanos CCA sótano), Paco Sauri 446750 (Rx intervencionista), Inmaculada 446987 (Hemodinámica). A continuación, con el coordinador, se deciden qué quirófanos se suspenden, si es que finalmente tras reevaluar la sala no se pueden acoplar las camas ni en UCI ni en Unidad Coronaria.

Por norma, se evita suspender todo aquello que sea oncológico, o que competa a varios servicios (cirugías largas trauma oncológica y plástica, neurofisiología....) o que ya se haya suspendido previamente. Se debe contactar con Dirección Quirúrgica 485824 para comunicar e informar de la situación y avisar a quirófano para que puedan proceder con la decisión tomada. Informar a la secretaria del Servicio 187554, a través de los secretarios del SARTD para informar al Jefe de Servicio. Durante todas estas gestiones el pase de la guardia sigue su curso para no demorar la actividad



2.REFERENTE DE LA GUARDIA DEL SERVICIO DE ANESTESIA.

3.GUARDIA 1-2-3-4 BUSCAS UCI:

G1 446876

G2 485878

G3 446877

G4/RESIDENTE 441550

Los salientes de guardia deben dejar una previsión de las posibles altas para poder hacer una planificación de los ingresos programados para el día siguiente. Las altas de URPA 24h deben adelantarse durante la guardia si la actividad lo permite.

Dada la alta ocupación de camas que tenemos las altas deben estar firmadas y se antes de las 10am, en consecuencia los pacientes se trasladaran a la sala de hospitalización entre las 9 y las 11am. Previo a su paso a sala se llamará a los familiares por teléfono y serán informados por el médico que firme el alta del informe. En caso de demora en las altas, el médico responsable informará a los familiares sobre el estado del paciente y el plan a seguir en el horario habitual de información.

4.VALORACIONES EXTERNAS, sistema de respuesta rápida y politrauma Box1. Un

adjunto de mañanas de cada sala se encargará de las valoraciones externas y del Box1, se debe tener en cuenta a la hora de la distribución de pacientes.

5.Control de infecciones: cada facultativo rellenará la ficha de infecciones que se creará de cada paciente que evolucione. Facultativo para ENVIN: durante el periodo ENVIN 1 facultativo de la unidad estará asignado para ello, con la consiguiente reducción de la carga asistencial. Durante el año se asignará un facultativo a tal efecto dos veces a la semana, siempre que la actividad lo permita. Facultativo para NUTRICIÓN los lunes deberá haber un facultativo del grupo nutrición en cada sala.

6.PERFILES ANALITICOS JUEVES Y DOMINGO: debe solicitarse PORTADORES (todos los domingos para que se extraigan los lunes) y PERFIL NUTRICIONAL (todos los jueves para que se extraiga los viernes por la mañana)

7.PERFIL CANDIDA AURIS y MULTIRRESISTENTES. Recordar el protocolo de petición de PCR Candida Auris y MultiR, NO se debe solicitar en todos los ingresos, sólo en aquellos que tengan criterios según protocolo. SIEMPRE se debe de avisar a microbiólogo de guardia previo envío de las muestras. SIEMPRE

se debe solicitar cuatro pruebas: PCR Auris Exudado cutáneo y PORTADORES MULTIR Exudado cutáneo

y PCR Auris Exudado faríngeo y PORTADORES MULTIR Exudado faríngeo, es la única forma de que se envíen 4 escobillones. Si queremos solicitar PCR MultiR lo mismo.

8. RESIDENTE PASE DE GUARDIA:

- 8.1. Revisará el correcto marcaje de los factores de riesgo para ENVIN (ventilacion mecanica, vía venosa central, multiR...)
- 8.2. Revisará que se ha guardado un pase de guardia en papel en la carpeta ENVIN y en carpeta ordenador TODOS LOS DIAS para su recogida posterior.
- 8.3. Revisará que constan las altas e ingresos.
- 8.4. Introducirá los factores de riesgo de los ingresos del día anterior
- 8.5. Recogerá en una hoja las pegatinas de todos los ingresos para el ENVIN



9. PASE DIARIO CAMBIO GUARDIA: HORARIO - LUGAR - FORMATO

De lunes a viernes (laborables) 8 am: Sala 1 en Seminario 1 y Sala 2 en Seminario 2

Fines de semana y festivos: 8,30 Sala 1 Seminario 1 y Sala 2 Seminario 2.

9.1. Lo mantenemos fraccionado en DOS PASES SIMULTÁNEOS. Tras el mismo se realizará pase de guardia CONJUNTO con coordinador y redistribucion posterior de los pacientes si lo precisa según carga asistencial

9.2. Cada sala hace su pase en el respectivo seminario. La supervisión de enfermería está también presente en el pase.

9.3. FORMATO DEL PASE: la información a registrar de los pacientes debe ser escueta: datos de admisión relevantes (nombre, numero de historia, edad, fecha ingreso, motivo ingreso), datos referentes infecciones (neumonía y bacteriemia zero), problemas activos y plan a seguir. El PASE en sí, seguirá recogiendo la información de las 31 camas, ingresos previstos y altas previstas.

9.4 INFORMACIÓN DEL PASE DE LA GUARDIA Debe ser actualizada por el médico que evoluciona el paciente, no por la guardia. La información de los pacientes debe ser transmitida al equipo de guardia al finalizar la mañana (sobre las 13,30h) remarcando los problemas activos, los cambios realizados y el plan a seguir.

10.COORDINADOR

1. Encargado de revisar solicitud de ingresos programados del día siguiente y valorar según las altas previstas si es factible. En caso de que no lo sea comunicar con la Dirección quirúrgica antes de las 10,30h para reprogramación y/o alternativas y evitar al máximo la suspensión de quirófanos.

2. Supervisar ingresos/altas y consensúa en sesión el plan a seguir en sala. Distribuye los pacientes a los diferentes adjuntos y anota en pizarra la asignación.

3. Valorar prealtas y comunicar supervisión para solicitud cama en Admisión. La GESTIÓN DE CAMAS una vez acordado las altas e ingresos se comunica a la supervisión Toni/Silvana. A su vez la supervisión de la Unidad lo comunicará a los supervisores de los quirófanos y hemodinámica. Estos a su vez a los diferentes quirófanos y la logística de las camas (si el box ya está preparado, si se demora el alta por problemas en la sala etc.) dependerá de la auxiliar de exteriores, Elena/Sole. A tal efecto, se ha creado un teléfono el 437207. Todos los quirófanos deberán llamar a este teléfono para confirmar qué número de cama tienen asignado y si ya está disponible para su ingreso. De manera que DESAPARECEN las llamadas a los controles de enfermería y al busca de la guardia para esto.

4. Comunicación directa con GU1 Jefe de la Guardia para valoraciones externas e ingresos.

5. En caso de problemas con las camas es quien decide los ingresos posibles y comunica a Dirección Quirúrgica en caso de tenerse que suspender quirófanos o ajustar programación.

6. Evoluciona 1 paciente siempre que el resto de funciones lo permita.

7. Recoge las alertas de micro de multiRs y lo comunica para proceder con los aislamientos.

8. Acude al PROA (seminario de microbiología a las 9h) todos los miércoles junto con un adjunto del grupo de infecciones (normalmente el adjunto programado de ENVIN). En caso de no poder asistir asigna a un facultativo para asegurar asistencia.

9. Debe recoger los traslados externos a otras UCIS y gestionar su traslado a nuestra Unidad en cuanto sea posible.

10. Debe consensuar en sesión según protocolo LTSV

11. Debe confirmar que en las altas con aislamiento se ha generado la interconsulta por escrito a Preventiva e informado a los diferentes especialistas (en caso de altas de pacientes procedentes de Urgencias y pacientes con largas estancias, es decir, prácticamente en todos salvo en las URPA 24h)

12. Pase principio y final de la mañana con los diferentes médicos para actualización situación de la sala



13. Pase con supervisión tras el pase conjunto a pie de cama junto con enfermería y auxiliar responsable de cada paciente para transmisión de información
14. Petición de las férulas de las ortopedias.
15. Contacto con la UDCA y gestión de traslados así como otros asuntos relacionados con Asistencia Social y SAIP
16. Tareas de Gestión de la Unidad y control de Indicadores
17. Programación de sesiones clínicas anuales
18. Asegurar la presencia en sesiones multidisciplinarias clínicas del hospital de la Unidad
19. Asegurar la presencia en proyectos de investigación

11. TRASLADOS A UCIs EXTERNAS ante AUSENCIA de CAMAS.

Todo paciente que vaya a ser trasladado de nuestro hospital por falta de camas y precise UCI, debe ser valorado por nosotros y debe constar nuestra valoración en el informe de traslado.

Debe evitarse los TRASLADOS A UCIs EXTERNAS. En caso de imposibilidad de cama de UCI en este hospital se debe seguir las siguientes prioridades:

1. NO SE DEBERIAN TRASLADAR SALVO RARÍSIMA EXCEPCIÓN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS Y PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL.

1.1 Pacientes que se han intervenido en nuestro hospital. Evitar el traslado de estos pacientes por encima de todo. En caso de situación catastrófica, es decir, imposibilidad de cama en UCI en más de 24h, de manera que el traslado es inevitable, sólo en estos casos se trasladan pacientes postquirúrgicos, en el resto de casos NO. En caso de ser intervenidos por la noche y no haber cama de UCI, quedan a la espera en quirófano (según protocolo paciente quirúrgico) y al día siguiente se ingresan en la UCI (aunque esto suponga suspender un quirófano de programada). NO se deben trasladar pacientes intervenidos de urgencia como TCE, politraumatizados, reintervenciones....

1.2. Pacientes ingresados en el hospital que sufren complicaciones estando ingresados en sala de hospitalización (para la ubicación de estos pacientes hasta conseguir cama definitiva en UCI ver "protocolo de atención al paciente crítico" y recordar que este protocolo ha sido aprobado en Junta de la Dirección)

1.3 Pacientes que llegan al hospital por puerta de Urgencias y precisan cama de UCI. Seguir el protocolo de atención al paciente crítico. En caso de no preverse cama en UCI se solicita traslado a UCI externa según protocolo.

1.4. Ninguna especialidad puede aceptar traslados de pacientes que puedan precisar cama de UCI sin contactar con nosotros previamente

1.5. Evitar trasladar pacientes con lesiones cerebrales irreversibles que puedan ser potenciales donantes.

12. SESIONES CLINICAS SEMANALES

12.1. Sesiones de la UCI. Sesiones clínicas 1 vez a la semana para revisión de protocolos, casos clínicos, bibliografía.... Tendrán lugar los viernes tras el pase de la guardia, en el seminario de la unidad y tendrán una duración de unos 30'.

12.2. Las SESIONES DE LOS MIERCOLES del PROA con micro, UEI, farmacia y preventiva tienen lugar en el seminario de microbiología a las 9am

12.3. Las SESIONES DE NUTRICION tienen lugar en nuestros despachos junto con endocrino y farmacia los martes a las 9am

12.4. Las SESIONES DE MORTALIDAD de CARDIACA tienen lugar los miércoles en CCA a las 8,30 am.

13. PRUEBAS DE IMAGEN TAC.

La programación de pruebas de imagen tipo TAC se realizarán siempre de mañanas (es cuando disponemos de sanitarios y personal). La guardia tanto en días laborables como festivos sólo realiza los TACs urgentes no demorables. Los aislamientos de contacto serán programados o bien a final de la mañana o a final de la tarde.

14.PRUEBAS DE IMAGEN RMN

Las RMN solicitadas desde nuestra UNIDAD serán responsabilidad nuestra como médicos responsables. NO es necesario programarlas siempre el viernes por la mañana que es cuando se realizan las sedaciones para el resto de pacientes.

15.RECEPCIÓN DE INGRESOS.

Cada ingreso tiene asignado el médico que lo recibe, la transmisión de información y del paciente se hace de médico a médico. Debe calcularse el SAPSII a todos los pacientes ingresados las primeras 24h, postquirurgicos de cardiaca inclusive.

15.1.TELÉFONOS DE LOS FAMILIARES.

Los teléfonos de los familiares son recogidos por la auxiliar responsable así como la entrega de objetos personales del paciente a la familia que se debe registrar en el libro de registros. La administrativa de la Unidad añadirá los teléfonos en el apartado del ICCA a tal efecto

15.2.CENSO DIARIO y ANOTACION TELÉFONOS FAMILIARES

La administrativa de la Unidad realiza el censo diario e introduce en el programa ICCA en el apartado admisión teléfonos familiares los teléfonos que se han recogido en las tarjetas por las auxiliares

15.3INFORMACION AL INGRESO DE LOS PACIENTES.

El médico que recibe el ingreso informa a los familiares (en las 2 salas). Se debe entregar un tríptico informativo y Consentimiento informado de la Unidad a todos los familiares cuando se les informa la primera vez.

16.INFORME DE ALTA Y TRATAMIENTO ELECTRÓNICO

El personal de guardia pre-realiza las altas de las URPAS 24h e ingresos corta estancia (2-3 días como pey postoperados de CCA). El resto de altas, pacientes de larga estancia, deben ser realizadas por el médico que evolucione el paciente así como el tratamiento electrónico. En el caso de altas previstas para lunes, el médico que evolucione el paciente el viernes debe dejar una prealta hecha. Las altas serán firmadas por el médico que entre de mañanas y sea el médico responsable del paciente, así mismo será el encargado de realizar el tratamiento electrónico en la prescripción electrónica de la HCE. Se informará a los familiares de TODAS las altas previa salida del paciente a la sala. El informe de alta y el tratamiento debe ser impreso por la enfermería responsable de cada paciente encargada de adjuntar toda la historia clínica del paciente y cerrar la historia.

Los INFORMES DE ALTA de ICCA deben ser informes evitando “copia-pega” sobretodo de los resúmenes evolutivos. Debe ser un INFORME DE ALTA donde conste claramente cómo ha ingresado el paciente, un resumen del evolutivo remarcando tan sólo lo que sea importante (debe resumirse en el caso de los pacientes crónicos), rellenarse el apartado de los JUICIOS DIAGNOSTICOS, los problemas activos y el plan y tto a seguir. Es importante que nos fijemos en la casilla que marca servicio responsable.

17.RETIRADA DE DRENAJES y MARCAPASOS CCA

17.1.RETIRADA DE DRENAJES

La retirada de drenajes debe realizarse en cuanto sea posible, una vez indicado.

17.2.MARCAPASOS

Los marcapasos se deben retirar el día después del ingreso sino son necesarios. Esto es importante porque son necesarios para qx CCA y las TAVIs.

7. Atención Continuada

El SARTD dispone para atención continuada de un total de 9 profesionales de STAFF

El horario de atención continuada es de 24 horas, siendo distribuido como turno de mañana de 8 a 15 horas, y continuando como atención continuada a partir de las 15 horas hasta las 8 horas del día siguiente.

Los profesionales asignados a esta función son responsables del mantenimiento continuado de la asistencia en el ámbito hospitalario mediante la sincronización adecuada de sus actuaciones según la programación establecida.

La distribución de profesionales debe seguir la que figura en la planilla de trabajo y que cumple como objetivo la adecuada cobertura de la cartera de servicios en cualquiera de los puntos asistenciales. **El uso de los teléfonos corporativos debe seguir la ordenación marcada en el reglamento del servicio y es obligación de todos los profesionales su estricto cumplimiento**
Distribución de teléfonos corporativos de obligado cumplimiento por todos los miembros del SARTD

Funcion	Telefono	Personal	Funciones
SERVICIO URGENCIAS			
Guardia Anestesia SU1:	446874	Adjunto 1	Cirugia Urgencias
Guardia Anestesia SU2:	446920 2º Corporativo Conectado con 52001 Tfno parada cardiaca	Adjunto 2	RCP perifericos y cirugia Urgencias. El corporativo de parada cardiaca solo sirve para recibir el mensaje de RCP y no debe ser utilizado para llamadas quedando siempre libre para recibir solicitud de RCP
Guardia Anestesia SU3:	446875	Adjunto 3	Cirugia Obstetricia, analgesia parto
CUIDADOS INTENSIVOS			
Coordinacion Camas UCI SARTD	446838	8-15 horas	Coordinacion asignacion recursos camas criticos
G UCI 1	446876	Adjunto 1 Jefe de Guardia	UCI Sala 1 y coordinacion guardia a partir de 15 horas dias laborables y 24h festivos
G UCI 2	485878	Adjunto 2	UCI Sala 1 y URPQ a partir de 20 h dias laborables
G UCI 3	446877	Adjunto	UCI Sala 2
G UCI 4/RESIDENTE	441550	Residente	UCI
PDA-Programa Dolor Agudo Postoperatorio:	446715	Adjunto URPQ 8-20 MIR SU 20-8	Programa Dolor Agudo incluye Analgesia de parto . Localizacion MIR actividad de urgencias de 20-8 horas y fin semana +Festivos



Integración de Medico Interno y Residente en atención continuada

EL MIR de guardia en atención continuada con prioridad según:

- .-Ubicación en 1º Area de Urgencias, 2º Area de Cuidados Criticos
- .-Año de formación de 4º a 2º,

será portador del busca de localización de PDA-Dolor Agudo a partir de las 20 horas y en festivos y fin de Semana. Su participación en el proceso de analgesia obstetrica estará bajo la supervisión de los adjuntos de guardia para el Servicio Urgencias.

Jefe de la Guardia: Es por norma el especialista senior ubicado en el area de Reanimacion General. A partir de las 3 de la tarde y en ausencia del jefe del servicio en el hospital tiene la funcion delegada de gestión del SARTD. Sus funciones son:

- 1.-Coordinar los recursos tanto humanos como fisicos de atención continuada en caso de necesidades internas de desbalances entre los puntos asistenciales
- 2.-Gestionar los recursos de la actividad de la tarde si se por evolución de las areas quirúrgica se precisa destinar o reajustar cualquiera de los recursos del SARTD destinados a la actividad.
- 3.-Ser el portavoz del SARTD en caso de interacción como servicio con cualquiera otra instancia del Hospital en el periodo cubierto por la atención continuada.
- 4.-Reportar al Jefe del servicio todos los incidentes ocurridos, o las gestiones realizadas durante el periodo de atención continuada cubierto por su presencia.

Gestión de la actividad desarrollada en el area de atención continuada.

Todos los días se realizará un reporte directo al jefe del Servicio o en quien delegue en funciones en caso de ausencia.

Los miembros del equipo que deben participar en este reporte son:

- .- Medicos Adjuntos
- .- Medicos Internos y Residentes

El reporte diario se realizara de acuerdo al siguiente formato:

- .- Horario: 8-8'30 horas
- .- **Cada miembro del equipo de la guardia aportará la hoja de actividad**
- .- Se realizará la exposición somera de la actividad realizada y las posibles incidencias. Los

MIR deberán razonar la toma de decisiones de los procedimientos realizados con un abordaje lógico

- .- Recuerdos de anatomía y fisiología aplicadas
- .- Patologías y situación clínica del paciente
- .-ECG- Rx con análisis y descripción sistematizada

En esencia se pretende que el MIR aproveche su actividad de urgencias para su crecimiento como especialista mediante recogida de datos y análisis.



4. DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTÍNUA

La Ley General de Sanidad establece que toda estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pre y postgraduada de profesionales. El alcance de las responsabilidades docentes de la Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor abarca el pregrado y postgrado, la enseñanza del personal de enfermería y la educación sanitaria de la población. La formación de especialistas y su formación continuada son aspectos fundamentales de la enseñanza del postgrado.

4.a. Pregrado

El Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital a través de sus dos Profesores Asociados Médicos de Ciencias de la Salud, tiene responsabilidad en la docencia teórico-práctica de los estudiantes de medicina en el Practicum, y sus estructuras y recursos asistenciales permiten la adquisición de conocimientos y habilidades en:

- * Reanimación del paciente crítico
- * Preparación del paciente quirúrgico en general
- * Conceptos de Anestesia General y técnicas regionales
- * Manejo de la vía aérea
- * Monitorización y su interpretación
- * Canalización de vías venosas
- * Tratamiento del dolor agudo y crónico

4.b. Postgrado MIR

La Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor, es una especialidad de gran responsabilidad médica y organizativa, y los residentes deben formarse en este sentido desarrollándose el proceso formativo con responsabilidad creciente y supervisión decreciente.

Los MIR deben ir adecuando sus conocimientos teóricos simultáneamente con la práctica asistencial, y ésta debe ir incrementándose de manera paulatina a medida que avanzan sus conocimientos y su permanencia en el Servicio.

El Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital General Universitario de Valencia está acreditado para la docencia de los MIR, teniendo concedido el Servicio **cuatro MIR por año. En el año 2015 se ha solicitado una actualización de nuestra acreditación docente con ampliación a una capacidad mínima de seis MIR por año.**

Actualmente el plan de ejecución de nuestro programa de formación para M.I.R. en Anestesiología, Reanimación y tratamiento del dolor, es el siguiente:

1. Objetivos.

1. Información

a. M.I.R.

- Rotatorio existente (realizado y pendiente)
- Nivel de formación
- Currículo de los residentes
- Organización de la docencia:
 - Sesión clínicas
 - Sesiones de formación
- Estructura docente de los residentes (rol de los mismos).

b. Servicio.

- Funciones del Jefe de Servicio en la formación M.I.R.
- Funciones de los Jefes de Sección y médicos adjuntos en la formación M.I.R.
- Funciones de la tutoría de residentes en la formación M.I.R.

2. Información genérica de la Formación M.I.R.

- España: Documento de la comisión nacional de acreditación y requisitos establecidos por el SARTD.
- Comunidad Europea: no se encuentran estándares de formación, se remite a los diferentes países para su organización, homologando la titulación.
- EE.UU.: formación de tres años en la mayoría de Universidades, puede llegar a ser de 5 o 6 años en algunas.

3. Diseño del SARTD del CHGUV.

Tras revisión de los diferentes modelos, nos adaptamos a los planteamientos formativos y de evaluación internacionales e integradora en los estándares Europeos. Por ello seguimos las normas del Royal College of Anaesthetists <http://www.rcoa.ac.uk/>

Como estándares de buena práctica y formación seguimos las promovidas por AnaesthesiaUK <http://www.frca.co.uk/default.aspx>. Este es un sitio educativo con recursos de formación para los profesionales de la anestesia. Proporciona preguntas interactivas de la práctica clínica, sumarios de revistas y artículos de referencia para los exámenes Fellowship of the Royal College of Anaesthetists (FRCA) inicial y final, Irlandés FCARCSI, Diploma Europeo de Anestesiología y cuidados Intensivos (EDAIC), exámenes del Fellowship of the Royal College of Anaesthetists (FRCA), Irlanda FCARCSI, American Board examinations

A nivel de estándares, guías de práctica seguimos las de la **American Society of Anesthesiologists** www.asahq.org/For-Members/Standards-Guidelines-and-Statements.aspx

En particular consideramos fundamental el Curriculum de formación en Anestesiología: http://www.rcoa.ac.uk/system/files/TRG-CU-CCT-ANAES2010_0.pdf

2. Planteamiento del programa.

El desarrollo del programa de formación M.I.R. en Anestesiología, Reanimación y tratamiento del dolor, se estructura en tres diferentes aspectos.

2.1. Plan docente:

Incluye todos aquellos aspectos que conciernen a la docencia del residente.

- Rotatorios por las diferentes especialidades médicas (R.1) o quirúrgicas y de reanimación o cuidados críticos (R2, R3, R4). En ellos se establecerán y nivel mínimo de conocimiento teóricos y prácticos que se consideren necesarias.
- Conocimientos teóricos: se estructuraran y se impartirán según el nivel de residencia, es decir las clases teóricas de un R1 y R2 se basaran fundamentalmente en conocimiento de fisiología y generalidades de la anestesia, pasando a situaciones más específicas en niveles más altos de formación (fisiología, Especialidades quirúrgicas, Cuidados críticos, etc). Serán impartidos por todos aquellos miembros del Servicio que quieran colaborar tras la aceptación de la tutoría de residentes. Actualmente organizadas con el aval de la Sociedad Valencia de Anestesiología y Reanimación (ver Programa Adjunto).
- Conocimientos prácticos: se diseñara una lista de conocimiento prácticos, habilidades y presencia en determinados actos quirúrgicos, dependiente del rotatorio realizado.



- Sesiones clínicas, revisiones, casos clínicos y sesiones de mortalidad:
 - Bibliográficas: se solicitará a cada residente al menos una revisión bibliográfica de un tema de cada rotatorio desarrollado. La que se considere mejor será expuesta al Servicio en su sesión semanal.
 - Revisión: los residentes deberán aportar al menos dos revisiones al año de los rotatorios que hallan realizado. La que se considere mejor será expuesta al Servicio en su sesión semanal.
 - Casos clínicos: los residentes deberán aportar al menos tres casos clínicos al año de los rotatorios que hallan realizado. La que se considere mejor será expuesta al Servicio en su sesión semanal.
 - Sesiones de mortalidad: los residentes deberán aportar al menos tres casos de mortalidad para su discusión conjunta. La que se considere mejor será expuesta al Servicio en su sesión semanal.
- Otros aspectos: El planteamiento de la tutoría es la formación integral del residente como profesional asistencial y científico. Se potencian los siguientes aspectos:
 - Presentaciones informáticas
 - Diseño de posters
 - Conocimiento básico de base de datos y procedimientos estadísticos
 - Publicaciones: diseño y redacción.
 - Asistencia a cursos y congresos: se asistirá a los mismos según criterio de la jefatura de servicio, con el asesoramiento de la tutoría de residentes. Se valorar nivel de formación y líneas de trabajo. Sera responsabilidad de la jefatura de servicio y la tutoria poner al alcance de los residentes los medios para que tambien en este aspectos se cumplan unos mínimos a a establecer por los residentes y la tutoria.
- Será nombrado un representante de docencia de los residentes seleccionado por la jefatura del servicio y la tutoría de residentes.
- Rotatorios externos: su realización dependerá de la valoración de la tutoría de residentes y en último lugar la decisión dependerá de la jefatura de servicio.

2.2. Plan asistencial:

- Rotatorio asistencial establecido por el rotatorio de formación, valorando en el mismo los periodos no laborables. Se establece en cada rotatorio la asistencia a determinadas intervenciones que se consideran, dependiendo del quirófano, imprescindibles para una adecuada formación. Se establecen criterios de prioridad entre el ámbito docente y asistencial, con prevalencia del primero.
- Guardias: se realizan no menos de 5 , el lugar de realización se determina de acuerdo a criterios docente y asistenciales, con la directriz de la jefatura de servicio.
- Se nombra un representante de los residentes (Jefe de Residentes del SARTD) de tercer año y propuesto por los residentes , confirmado tras la aprobación de la jefatura del servicio y la tutoría de residentes.
- Una vez establecidos los criterios asistenciales, la tutoría de residentes y el representante asistencial de los mismos, serán los interlocutores validos con la jefatura de servicio, para resolver los posibles conflictos que a ese nivel se presenten.
- Se establece un periodo de tiempo semanal para apoyo docente, asistencial o de cualquier otra circunstancia para facilitar la integración total del residente en la estructura del Servicio.



3. Recogida de Datos “Anaesthetic Logbook”.

Se establece como sistema de recogida de datos el programa de software integrado en Smart phone (APP, Android, Balckberry, Iphone, Ipad) y Ordenadores, disponible en la plataforma ANDROID y APPLE

Anestesia: Log4AS - Anaesthetic Logbook

Apple: <https://itunes.apple.com/sa/app/log4as-anaesthetic-logbook/id987244449?mt=8>

Android: https://play.google.com/store/apps/details?id=tk.m_pax.log4aslite

UCI: LogICU Version 2.07 (Opcional. Se puede almacenar todo en Log4AS)

Apple: <https://itunes.apple.com/sa/app/logicu/id1004352445?mt=8>

Android: https://play.google.com/store/apps/details?id=tk.m_pax.logicu

Su registro es exportable a una base de datos Excel, **que se deberá presentar junto con la memoria anual de actividades.**

Es obligatorio que todos los MIR registreis vuestra actividad en un sistema exportable a la memoria anual de la rotación.

Con ello se pretende la estandarización en la recogida de datos, internacionalización de nuestra docencia y el manejo del inglés como elemento básico del MIR en su formación





ROTACIONES RESIDENTES: SERVICIO ANESTESIA REANIMACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

MIR 1º AÑO	R1	R2	R3	R4	R5	R6
MAYO	SARTD	SARTD	SARTD	SARTD	SARTD	SARTD
JUNIO	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS
JULIO	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS
AGOSTO	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS
SEPTIEMBRE	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS
OCTUBRE	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS
NOVIEMBRE	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS	ROT. MEDICAS
DICIEMBRE	UCMA	UCMA	GINE	PREANESTESIA	CIRUGIA	PREANESTESIA
ENERO	PREANESTESIA	PREANESTESIA	GINE	CIRUGIA	CIRUGIA	URGENCIAS
FEBRERO	CIRUGÍA	GINE	PREANESTESIA	CIRUGIA	CIRUGIA	URGENCIAS
MARZO	CIRUGÍA	GINE	CIRUGÍA	URGENCIAS	PREANESTESIA	GINE
ABRIL	URGENCIAS	UCI	CIRUGÍA	UCI	PDA/URPQ	GINE
MIR 2º AÑO	R1	R2	R3	R4	R5	R6
MAYO	UCI	URGENCIAS	UCI	UCMA	COT	CIRUGIA
JUNIO	GINE	CIRUGÍA	URGENCIAS	COT	COT	CIRUGIA
JULIO	GINE	CIRUGÍA	PDA/URPQ	COT	COT	UCI
AGOSTO						
SEPTIEMBRE	COT	PDA/URPQ	UCMA	COT	UCI	UROLOGIA
OCTUBRE	COT	PLAST/ESTOM	UROLOGÍA	GINE	GINE	UROLOGIA
NOVIEMBRE	COT	COT	UROLOGÍA	GINE	GINE	PLAST/ESTOM
DICIEMBRE	UROLOGÍA	COT	PLAST/ESTOM	ORL	UROLOGIA	COT
ENERO	UROLOGÍA	COT	COT	ORL	UROLOGIA	COT
FEBRERO	PLAST/ESTOM	ORL	COT	UROLOGÍA		COT
MARZO	PDA/URPQ	ORL	COT	UROLOGÍA	PLAST/ESTOM	ORL
ABRIL	UDO	UROLOGÍA	ORL	PDA/URPQ	UCI	ORL
MIR 3º AÑO	R1	R2	R3	R4	R5	R6
MAYO	UDO	UROLOGÍA	ORL	UCI	UCI	UROLOGIA
JUNIO	ORL	CPED	UDO	UCI	UCI	UROLOGIA
JULIO	ORL	CPED	UDO	UCI	ORL	UCI
AGOSTO						
SEPTIEMBRE	NUC	UCI	AFQ/C.VASC	CPED	ORL	UCI
	ITA	ITA	ITA	ITA	ITA	ITA
OCTUBRE	NUC	UCI	AFQ/C.VASC	CPED	CPED	UCI
NOVIEMBRE	CPED	UCI	UCI	NUC	CPED	CTO
DICIEMBRE	CPED	UDO	UCI	NUC	AFQ/C.VASC	CPED
ENERO	AFQ/C.VASC	UDO	UCI	UDO	AFQ/C.VASC	CPED
FEBRERO	AFQ/C.VASC	NUC	CPED	UDO	UDO	CPED
MARZO	UCI	NUC	CPED	AFQ/CVASC	LIBRE	UDO
ABRIL	UCI	LIBRE	CIRUGIA	AFQ/CVASC	UDO	UDO
MIR 4º AÑO	R1	R2	R3	R4	R5	R6
MAYO	LIBRE	AFQ/CVASC	NUC	PLAST/ESTOM	CTO	UCI
JUNIO	UCI	AFQ/CVASC	NUC	LIBRE	CTO	UCI
JULIO	ANEST. CARDIACA	CTO	LIBRE	UCI	CARDIACA	UCI
AGOSTO						
SEPTIEMBRE	ANEST. CARDIACA	CTO	UCI	UCI	CARDIACA	LIBRE
	EDAIC 1º	EDAIC 1º	EDAIC 1º	EDAIC 1º	EDAIC 1º	EDAIC 1º
OCTUBRE	CTO	CARDIACA	UCI	CIRUGIA	UCI	NUC
NOVIEMBRE	CTO	CARDIACA	UCI	CIRUGIA	UCI	NUC
DICIEMBRE	CIRUGIA	UCI	CARDIACA	CTO	UCI	AFQ/C.VASC
ENERO	UCI	UCI	CARDIACA	CTO	UCI	AFQ/C.VASC
FEBRERO	UCI	UCI	CTO	CARDIACA	NUC	CARDIACA
MARZO	UCI	CIRUGIA	CTO	CARDIACA	NUC	CARDIACA
	EDAIC 2º	EDAIC 2º	EDAIC 2º	EDAIC 2º	EDAIC 2º	EDAIC 2º
ABRIL	REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO

2.3. Plan de evaluación:

Se establece un sistema de evaluación tanto de los residentes como de los docentes, a nivel teórico y práctico, con los factores de corrección que se detallan.

La valoración establecida no pretende establecer apto y no apto, sino un índice de formación de los diferentes residentes que permita un adecuado conocimiento de su nivel de formación, que permita corregir las desviaciones que se produzcan. Ajustándose también, a los nuevos cambios que se pretenden realizar desde la comisión de docencia, para la evaluación anual de los residentes.

Esta valoración se compatibiliza junto con el criterio que establezca la jefatura de servicio y los diferentes jefes clínicos de las secciones por donde rotan los residentes.

- Plan de evaluación de los residentes.

- Teórico: para cada nivel de formación teórica se establecen unos listados de conocimientos básicos aprendidos.
- Práctico: para cada nivel de formación práctica se establecen unos listados de conocimientos básicos aprendidos, y cumplimiento de criterios asistenciales mínimos.
- La elaboración de estos listados de conocimiento se realizan en colaboración de todos los miembros que la jefatura del servicio considere oportuna, incluyendo el representante de formación de los residentes y la tutoría.

Plan de evaluación de los docentes.

- Se establecen cuestionarios de calidad de formación tanto teórica como práctica, así como de recursos de formación.
- La elaboración de estos cuestionarios de control de calidad se realizan en colaboración de todos los miembros que la jefatura del servicio considere oportuna, incluyendo el representante de formación de los residentes y la tutoría.

- Método de evaluación:

- Se establecen unos índices de acuerdo al cumplimiento de los listados de conocimientos tanto teóricos como prácticos. También se cumplimentan índices de calidad de docencia.
- Índices de valoración.
 - 1.-IFP: Índice de formación personal. Se ira cumplimentado conforme los cuestionarios de conocimientos sean realizados en cada rotatorio.
 - 2.- ICFP: Índice de corrección de factores personales. Se valoran situaciones personales que puedan interferir en la formación del residente.
 - 3.- ICTR: Índice de corrección de la tutoría de residentes. Seria un índice de corrección por parte de la jefatura del servicio y la tutoría de residentes, con el asesoramiento de los jefes clínicos y diferentes adjuntos responsables de la formación, teórica y práctica. Se valorara iniciativa, actitud y todos aquellos factores no determinables en los listados de conocimientos.
 - 4.- ICD: índice de calidad docente, y en especial del papel de la tutoria, valorara la calidad de la docencia, teniendo en cuenta los cuestionarios de calidad para ello establecidos. En su elaboración tendrán un papel determinante los residentes.

3. Unidad asistencial del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Clínica del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Número total de MIR: 6 Residentes de primer año
6 Residentes de segundo año
6 Residentes de tercer año
6 Residentes de cuarto año

TOTAL: 24 Residentes año 2024

Total de facultativos del servicio: 65 (1 Jefe de Servicio, 6 Jefes de Sección y 58 Adjuntos)

Facultativos del servicio que imparten docencia pregrado: 6

Número de sesiones clínicas semanales: 3

Número de sesiones bibliográficas anuales: 12

Número de sesiones clínicas interservicios mensuales: 2

Cursos o congresos de la especialidad organizados anualmente: 3

Número de facultativos que participan en comisiones clínicas, grupos de trabajo o docencia 8

Número de comunicaciones realizadas anualmente: Más de 25

Número de artículos publicados anualmente: Más de 25

¿Participan en proyectos de investigación o ensayos clínicos? Sí

¿Presentan memoria docente e investigadora a la Comisión de Docencia? Sí

¿Presentan programa individual de rotatorios? Sí

4. Plan Docente del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor:

a) Cursos/ jornadas y seminarios de la Especialidad

Cursos para Residentes de Anestesiología impartidos por la Sociedad Valenciana de Anestesiología en el Colegio Oficial de Médicos de Valencia los primeros lunes de cada mes

Asistencia a diferentes cursos según el año de residencia:

Primer curso:

- Curso de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. CHGUV. Noviembre.
- VI curso de Residentes en Anestesia y Reanimación. Madrid. Mayo.
- Curso de iniciación a las urgencias para MIR de primer año. CHGUV. Junio. Anual.
- Curso de radiología de urgencias para MIR Radiodiagnóstico. CHGUV. Julio. Anual.

Segundo curso:

- Curso teórico-práctico de técnicas anestésicas y anatomía aplicada al bloqueo del plexo braquial y del miembro superior. Hospital Clínic Barcelona. Febrero

Tercer curso:

- Curso Manejo racional de la Vía Aérea e Intubación Difícil. Valencia. Febrero.
- Curso teórico-práctico de técnicas anestésicas y anatomía aplicada al bloqueo del plexo lumbosacro y del miembro inferior. Hospital Clínic. Barcelona. Enero
- Provideer of Fundamental Critical Care Support. Society of Critical Care Medicine (SCCM). Hospital clínico de Valencia. Enero.
- Curso teórico-práctico de bloqueos locorreregionales en anestesia pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Noviembre
- Symposium Internacional de Monitorización de la Presión Intracraneal y de la Hemodinámica Cerebral. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. Cada 2 años. (R3 y R4).



Cuarto curso:

- Symposium Internacional de Monitorización de la Presión Intracraneal y de la Hemodinámica Cerebral. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. Cada 2 años. (R3 y R4).
- Enfermedades infecciosas. Calpe. Noviembre.
- Curso de ventilación mecánica. Hospital Clínico. Valencia. Mayo.

Otros cursos de interés:

- Curso de Técnicas Fibrobronoscópicas en Anestesia, Cuidados Críticos y Urgencias. Curso Satélite de la FEEA. Hospital Peset. Octubre
- Curso de Técnicas de Traqueotomía Percutánea. Curso Satélite de la FEEA. Impartido en Denia. Octubre.
- Curso de Ventilación Mecánica. Fundamentos de la Ventilación Mecánica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. (R4). Mayo
- Curso de Ventilación Mecánica Pediátrica Básica y de Transporte. Valencia. Servicio de Cuidados Intensivos y Urgencias Pediátricas y Fundación para la Investigación del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Marzo.
- Simposio internacional de Cuidados Respiratorios y Tecnología aplicada, Madrid. Mayo.
- Curso de Formación Continuada de la FEEA. Curso I: Ap. Respiratorio. Benidorm. Octubre.

b) Sesiones clínicas:

Se realizan en el Aulario todos los martes de 8 a 9 de la mañana (Sesión General de todo el Servicio) Sesiones temáticas para residentes: Se realizan los segundos lunes de cada mes de 15:30 a 17 h en el Aulario

c) Sesiones bibliográficas:

Se realizan en el Aulario los terceros lunes de cada mes de 15:30 a 17 h

d) Sesiones de casos clínicos y mortalidad:

Se realizarán los cuartos lunes de cada mes de 15:30 a 16: 45 h en el Aulario.

e) Sesiones interservicios

Incluidas sesiones de diferentes especialidades (media de 1-2 mensuales) dentro de la sesión clínica semanal

f) Sitios Web

AnaesthesiaUK

<http://www.frca.co.uk/default.aspx>

This is an educational site with training resources for anaesthetic professionals. It provides interactive practice questions, journal abstracts and reference articles for the Primary FRCA, Final FRCA, Irish FCARCSI, European Diploma of Anaesthesiology, American Board examinations

g) Bibliografía de la especialidad

American Society of Anesthesiologists

Standards, Guidelines, Statements and Other Documents

www.asahq.org/For-Members/Standards-Guidelines-and-Statements.aspx

Revistas más consultadas sobre Anestesiología:

Anaesthesia

Anesthesia and Analgesia



Anesthesiology

British Journal of Anesthesia

Current Opinion in Anesthesiology

European Journal of Anesthesiology

Regional Anesthesia and Pain Medicine

Revista Española Anestesiología y Reanimación

Revistas más consultadas sobre Cuidados Críticos:

American Journal of Critical Care

American Journal of Respiratory and Critical Care

Current Opinión in Critical Care

Intensive Care Medicine

Medicina Intensiva

Revista Española de Cardiología

Revistas más consultadas sobre Dolor

Dolor

Pain

Regional Anesthesia and Pain Medicine

Revista de la Sociedad Española del Dolor

Libros más consultados sobre Anestesiología

Barash- Stoelting. Manual de Anestesia Clínica. 5ª edición. 2002

Jaffe-Samuels. Tratado de Anestesiología 6ª edición.

Massachussets General Hospital Anesthesia. 6ª edición. 2005

Miller. Tratado sobre Anestesiología. 6ª edición. 2005

Morgan-Mikhail. Tratado de Anestesiología 4ª edición

Torres L.M. Tratado de Anestesiología. 1ª edición 2002

Tratado EMC Anestesiología y Reanimación (Actualizada anualmente)

Year Book of Anesthesiology and Pain Management (Anual)

Libros más consultados sobre Cuidados Críticos

Irwin and Rippe. Tratado de Cuidados Críticos 5ª edición 2003

Marino El libro de la UCI 2ª edición 1999

Shoemaker. Textbook of Critical Care 4ª edición 2002

Torres L.M. Tratado sobre Cuidados Críticos 1ª edición 2002

Year book of Critical Care and Emergency Medicine (Annual)

Libros más consultados sobre Dolor

Bonica Terapéutica del dolor. 3ª edición 2003

Massachussets General Hospital. Tratamiento del dolor. 1ª edición. 1999

Wall and Melzack's Textbook of Pain edition. 8ª edición 2005

5. Organización

De acuerdo al número de MIR asignados a este servicio y los rotantes externos aceptados, se establecerán hasta 4 Tutores MIR que serán garantes y responsables del cumplimiento de la norma docente de los MIR, y el desarrollo de las habilidades necesarias de los profesionales, y el puente de comunicación de estos con el Servicio de ARTD y la comisión de Docencia del Hospital General Universitario. La periodicidad del cargo será de 1 año, con posibilidad de renovación si la evaluación de la gestión es adecuada. Se elegirá entre los miembros del servicio que así lo soliciten y tras evaluación de su curriculum.

Se nombrará un Jefe de Residentes que lo ostentará por votación de los propios MIR entre los residentes de 3º año. Su cargo será de periodicidad anual y será la voz del colectivo MIR en el servicio de ARTD.

Rotaciones clínicas

Las rotaciones clínicas de los MIR se realizan dentro del Servicio, excepto la correspondiente de anestesia Pediátrica que hasta la actualidad se realiza por convenio establecido entre servicios, con el Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona, así como en algún otro centro homologado a petición individual de los diferentes MIR en formación y autorizado por la comisión de docencia del hospital.

Programa Teórico

* **Lunes, miércoles y jueves, de 14 h a 15 h** todas las semanas reunión en el Servicio, con un adjunto por turno rotatorio, cuyo contenido se repartiría en:

- preparación de un tema
- sesiones bibliográficas
- presentación y discusión de casos clínicos

* **Todos los jueves, de 14h a 15h** la clase o reunión es conjunta con la UCI y CAI para tratar temas de Reanimación

4.c. Continuada

En el seno de un servicio de un hospital en general y de un universitario en especial, se ha de impregnar de un ambiente de estímulo continuo para desear estar lo más al día posible en el nivel de conocimientos y habilidades de la especialidad. Crear y transmitir este ambiente y estilo del comportamiento en un colectivo de profesionales es función inherente al papel del liderazgo

El estímulo para la formación continuada de los miembros de un servicio, se consigue por una parte con el ejemplo y por otra facilitando los medios para que esta labor se lleve a término.

Desde la Jefatura del servicio se promueve la producción científica y su presentación mediante la asistencia a cursos, estancias en otros centros, intercambio de experiencias en congresos, La mayoría de esta labor queda reflejada en las memorias anuales del Servicio.
<http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/ServiciosHospitalarios/AnestRea/Paginas/Documentacion.aspx>

A nivel de formación continuada se asume la propuesta y organización de la Fundación Europea de Enseñanza de la Anestesiología a través de sus centros docentes de Alicante y Barcelona

Uno de los medios más importantes para progresar en nuestra especialidad es establecer convivencia con colegas afines en Centros destacados o de reconocido prestigio. En este sentido, hemos facilitado la obtención de becas y ayudas para estancias en otros centros.

Las estancias más o menos prolongadas en estos centros suponen un reto personal para el profesional que la disfruta y por ello una forma directa de estimular la incentivación profesional. Sin embargo, el objetivo final de estas becas y estancias es mejorar la calidad asistencial de nuestros pacientes. En ocasiones, lo que se pretende es aprender alguna línea de investigación que pueda ser iniciada en nuestro hospital.

5. INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

5.a. Sesiones clínicas (casos, bibliográficas...),

En nuestro servicio hay tres tipos de sesiones además de las propias de la formación MIR explicitadas en el apartado anterior

- Sesión General del servicio: Se realiza en el Aulario todos los lunes de 8 a 9 de la mañana (Sesión General de todo el Servicio).
40 SESIONES CLÍNICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO: SEMANAL MULTIDISCIPLINAR (TODOS LOS MARTES). DE 15 DE SEPTIEMBRE A 15 JULIO DE CADA ANUALIDAD.
ACREDITADAS COMO FORMACION CONTINUADA POR LA COMISIÓN DE ACREDITACIÓN DOCENTE DE LA ESCUELA VALENCIANA DE ESTUDIOS PARA LA SALUD
<http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/ServiciosHospitalarios/AnestRea/Paginas/SesionesClinicas.aspx>
- Sesiones clínicas realizadas en conjunto con el servicio de Cirugía Cardíaca: Semanal (todos los Miércoles).
- Sesiones Clínicas de la Unidad de Reanimación General (diarias)
- Sesión multidisciplinar de la Unidad Multidisciplinar de Tratamiento del Dolor . Semanal (Lunes).

5.b. Programa de investigación

Un Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor de las características del que existe en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia debe ofrecer una estructura para la formación de investigadores y el desarrollo de la investigación clínica. Debe haber un tiempo en la formación del especialista y en la actividad del Anestesiólogo de la plantilla para estas tareas. Además, así lo marca también la normativa. Este tiempo debe ser respetado y durante él no se debería correr desesperadamente tras las exigencias rutinarias.

Pero tampoco es lógico que la docencia o la investigación afecten la asistencia, lo que menoscabaría **los derechos del paciente** que por otra parte **siempre se deben respetar cuando se ejerce la docencia práctica o la investigación clínica**, siguiendo escrupulosamente las normas deontológicas y respetando la libertad de los pacientes.

En definitiva, deben interrelacionarse las actividades asistencial, docente e investigadora dentro del servicio, de la forma más adecuada para la dinámica de trabajo del hospital, de forma que se puedan cumplir los objetivos fijados a cada una de ellas.

Se debe proporcionar a cada uno de los miembros del servicio es la oportunidad y la estructura para realizar investigación y al Servicio globalmente contemplarle un porcentaje de su actividad dedicada a la investigación. Este porcentaje no debería ser inferior al 20 %.

La función científica e investigadora se realiza mediante las siguientes actividades:

1. Experimentación animal de fármacos y técnicas susceptibles de mejorar el tratamiento del paciente.
2. Ensayos clínicos controlados de acuerdo con la legislación vigente.
3. Protocolización de los procedimientos asistenciales para la valoración ulterior de los resultados.
4. Formación de personal investigador en Anestesiología y Reanimación fomentando la realización de Tesis Doctorales, trabajos de investigación en general y contactos con otros grupos investigadores.
5. Publicación en revistas, en los bancos de datos y resúmenes de los trabajos realizados. Esto no sólo fundamenta el curriculum de los autores, sino que prestigia y califica al centro hospitalario de donde proceden.

Respecto a la producción científica queda reflejada en las memorias anuales que se remiten a la Dirección del Centro y que pueden ser consultadas en la sección de la página web desde el año 2003 al 2013 inclusive

<http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/ServiciosHospitalarios/AnestRea/Paginas/Documentacion.aspx>

6. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

Como servicio de salud hospitalario asumimos la **misión visión y valores** de nuestra institución, el Departamento de Salud Valencia-Hospital General, que como estructura organizativa de gestión autónoma provee servicios sanitarios y sociosanitarios para cubrir las necesidades de salud de población, a través de una asistencia personalizada, integral, integrada y de calidad.

El Hospital General Universitario de Valencia tiene como **MISIÓN** la provisión de servicios sanitarios especializados para prestar una atención personalizada, integral, integrada y de calidad a nuestra población. Entendemos por servicio personalizado la modalidad de atención en la que el ciudadano es el núcleo de todas nuestras acciones técnico-profesionales.

Entendemos por atención integral la modalidad de asistencia que atiende al ciudadano desde todas las dimensiones que lo configuran. Entendemos por atención integrada aquella que favorece la coordinación con los demás niveles asistenciales y facilita los cuidados de transición.

Entendemos por calidad asistencial aquella que basamos en el conocimiento de nuestros profesionales y en los medios técnicos que ponemos a disposición del ciudadano de un modo acogedor. El Hospital como centro universitario vinculado a la Universitat de València, realiza funciones de investigación y docencia pregraduada y postgraduada en ciencias de la salud, con especial énfasis en la formación de nuevos profesionales especialistas.

La **VISIÓN** del hospital es consolidarnos como una organización sanitaria de calidad, flexible, innovadora, centro de conocimiento y con capacidad para promocionar aquellas especialidades punteras en las que nuestro centro puede ofrecer su mejor oferta.

Los **VALORES** del Hospital General Universitario de Valencia son los elementos que identifican nuestro personal estilo y modo de servir a la ciudadanía, a partir de:

- Un espíritu de equipo como clave de cooperación efectiva y experiencia acreditada.
- El conocimiento que nos proporciona la investigación, la formación y la docencia desde el rigor científico y la puesta en común.



- La confianza que genera en nuestros usuarios la percepción de sentirse en buenas manos.
- Un compromiso social basado en el buen hacer y en la responsabilidad de todos sus profesionales.
- El orgullo de pertenecer a un servicio público, con más de 500 años de historia y tradición, comprometido con el medio ambiente, el entorno y las necesidades de salud de los ciudadanos.

La Gestión de las Áreas Clínicas.

En 2012 se inicia el desarrollo de este nuevo modelo organizativo basado en la configuración de Áreas de Gestión Clínica (AGC) que pretende:

- Descentralizar la gestión con delegación de responsabilidades de la toma de decisiones
- Fomentar la participación de los profesionales para organizarse y diseñar estrategias para la mejora de los resultados
- Maximizar la calidad, no se trata de ahorrar, sino de optimizar los recursos y mejorar la calidad de los servicios.

En el desarrollo de sus reglamentos se aplican los principios de excelencia que incluye el modelo EFQM, integrando todos los criterios del Modelo, desde su origen. La Continuidad Asistencial es un criterio clave, para la organización de las AGC (funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc.), lo cual dará lugar a procesos asistenciales integrales y únicos desde la perspectiva del ciudadano.

A partir del mapa de procesos del CHGUV podemos configurar el mapa de las Áreas a desarrollar: El desarrollo de este modelo implica reingeniería de procesos y cambios en la cultura organizativa, adaptándose a las particularidades y puntos de partida de cada área. Se elaboran los diferentes su Reglamento que incluye su plan de gestión clínica, cartera de servicios, órganos de dirección, de participación y régimen de funcionamiento. El desarrollo se sigue en base a los acuerdos de gestión suscritos entre cada Área y la Dirección que conforme incrementen su capacidad de gestión reportará unos incentivos adicionales. Lo fundamental de este sistema es la monitorización periódica de resultados y la transmisión de esta información para poder realizar los ajustes pertinentes. Por tanto el desarrollo del modelo conlleva para cada Área el Desarrollo de Reglamento y Plan de Gestión Clínica con los siguientes aspectos:

- Objetivo, fines, y unidades o servicios constituyentes o aliados.
- Órganos de dirección
- Órganos de Participación y régimen de funcionamiento.
- Unidades clínicas asistenciales, en cuanto estructuras básicas operativas que la integran.
- Plan de Gestión Clínica específico
- Cartera de servicios, Volumen de actividad, Financiación, Objetivos
- asistenciales, docentes y de investigación y Niveles de calidad.
- Acuerdo-Programa con la Dirección del CHGUV

En el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia existe una normativa específica que se desarrolla en las DP 1/2001 y 1/2004. Las normas ejecutivas de ámbito global del Departamento son las Disposiciones Permanentes, Procedimientos e Instrucciones.

Las normas técnicas de desarrollo de los procedimientos documentados y de las actividades relacionadas en cada de las Unidades son los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) e Instrucciones Técnicas (IT).

La mision vision y valores del SARTD adaptados a esta norma se han expuesto en las paginas 3-6 de este reglamento

7. CALIDAD

La visión del control de calidad en el contexto del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, debe contemplarse en el compromiso establecido por la dirección del centro a través de la implantación del modelo de excelencia de la “European Foundation for quality Management”. Así mismo el programa del SARTD en todo momento deben ser consensuadas con la líneas emanadas desde la Dirección de Calidad y Procesos del Hospital General Universitario de Valencia.

La Política de Calidad sobre la que se fundamenta el Sistema de Calidad de **SARTD-CHGUV** es una declaración de nuestras intenciones y principios. Por ello alineados en la política de calidad que emana del Plan de Calidad 2016-2018 del CHGUV – Departamento de Salud Valencia Hospital General, en el año 2018 el SARTD-CHGUV recibió la acreditación por la norma ISO9001-2015, para las siguientes actividades

- 1.-Los Servicios Médicos de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor en el Hospital General Universitario de Valencia, prestados por el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor en el Hospital General Universitario de Valencia.
- 2.-La gestión de la docencia MIR en el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor en el Hospital General Universitario de Valencia

Nuestra Política se concreta en los siguientes compromisos:

- ❖ Cumplir con los requisitos tanto legales y reglamentarios, como los suscritos por **SARTD**.
- ❖ Conocer las necesidades y expectativas de nuestros pacientes y de las partes interesadas (familiares, administración y otros grupos de interés) y obtener su satisfacción, orientando toda la organización al buen desarrollo de los procesos y a la calidad de los servicios que prestamos.
- ❖ Implementar, mantener y revisar el Sistema de Gestión de Calidad, como marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad y para garantizar nuestro compromiso de mejora continua de nuestros servicios y procesos
- ❖ Diseñar los mecanismos que aseguren la comunicación de la Política dentro y fuera de SARTD.
- ❖ Procurar la satisfacción y motivación del personal de la Servicio, que constituye nuestro principal activo, a través de su desarrollo humano y profesional, promoviendo su formación continua, el trabajo en equipo y el buen ambiente de trabajo.

Esta Política proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de Calidad.



7.1. Indicadores de calidad del Servicio de Anestesiología Reanimación y terapéutica del Dolor

I. CLINICOS (periodo de 48 horas postoperatorias)

1. Muerte
2. Parada cardíaca
3. Retraso en la recuperación de la anestesia
4. Lesión cerebral o medular
5. Infarto agudo de miocardio
6. Parada respiratoria
7. Edema pulmonar fulminante
8. Aspiración pulmonar de contenido gástrico
9. Cefalea post-punción dural
10. Lesión oftálmica
11. Lesión de nervios periféricos
12. Traumatismo dental

13. Ingreso no previsto en la Unidad de Reanimación
14. Ingreso hospitalario no previsto en cirugía ambulatoria
15. Reintubación traqueal no planeada en la URPA.
16. Infecciones por catéteres o respiradores
17. Pacientes con Dolor Postoperatorio no controlado
18. Pacientes tratados en la Unidad de Dolor que deben acudir al servicio de urgencias.

II. ORGANIZATIVOS

- ◆ Porcentaje de visitas preoperatorias
- ◆ Déficit o exceso de pruebas complementarias preoperatorias
- ◆ Cumplimentación insuficiente de la documentación
- ◆ Quejas o reclamaciones de los pacientes sobre trato o atención inadecuados.
- ◆ Número de intervenciones aplazadas o suspendidas por escasa valoración o preparación preanestésica
- ◆ Utilización de hemoderivados
- ◆ Déficits en el control o mantenimiento del equipamiento vital (respiradores, monitores, desfibriladores, etc)
- ◆ Retraso en la realización de las interconsultas solicitadas

Hay muchos otros indicadores para actividades más concretas, como la Reanimación, Cirugía ambulatoria, etc. Estos indicadores son comparados con valores estándar publicados en la literatura. La relación entre el valor del indicador en nuestro servicio y el estándar aceptado es el **índice de calidad**. Sin embargo, los estándares en una actividad tan compleja e interrelacionada en sus resultados con otros tratamientos constituyen únicamente un marco de actuación y la propuesta real es la de comparar la evolución de los índices de calidad de marcadores que se consideren adecuados para señalar un problema o actividad.

7.2. Normas estándar de actuación.

Las normas estándar serán las determinadas por la American Society of Anaesthesiologists, actualizadas en 2013, y que consideramos aplicables a la actividad del Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, como parte de un programa de Control de Calidad para el Servicio.

Como norma básica de actuación, el Anestesiólogo tiene la responsabilidad de determinar la situación médica del paciente, desarrollar un plan de cuidado anestésico y explicar al paciente, o al adulto responsable, el plan propuesto, basado en:

1. Revisión de la historia clínica.
2. Entrevista y exploración del paciente para:
 - ⇒ Discutir la historia médica, las experiencias previas relacionadas con la anestesia y la terapia farmacológica.
 - ⇒ Evaluar aquellos aspectos del estado físico que pudieran afectar las decisiones respecto a riesgo y tratamiento peroperatorios.
3. Obtención y/o revisión de pruebas y consultas necesarias para realizar la anestesia.
4. Determinar la prescripción apropiada de medicamentos preoperatorios necesarios para realizar la anestesia.



7.2.1. Documentación clínica del cuidado anestésico

El anestesiólogo responsable verificará que las medidas anteriores han sido correctamente realizadas y documentadas en el historial del paciente.

La documentación es un factor en el suministro de cuidado de calidad y constituye una responsabilidad del anestesiólogo. Aunque el cuidado anestésico es un proceso continuo, suele dividirse en Preanestésico, intraanestésico y postanestésico. El cuidado anestésico debe documentarse para reflejar esos componentes y facilitar la revisión.

El registro debe incluir documentación de:

I. Evaluación preanestésica

A. Entrevista del paciente para revisión:

1. Historia clínica
2. Historia anestesiológica
3. Tratamientos farmacológicos

B. Exploración física apropiada

C. Revisión de los datos diagnósticos objetivos (laboratorio, ECG, rayos X)

D. Asignación del estado físico ASA

E. Formulación y discusión de un plan de anestesia con el paciente y/o el adulto responsable

II. Intranestesia (registro cronológico de eventos)

A. Revisión inmediatamente antes de iniciar los procedimientos anestésicos:

1. Reevaluación del paciente
2. Comprobación del equipo, los fármacos y el suministro de gases

B. Monitorización del paciente (es decir, registro de constantes vitales)

C. Cantidades de todos los fármacos y otros agentes usados y momentos en que se administraron.

D. Tipo y cantidad de todos los líquidos intravenosos usados, incluyendo sangre y derivados hematológicos, y momentos en que se administraron

E. Técnica (o técnicas) usada

F. Eventos inusuales durante el período de anestesia

G. Estado del paciente a la conclusión de la anestesia*

III. Postanestesia:

A. Evaluación del paciente al ingreso y el alta en la unidad de Recuperación Post-anestésica

B. Registro cronológico de las constantes vitales y el nivel de la conciencia

C. Todos los fármacos administrados y sus dosis.

D. Tipo y cantidad de líquidos administrados, incluyendo la sangre y sus derivados hematológicos.

E. Cualquier evento inusual, incluyendo complicaciones posteriores a la anestesia y la operación

F. Visitas después de la anestesia

7.2.2. Normas para la monitorización intraoperatoria básica

Estas normas se aplican a todos los casos de cuidado anestésico, aunque en circunstancias de urgencia se dará preferencia a las medidas de soporte vital apropiadas. Esas normas pueden excederse en cualquier momento a juicio del anestesiólogo responsable. Están destinadas a facilitar el cuidado de alta calidad del paciente, pero su observación no garantiza una evolución específica.

Son objeto de revisiones periódicas, según lo requerido por la evolución de la tecnología y la práctica. Este conjunto de normas se refiere sólo a la monitorización intraoperatoria básica, que es un componente del cuidado anestésico. En ciertas circunstancias raras o inusuales: 1) algunos de estos métodos de monitorización pueden ser clínicamente poco prácticos y 2) el uso apropiado de los métodos de monitorización descritos puede no detectar eventos clínicos indeseables.

Suelen ser inevitables las interrupciones breves de la monitorización constante. Bajo circunstancias especialmente difíciles, el anestesiólogo responsable puede diferir los requerimientos marcados con un asterisco (*); se recomienda que en esos casos se especifiquen las circunstancias (incluyendo las razones) en una nota en la historia clínica del paciente. Estas normas no están destinadas para aplicación en el cuidado de pacientes obstétricas durante el parto ni en el tratamiento del dolor.

.-Norma I

Durante la realización de todas las anestias generales, anestias regionales y cuidado anestésico monitorizado, debe estar presente en el quirófano personal de anestesia cualificado.

.-Objetivo

Dados los cambios rápidos en el estado del paciente durante la anestesia, se deberá contar continuamente con personal de anestesia cualificado para vigilar al paciente y proporcionar cuidado anestésico. Si existe un peligro directo conocido (por ejemplo, radiación) para el personal de anestesia que pudiera requerir observación remota intermitente del paciente, se deben tomar medidas para la monitorización del paciente.

En el caso de que una urgencia requiera la ausencia temporal de la persona primariamente responsable de la anestesia, el anestesiólogo empleará su mejor juicio para comparar la urgencia con el estado del paciente anestesiado y seleccionar el colega en el que delegará la responsabilidad de la anestesia durante su ausencia temporal.

.-Norma II

Durante todos los procedimientos anestésicos se evaluarán continuamente la oxigenación, ventilación, circulación y temperatura del paciente.

Oxigenación

Objetivo

Asegurar la concentración de oxígeno adecuada en el gas inspirado y en la sangre del paciente durante todos los procedimientos anestésicos.

Métodos

1. Gas inspirado: Siempre que se administre anestesia general utilizando una máquina de anestesia se medirá la concentración de oxígeno en el circuito respiratorio del paciente mediante un analizador de oxígeno con alarma de límite de concentración baja de oxígeno*.

2. Oxigenación sanguínea: Durante todos los procedimientos anestésicos se empleará un método cuantitativo para evaluar la oxigenación, como la pulsioximetría*. Para evaluar el color son necesarias la iluminación y la exposición adecuadas del paciente*.

Ventilación

Objetivo

Asegurar la ventilación adecuada del paciente durante todos los procedimientos anestésicos.

Métodos

1. En todo paciente que reciba anestesia general se debe evaluar continuamente la adecuación de la ventilación. Aunque los datos clínicos cualitativos, como la excursión torácica, la observación de la bolsa reservorio y la auscultación de los sonidos respiratorios pueden ser adecuados, se aconseja la monitorización cuantitativa del contenido de CO₂ y/o el volumen de gas espirado.

2. Cuando se inserta un tubo endotraqueal debe verificarse su posición correcta en la tráquea. Es esencial la evaluación clínica y se aconseja el análisis del CO₂ telespiratorio desde el momento que se coloca el tubo endotraqueal.

3. Cuando la ventilación está controlada por un ventilador mecánico, se utilizará continuamente un dispositivo capaz de detectar la desconexión de los componentes del circuito respiratorio. El dispositivo debe producir una señal sonora cuando se supere su nivel de alarma.

4. Durante la anestesia regional y el cuidado anestésico monitorizado, la adecuación de la ventilación se evaluará, por lo menos, mediante observación continua de los signos clínicos cualitativos.

Circulación

Objetivo

Asegurar la adecuación de la función circulatoria del paciente durante todos los procedimientos anestésicos.

Métodos

1. En todo paciente que reciba anestesia se visualizará continuamente el electrocardiograma, desde el comienzo de la anestesia hasta la preparación para abandonar el lugar de la operación*.

2. En todo paciente que reciba anestesia se medirán y evaluarán la presión arterial y la frecuencia cardíaca, por lo menos cada 5 minutos*.

3. Además de lo anterior, en todo paciente que reciba anestesia general se evaluará continuamente la función circulatoria con al menos uno de los métodos siguientes: palpación del pulso, auscultación de los tonos cardíacos, monitorización de un trazado de presión intraarterial, monitorización ecográfica del pulso periférico o pletismografía y pulsimetría.

Temperatura corporal

Objetivo

Ayudar a mantener la temperatura corporal apropiada durante todos los procedimientos anestésicos.

Métodos

Se dispondrá con facilidad de un medio para medir continuamente la temperatura del paciente. Cuando se pretenden, previenen o sospechan cambios de la temperatura corporal, debe medirse su temperatura central.

7.2.3. Normas para la realización de la anestesia en obstetricia

Estas normas se aplican a la anestesia de conducción mayor administrada a la paciente durante el parto y el alumbramiento. Estas normas se pueden superar sobre la base del juicio del anestesiólogo responsable. Están destinadas a favorecer la alta calidad del cuidado de las pacientes, pero no pueden garantizar la buena evolución de una paciente específica. Están sometidas a revisión periódicamente, cuando lo justifiquen la evolución de la tecnología y la práctica.

.-Norma I

La aplicación de técnicas anestésicas regionales (caudal, epidural lumbar, subaracnoidea) debe ser realizada y mantenida en una instalación que disponga de equipo y medicación para la reanimación inmediata para el tratamiento de las posibles complicaciones (hipotensión, depresión respiratoria, convulsiones, depresión miocárdica, náuseas y vómitos con posible aspiración).

El equipo de reanimación incluirá: fuentes de oxígeno y aspiración; equipo para mantener la vía aérea y realizar la intubación endotraqueal; y un medio para proporcionar ventilación con presión positiva. Se dispondrá inmediatamente de fármacos y equipo para la reanimación cardiopulmonar.

.-Norma II

La indicación del tipo de técnica y momento de la realización debe ser consecuencia de la exploración y monitorización practicada por el obstetra a la madre y al feto, y tras la evaluación de la progresión del parto.

.-Norma III

La técnica de la anestesia deberá ser seleccionada y practicada por un anestesiólogo de staff o MIR de la especialidad bajo la supervisión del primero. Los médicos deben ser aprobados a través del proceso de acreditación institucional para administrar o supervisar la administración de anestesia obstétrica, y deben estar cualificados para controlar las complicaciones relacionadas con el procedimiento.

.-Norma IV

Debe establecerse a la paciente una línea venosa de suficiente calibre, e iniciar una hidratación mediante solución hidroelectrolítica previa a la realización del bloqueo.

.-Norma V

La evolución del parto (contracciones uterinas) y el feto deben mantenerse monitorizados continuamente mediante tococardiograma durante todo el tiempo de mantenimiento del bloqueo. Así mismo la paciente debe tener monitorizadas las constantes vitales: oxigenación, ventilación y circulación, con una constante atención por personal de enfermería cualificado en la evolución del parto y de las técnicas de anestesia regional.

Las técnicas anestésicas, los fármacos y los signos vitales maternos serán documentados en la historia clínica.

.-Norma VI

El personal destinado en el área obstétrica debe estar familiarizado con todo el material necesario para la práctica de las técnicas anestésicas de conducción espinal, así como en su protocolo de realización para auxiliar en todo momento al anestesiólogo.

.-Norma VII

El mantenimiento de las técnicas continuas de anestesia regional, supone la adaptación a la progresión del parto.

La redosificación se realizará tras los controles obstétricos realizados por la enfermería u obstetra y la constatación de una carencia de efecto analgésico respecto a controles previos. El anestesiólogo será entonces consultado así como en aquellas circunstancias que supongan un cambio en la evolución del parto y consiguientemente del planteamiento anestésico inicial realizado.

.-Norma VIII

La reanimación del recién nacido debe de ser responsabilidad de un médico cualificado diferente del anestesiólogo que atiende a la madre. En caso de su no disponibilidad el anestesiólogo presente evaluando la situación prestará los cuidados a ambos según el riesgo, manteniendo la atención hasta la llegada de personal cualificado.

.-Norma IX

Todas las pacientes deben tener un control específico en la fase postparto hasta la resolución del bloqueo y completa estabilidad hemodinámica en una unidad de recuperación postanestésica o similar con la dotación específica

.-Norma X

Un médico con cualificaciones apropiadas permanecerá en la institución para vigilar y tratar las complicaciones anestésicas hasta que la paciente sea ingresada en la URPA o el área equivalente y para controlar las complicaciones anestésicas y proporcionar reanimación cardiopulmonar a las pacientes de la URPA.

7.2.4. Normas para el cuidado postanestésico

Estas normas se aplican al cuidado postanestésico en todos los contextos. Pueden ser superadas sobre la base del juicio del anestesiólogo responsable. Están destinadas a facilitar la alta calidad del cuidado de los pacientes, pero no pueden garantizar la buena evolución de un paciente específico. Serán sometidas a revisión periódica cuando lo justifique la evolución de la tecnología o la práctica.



.-Norma I

Todos los pacientes sometidos a anestesia general, anestesia regional o cuidado anestésico monitorizado recibirán cuidados postanestésicos adecuados.

1. Se dispondrá de una unidad de recuperación postanestésica o un área equivalente para recibir los pacientes después de la cirugía y la anestesia. Todos los pacientes sometidos a anestesia serán ingresados en la URPA, excepto por orden específica del anestesiólogo responsable del cuidado del paciente.
2. Los aspectos médicos del cuidado en la recuperación serán gobernados por las normas y los procedimientos revisados y aprobados por el Servicio de Anestesiología.
3. El diseño, el equipo y el personal de la URPA deben cumplir los requisitos de acreditación de la institución.

.-Norma II

El paciente transportado a la URPA será acompañado por un miembro del equipo de anestesia que conozca la situación del paciente. El paciente será continuamente evaluado y tratado durante el transporte, con monitorización y control apropiados de su estado.

.-Norma III

Cuando llegue a la URPA, el paciente será reevaluado y un miembro del equipo de anestesia que haya acompañado al paciente proporcionará un informe verbal al médico responsable de la Unidad.

1. Se documentará el estado del paciente a su ingreso en Recuperación.
2. Se transmitirá al médico de la URPA la información relacionada con el estado preoperatorio y el curso quirúrgico/anestésico.
3. El anestesiólogo responsable de la intervención permanecerá en la URPA hasta que el médico de la unidad acepte la responsabilidad del cuidado del paciente.

.-Norma IV

El estado del paciente será evaluado continuamente en la URPA.

1. El paciente será observado y monitorizado con métodos apropiados para su situación clínica. Se prestará atención especial a la monitorización de la oxigenación, la ventilación y la circulación. Aunque los signos clínicos cualitativos pueden ser adecuados, se aconsejan métodos cuantitativos.
2. Se llevará un registro escrito exacto de la estancia en la URPA, aconsejándose la utilización de escalas de valoración para cada paciente al ingreso y a intervalos apropiados hasta el alta, y en el momento del alta.
3. La supervisión médica general y la coordinación del cuidado de los pacientes en la URPA deben ser responsabilidad de un anestesiólogo.
4. Se establecerán medidas para asegurar la disponibilidad en la institución de un médico capaz de controlar las complicaciones y proporcionar reanimación cardiopulmonar a los pacientes de la URPA.

.-Norma V

La responsabilidad de dar de alta al paciente en la URPA corresponderá al anestesiólogo responsable de la unidad. Siendo los criterios utilizados, aquellos aprobados por el Servicio de Anestesiología y el personal médico. Esos criterios pueden variar, dependiendo de que el paciente vaya a pasar a una sala del hospital, a la Unidad de Reanimación, a una unidad de estancia corta o a su domicilio.

Estas Normas o protocolos se revisarán bianualmente o se ampliarán dependiendo de las actividades nuevas que emprenda el servicio. Estarán a disposición permanente para consulta de los miembros del servicio, de cualquier persona relacionada con el Control de Calidad del Hospital o de los Comités relacionados con la actividad asistencial del Hospital.

8. OTRA INFORMACION

REGISTROS, ARCHIVOS Y DOCUMENTACIÓN DEL SERVICIO

La documentación médica y administrativa del Servicio es una herramienta de enorme valor, además de ser su cumplimentación una obligación legal, ética y organizativa. La documentación que genera la actividad del Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor es numerosa y se relaciona con una amplia actividad. De toda la documentación médica del paciente que se anestesia, se deja copia en la historia clínica general del paciente. Esta en vías de implementación la historia electrónica general que contendrá todos los procesos de actividad del SARTD

COMITÉS INTERNOS Y EXTERNOS Y ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPA EL SERVICIO.

La participación de un servicio asistencial en los órganos, comités y grupos de trabajo del Hospital es un deber y un derecho como parte del colectivo cuyo interés primordial es la buena marcha del Hospital, de la que obviamente depende nuestro presente y futuro desarrollo profesional en todos sus ámbitos. También es de gran interés la participación en órganos externos que prestigian al Servicio y al Hospital.

Actualmente, el Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor tiene representantes y participa en los siguientes órganos, comités o grupos de trabajo:

INTERNOS

SARTD

La creación de comités del servicio es muy dinámica y obedece a las necesidades internas detectadas para una mejor gestión diaria de la actividad del SARTD en todas sus áreas. Su número y composición pueden ser objeto de variación de acuerdo a las necesidades detectadas en el SARTD.

- **Comité de Planillas y gestión de recursos humanos**
 - Funciones:
 - Producción de planillas de ubicación de profesionales
 - Adecuación a los objetivos de las diferentes áreas del SARTD
 - Elaboración de sistema de atención continuada y producción en los periodos con circunstancias especiales laborales
 - Composición
 - Coordinador
 - Representantes (3) de las áreas de Quirófanos, Críticos Cardíaca, Críticos Generales
- **Comité de Documentación**
 - Funciones
 - Inventario de toda la documentación activa del SARTD
 - Detección de necesidades de documentación nueva
 - Análisis interno, comprobación legal, consenso de contenido
 - Producción de nueva documentación
 - Electrónica
 - Papel
 - Composición
 - Coordinador
 - Representantes (5) de las áreas de: Pre anestesia, Quirófanos, Críticos Cardíaca, Críticos Generales, Unidad Multidisciplinar Tratamiento Dolor

HOSPITALARIO

Nuestra presencia en las áreas de trabajo del CHGUV obedece al cumplimiento de nuestra misión dentro del centro hospitalario con el fin de proveer la visión de nuestra especialidad y la aportación de conocimientos en el contexto interdisciplinar en el que se trabaja en estos órganos de trabajo

- Comisión de RCP y Cuidados Críticos
- Comisión de Biblioteca
- Comisión de Docencia MIR
- Comisión de Ética Asistencial
- Comisión de Infecciones
- Comisión de Farmacia
- Comisión de Historias Clínicas
- Comisión de Hemoterapia
- Comisión de Trasplantes
- Comité ético de investigación clínica del CHGUV
- Comité de Formación del CHGUV
- Comité de Bioética CHGUV
- Comisión de Tejidos y Mortalidad

EXTERNOS

.-Comité editorial de las siguientes revistas Nacionales e Internacionales :

- ⇒ "Revista Española de Anestesiología Reanimación" (REDAR)
- ⇒ "Regional Anesthesia and Pain Medicine"
- ⇒ "The Clinical Journal of Pain"
- ⇒ "Dolor e Inflamación"
- ⇒ "Dolor"
- ⇒ "The International Monitor of Regional Anesthesia and Pain Therapy"
- ⇒ "Research in Surgery"
- ⇒ "Revista de la Sociedad Española del Dolor"
- ⇒ "Algía"

.-Participación en órganos directivos de sociedades científicas Nacionales e Internacionales

.- Servicio Acreditado como "SEGURO" por el Sistema multihospital de comunicación, análisis y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en ámbito de la especialidad de Anestesiología y Reanimación en España. (SENSAR).

El Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del dolor esta afiliado y homologado por el sistema Español de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Anestesia y Reanimación (SENSAR) es una asociación científica sin ánimo de lucro que tiene como objetivo la promoción de la Seguridad del Paciente en el ámbito de la anestesia, el paciente crítico y el tratamiento del dolor.

El Hospital General Universitario de Valencia ha recibido la acreditación de Hospital Seguro por parte del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Este diploma avala la seguridad clínica de su servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.

De este modo, SENSAR reconoce al Hospital General de Valencia como "hospital activo y seguro" al haber cumplido con los criterios que marca su sistema de calidad que incorpora una herramienta informática multihospital en la que se comunican y analizan los

incidentes para poder analizar y adoptar medidas correctoras encaminadas a garantizar la seguridad clínica de los pacientes.

Además desde el SARTD-CHGUV se realizan:

- Cursos de formación en seguridad clínica dirigidos a los profesionales del SARTD y enmarcados en programas propios o dentro de planes de formación de la Escuela Valenciana de estudios para la Salud (EVES)
- Programa de notificación de efectos adversos ligados a procesos transfusionales.
- Programa de notificación de efectos adversos ligados a la medicación.
- Medición de prevalencia e incidencia de efectos adversos ligados a hospitalización :
- Fuentes de información recomendables para la seguridad clínica:
 - Sesiones clínicas
 - Análisis de los incidentes reportados en SENSAR y SINEA
- Revisiones de reclamaciones asistenciales

Con la información recogida priorizamos las actuaciones utilizando matrices de importancia o de prioridad de actuación en base a parámetros valorativos y su ponderación.

Establecemos líneas de actuación agrupadas por los datos de los análisis realizados:

.-Relacionadas con la Dimensión científico-Técnica

- ✓ Profilaxis tromboembolismo
- ✓ Prevención complicaciones cardíacas en cirugía mediante uso betabloqueantes
- ✓ Prevención infección catéter venoso central mediante el uso de barreras estériles
- ✓ Profilaxis antibiótica perioperatoria adecuada
- ✓ Confirmación consentimiento informado
- ✓ Aspiración secreciones subglóticas para evitar neumonías ventilación mecánica
- ✓ Uso de colchones especiales para evitar úlceras por presión
- ✓ Evitar morbilidad en la inserción de vías centrales mediante uso de ecografía
- ✓ Aporte nutricional adecuado pacientes críticos y quirúrgicos
- ✓ Evitar infecciones catéteres venosos centrales impregnándolos de antibióticos
- ✓ Formación en seguridad

.-Relacionadas con los procesos

- ✓ Programa integrado de notificación de efectos adversos
- ✓ Sistemas de información en seguridad
- ✓ Seguimiento indicadores de procesos
- ✓ Listado de verificación quirúrgica
- ✓ Diseño de procesos

.-Relacionadas con la eficiencia

- ✓ Informatización de la actividad asistencial: informatización registros EA y difusión información.
- ✓ Potenciación de la unidosis
- ✓ Dispositivos biomédicos seguros

.-Relacionadas con la satisfacción del cliente

- ✓ Aplicación para la obtención de Certificaciones seguridad
- ✓ Información y formación
- ✓ Encuestas de satisfacción
- ✓ Cumplimiento voluntades anticipadas



SENSAR es un sistema multihospitalario de comunicación, análisis y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en anestesia, reanimación y tratamiento del dolor en España, evolución del sistema de comunicación de incidentes del Hospital universitario Fundación Alcorcón (Bartolome 2006). En la actualidad SENSAR tiene 71 hospitales adheridos y recibe más de 650 comunicaciones al año (datos no publicados). Los sistemas de comunicación y análisis de incidentes pretenden identificar los factores latentes en el proceso asistencial que contribuyen a la producción de fallos, errores o incidentes que supongan daño para el paciente. Una vez identificados se implantan medidas que corrijan dichos factores e impidan la repetición de incidentes similares. En España funciona desde 2009 SENSAR, sistema de comunicación y análisis de incidentes en anestesia. El enfoque de SENSAR se centra en el análisis del sistema en un marco que revisa los factores latentes asociados a: el individuo en contacto con el paciente; el equipo humano; la



tarea que desempeñan; el propio paciente; el lugar de trabajo; y la organización. Los sistemas como SENSAR permiten aprender de los errores de forma sistemática, fomentan la seguridad asistencial y aprovechan los incidentes sin daño y no solo los eventos adversos. Entre sus limitaciones se incluye la imposibilidad de profundizar al 100% la investigación de los incidentes por su carácter anónimo y la infra comunicación. Actualmente se considera la seguridad como un componente esencial de la calidad asistencial y de la gestión del riesgo. A diferencia con lo que podía suceder hace unos años, se intenta implantar la cultura de seguridad en toda la organización. Este cambio cultural supone un proceso de aprendizaje colectivo que, desterrando el concepto de culpa, adopte un enfoque centrado en el sistema, no en el individuo, y que se apoya en la comprensión de la causa de los incidentes para poder adoptar medidas que impidan su repetición. El modelo de Reason del error humano ha sido casi unánimamente aceptado. En su opinión, el ser humano es falible y los errores que comete son esperables. Sin embargo, estos errores humanos deben ser vistos como consecuencias y no como causas, pues están originados en factores del sistema. Por lo tanto, no sólo hay que intentar que no se cometan errores sino que, además, el sistema esté protegido contra ellos. Con esta filosofía, cada incidente supone una oportunidad de aprendizaje para identificar y corregir los factores contribuyentes, no una situación para culpabilizar a quien comete el error. Esta cultura necesita a su vez de cuatro subculturas: comunicación, en la que el personal perciba un clima de confianza para comunicar los incidentes y hablar libremente de ellos; justicia, en la que esté claramente diferenciada la conducta inaceptable y no tolerada y la conducta que, aunque errónea, es comprensible y aceptada; flexibilidad, con cambios en la estructura jerárquica para adaptarse a situaciones de riesgo; y aprendizaje, con el deseo de extraer conclusiones del análisis de los incidentes y la disposición para realizar las reformas necesarias por importantes que sean. SENSAR se basa en la búsqueda de los fallos presentes en el sistema que producen agujeros en las barreras de seguridad con las que trabajamos habitualmente en anestesia. Superando la tradicional búsqueda del culpable individual, intenta aportar recomendaciones para tapar esos fallos sistemáticos, a los que llama factores latentes, y que clasifica en:

- Factores latentes del Paciente
- Factores latentes del individuo
- Factores latentes de la tarea
- Factores latentes del equipo
- Factores latentes de la infraestructura
- Factores latentes de la organización

El sistema es No punitivo, anónimo, confidencial y autónomo, pues cada Servicio de anestesia analiza sus incidentes y aplica medidas adaptadas a las circunstancias locales. Un aspecto primordial de SENSAR es la retroalimentación, es decir las actuaciones que se realizan para que los integrantes de cada servicio de anestesia reciban información de qué incidentes se han comunicado y qué medidas se están tomando.

4.-Nuestro servicio esta considerado como **Centro de Excelencia para la enseñanza de la Anestesia Regional por la Sociedad Europea de Anestesia Regional (ESRA).**

<http://esraeurope.org/education/grants/>



5.-Nuestro Servicio esta acreditado por la **European Society of Anaesthesia (ESA)** como **centro organizador de la parte I y el "In Training Assessment" (ITA) del European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care examination (EDAIC).**

<https://www.esahq.org/education/edaic/about>

6.-Nuestro servicio ha sido reconocido primer centro europeo para la formación de anesestesiólogos en "anestesia en cirugía torácica" por la **European Association of Cardiothoracic Anaesthesiology (EACTA).**

<http://www.eacta.org/education/thoracic-exchange-training-programme/>

7.-Premios Best in Class (BIC)

Los Premios Best in Class son una iniciativa promovida por Gaceta Médica, publicación del Grupo de comunicación Wecare-U, y la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos. Tienen como objetivo reconocer públicamente al mejor centro de Atención Primaria, al mejor hospital y a los mejores servicios y unidades del territorio nacional, tanto públicos como privados, que buscan la excelencia en la atención que prestan a sus pacientes. La concesión de los premios se basa en la puntuación obtenida por los candidatos con el Índice de Calidad Asistencial al Paciente (ICAP), que se establece a partir del análisis multivariable de los datos recogidos en los cuestionarios de autoevaluación cumplimentados por los hospitales y centros de atención primaria. La Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos y las distintas sociedades científicas colaboran dando rigor e independencia al sistema de evaluación de la calidad asistencial. Los ganadores reciben un diploma acreditativo en un acto público y la prestación de un servicio que les sirva de herramienta de mejora continua. Además, los ganadores y finalistas forman parte de la Guía de los Mejores Hospitales y Servicios Sanitarios que se edita anualmente.



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Modalidad “Mejor Especialidad Anestesia Reanimación” Ganadora el año 2021, y finalista los años 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020,2021,2022,2023 en la especialidad de Anestesia Reanimacion

Modalidad “Mejor Especialidad Medicina Intensiva / UCI” Anestesia Reanimación”
Finalista los años 2013, 2020 y 2021

Modalidad Atención al Paciente en Unidad Del Dolor Ganadora los años 2008, 2012 y 2015, y finalista los años 2009, 2013, 2014, 2016, 2018, 2019, 2020, 2021,2022,2023

8.-Conselleria de Sanitat y Consumo

La Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor es Unidad de referencia para la Comunidad Valenciana desde el año 2007.

9.-Comité de Acreditación de la Sociedad Española del Dolor.

La Unidad Multidisciplinar para Estudio y Tratamiento del Dolor del SARTD es la primera y única acreditada con el máximo nivel de acreditación IV entre las categorías establecidas por la Sociedad Española del Dolor desde el año 2007.

10.-Certificación de calidad ISO 9001:2015 del SARTD

Este Bienio ha venido marcado por la gestión siguiendo la norma de acreditación ISO 9001-2015 con fecha 9 de julio 2018 y extensión mediante evaluación en el año 20189 hasta el 27 de mayo de 2025.

Después de el trabajo realizado a lo largo de estos años con la búsqueda continua de mejora para el Servicio, el SARTD se encontraba con la estructura y madurez perfecta como para acabar de implantar un **sistema de Gestión de la calidad** que nos ofreciera una estructura organización y de mejora de calidad continua para nuestro Servicio.



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



Servicio de Anestesia,
Reanimación y Tratamiento del Dolor
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO VALENCIA



.-Toda la **información de las Vías Clínicas, guías y protocolos desarrollados por nuestro servicio a través de sus grupos de trabajo** se encuentra disponible en la pagina web , accesible online en la siguiente dirección:
<http://chguv.san.gva.es/servicios-salud/servicios-unidades/anestesia>