

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS
ANTICOAGULADOS -**

AUTOR:

- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON
- Doctor en Medicina.
- Cátedras de: - Anestesiología
- Cuidados Intensivos
- Neuroanatomía
- Neurofisiología
- Psicofisiología
- Neuropsicología.

- 5 TOMOS -

- TOMO II -

**-AÑO 2019- 1ª Edición Virtual: 2019.5-
- MONTEVIDEO, URUGUAY.**

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- Queda terminantemente prohibido reproducir este libro en forma escrita y virtual, total o parcialmente, por cualquier medio, sin la autorización previa del autor. - Derechos reservados.

1ª Edición. Año 2019. Impresión virtual-.svb.smu@org.uy.

- email: henribar1@multi.com.uy.; henribar204@gmail.com.

-Montevideo, 15 de junio de 2019.

- Biblioteca Virtual de Salud del S. M.U.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- TOMO I -
- ÍNDICE.
- PROLOGO.
- INTRODUCCIÓN.
- ÍNDICE.
- CAPÍTULO I : -- CAPÍTULO I: -1)- CIRUGÍA. -
- 1.1)- Terminología.
- 1.1.1.)- [Datos Terminológicos.](#)
- 1.2)- [Historia](#)
- 1.2.1)- [Edad Antigua.](#)
- 1.2.2)- [Edad Media.](#)
- 1.2.2.1)- [Cirugía Árabe.](#)
- 1.2.2.2)- [Cirugía Cristiana.](#)
- 1.2.3)- [Renacimiento.](#)
- 1.2.4)- [Siglo XVIII: Ilustración](#)
- 1.2.5)- [Siglo XIX.](#)
- 1.2.6)- [Siglo XX.](#)
- 1.2.7)- [Siglo XXI.](#)
- 1.3)- [Ramas de la Cirugía.](#)
- 1.3.1)- [Especialidades Quirúrgicas.](#)
- 1.3.2)- [Especialidades Médico-quirúrgicas.](#)
- 1.4)- [Tipos de Cirugía.](#)
- 1.5)- [Véase También.](#)
- 1.5.1)- CIRUJANO.
- 1.5.1.1)- [Historia.](#)
- 1.5.1.1.1)- [El Cirujano en los Tiempos de Cervantes.](#)
- 1.5.1.2)- [El Siglo XIX.](#)
- 1.5.1.3)- [Formación.](#)
- 1.5.1.4)- [Integrantes del Equipo Quirúrgico.](#)
- 1.5.1.4.)- [Equipo Operatorio.](#)
- 1.5.1.5)- [Roles de los Integrantes del Equipo Quirúrgico.](#)
- 1.5.1.5.1)- [El Cirujano.](#)
- 1.5.1.5.2)- [El Primer Ayudante.](#)
- 1.5.1.5.3)- [El Segundo Ayudante.](#)
- 1.5.1.5.4)- [El/la instrumentista/a.](#)
- 1.5.1.5.5)- [Enfermero/a del quirófano o circulante.](#)
- 1.5.1.5.6)- [Médico Anestesiólogo .](#)
- 1.5.1.5.7)- [El/la Ayudante de Anestesia.](#)
- 1.5.1.6)- [Cirujanos Notables.](#)
- 1.5.1.7)- [Véase También.](#)
- 1.5.1.8)- [Referencias.](#)
- 1.5.1.9)- [Bibliografía.](#)
- 1.5.1.10)- [Enlaces Externos.](#)
- 1.6)- [Bibliografía.](#)
- 1.7)- [Enlaces externos.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- . CAPÍTULO II : -2)- ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN.-
- 2.1)- [Competencias Profesionales](#).
- 2.2) - Preparación Preoperatoria.
- 2.2.1)- Evaluación.
- 2.2.2)- Elaboración Plan Anestésico.
- 2.2.3)- Consulta Preanestésica.
- 2.3)- Véase También.
- 2.4)- [Referencias](#).
- 2.5)- Bibliografía.
- 2.6)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO III: -3)- ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.-
- 3.1)- [Campo de Acción](#).
- 3.2)- [Diagnóstico](#).
- 3.3)- [Tratamiento](#).
- 3.3.1)- [Tratamiento Médico](#).
- 3.3.2)- [Tratamiento Quirúrgico](#).
- 3.3.2.1)- [Tratamiento Endovascular](#).
- 3.3.2.2)- [Tratamiento Quirúrgico Abierto](#).
- 3.3.2.3)- [Cirugía de Mínima Invasión](#).
- 3.4)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO IV: -4)- CIRUGÍA BARIÁTRICA .-
- 4.1)- [Etimología](#).
- 4.2)- [Bases Fisiopatológicas](#).
- 4.3)- [Tipos de Procedimientos](#).
- 4.3.1)- [Técnicas Restrictivas](#).
- 4.3.2)- [Técnicas Malabsortivas](#).
- 4.3.3)- [Técnicas Mixtas \(o restrictivas/malabsortivas\)](#).
- 4.4)- [Indicaciones de la Cirugía Bariátrica](#).
- 4.5)- [Evaluación Psicológica](#).
- 4.6)- [Contraindicaciones](#).
- 4.7)- [Riesgos y Complicaciones](#).
- 4.7.1)- [Mortalidad](#).
- 4.8)- [Referencias](#).
- 4- CAPÍTULO V: - CIRUGÍA CARDÍACA.-
- 5.1)- [Historia](#)
- 5.1.1)- [Malformaciones Cardíacas – Primeras aproximaciones](#)
- 5.1.2)- [Cirugía a Corazón Abierto](#).
- 5.1.3)- [Cirugía Moderna con Corazón Latiente](#).
- 5.1.4)- [Cirugía Cardíaca Mínimamente Invasiva](#).
- 5.2)- [Riesgos](#).
- 5.3)- [Véase También](#).
- 5.4)- [Referencias](#).
- 5.5)- [Enlaces Externos](#).-
- CAPÍTULO VI: -6)- [CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO](#).-
- CAPÍTULO VII: -7)- LAPAROSCOPIA .-
- 7.1)- [Historia](#)
- 7.2)- [Indicaciones](#).
- 7.3)- [Técnica](#).
- 7.4)- [Complicaciones](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- [7.5\)- Véase También.](#)
- [7.6\)- Referencias](#)
- [7.7\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO VIII : -8)- CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.-
- [8.1\)- Denominación.](#)
- [8.2\)- Formación.](#)
- [8.3\)- Campo de Actuación.](#)
- [8.3.1\)- Cirugía Reconstructiva.](#)
- [8.3.2\)- Cirugía Plástica Estética \(cosmética\) Facial.](#)
- [8.3.3\)- Medicina y Cirugía Regenerativa.](#)
- [8.4\)- Logros Recientes de la Cirugía Maxilofacial.](#)
- [8.5\)- Véase También.](#)
- [8.6\)- Referencias.](#)
- [8.7\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO IX: -9)- CIRUGÍA PLÁSTICA .-
- [9.1\)- Cirugía Reconstructiva.](#)
- [9.2\)- Cirugía Estética.](#)
- [9.3\)- ISAPS.](#)
- [9.4\)- Disciplinas Relacionadas.](#)
- [9.5\)- Sociedades Científicas.](#)
- [9.6\)- Titulación en Cirugía Plástica.](#)
- [9.7\)- Véase También.](#)
- [9.8\)- Referencias.](#)
- [9.9\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO X: -10)- CIRUGÍA TORÁCICA.-
- [10.1\)- Campo de Acción Quirúrgica.](#)
- [10.2\)- Ejercicio Profesional.](#)
- [10.3\)- En España.](#)
- [10.4\)- Véase También.](#)
- [10.5\)- Referencias.](#)
- [10.6\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XI: -11)- CIRUGÍA ONCOLÓGICA.-
- [11.1\)- Formación.](#)
- [11.2\)- Competencias.](#)
- [11.3\)- Asignaturas.](#)
- [11.4\)- Referencias.](#)
- [11.5\)- Véase También.](#)
- CAPÍTULO XI: -11)- CIRUGÍA ONCOLÓGICA.-
- [11.1\)- Formación.](#)
- [11.2\)- Competencias.](#)
- [11.3\)- Asignaturas.](#)
- [11.4\)- Referencias.](#)
- [11.5\)- Véase También.](#)
- CAPÍTULO XII: - 12)- CIRUGÍA ORTOPÉDICA y TRAUMATOLOGÍA.-
- [12.1\) Terminología.](#)
- [12.2\)- Formación.](#)
- [12.2.1\)- Uruguay y Venezuela.](#)
- [12.2.2\)- Estados Unidos y Canadá.](#)
- [12.2.3\)- Colombia.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- [12.2.4\)- España.](#)
- [12.3\)- Campo de Trabajo.](#)
- [12.4\)- Historia.](#)
- [12.5\)- Véase También.](#)
- 12.6)- Referencias.
- [12.7\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XIII: -13)- CIRUGÍA PEDIÁTRICA.-
- 13.1)- Historia.
- 13.2)- Referencias.
- 13.3)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XIV: -14)- CIRUGÍA REFRACTIVA.-
- [14.1\)- Requisitos.](#)
- [14.2\)- Método Quirúrgico con Láser \(genérico\).](#)
- [14.3\)- Cirugía Refractiva incisional.](#)
- [14.4\)- Referencias.](#)
- 14.5)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XV: -15)- NEUROCIRUGÍA.-
- [15.1\)- Campo de Actuación.](#)
- [15.2\)- Sub-especialidades de la Neurocirugía.](#)
- [15.3\)- Historia de la neurocirugía.](#)
- 15.4)- Referencias.
- [15.4\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XVI: -16)- DERMATOLOGÍA .-
- [16.1\)- Formación.](#)
- [16.1.1\)- Subespecialidades.](#)
- [16.2\)- Lesiones Elementales.](#)
- [16.3\)- Enfermedades.](#)
- [16.4\)- Referencias.](#)
- [16.5\)- Véase También](#)
- [16.6\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XVII: -17)- ELECTROFISIOLOGÍA.-
- [17.1\)- Técnicas.](#)
- [17.1.1\)- Técnicas Electrofisiológicas Clásicas.](#)
- [17.1.2\)- Técnicas Ópticas Electro fisiológicas.](#)
- [17.2\)- Registro Intracelular.](#)
- [17.3\)- Referencias.](#)
- [17.4\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XVIII: -18)- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.-
- [18.1\)- Formación Especializada.](#)
- [18.2\)- Subespecialidades.](#)
- [18.3\)- Véase También.](#)
- [18.4\)- Referencias](#)
- [18.5\)- Bibliografía.](#)
- [18.6\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XIX: -19)- ODONTOLOGÍA.-
- [19.1\)- Significado del Término.](#)
- [19.2\)- Historia de la Odontología.](#)
- [19.3\)- Estudios de Odontología.](#)
- [19.4\)- Especialidades.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- [19.5\)- Enfermedades de las Que se Ocupa la Odontología.](#)
- [19.5.1\)- Caries.](#)
- [19.5.2\)- Enfermedad Periodontal.](#)
- [19.5.3\)- Mal oclusión.](#)
- [19.5.4\)- Traumatismos Dentales.](#)
- [19.5.5\)- Lesiones de la Mucosa Oral .](#)
- [19.5.6\)- Necesidades Especiales y Prevención Enfermedades Sistémicas.](#)
- [19.6\)- Principales Intervenciones en Odontología.](#)
- [19.6.1\)- Exodoncia o Extracción.](#)
- [19.6.2\)- Obturación o Empaste.](#)
- [19.6.3\)- Endodoncia.](#)
- [19.6.4\)- Ortodoncia.](#)
- [19.6.5\)- Implante Dental.](#)
- [19.7\)- Terminología en Odontología.](#)
- [19.8\)- Referencias.](#)
- [19.9\)- Enlaces Externos.](#)
- [CAPÍTULO XX: -20\)- OFTALMOLOGÍA.-](#)
- [20.1\)Historia](#)
- [20.1.1\)- Antigua India.](#)
- [20.1.2\)- Prehipocráticos.](#)
- [20.1.3\)- Siglos XVII y XVIII.](#)
- [20.2\)- Subespecialidades.](#)
- [20.3\)- Enfermedades del Globo Ocular.](#)
- [20.3.1\)- Tratamientos Más Comunes.](#)
- [20.4\)- Véase También.](#)
- [20.5\)- Referencias.](#)
- [20.6\)- Enlaces Externos.](#)
- [CAPÍTULO XXI: -21\)- OTORRINOLARINGOLOGÍA .-](#)
- [21.1\)- Sub Especialidades.](#)
- [21.2\)-Historia.](#)
- [21.3\)- Enfermedades.](#)
- [21.4\)- Cirugía.-](#)
- [21.5\)- Véase También.](#)
- [21.6\)- Referencias.](#)
- [21.7\)- Enlaces Externos.](#)
- [CAPÍTULO XXII: -22\)- UROLOGÍA.-](#)
- [22.1\)- Historia.](#)
- [22.2\)- Áreas.](#)
- [22.2.1\)- Andrología.](#)
- [22.2.2\)- Laparoscopia.](#)
- [22.2.3\)- Oncología Urológica.](#)
- [22.2.4\)- Neurourología.](#)
- [22.2.5\)- Endourología.](#)
- [22.2.6\)- Urología Pediátrica o Infantil.](#)
- [22.2.7\)- Urología Geriátrica.](#)
- [22.2.8\)- Urolitiasis.](#)
- [22.2.9\)- TRANSPLANTE RENAL.](#)
- [22.2.9.1\)-Historia.](#)
- [22.2.9.2\)- Indicaciones.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- [22.2.9.3\)- Contraindicaciones.](#)
- [22.2.9.4\)- Fuentes de Riñones.](#)
- [22.2.9.4.1\)- Donantes Vivos](#)
- [22.2.9.4.2\)- Donantes Fallecidos.](#)
- [22.2.9.5\)-Compatibilidad.](#)
- [22.2.9.6\)- Procedimiento.](#)
- [22.2.9.7\)- Trasplante de Riñón y Páncreas.](#)
- [22.2.9.8\)- Post operación.](#)
- [22.2.9.9\)- Complicaciones.](#)
- [22.2.9.10\)- Pronóstico.](#)
- [22.2.9.11\)- Requisitos del Trasplante de Riñón.](#)
- [22.2.9.12\)- Estadísticas del Trasplante de Riñón.](#)
- [22.2.9.13\)- Véase También.](#)
- [22.2.9.14\)- Referencias.](#)
- [22.2.9.15\)- Notas](#)
- [22.2.9.16\)- Enlaces Externos.](#)
- 22.3)- Referencias.
- [22.4\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXIII: -23)- CIRUGÍA ROBÓTICA.-
- [23.1\)Antecedentes Históricos.](#)
- [23.2\)- Ventajas.](#)
- [23.3\)- Desventajas.](#)
- [23.4\)- Avances de la Cirugía Robótica.](#)
- [23.5\)- Accidentes en Operaciones.](#)
- [23.6\)- Robots quirúrgicos](#)
- [23.7\)- Véase También.](#)
- [23.8\)- Referencias.](#)
- [23.9\)- Enlaces externos.](#)
- CAPÍTULO XXIV: -24)- MEDICINA INTENSIVA.-
- [24.1\)- Sistemas Orgánicos.](#)
- [24.2\)- Equipo y Sistemas.](#)
- [24.3\)- Médicos e Intensivistas.](#)
- [24.4\)- Historia.](#)
- [24.4.1\)- Florence Nightingale.](#)
- [24.4.2\)- Walter Edward Dandy](#)
- [24.4.3\)- Peter Safar.](#)
- [24.5\)- Véase También.](#)
- [24.6\)-Referencias.](#)
- [24.7\)- Enlaces Externos](#)
- [24.8\)- Otras especialidades médicas.](#)
- TOMO II -
- CAPÍTULO XXV : -25)- HISTORIA DE LA CIRUGÍA.
- [25.1\)- Generalidades.](#)
- [25.2\)- Orígenes.](#)
- [25.2.1\)- Mesopotamia.](#)
- [25.2.2\)- Egipto.](#)
- [25.2.2.1\)- El Papiro Ebers.](#)
- [25.2.2.2\)- El Papiro Edwin Smith.](#)
- [25.2.3\)- China.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- [25.2.4\)- India.](#)
- [25.2.5\)- América Precolombina.](#)
- [25.3\)- Antigüedad.](#)
- [25.3.1\)- Grecia.](#)
- [25.3.2\)- Roma.](#)
- [25.3.3\)- Bizancio.](#)
- [25.4\)- Edad Media.](#)
- [25.4.1\)- Árabes.](#)
- [25.4.2\)- Europa Continental.](#)
- [25.4.3\)- Inglaterra.](#)
- [25.5\)- Renacimiento.](#)
- [25.5.1\)- Los Barberos.](#)
- [25.5.2\)- La Nueva Cirugía.](#)
- [25.6\)- Edad Moderna.](#)
- [25.7\)- Siglo XIX.](#)
- [25.7.1\)- Protagonistas y Acontecimientos Destacados.](#)
- [25.8\)- Siglo XXI.](#)
- [25.9\)- Véase También.](#)
- [25.10\)-Referencias.](#)
- [25.11\)- Bibliografía.](#) -
- [25.11.1\)- CURRÍCULO PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON.](#)
- [25.12\)-Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXVI : -26- CIRUGÍA MENOR.
- 26.1)- Definición de cirugía menor.
- 26.2)- ¿ Donde Realizar la Cirugía Menor?.
- 26.3)- Instrumental Básico en Cirugía Menor.
- 26.4)- Maniobras Quirúrgicas Básicas en Cirugía Menor .
- 26.4.1).Incisión y Disección Quirúrgicas.
- 26.4.2)- Hemostasia.
- 26.4.3)- Principios Básicos de las Técnicas de Sutura.-
- CAPÍTULO XXVII: -27)- CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA- CARACTERÍSTICAS.
- 27.1)- Definición.
- 27.2)- Candidatos a CMA.
- 27.3)- Pacientes No Aptos.
- 27.4)- Tipo de Intervenciones.
- 27.5)- Lugar Realización.
- 27.6)- Circuito del Paciente.
- 27.7)- Criterios de Alta.
- 27.8)- Seguimiento Posoperatorio.
- . CAPÍTULO XXVIII: - 28)- UNIDAD CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.
- 28.1)- Estándares y Recomendaciones .
- 28.2)- Análisis de Situación.
- 28.2.1)- Regulación las Unidades de CMA en España.
- 28.2.1.1)- . Autorización y Registro .
- 28.2.1.2)- Acreditación.
- 28.2.1.3. Guías y Recomendaciones .
- 28.2.2)- Regulación de las Unidades de CMA en otros países.
- 28.2.2.1)- Regulación de las Unidades de CMA, en los EE.UU.
- 28.2.2.2)- Regulación de las Unidades de CMA, en el Reino Unido .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.2.3)-. Actividad de CMA en España e Internacional .
- 28.2.3.1)- . La CMA en el Sistema Nacional de Salud.
- 28.2.3.2)- La CMA en el Ámbito Internacional .
- 28.2.3.3)- Conclusiones : Actividad de CMA en España y en el Ámbito Internacional.
- 28.3)- .Derechos y Garantías de los Pacientes .
- 28.3.1)-.Información a Pacientes y Familiares. Consentimiento informado.
- 28.3.1.1).- Información sobre las características generales de la UCMA .
- 28.3.1.2)- Información detallada sobre el procedimiento de CMA .
- 28.3.1.3)- Consentimiento Informado .
- 28.3.1.4)- Instrucciones y Recomendaciones.
- 28.3.2.1)- Plan de Acogida del Paciente .
- 28.3.2.2)- Código Ético .
- 28.3.2.3)- Guías de Práctica Clínica .
- 28.3.2.4)- Procedimientos de Ensayos Clínicos .
- 28.3.2.5)- Lista de Precios .
- 28.3.2.6)- Reclamaciones y Sugerencias .
- 28.3.2.7)- Seguro de Responsabilidad .
- 28.3.2.8)- Archivo de Pólizas .
- 28.4)- Seguridad del Paciente.
- 28.4.1)- Infecciones Nosocomiales .
- 28.4.2)- Alertas Epidemiológicas .
- 28.4.3)- Gestión de Fármacos .
- 28.4.5)- Gestión de Seguridad .
- 28.4.4)- Identificación de Pacientes .
- 28.4.6.)- Plan de Autoprotección .
- 28.5)- Organización y Gestión.
- 28.5.1)- Selección de Procedimientos .
- 28.5.2)- Cartera de Servicios .
- 28.5.3)- Criterios de Inclusión de Pacientes .
- 28.5.4)- Estructura y Tipologías de las UCMA .
- 28.5.5)- Organización de la UCMA .
- 28.5.5.1)- . Acceso a la UCMA .
- 28.5.5.2)- Circulación Dentro de la UCMA .
- 28.5.5.3). Circulación Tras Practicarse la CMA .
- 28.5.5.4)- Requisitos Organizativos Imprescindibles.
- 28.5.5.5)- Alta.
- 28.5.6)- Estructura de Gestión .
- 28.5.7)- Manual de Organización y Funcionamiento .
- 28. 5.8)- SISTEMA DE INFORMACIÓN .
- 28.5.9)- GESTIÓN DE PACIENTES .
- 28.5.9.1)- Admisión .
- 28.5.9.2)- Documentación Clínica .
- 28.5.9.2.1)- Historia Clínica .
- 28.5.9.2.2)- Registro de Pacientes Atendidos .
- 28.5.9.2.3)- Informe de Alta .
- 28.5.9.3)- Protección de Datos Sanitarios .
- 28.5.9.3.1)- Obligaciones y Derechos .
- 28.5.9.3.2)- Sujeto Responsable de los Ficheros.
- 28.5.9.3.3)- Confidencialidad de los Datos.

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

- 28.5.9.3.4)- Cesión de Datos.
- 28.6)- Estructura y Recursos Materiales .
- 28.6.1)- Programa Funcional .
- 28.6.1.1)- Aspectos Estructurales de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria .
- 28.6.2)-. EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES .
- 28.6.3)- MATERIAL SANITARIO. ESTERILIZACIÓN .
- 28.6.4)- Protocolos de Limpieza .
- 28.6.5)- Gestión de Residuos Sanitarios .
- 28.7)- Recursos Humanos.
- 28.7.1)- . Registro de Personal Sanitario .
- 28.7.2)- Expediente Personal .
- 28.7.3)- Titulación .
- 28.7.4)- Responsable Sanitario .
- 28.7.5.)- Identificación y Diferenciación del Personal .
- 28.7.6.)- Medios Documentales.
- 28.7.7)- . Formación de Pre y Posgrado.
- 28.7.7.1)- Objetivos a Desarrollar en los Próximos Años.
- 28.7.7.2)- Plan de formación en CMA para el Pre y Posgrado .
- 28.7.8)- Formación Continuada.
- 28.7.9)- Criterios Para el Cálculo de los Recursos Necesarios .
- 28.8)- Calidad.
- 28.8.1)-Acreditación .
- 28.8.2)- Indicadores de calidad .
- 28.9)- Criterios de Revisión y Seguimiento de los Estándares y Recomendaciones .
- 2 8.10)- ANEXO 1. PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS MÁS FRECUENTES.
- 28.10. Anexos.
- 28.10.1)- Anexo 1. Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes del SNS en 2005.
- 28-10.2)- Anexo 2. Índice de Sustitución de procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005).
- 28.10.3)- Anexo 3. Modelo de consentimiento informado para UCMA.
- 28.10.4)- Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA.
- 28.10.5)- Anexo 5. Listado B de procedimientos susceptibles de CMA.
- 28.10.6)-Anexo 6. Listado C de procedimientos considerados de cirugía menor ambulatoria o realizados preferentemente en gabinetes de endoscopia, salas de cura u otras salas de tratamiento y diagnóstico.
- 28.10.7)- Anexo 7. Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes (American Society of Anesthesiologists)
- 28.10.8)- . Anexo 8. Esquema de circulación de pacientes en el proceso de atención de una UCMA.
- 28.10.9)- Anexo 9. Recomendaciones antes de la intervención en la UCMA.
- 28.10.10)- Anexo 10. Solicitud de pruebas complementarias.
- 28.10.11)- Anexo 11. Criterios de Alta.
- 28.10.12)- Anexo 12. Equipamiento de la UCMA.
- 28.10.13)- Anexo 13. Criterios para la selección de indicadores de calidad de las UCMA.
- 28.10.14)- Anexo 14. Criterios de dimensionado de los recursos.
- 28.10.15)- Anexo 15. Programa funcional de espacios de una UCMA de 4 quirófanos.
- 28.10.16)- Anexo 16. Estudio de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el Listado A (Anexo 4).
- 28.10.17)- Anexo 17. Definiciones.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 28.10.18)- Anexo 18. Abreviaturas.
 - 28.11)- Bibliografía.
 - 28.12)- VENTAJAS DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA PARA EL PACIENTE.
 - 28.13)- ESTAS SON LAS 15 CIRUGÍAS AMBULATORIAS MÁS COMUNES .
 - CAPÍTULO XXIX: -29)- ANESTESIA PARA CIRUGÍA AMBULATORIA.
 - .- CAPÍTULO XXX: - 30)-RESECCIÓN TRANSURETRAL (R.T.U.).
- TOMO III -

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- TOMO II -

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- **ÍNDICE.**

- **PROLOGO.**

- **INTRODUCCIÓN.**

- TOMO I-

- CAPÍTULO I: -1)- CIRUGÍA. -

-1.1)- Terminología.

-1.1.1.)- [Datos Terminológicos.](#)

- 1.2)- [Historia](#)

- 1.2.1)- [Edad Antigua.](#)

- 1.2.2)- [Edad Media.](#)

- 1.2.2.1)- [Cirugía Árabe.](#)

- 1.2.2.2)- [Cirugía Cristiana.](#)

- 1.2.3)- [Renacimiento.](#)

- 1.2.4)- [Siglo XVIII: Ilustración](#)

- 1.2.5)- [Siglo XIX.](#)

- 1.2.6)- [Siglo XX.](#)

- 1.2.7)- [Siglo XXI.](#)

- 1.3)- [Ramas de la Cirugía.](#)

- 1.3.1)- [Especialidades Quirúrgicas.](#)

- 1.3.2)- [Especialidades Médico-quirúrgicas.](#)

- 1.4)- [Tipos de Cirugía.](#)

- 1.5)- [Véase También.](#)

-1.5.1)- CIRUJANO.

-1.5.1.1)- [Historia.](#)

- 1.5.1.1.1)- [El Cirujano en los Tiempos de Cervantes.](#)

- 1.5.1.2)- [El Siglo XIX.](#)

- 1.5.1.3)- [Formación.](#)

- 1.5.1.4)- [Integrantes del Equipo Quirúrgico.](#)

- 1.5.1.4.)- [Equipo Operatorio.](#)

- 1.5.1.5)- [Roles de los Integrantes del Equipo Quirúrgico.](#)

- 1.5.1.5.1)- [El Cirujano.](#)

- 1.5.1.5.2)- [El Primer Ayudante.](#)

- 1.5.1.5.3)- [El Segundo Ayudante.](#)

- 1.5.1.5.4)- [El/la instrumentista/a.](#)

- 1.5.1.5.5)- [Enfermero/a del quirófano o circulante.](#)

- 1.5.1.5.6)- [Médico Anestesiólogo .](#)

- 1.5.1.5.7)- [El/la Ayudante de Anestesia.](#)

- 1.5.1.6)- [Cirujanos Notables.](#)

- 1.5.1.7)- [Véase También.](#)

- 1.5.1.8)- [Referencias.](#)

- 1.5.1.9)- [Bibliografía.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 1.5.1.10)- [Enlaces Externos](#).
- 1.6)- Bibliografía.
- 1.7)- [Enlaces externos](#).
- CAPÍTULO II : -2)- ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN.-
- 2.1)- [Competencias Profesionales](#).
- 2.2) - Preparación Preoperatoria.
- 2.2.1)- Evaluación.
- 2.2.2)- Elaboración Plan Anestésico.
- 2.2.3)- Consulta Preanestésica.
- 2.3)-Véase También.
- 2.4)- [Referencias](#).
- 2.5)- Bibliografía.
- 2.6)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO III: -3)- ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.-
- 3.1)- [Campo de Acción](#).
- 3.2)- [Diagnóstico](#).
- 3.3)- [Tratamiento](#).
- 3.3.1)- [Tratamiento Médico](#).
- 3.3.2)- [Tratamiento Quirúrgico](#).
- 3.3.2.1)- [Tratamiento Endovascular](#).
- 3.3.2.2)- [Tratamiento Quirúrgico Abierto](#).
- 3.3.2.3)- [Cirugía de Mínima Invasión](#).
- 3.4)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO IV: -4)- CIRUGÍA BARIÁTRICA .-
- 4.1)- [Etimología](#).
- 4.2)- [Bases Fisiopatológicas](#).
- 4.3)- [Tipos de Procedimientos](#).
- 4.3.1)- [Técnicas Restrictivas](#).
- 4.3.2)- [Técnicas Malabsortivas](#).
- 4.3.3)- [Técnicas Mixtas \(o restrictivas/malabsortivas\)](#).
- 4.4)- [Indicaciones de la Cirugía Bariátrica](#).
- 4.5)- [Evaluación Psicológica](#).
- 4.6)- [Contraindicaciones](#).
- 4.7)- [Riesgos y Complicaciones](#).
- 4.7.1)- [Mortalidad](#).
- 4.8)- [Referencias](#).
- 4- CAPÍTULO V: - CIRUGÍA CARDÍACA.-
- 5.1)- [Historia](#)
- 5.1.1)- [Malformaciones Cardíacas – Primeras aproximaciones](#)
- 5.1.2)- [Cirugía a Corazón Abierto](#).
- 5.1.3)- [Cirugía Moderna con Corazón Latiente](#).
- 5.1.4)- [Cirugía Cardíaca Mínimamente Invasiva](#).
- 5.2)- [Riesgos](#).
- 5.3)- [Véase También](#).
- . 5.4)- [Referencias](#).
- 5.5)- [Enlaces Externos](#).-
- CAPÍTULO VI: -6)- [CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO](#).-
- CAPÍTULO VII: -7)- LAPAROSCOPIA .-
- 7.1)- [Historia](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 7.2)- [Indicaciones.](#)
- 7.3)- [Técnica.](#)
- 7.4)- [Complicaciones.](#)
- 7.5)- [Véase También.](#)
- 7.6)- [Referencias](#)
- 7.7)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO VIII : -8)- CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL.-
- 8.1)- [Denominación.](#)
- 8.2)- [Formación.](#)
- 8.3)- [Campo de Actuación.](#)
- 8.3.1)- [Cirugía Reconstructiva.](#)
- 8.3.2)- [Cirugía Plástica Estética \(cosmética\) Facial.](#)
- 8.3.3)- [Medicina y Cirugía Regenerativa.](#)
- 8.4)- [Logros Recientes de la Cirugía Maxilofacial.](#)
- 8.5)- [Véase También.](#)
- 8.6)- [Referencias.](#)
- 8.7)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO IX: -9)- CIRUGÍA PLÁSTICA .-
- 9.1)- [Cirugía Reconstructiva.](#)
- 9.2)- [Cirugía Estética.](#)
- 9.3)- [ISAPS.](#)
- 9.4)- [Disciplinas Relacionadas.](#)
- 9.5)- [Sociedades Científicas.](#)
- 9.6)- [Titulación en Cirugía Plástica.](#)
- 9.7)- [Véase También.](#)
- 9.8)- [Referencias.](#)
- 9.9)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO X: -10)- CIRUGÍA TORÁCICA.-
- 10.1)- [Campo de Acción Quirúrgica.](#)
- 10.2)- [Ejercicio Profesional.](#)
- 10.3)- [En España.](#)
- 10.4)- [Véase También.](#)
- 10.5)- [Referencias.](#)
- 10.6)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XI: -11)- CIRUGÍA ONCOLÓGICA.-
- 11.1)- [Formación.](#)
- 11.2)- [Competencias.](#)
- 11.3)- [Asignaturas.](#)
- 11.4)- [Referencias.](#)
- 11.5)- [Véase También.](#)
- CAPÍTULO XI: -11)- CIRUGÍA ONCOLÓGICA.-
- 11.1)- [Formación.](#)
- 11.2)- [Competencias.](#)
- 11.3)- [Asignaturas.](#)
- 11.4)- [Referencias.](#)
- 11.5)- [Véase También.](#)
- CAPÍTULO XII: - 12)- CIRUGÍA ORTOPÉDICA y TRAUMATOLOGÍA.-
- 12.1)- [Terminología.](#)
- 12.2)- [Formación.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 12.2.1)- [Uruguay y Venezuela.](#)
- 12.2.2)- [Estados Unidos y Canadá.](#)
- 12.2.3)- [Colombia.](#)
- 12.2.4)- [España.](#)
- 12.3)- [Campo de Trabajo.](#)
- 12.4)- [Historia.](#)
- 12.5)- [Véase También.](#)
- 12.6)- Referencias.
- 12.7)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XIII: -13)- CIRUGÍA PEDIÁTRICA.-
- 13.1)- Historia.
- 13.2)- Referencias.
- 13.3)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XIV: -14)- CIRUGÍA REFRACTIVA.-
- 14.1)- [Requisitos.](#)
- 14.2)- [Método Quirúrgico con Láser \(genérico\).](#)
- 14.3)- [Cirugía Refractiva incisional.](#)
- 14.4)- [Referencias.](#)
- 14.5)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XV: -15)- NEUROCIRUGÍA.-
- 15.1)- [Campo de Actuación.](#)
- 15.2)- [Sub-especialidades de la Neurocirugía.](#)
- 15.3)- [Historia de la neurocirugía.](#)
- 15.4)- Referencias.
- 15.4)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XVI: -16)- DERMATOLOGÍA .-
- 16.1)- [Formación.](#)
- 16.1.1)- [Subespecialidades.](#)
- 16.2)- [Lesiones Elementales.](#)
- 16.3)- [Enfermedades.](#)
- 16.4)- [Referencias.](#)
- 16.5)- [Véase También](#)
- 16.6)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XVII: -17)- ELECTROFISIOLOGÍA.-
- 17.1)- [Técnicas.](#)
- 17.1.1)- [Técnicas Electrofisiológicas Clásicas.](#)
- 17.1.2)- [Técnicas Ópticas Electro fisiológicas.](#)
- 17.2)- [Registro Intracelular.](#)
- 17.3)- [Referencias.](#)
- 17.4)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XVIII: -18)- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.-
- 18.1)- [Formación Especializada.](#)
- 18.2)- [Subespecialidades.](#)
- 18.3)- [Véase También.](#)
- 18.4)- [Referencias](#)
- 18.5)- [Bibliografía.](#)
- 18.6)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XIX: -19)- ODONTOLOGÍA.-
- 19.1)- [Significado del Término.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- [19.2\)- Historia de la Odontología.](#)
- [19.3\)- Estudios de Odontología.](#)
- [19.4\)- Especialidades.](#)
- [19.5\)- Enfermedades de las Que se Ocupa la Odontología.](#)
- [19.5.1\)- Caries.](#)
- [19.5.2\)- Enfermedad Periodontal.](#)
- [19.5.3\)- Mal oclusión.](#)
- [19.5.4\)- Traumatismos Dentales.](#)
- [19.5.5\)- Lesiones de la Mucosa Oral .](#)
- [19.5.6\)- Necesidades Especiales y Prevención Enfermedades Sistémicas.](#)
- [19.6\)- Principales Intervenciones en Odontología.](#)
- [19.6.1\)- Exodoncia o Extracción.](#)
- [19.6.2\)- Obturación o Empaste.](#)
- [19.6.3\)- Endodoncia.](#)
- [19.6.4\)- Ortodoncia.](#)
- [19.6.5\)- Implante Dental.](#)
- [19.7\)- Terminología en Odontología.](#)
- [19.8\)- Referencias.](#)
- [19.9\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XX: -20)- OFTALMOLOGÍA.-
- [20.1\)Historia](#)
- [20.1.1\)- Antigua India.](#)
- [20.1.2\)- Prehipocráticos.](#)
- [20.1.3\)- Siglos XVII y XVIII.](#)
- [20.2\)- Subespecialidades.](#)
- [20.3\)- Enfermedades del Globo Ocular.](#)
- [20.3.1\)- Tratamientos Más Comunes.](#)
- [20.4\)- Véase También.](#)
- [20.5\)- Referencias.](#)
- [20.6\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXI: -21)- OTORRINOLARINGOLOGÍA .-
- [21.1\)- Sub Especialidades.](#)
- [21.2\)-Historia.](#)
- [21.3\)- Enfermedades.](#)
- [21.4\)- Cirugía.-](#)
- [21.5\)- Véase También.](#)
- [21.6\)- Referencias.](#)
- [21.7\)- Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXII: -22)- UROLOGÍA.-
- [22.1\)- Historia.](#)
- [22.2\)- Áreas.](#)
- [22.2.1\)- Andrología.](#)
- [22.2.2\)- Laparoscopia.](#)
- [22.2.3\)- Oncología Urológica.](#)
- [22.2.4\)- Neurourología.](#)
- [22.2.5\)- Endourología.](#)
- [22.2.6\)- Urología Pediátrica o Infantil.](#)
- [22.2.7\)- Urología Geriátrica.](#)
- [22.2.8\)- Urolitiasis.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 22.2.9)- TRANSPLANTE RENAL.
- 22.2.9.1)-[Historia](#).
- 22.2.9.2)- [Indicaciones](#).
- 22.2.9.3)- [Contraindicaciones](#).
- 22.2.9.4)- [Fuentes de Riñones](#).
- 22.2.9.4.1)- [Donantes Vivos](#)
- 22.2.9.4.2)- [Donantes Fallecidos](#).
- 22.2.9.5)-[Compatibilidad](#).
- 22.2.9.6)- [Procedimiento](#).
- 22.2.9.7)- [Trasplante de Riñón y Páncreas](#).
- 22.2.9.8)- [Post operación](#).
- 22.2.9.9)- [Complicaciones](#).
- 22.2.9.10)- [Pronóstico](#).
- 22.2.9.11)- [Requisitos del Trasplante de Riñón](#).
- 22.2.9.12)- [Estadísticas del Trasplante de Riñón](#).
- 22.2.9.13)- [Véase También](#).
- 22.2.9.14)- [Referencias](#).
- 22.2.9.15)- [Notas](#)
- 22.2.9.16)- [Enlaces Externos](#).
- 22.3)- [Referencias](#).
- 22.4)- [Enlaces Externos](#).
- CAPÍTULO XXIII: -23)- CIRUGÍA ROBÓTICA.-
- 23.1)-[Antecedentes Históricos](#).
- 23.2)- [Ventajas](#).
- 23.3)- [Desventajas](#).
- 23.4)- [Avances de la Cirugía Robótica](#).
- 23.5)- [Accidentes en Operaciones](#).
- 23.6)- [Robots quirúrgicos](#)
- 23.7)- [Véase También](#).
- 23.8)- [Referencias](#).
- 23.9)- [Enlaces externos](#).
- CAPÍTULO XXIV: -24)- MEDICINA INTENSIVA.-
- 24.1)- [Sistemas Orgánicos](#).
- 24.2)- [Equipo y Sistemas](#).
- 24.3)- [Médicos e Intensivistas](#).
- 24.4)- [Historia](#).
- 24.4.1)- [Florence Nightingale](#).
- 24.4.2)- [Walter Edward Dandy](#)
- 24.4.3)- [Peter Safar](#).
- 24.5)- [Véase También](#).
- 24.6)-[Referencias](#).
- 24.7)- [Enlaces Externos](#)
- 24.8)- [Otras especialidades médicas](#).
- TOMO II -
- CAPÍTULO XXV : -25)- HISTORIA DE LA CIRUGÍA.
- 25.1)- [Generalidades](#).
- 25.2)- [Orígenes](#).
- 25.2.1)- [Mesopotamia](#).
- 25.2.2)- [Egipto](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 25.2.2.1)- [El Papiro Ebers.](#)
- 25.2.2.2)- [El Papiro Edwin Smith.](#)
- 25.2.3)- [China.](#)
- 25.2.4)- [India.](#)
- 25.2.5)- [América Precolombina.](#)
- 25.3)- [Antigüedad.](#)
- 25.3.1)- [Grecia.](#)
- 25.3.2)- [Roma.](#)
- 25.3.3)- [Bizancio.](#)
- 25.4)- [Edad Media.](#)
- 25.4.1)- [Árabes.](#)
- 25.4.2)- [Europa Continental.](#)
- 25.4.3)- [Inglaterra.](#)
- 25.5)- [Renacimiento.](#)
- 25.5.1)- [Los Barberos.](#)
- 25.5.2)- [La Nueva Cirugía.](#)
- 25.6)- [Edad Moderna.](#)
- 25.7)- [Siglo XIX.](#)
- 25.7.1)- [Protagonistas y Acontecimientos Destacados.](#)
- 25.8)- [Siglo XXI.](#)
- 25.9)- [Véase También.](#)
- 25.10)- [Referencias.](#)
- 25.11)- [Bibliografía.](#)
- 25.12)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXVI : -26- CIRUGÍA MENOR.
- 26.1)- Definición de cirugía menor.
- 26.2)- ¿ Donde Realizar la Cirugía Menor?.
- 26.3)- Instrumental Básico en Cirugía Menor.
- 26.4)- Maniobras Quirúrgicas Básicas en Cirugía Menor .
- 26.4.1).Incisión y Disección Quirúrgicas.
- 26.4.2)- Hemostasia.
- 26.4.3)- Principios Básicos de las Técnicas de Sutura.
- CAPÍTULO XXVII: -27)- CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA- CARACTERISTICAS.
- 27.1)- Definición.
- 27.2)- Candidatos a CMA.
- 27.3)- Pacientes No Aptos.
- 27.4)- Tipo de Intervenciones.
- 27.5)- Lugar Realización.
- 27.6)- Circuito del Paciente.
- 27.7)- Criterios de Alta.
- 27.8)- Seguimiento Posoperatorio.
- - TOMO III -
- CAPÍTULO XXXI : - 31)- COAGULACIÓN.-
- 31.1)- [Fisiología.](#)
- 31.1.1)- [Activación Plaquetaria.](#)
- 31.1.2)- [La Cascada de Coagulación.](#)
- 31.1.2.1)- [Mecanismo Básico.](#)
- 31.1.2.2)- [Etapas de la Cascada de Coagulación.](#)
- 31.1.2.3)- [Vía del Factor Tisular \(Extrínseca\).](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 31.1.2.4)- [Vía de Activación Por Contacto \(Intrínseca\).](#)
- 31.1.2.5)- [Vía Final Común.](#)
- 31.1.3)- [Cofactores.](#)
- 31.1.4)- [Reguladores.](#)
- 31.1.5)- [Fibrinólisis.](#)
- 31.1.6)- [Papel en el Sistema Inmune.](#)
- 31.2)- [Evaluación.](#)
- 31.2.1)- [DÍMERO D.](#)
- 31.2.1.1)- [Historia.](#)
- 31.2.1.2)- [Descripción.](#)
- 31.2.1.3)- [Indicaciones.](#)
- 31.2.1.4)- [Referencias y Notas de pie.](#)
- 31.2.1.5)- [Bibliografía.](#)
- 31.2.2)- [OTROS.](#)
- 31.3)- [Papel en la Enfermedad.](#)
- 31.3.1)- [Desórdenes Plaquetarios.](#)
- 31.3.2)- [Enfermedades e Importancia Clínica de la Trombosis.](#)
- 31.4)- [Farmacología.](#)
- 31.4.1)- [Procoagulantes.](#)
- 31.4.2)- [Anticoagulantes.](#)
- 31.4.2.1)- [Anticoagulantes Para Uso *in vitro*.](#)
- 31.5)- [Factores de Coagulación.](#)
- 31.6)- [Historia.](#)
- 31.6.1)- [Descubrimientos Iniciales.](#)
- 31.6.2)- [Descubrimiento de los Factores de Coagulación.](#)
- 31.6.3)- [Nomenclatura.](#)
- 31.7)- [En Otras Especies.](#)
- 31.8)- [Véase También.](#)
- 31.9)- [Bibliografía.](#)
- 31.10)- [Referencias.](#)

- 31.11)- [Lecturas Adicionales.](#)
- 31.12)- [Enlaces Externos.](#)
- 31.12.1)- [Estructuras Tridimensionales.](#)
- CAPÍTULO XXXII : - 32)- [FACTOR DE COAGULACIÓN.-](#)

- CAPÍTULO XXXIII: - 33)- [ANTICOAGULANTE.-](#)
- 33.1)- [Anticoagulantes Endógenos.](#)
- 33.2)- [Fármacos Anticoagulantes.](#)
- 33.2.1)- [Heparina No Fraccionada.](#)
- 33.2.2)- [Heparinas de Bajo Peso Molecular \(HBPM\).](#)
- 33.2.3)- [Inhibidores Selectivos del Factor Xa.](#)
- 33.2.4)- [Anticoagulantes Orales.](#)
- 33.2.4.1)- [Inhibidores de la Vitamina K: Cumarinas.](#)
- 33.2.4.2)- [Inhibidores Directos de Trombina.](#)
- 33.2.4.3)- [Inhibidores Directos del Factor Xa.](#)
- 33.2.5)- [Utilidad Clínica.](#)
- 33.3)- [Referencias.](#)
- 33.4)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XXXIV: - 34)- [WARFARINA.-](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- [34.1\)- Uso Médico.](#)
- [34.1.1\)- Indicaciones.](#)
- [34.1.2\)- Posología y Supervisión.](#)
- [34.1.3\)- Complicaciones.](#)
- [34.1.3.1\)- Hemorragia.](#)
- [34.1.3.2\)- Necrosis Cutánea Inducida Por Warfarina.](#)
- [34.1.3.3\)- Interacciones Dietéticas.](#)
- [34.1.3.4\)- Interacciones con Otros Fármacos.](#)
- [34.1.4\)- Tratamiento Durante el Embarazo.](#)
- [34.2\)- Farmacología.](#)
- [34.2.1\)- Mecanismo de Acción.](#)
- [34.2.2\)- Farmacocinética.](#)
- [34.2.3\)- Farmacogenética.](#)
- [34.3\)- Uso Como Rodenticida.](#)
- [34.4\)- Síntesis de la Warfarina.](#)
- [34.59\)- Estereoquímica](#)
- [34.6\)-Referencias.](#)
- [34.7\)- Enlaces externos.](#)
- **CAPÍTULO XXXV: -35)- ANTICOAGULACIÓN.-**
- [35.1\)- Inicio.](#)
- [35.2\)-Pacientes .](#)
- [35.3\)-Tratamientos .](#)
- [35.4\)- Anticoagulación .](#)
- **CAPÍTULO XXXVI: -36)- INSUFICIENCIA CARDÍACA Y ANTICOAGULANTES-**
- **CAPÍTULO XXXVII: -37)- ANTICOAGULANTES.-**
- **CAPÍTULO XXXVIII: - 38)- CLASIFICACIÓN.TIPOS DE ANTICOAGULANTES.**
- [38.1\)- ¿Qué es un «Anticoagulante»?.](#)
- [38.2\)- Tipos de Anticoagulantes.](#)
- [38.3\)- Los Riesgos de un Coágulo.](#)
- [38.4\)- Coágulos: Formas de Manifestarse.](#)
- [38.5\)- Causas de Coagulación Sanguínea.](#)
- [38.6\)- **MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES.**](#)
- [38.7\)- Bibliografía.](#)
- **CAPÍTULO XXXIX: -39)- RIVAROXABÁN (XARELTO Bayer)-**
- [39.1\)- Usos Médicos.](#)
- [39.2\)- Contraindicaciones.](#)
- [39.3\)- Los Efectos Adversos.](#)
- [39.4\)- Mecanismo de Acción.](#)
- [39.5\)- Química.](#)
- [39.6\)- Historia.](#)
- [39.7\)- La Sociedad y la Cultura.](#)
- [39.7.1\)- Economía.](#)
- [39.7.2\)- Aprobación.](#)
- [39.7.3\)- Acciones Legales.](#)
- [39.8\)- Investigación.](#)
- [39.9\)- Referencias.](#)
- [39.10\)- Los Enlaces Externos.](#)
- **- CAPÍTULO XL: 40)- CARDIOASPIRINA. BAYER o TRIBUFF.**
- [40.1\)- Farmacología.](#)

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 40.2)- Farmacocinética.
- 40.3)- Indicações.
- 40.4)- Contraindicaciones.
- 40.5)- Presentación.
- 40.6)- Diferencia de Aspirina y Cardioaspirina.
- CAPÍTULO XL: 40)- CARDIOASPIRINA. BAYER o TRIBUFF.
- 40.1)- Farmacología.
- 40.2)- Farmacocinética.
- 40.3)- Indicações.
- 40.4)- Contraindicaciones.
- 40.5)- Presentación.
- 40.6)- Diferencia de Aspirina y Cardioaspirina.
- CAPÍTULO XLI: 41)- HEPARINA.-
- 41.1)- [Historia](#).
- 41.2)- [Mecanismo de Acción](#).
- 41.3)- [Intoxicación por Heparina](#).
- 41.4)- [Reacciones Adversas](#).
- 41.5)- [Heparina Sintética](#).
- 41.6)- [Vida Útil](#).
- 41.7)- [Véase También](#).
- 41.8)- [Referencias](#).
- 41.9)- [Enlaces Externos](#)
- CAPÍTULO XLII: -42)- EL CALCIONADROPARIN: FRAXIPARINE.
- 42.1)- Referencias .
- 42.2)- Enlaces Externos.
- CAPÍTULO XLIII: -43)- LINFEDEMA (PDQ®), VERSIÓN PARA PROFESIONALES DE SALUD.-
- 43.2)- [Anatomía y Fisiopatología del Sistema Linfático](#).
- 43.2.1)- [Manifestaciones Clínicas](#).
- 43.2.2)- [Síntomas Psicológicos](#).
- 43.3)- [Epidemiología](#).
- 43.4)- [Factores de Riesgo](#).
- 43.4.1)- [Extirpación del Ganglio Axilar](#).
- 43.4.2)- [Biopsia de Ganglio Centinela](#).
- 43.4.3)- [Obesidad](#).
- 43.4.4)- [Otros factores de riesgo](#)
- 43.4.5)- [El Ejercicio No Aumenta el Riesgo de Aparición de Linfedema](#).
- 43.5)- [Diagnóstico y Evaluación](#).
- 43.6)- Prevención.
- 43.7)- Tratamiento.
- 43.8)- Bibliografía.
- CAPÍTULO XLIV: - CAP-44)- LINFEDEMA : VERSIÓN PARA EL PACIENTE.-
- 44.1)- [Prevención](#).
- 44.1.1)- [Educación](#).
- 44.1.2)- [Ejercicio](#).
- 44.1.3)- [Otras Medidas Preventivas](#).
- 44.2)- [Tratamiento](#).
- 44.2.1)- [Ejercicio](#).
- 44.2.2)- [Prendas de Vestir de Compresión Graduada](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 44.2.3)- [Vendas.](#)
- 44.2.4)- [Cuidado de la Piel.](#)
- 44.2.5)- [Terapia Descongestiva Compleja.](#)
- 44.2.6)- [Compresión Neumática Intermitente Externa.](#)
- 44.2.7)- [Tratamiento Farmacológico.](#)
- 44.2.8)- [Pérdida de Peso](#)
- 44.2.9)- [Terapia Láser de Intensidad Baja.](#)
- 44.2.10)- [Cirugía.](#)
- 44.3)- [Modalidades Integrales.](#)
- 44.3.1)- [Terapia Manual del Linfedema-](#)
- 44.4)- [Linfedema Resistente y Complicaciones.](#)
- 44.5)- Bibliografía.
- 44.6)- Modificaciones a Sumario.
- CAPÍTULO XLV: -45)- COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA.-
- 45.1)- [Historia.](#)
- 45.2)- [Fisiopatología.](#)
- 45.3)- [Síntomas.](#)
- 45.4)- [Tipos de CID.](#)
- 45.5)- [Causas.](#)
- 45.6)- [Diagnóstico y Pruebas de Laboratorio.](#)
- 45.7)- [Tratamiento.](#)
- 45.8)- [Bibliografía.](#)
- 45.9)- [Enlaces Externos.](#)
- CAPÍTULO XLVI: -46)-TROMBOEMBOLISMO PULMONAR.-
- 46.1)- [Epidemiología.](#)
- 46.2)- [Signos y Síntomas.](#)
- 46.3)- [Diagnóstico.](#)
- 46.4)- [Etiología.](#)
- 46.5)- [Tratamiento.](#)
- 46.6)- [Mortalidad.](#)
- 46.7)- [Véase También.](#)
- 46.8)- [Referencias.](#)
- 46.9)- [Bibliografía.](#)
- 46.10)- [Enlaces Externos.](#)
- TOMO IV-

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

0 0 0 0 0 0 0 0.

- CAPÍTULO XXV : -25)- HISTORIA DE LA CIRUGÍA.
-De Wikipedia, la enciclopedia libre.



- [Extracción de la piedra de la locura](#), óleo de [Hieronymus Bosch](#).

- La [cirugía](#) (del [griego](#), χεῖρ *cheîr* «mano» y ἔργον *érgon* «trabajo»), es la rama de la [medicina](#), que manipula físicamente las estructuras del cuerpo, con fines [diagnósticos](#),

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

preventivos o curativos.

- [Ambroise Paré](#), cirujano [francés](#) del [siglo XVI](#), le atribuye cinco funciones: «Eliminar lo superfluo, restaurar lo que se ha dislocado, separar lo que se ha unido, reunir lo que se ha dividido, y reparar los defectos de la naturaleza».
- Desde que el ser humano fabrica, y maneja herramientas, ha empleado su ingenio, también en el desarrollo de técnicas quirúrgicas, cada vez más sofisticadas.
- Pero hasta la [Revolución Industrial](#), no se vencerían los tres principales obstáculos, con los que se encontró esta especialidad médica, desde sus inicios: la [hemorragia](#), el [dolor](#) y la [infección](#).
- Los avances en estos campos, han transformado la cirugía, de un «arte» arriesgado , y menospreciado por ello, a una disciplina , capaz de los más asombrosos resultados.

- ÍNDICE.- -

- CAPÍTULO XXV : -25)- HISTORIA DE LA CIRUGÍA.
- 25.1)- [Generalidades](#).
- 25.2)- [Orígenes](#).
- 25.2.1)- [Mesopotamia](#).
- 25.2.2)- [Egipto](#).
- 25.2.2.1)- [El Papiro Ebers](#).
- 25.2.2.2)- [El Papiro Edwin Smith](#).
- 25.2.3)- [China](#).
- 25.2.4)- [India](#).
- 25.2.5)- [América Precolombina](#).
- 25.3)- [Antigüedad](#).
- 25.3.1)- [Grecia](#).
- 25.3.2)- [Roma](#).
- 25.3.3)- [Bizancio](#).
- 25.4)- [Edad Media](#).
- 25.4.1)- [Árabes](#).
- 25.4.2)- [Europa Continental](#).
- 25.4.3)- [Inglaterra](#).
- 25.5)- [Renacimiento](#).
- 25.5.1)- [Los Barberos](#).
- 25.5.2)- [La Nueva Cirugía](#).
- 25.6)- [Edad Moderna](#).
- 25.7)- [Siglo XIX](#).
- 25.7.1)- [Protagonistas y Acontecimientos Destacados](#).
- 25.8)- [Siglo XXI](#).
- 25.9)- [Véase También](#).
- 25.10)- [Referencias](#).
- 25.11)- [Bibliografía](#).
- 25.12)- [Enlaces Externos](#).

- 25.1)- [Generalidades](#).

- La profesión de cirujano y la de médico, han sufrido numerosos encuentros y , a lo largo de la historia. En general, el cirujano : barbero, arreglador..., que ha sido considerado el técnico, mientras el médico : más relacionado históricamente con el sacerdote o el chamán, era el auténtico sanador.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Durante el desarrollo de la [medicina](#) moderna, la enseñanza de ambas disciplinas, se agrupó en una misma formación académica, que en la mayoría de países desarrollados, permite la obtención de una titulación conjunta de licenciatura en medicina y cirugía.

- Buena parte de su historia, en cualquier caso, está íntimamente relacionada con la historia de la medicina en general. Las nuevas tecnologías aplicadas a la [arqueología](#), confirman que su origen se remonta al mismo origen del [Homo sapiens](#), cuya vida al aire libre, era objeto de numerosos accidentes, heridas y [hemorragias](#), susceptibles de tratamiento quirúrgico, mediante técnicas rudimentarias.

- 25.2)- Orígenes.

-Las primeras técnicas quirúrgicas se emplearon para el tratamiento de las heridas y traumatismos, producidos en el curso de la vida a la intemperie.

- La combinación de estudios arqueológicos y [antropológicos](#): en tribus cuyo modo de vida remeda, al de los primeros seres humanos, ofrece información sobre métodos rudimentarios de sutura, amputaciones, drenajes o cauterizaciones de heridas, con instrumentos candentes.

- Existen numerosos ejemplos: Una mezcla de [salitre](#) y [azufre](#), vertida en las heridas, y a la que se prendía fuego, empleada por algunas tribus asiáticas; las técnicas de drenaje de los indios [dakota](#), mediante el empleo de una caña de pluma «conectada» a una [vejiga urinaria](#) animal para succionar el [material purulento](#); el hallazgo de agujas de la edad de piedra que podrían haberse empleado en suturas (los [Masái](#) emplean agujas de [acacia](#) con el mismo fin); o el ingenioso método desarrollado por algunas tribus de la [India](#) y [Sudamérica](#), sellando las heridas menores mediante la aplicación de [termitas](#) o [escarabajos](#) a los que, tras morder los bordes aproximados de la herida, se les retuerce el cuello para dejar las cabezas rígidamente enganchadas a modo de grapas.¹



-Cráneo datado en el [Neolítico](#), 3500 a. C., conservado en el Museo de Historia Natural de [Lausanne](#), trepanado posiblemente con sílex. Se cree que tras la operación el paciente sobrevivió.

-Entre algunos tratamientos aplicados por los [aztecas](#), según describen textos [españoles](#), durante la conquista de [México](#), se encontraba esta recomendación para tratar las [fracturas](#): «...el [hueso](#) roto debe ser entablillado, extendido y ajustado, y si esto no fuera suficiente, se hará una incisión en los extremos del hueso, insertando una rama de [abeto](#), en la cavidad de la [médula](#)...».² La medicina contemporánea desarrolló este método de fijación ósea en el [siglo XX](#), denominándose en la actualidad "fijación medular".

- Existen hallazgos arqueológicos de [cráneos](#), con signos evidentes de [trepanación](#): perforación de los huesos de la cabeza, para acceder al [encéfalo](#), datados en torno al año 3000 a. C.; en los que se postula la supervivencia del paciente, tras la intervención.

- Los más antiguos se han hallado en la cuenca del [Danubio](#), pero existen hallazgos similares en excavaciones: [Dinamarca](#), [Polonia](#), [Francia](#), [Reino Unido](#), [Suecia](#) o [España](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Folke Henschen, médico e historiador sueco, afirma que los hallazgos arqueológicos soviéticos de la ribera del río [Dnieper](#), en la década de los sesenta ,demuestran la existencia de trépanos, en cráneos datados en el [Mesolítico](#) ,lo que dejaría la fecha, en torno al año 12.000 a. C.³.

- Las evidencias que apoyan la teoría de la supervivencia de muchos de estos individuos trepanados, incluyen la formación de nuevo tejido óseo o callos óseos alrededor del orificio del trépano. En algunos estudios las tasas de supervivencia superan el 50%.⁴.

-Otra técnica quirúrgica, de la que existen evidencias desde hace miles de años, es la [anestesia](#). El [alcohol](#) (árabe al-khwl لوجكول, o al-ghawl لوجول), es posiblemente uno de los anestésicos más antiguos, y existe constancia de su empleo, varios miles de años antes de nuestra era.⁵.

- También se conoce el uso del [opio](#), desde hace milenios : algunos cilindros [babilonios](#) y bajorrelieves [mesopotámicos](#), muestran cabezas de [adormidera](#), con usos anestésicos, además de los recreativos.⁶.

- Otras sustancias empleadas desde antiguo con este fin, son el extracto de [Cannabis sativa](#); el [enebro](#) común (*Juniperus communis*); el [acónito](#); la planta de [Erythroxylum coca](#) o la [mandrágora](#).

- Otra técnica, de notable antigüedad es la de la [sangría](#), o flebotomía, atestiguada en numerosas sociedades, a lo largo de la historia : [incas peruanos](#); [India \(Ayurveda\)](#); [Griegos \(Hipócrates\)](#),...), donde mediante instrumentos cortantes o [sanguijuelas](#).

-En los [papiros de Lahun](#), se menciona la técnica de sangría, empleada por algunos veterinarios egipcios. Esta técnica se extendió con gran éxito en occidente, de modo que en el Renacimiento, podían encontrarse *Calendarios de Sangría*, que recomendaban su utilización ,en momentos determinados del año.

-Ha sido empleada para la curación de dolencias tan dispares, como: [inflamaciones](#), [infecciones](#), [ictus](#) cerebrales, en fases maníacas de algunas [psicosis](#), e incluso como método preventivo de otras muchas enfermedades.⁷.



- [Hirudo medicinalis](#), la sanguijuela para sangrías.

- 25.2.1)- Mesopotamia.

-[Beroso](#), filósofo [caldeo](#) del siglo III a. C., recoge múltiples tradiciones escritas sobre Babilonia : principalmente de los archivos de [Borsippa](#), y llega a afirmar que desde que el dios [Oannes](#), enseñó al pueblo [sumerio](#), todo lo conocido sobre [civilización](#), nada nuevo se ha inventado.

- Esta sorprendente afirmación, deja de parecer tan hiperbólica, cuando se analizan las tablillas sumerias, y se evidencia todo lo que la civilización mesopotámica desarrolló o inventó, varios miles de años antes de nuestra era.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-



- En el [código de Hammurabi](#), se incluyen algunas leyes referidas específicamente a la cirugía.
- Unos 4.000 a. C., se establece en Mesopotamia , entre los ríos [Tigris](#) y [Éufrates](#), la civilización sumeria, que es poseedora de la forma de escritura más antigua conocida. De las 30.000 tablillas cuneiformes descubiertas, unas 800 tratan algún tema médico : una de ellas, la primera receta conocida. El nombre del primer cirujano conocido es Urlugaedin, del 4.000 a. C., cuyo sello personal ,muestra dos cuchillos rodeados de [plantas medicinales](#). Este sello se encuentra en el museo del [Louvre](#) de [París](#).
- El modelo de salud-enfermedad, entre los sumerios, se basaba en una concepción sobrenatural de la enfermedad: esta era un castigo divino, impuesto por diferentes [demonios](#), tras la ruptura de algún [tabú](#).
- De este modo, lo primero que debía hacer el médico, era identificar cuál de los aproximadamente 6.000 posibles demonios, era el causante del problema. Para ello , se empleaban técnicas adivinatorias, basadas en el estudio del vuelo de las aves, de la posición de los astros, o del hígado de algunos animales. De este modo, la medicina estaba íntimamente ligada al sacerdocio, quedando la cirugía, relegada a ser una especialidad médica de segunda categoría.⁸
- No obstante el desarrollo de las técnicas quirúrgicas es notable: en [Nínive](#), se han encontrado instrumentos de bronce y obsidiana, de elegante factura: [bisturíes](#), sierras, trépanos, etc.
- El [código de Hammurabi](#) : hallado en [Susa](#) , [Irán](#), y conservado en el [museo del Louvre](#), por otra parte, ampara bajo su profusa legislación, la especialidad de la cirugía. Algunos fragmentos de este código, tratan específicamente sobre intervenciones quirúrgicas:⁹



LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Código de Hammurabi: Museo del Louvre.

-Si un médico ha tratado a un hombre de una enfermedad grave y lo cura, o abre una hinchazón con un cuchillo y salva el ojo del paciente, ha de recibir diez [siclos](#) de oro.

-Si el paciente es un hombre libre, el pago será de cinco siclos. Si es un [esclavo](#), el dueño pagará dos siclos.

-Si un médico causa una herida grave con un bisturí al esclavo de un hombre libre y lo mata, el médico debe sustituir, al esclavo por otro. Si trata a un hombre libre y le causa una herida mortal, o si ha abierto un [absceso](#) y el hombre libre queda ciego, se le cortarán las manos.



- Herramientas quirúrgicas, en un bajorrelieve del templo de [Kom Ombo](#), Egipto.

- 25.2.2)- Egipto.

- En torno al año 3.100 a. C., comienza el período de esplendor de la civilización egipcia, cuando [Narmer](#), el primer [faraón](#), establece la capital en [Menfis](#). Al igual que ocurre con la civilización sumeria y la escritura cuneiforme, se conservan una amplia serie de documentos , sobre esta civilización, gracias al empleo de la escritura [jeroglífica](#).

- De la primera época monárquica : 2.700 a. C., data el primer tratado de cirugía, escrito por [Imhotep](#), visir del faraón Necherjet [Dyaser](#), sacerdote, astrónomo, médico y primer [arquitecto](#), del que se tiene noticia.

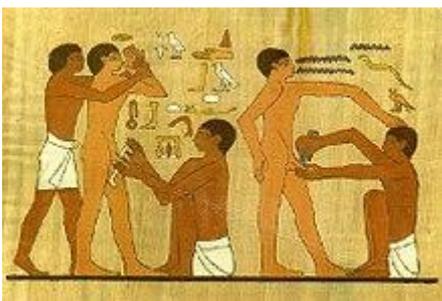
-Tal fue su fama, como sanador, que acabó deificado, considerándose el dios egipcio, de la medicina.¹⁰.

- Otros médicos notorios del Imperio Antiguo : del 2500 al 2100 a. C., fueron Sachmet: médico del faraón [Sahure](#), o Nesmenau, algo así como director médico de su época.

- En una de las [jambas](#) de la entrada del templo de Menfis, se encuentra el grabado más antiguo de una intervención quirúrgica: una [circuncisión](#).

- De los muchos papiros, que se conservan, se conocen nueve, sobre materias médicas, de los que, el más conocido e importante, es el bautizado como su descubridor: [Georg Ebers](#).

-25.2.2.1)- El Papiro Ebers[[editar](#)]



LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Grabado : Representando una circuncisión ,en una tumba de [Sagqara](#), frente a Menfis, Egipto.

- El [papiro Ebers](#), conservado en la universidad de [Leipzig](#), es considerado uno de los tratados de medicina ,más antiguos conocidos. Se data su elaboración, en torno al año 1.550 antes de nuestra era, y su longitud es de unos 20 metros. Incluye: recetas, una farmacopea, y la descripción de numerosas enfermedades, así como algunos tratamientos cosméticos. Sobre cirugía, existen algunas menciones al tratamiento de las mordeduras de [cocodrilo](#), o de las quemaduras. Recomendaba el drenaje de las hinchazones grasas, aunque advertía de determinadas patologías de la piel, que no debían ser tocadas: -"Si encuentras la gran hinchazón del dios Xenus, en una extremidad, es odiosa, y puede producir mucho pus; algo como viento se forma en ella ,y provoca irritación. La hinchazón te dice con voz fuerte: ¿No es la más repulsiva de todas las llagas purulentas? Mancha la piel y crea figuras. Todos los miembros llegan a parecerse al que fue afectado primero. Entonces debes decir: ¡Es la hinchazón del dios Xenus! ¡No la toques!".

- 25.2.2.2)- El Papiro Edwin Smith.

- El [Papiro Edwin Smith](#): Es un documento, algo menos conocido, datado en el año 1.600 a. C. y de tan sólo 5 metros; es un manual de cirugía traumática, de sorprendente calidad para la época. Como ejemplo, una aproximación diagnóstica interesante, tras un traumatismo craneoencefálico: "Si visitas a un hombre, con una herida profunda en la cabeza, debes palparla, incluso aunque el enfermo tiemble intensamente. Pídele que levante la cabeza y observa si le duele al abrir la boca, y si el corazón le late débilmente. Observa si tiene saliva alrededor de la boca, y si gotea o no; y si sangra por la nariz y los oídos; y si tiene el cuello rígido; o no puede mover la cabeza a los lados". - En el anexo final de este manuscrito se describe con detalle como tratar una dislocación de [mandíbula](#), y las exhaustivas descripciones anatómicas, cuyo posible origen esté en la depurada técnica de [embalsamamiento](#), no serán superadas hasta muchos siglos más tarde.

- 25.2.3)-China.



- Mapa de puntos de aplicación de acupuntura. [Dinastía Ming](#).

-.: [Historia de la medicina tradicional china](#).

-Desde la segunda mitad del [siglo XX](#), la medicina occidental : cuya corriente imperante es de marcada tendencia biologicista, que acepta, no obstante; la coexistencia de un modelo de salud-enfermedad, basado en un paradigma ambientalista o integral: la enfermedad es el resultado de la desaparición del equilibrio natural, entre el ser vivo y su entorno, el medio

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

ambiente que lo rodea.

-Este desequilibrio o falta de armonía, entre el individuo y el ambiente, constituyen el eje principal del milenar modelo oriental.¹¹.

- La medicina china tradicional, describe el equilibrio de cinco elementos, que considera fundamentales: agua, tierra, fuego, madera y metal. A su vez el equilibrio, es el resultado de la presencia de dos fuerzas: el [Yin](#) y el [Yang](#), actuando simultáneamente.

- El manual médico chino más antiguo conocido, está datado en torno al año 2.600 a. C.; y se le conoce con el nombre de Nei Ching. Este texto se atribuye al emperador amarillo, [Huang Di](#) : aunque historiadores modernos, consideran que fue compilado de fuentes antiguas, por un estudioso, entre las dinastías [Zhou](#) y [Han](#), más de 2.000 años más tarde; y desarrolla muchos conceptos médicos interesantes para la época. Sin embargo, el tabú de respetar los cadáveres humanos, parece haber restado conocimientos de anatomía quirúrgica; siendo sus principales tratamientos quirúrgicos superficiales o de menor importancia : cauterización de heridas, masajes en patologías traumatológicas, etc.

- La medicina china desarrolló, a cambio, una disciplina a caballo, entre la medicina y la cirugía, denominada [acupuntura](#): según esta, la aplicación de agujas sobre alguno de los 365 puntos de inserción , o hasta 600, según sean las escuelas, restauraría el equilibrio perdido entre el Yin y el Yang.

- 25.2.4)- India.

- La civilización [hindú](#) describe en el [Atharvaveda](#), algunos procedimientos médicos, ampliados parcialmente en el [Ayurveda](#), que son ,dos de sus libros sagrados. Este último, datado en el año 800 a. C., es el precursor de un tratado de cirugía hindú, conocido como: "*Susruta Samhita*" .

- Susruta es el supuesto autor , aunque no se conoce nada de este individuo o colectivo, y la datación de esta compilación es confusa, oscilando según los autores entre el 800 a. C. y el 400 d. C.

- En este tratado, se describen técnicas quirúrgicas ingeniosas, posteriormente reinventadas por la medicina contemporánea: la reducción de fracturas mediante férulas, sutura de heridas, [fistulas](#) cauterizadas, o drenaje de abscesos. Este manual contiene un anexo, que lista y representa gráficamente 121 instrumentos quirúrgicos diferentes.

-La medicina hindú, es la primera en desarrollar técnicas específicas de [cirugía plástica](#): desde reparaciones para deformidades del [pabellón auricular](#), tras la perforación para colocar pendientes; hasta una elaborada técnica de [rinoplastia](#), presumiblemente desarrollada en ladrones, tras ser aplicada la ley de amputación de la nariz, prevista para este delito.

-También se describen métodos quirúrgicos de eliminación de: [cálculos renales](#), [cálculos vesicales](#), e incluso un método para intervenir las [cataratas](#):¹² : "El médico escoge una mañana luminosa, y se sienta en un escabel, a la altura de las rodillas. Frente a él se encuentra el paciente, quien, una vez lavado y comido, se sienta atado al suelo. El médico palpa la impureza del ojo, y a continuación el paciente, mira hacia su nariz, mientras un ayudante le sujeta con fuerza la cabeza. El cirujano toma una lanceta con los dedos índice, corazón y pulgar, la dirige al borde de la pupila, a medio dedo de la parte negra, y a un cuarto de dedo del ángulo externo del ojo, y la mueve hacia arriba. Corta el ojo izquierdo, con la mano derecha, y el ojo derecho con la mano izquierda. Si corta bien, se escucha un ruido y sale una gota de agua".

- 25.2.5)- América Precolombina.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-



- Un cuchillo "tumi" peruano.
- Existen numerosos hallazgos , que demuestran la práctica de la trepanación, por todo el continente americano : incluidas las tribus indias de [América del Norte](#).
- Pero el mayor desarrollo de la cirugía, se alcanzó en las dos principales civilizaciones del centro-sur: [Azteca](#) e [Inca](#).
- Aunque en general ,la concepción de la salud-enfermedad es de tipo animista o espiritual, el profundo conocimiento de hierbas y principios naturales, dotó de un arsenal importante a estas culturas: Se pueden destacar, el uso de la [coca](#) (*erythroxilon coca*); el [yagé](#) (*banisteriopsis caapi*); el [yopo](#) (*piptadenia peregrina*); el [pericá](#) (*virola colophila*); el [tabaco](#) (*nicotiana tabacum*); el [yoco](#) (*paulinia yoco*) o el [curare](#); y algunas [daturas](#), como agente anestésico.



LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Cuadro cusqueño del [siglo XVII](#), con los linajes incas, mentados por las crónicas coloniales y su relación con las reinas reales del Cusco, que esconden tras de sí, una compleja representación de la organización social incaica.
- Cabe destacar el hallazgo de la primera Escuela de Medicina, en [Monte Albán](#), próximo a [Oaxaca](#), datada en torno al año 250, de nuestra era, donde se han encontrado unos grabados anatómicos, entre los que parece encontrarse, una intervención de [cesárea](#); así como la descripción de diferentes intervenciones menores, como la extracción de piezas dentarias, la reducción de fracturas, o el drenaje de abscesos.
- Existe documentado en Monte Albán, hacia el siglo III, de nuestra era, con los primeros cráneos trepanados, con signos de cicatrización.¹³.-Entre los aztecas, se establece una diferencia entre el médico empírico : algo así como el «barbero» tardomedieval europeo, o Tepatl; y el médico chamán (Ticitl), más versado en procedimientos mágicos.
- Incluso algunos sanadores, se podían especializar en áreas concretas, encontrándose ejemplos en: - el código Magliabecchi de: fisioterapeutas, comadronas o «cirujanos», propiamente dichos.
- El traumatólogo, o “componedor de huesos”, que era conocido como *Teomiquetzan*, experto sobre todo en heridas y traumatismos, producidos en combate.
- La *Tlamatlquiticitl* o comadrona, que hacía seguimientos del embarazo, pero que podía realizar embriotomías en caso de [aborto](#). Es de destacar el uso de [oxitócicos](#) : estimulantes de la contracción [uterina](#), presentes en la planta de *Cihuapatl*.
- Los conocimientos de anatomía : basados en la experiencia ,aportada por guerras y sacrificios rituales, avalan una técnica quirúrgica y traumatológica, notablemente avanzada, siendo común la utilización de férulas, y un variado instrumental quirúrgico.
- Las herramientas quirúrgicas son muy variables, entre las diferentes tribus americanas, desde pequeños punzones de hueso, a auténticos bisturís con mango ,como los atestiguados entre los [Karimé](#); o el [tumi](#), de manufactura [Moche](#), y símbolo de la medicina [peruana](#).
- La amputación no era un medio terapéutico para salvar a un paciente, al contrario, amputar un pie o pierna, era signo de «fuera de combate» a los soldados de línea; al eviscerar abdomen, signo de triunfo contra comandantes de mediana jerarquía, como se ve en las estelas de [Bonampak](#); la decapitación era el máximo signo de derrota, contra un comandante o rey; y las amputaciones de miembros ,simbolizaban la derrota contra grandes guerreros, éstas siempre se hacían con perfección, en pleno combate, resecaando por la articulación coxo femoral, que era un signo de buena suerte, al conservar el fémur del combatiente derrotado; y la Coyolxauquy , que es el resumen del máximo grado de triunfo y de derrota contra un enemigo.
- [Francisco López de Gómara](#), en su "*Historia de Indias*" describe las diferentes prácticas médicas con las que se encontraron los conquistadores españoles: "Chupando hay dolor, para sacar el mal humor que lo causa; no escupen aquello, donde el enfermo está, sino fuera de la casa. Si el dolor crece, o la calentura y el mal del doliente, dicen los piaches que tiene espíritus, y pasan la mano por todo el cuerpo. Dicen palabras de "cucante", lamen algunas coyunturas, chupan recio y menudo, dando a entender que llaman y sacan el espíritu"
- El *Código Badiano*, de [Juan Badiano](#), compila buena parte de las técnicas conocidas por el indígena [Martín de la Cruz](#) , [1552](#), incluyendo un curioso listado de síntomas, que presentan los individuos que van a morir.
- Basta decir: "cómo Hernán Cortés, sobrevivió a una herida penetrante de cráneo, con exposición de masa encefálica, curada por los Médicos Tlaxcaltecas"; y de no estar avanzada la cirugía pre hispánica, el conquistador no hubiera sobrevivido.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 25.3)- Antigüedad.

- 25.3.1)- Grecia.



-Vasija griega del 480-470 a. C., representando una escena quirúrgica.

-En torno al [mar Egeo](#), se desarrolló entre los años 2.500 y 1.500 a. C., la [cultura Minoica](#), precursora de la civilización griega.

- En [1971](#), durante una excavación arqueológica ,en [Nauplia](#), se encontraron en una tumba micénica, numerosos instrumentos médicos, datados en unos 1.500 , antes de nuestra era : cuchillos, tijeras, pinzas, algunas sondas...; atribuidos por algunos autores, al mítico : entre los griegos, al médico: [Palamidas](#).

- La obra griega escrita más antigua, que incluye conocimientos sobre medicina, son los poemas [homéricos](#): La [Iliada](#) y La [Odisea](#). En la primera se describe, por ejemplo, el tratamiento, que recibe el rey [Menelao](#), tras ser alcanzado por una flecha en la muñeca durante el asedio a [Troya](#): donde el cirujano resulta ser [Asclepio](#), el dios de la medicina griega, educado en la ciencia médica, por el centauro [Quirón](#). De su nombre deriva [esculapio](#), un antiguo sinónimo de médico, y el nombre de [Hygieia](#), su hija, que sirvió de inspiración, para la actual rama de la medicina preventiva, denominada [Higiene](#).¹⁴.

- A Asclepio, se atribuye también el origen del [caduceo](#) o [Vara de Esculapio](#), símbolo médico universal en la actualidad.



- CULTURA MINOICA.

-Pero la figura médica por excelencia de la cultura griega clásica, es [Hipócrates](#). Este médico, nacido en [Cos](#), en el año 460 a. C., es considerado el padre de la medicina moderna, y su vida coincide, con la edad de oro, de la civilización helena y su moderna cosmovisión, de la razón frente al mito.

-Fundó una escuela, sobre los principios del denominado [juramento hipocrático](#), que aún hoy ,recitan : de forma ritual, no literal, los recién licenciados en medicina y cirugía, de

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

muchos países occidentales.

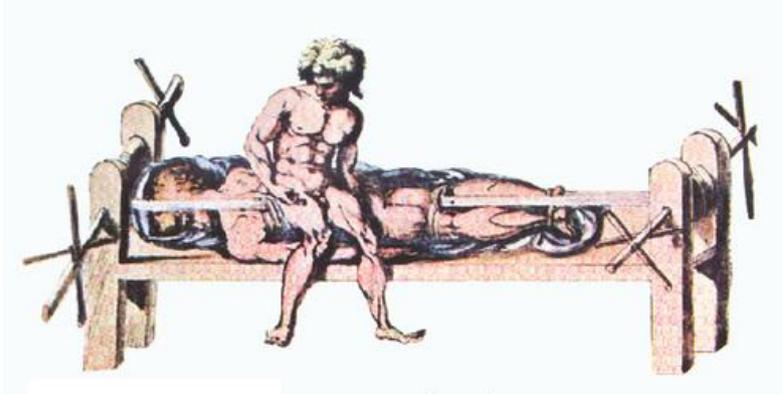
-Los campos médicos abarcados por Hipócrates, incluyen: la [medicina interna](#), la higiene, la [ética](#) médica , y la [dietética](#). Sobre cirugía, incluye numerosas notaciones en sus escritos.

- A modo de ejemplo , esta definición de la especialidad y de cómo debe ejercer un cirujano:

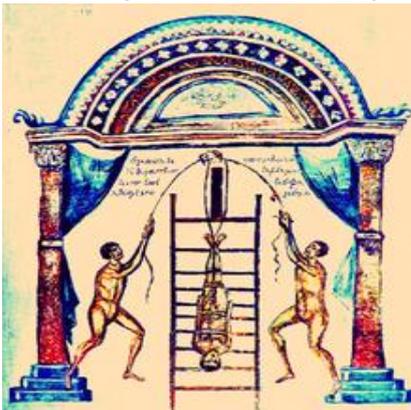
"La cirugía trata del paciente, el cirujano, los ayudantes y los instrumentos: el tipo y la orientación de la luz; la colocación idónea del paciente y los instrumentos; la hora, el método y el lugar. El cirujano debe sentarse en un lugar bien iluminado y confortable, para él y para el paciente. Las uñas deben cortarse rasas. El cirujano debe aprender a manejar sus dedos, mediante la práctica continua, siendo de especial importancia el índice y el pulgar. Han de moverse bien, con elegancia, deprisa, con agilidad, limpieza y al momento".

-En los tratados de cirugía del "*corpus hipocrático*", se advierte una notable exactitud anatómica, y sorprenden algunas propuestas terapéuticas, de plena vigencia en la actualidad, como:" el drenaje del [empiema pleural](#), o los tratamientos sugeridos para los traumatismos craneales.¹⁵ . Las propuestas para reducción de fracturas, incluían el diseño de diversos soportes físicos : *banco hipocrático*, *escalera hipocrática*, soporte de reducción de [fracturas de húmero](#), o poleas de extensión, de ingeniosa factura y probada eficacia".

- Diseños Hipocráticos de Dispositivos de Reducción de Fracturas:



- Banco hipocrático, diseñado para la reducción de fracturas vertebrales.



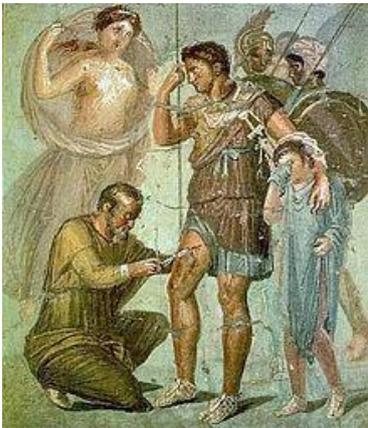
- Escalera de tracción hipocrática.

- Tras Hipócrates la siguiente figura médica griega de interés fue [Aristóteles](#). Este pensador polifacético, aprendió medicina de su padre, pero no consta un ejercicio asiduo de esta disciplina. En cambio, su Escuela [Peripatética](#), fue la cuna de varios médicos y cirujanos insignes de la época: [Diocles de Caristo](#), [Praxágoras de Cos](#) y [Teofrasto de Eresos](#), que son algunos ejemplos. Esta escuela, sin embargo no aportó novedades destacables, en materia de cirugía.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- En torno al año 300 a. C., [Alejandro Magno](#), conquista [Alejandría](#), la ciudad que en poco tiempo, se convertiría en el referente cultural del [Mediterráneo](#) y [Oriente Próximo](#).
- La Escuela Alejandrina ,compiló y desarrolló todos los conocimientos sobre medicina : como de muchas otras disciplinas, conocidos de la época, contribuyendo a formar algunos destacados cirujanos. Se recoge el nombre de: [Herófilo de Calcedonia](#), como el primero en realizar disecciones en público, e incluso algunas fuentes, apuntan la posibilidad de que los [Ptolomeos](#), pusieran a su disposición, reos condenados a muerte, para practicar [vivisecciones](#).¹⁶. Este clínico, se interesó por el estudio del Sistema Nervioso y Digestivo.
- Otro médico notable de la Escuela Alejandrina, fue [Erasístrato](#) de Ceos, descubridor del [colédoco](#) : conducto de desembocadura de la [bilis](#) en el [intestino delgado](#), y del sistema de [circulación portal](#) : un sistema venoso ,que atraviesa el [hígado](#), con sangre procedente del tracto digestivo.
- Paralelamente, se desarrolló la Escuela [Empirista](#), cuyo principal exponente médico fue [Glauco de Tarentio](#) : siglo I a. C.. Podría considerarse a Glauco, como el precursor de la [medicina basada en la evidencia](#); ya que para él, sólo existía una base fiable: los resultados fundados en la experiencia propia, en la de otros médicos o en la analogía lógica; cuando no existían datos previos para comparar. Bajo este paradigma filosófico, se desarrollaron técnicas quirúrgicas, como la intervención de cataratas o la litotomía : extracción de [cálculos renales](#), mediante una incisión en [vejiga](#) o [uréter](#).

- 25.3.2)- Roma.



- Lapix extrayendo una flecha de la pierna de Eneas, fresco de [Pompeya](#).
- La civilización [etrusca](#), antes de importar los conocimientos de la cultura griega, apenas había desarrollado un *corpus* médico de interés, si se exceptúa una destacable habilidad en el campo de la [odontología](#): donde en varios yacimientos etruscos, se han encontrado prótesis dentales fijas, móviles, con alambre de [oro](#), con dientes naturales y artificiales, e incluso algunas [coronas](#) de oro fundido.¹⁷.
- Uno de los pocos cirujanos romanos, conocidos de la era precristiana, fue [Arcagato del Peloponeso](#) : citado por [Plinio](#) en su "*Naturalis Historia*"; donde también refiere que inicialmente su apodo era "*Vulnarius*" (curaheridas), pero sus métodos y sucesivos fracasos le valieron el nuevo apelativo de *Carnifex*, el ejecutor.
- Entre los años 25 a. C. y 50 de nuestra era, vivió otra figura médica de importancia: [Aulo Cornelio Celso](#). En realidad, no hay constancia de que ejerciera la medicina, pero se conserva un tratado de medicina "*De Re Medica Libri Octo*", que describe por primera vez la técnica quirúrgica de la ligadura, o en el que propone la utilización a modo de férula, para el tratamiento de las fracturas, de materiales semirrígidos o moldeables como la cera. Describe

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

también, hasta 50 tipos de instrumentos quirúrgicos. Se trata de una vasta obra ,que incluye tratamientos para: heridas, hemorragias, heridas de flecha o varices, y atribuye a la cirugía, una importancia capital entre las especialidades médicas.¹⁸ Así describe Celso al cirujano ideal: "El cirujano debe encontrarse en la madurez de la vida, tener mano rápida y firme, que nunca vacile, y tan rápida la derecha como la izquierda; vista aguda y clara; aspecto tranquilo y compasivo, ya que su deseo es curar a los pacientes, y a la vez, no dejar que sus gritos, le hagan apresurarse más de lo requieren las circunstancias, ni cortar menos de lo debido; tampoco permite que los aullidos del paciente , causen mella en él ni en su trabajo".



- Catéteres Romanos. Siglo I a. C.

- En Roma, la casta médica se organizaba en ese momento: de un modo que recuerda a la actual división por especialidades, en médicos generales : *medici*; cirujanos : *medici vulnerum, chirurgi*; oculistas : *medici ab oculis*; dentistas, y los especialistas en enfermedades del oído.

- Las [legiones romanas](#): disponían de un cirujano de campaña y un equipo capaz de instalar un hospital en pleno [campo de batalla](#), para atender a los heridos durante el combate.¹⁹

- Uno de estos médicos legionarios fue [Dioscórides](#), el autor del manual farmacológico, más empleado y conocido hasta el [siglo XV](#). Sus viajes con el ejército romano le permitieron recopilar un gran muestrario de hierbas y sustancias medicinales, y redactar su magna obra: "*De Materia Medica*"



- Legionario.

-Pero la figura médica romana por excelencia fue [Galeno](#), cuya influencia y errores anatómicos y fisiológicos, perduraron hasta el siglo XVI; donde el primero en corregirlo, fue [Vesalio](#).

-Galeno de [Pérgamo](#), nace en el año 130, de nuestra era, bajo influencia griega y al amparo de uno de los mayores templos dedicados a [Esculapio](#) (*Asclepio*). Estudió medicina, con dos

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

seguidores de Hipócrates: Estraconio y Sático; y aún después, visitó las escuelas de medicina de [Esmirna](#), [Corinto](#) y Alejandría. Finalmente, viajó a Roma, donde su fama, le llevó a ser elegido médico del Emperador [Marco Aurelio](#). Sin embargo, en Roma las autopsias estaban prohibidas, por lo que sus conocimientos de anatomía, se fundaban en disecciones de animales, lo que le llevó a cometer algunos errores. En el campo de la cirugía, describió la presencia de los nervios laríngeos recurrentes, cuyo corte accidental, en una intervención de [bocio](#), puede provocar la pérdida de la voz; su dedicación al tratamiento de las heridas de los gladiadores, le hizo merecedor de una gran fama como cirujano y traumatólogo; donde constan varias intervenciones nuevas y exitosas, como la reparación de un [labio leporino](#), o la extirpación de pólipos nasales. Murió en torno al año 200 de nuestra era, dejando un legado, no siempre beneficioso para el progreso de la medicina, pero de indudable valor. Su nombre, al igual que el de Esculapio, se convirtió en sí mismo en sinónimo de médico. "La cirugía es el movimiento incesante de manos firmes y experimentadas". -Galenus, *Definitiones Medicae XXXV*".

- [Areteo de Capadocia](#) no obtuvo la fama y el reconocimiento público de Galeno, pero el escaso material escrito, que se ha conservado, demuestra su gran conocimiento y un aún mayor sentido común. No se conocen muchos datos, de este modesto médico romano, salvo su procedencia [turca](#), y que vivió durante el primer siglo después de Cristo. Debió formarse en Alejandría, donde se permitían las autopsias, ya que sus conocimientos de anatomía visceral son muy completos. Sus obras, contienen pocas reflexiones teóricas, y al menos uno de sus libros trata de cirugía; aunque de este, no se conoce ningún ejemplar; sólo se sabe de su existencia por alusiones. Fue el primer médico, en describir el cuadro clínico del [tétanos](#), y a él, se deben los nombres actuales de la [epilepsia](#) o la [diabetes](#).²⁰.

- 25.3.3)- Bizancio.

- El Imperio Romano Oriental, fue tras la división, por la muerte de [Teodosio](#), el heredero de la cultura y la medicina griegas. En su afán por recuperar, o no perder los conocimientos clásicos, la cultura bizantina ejerció una función fundamental, recopilando y catalogando lo mejor de las tradiciones griega y romana.

- El médico personal de [Juliano el Apóstata](#), [Oribasios](#), recogió en 70 volúmenes: "*Las Sinagogas médicas*", todo el saber médico hasta esa fecha.²¹.

- Siguiendo con ese espíritu compilador, pero poco innovador, encontramos a Alejandro de Tralles: hermano del arquitecto de la [basílica de Santa Sofía](#), y a Etión de Amida, en el siglo VII, este último especialmente dedicado a la cirugía. Entre sus obras, se cuenta un tratado sobre [aneurismas](#): "*De vasorum dilatatione*", y muchos capítulos sobre cirugía [ginecológica](#).²².

- El último cirujano del imperio bizantino fue Pablo de Egina: 607-690, quién desarrolló algunas técnicas para la cirugía del bocio.

- 25.4)- Edad Media.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-



-Miniatura del *Omne Bonum*, de James Le Palmer, [1360](#), donde se representa una escena de extracción dentaria, para ilustrar una letra D capital.

-:Médicos Medievales .

-La concepción teocentrista del cosmos, propia de este período, no estimulaba averiguar el origen físico de las enfermedades. De hecho, aunque existieron investigaciones en ese sentido, muchos médicos²³, afrontaron todo tipo de problemas, no tanto por seguir un método científico, que no se había definido aún, sino por la colisión de sus proposiciones, con el paradigma dominante.

- La enfermedad era un castigo divino, y su curación se fundaba en el arrepentimiento y la penitencia. La voluntad de Dios, estaba por encima de la habilidad del cirujano, lo que acabó por infundir un nihilismo terapéutico, poco resolutivo.

-Por otra parte el movimiento [monacal](#), procedente de oriente, comienza en el [siglo V](#), a extenderse por Europa. En los monasterios se acoge a peregrinos, enfermos y desahuciados, comenzando a formarse el germen de los hospicios u hospitales, aunque la medicina practicada por monjes y sacerdotes, carecía, en general, de base racional.

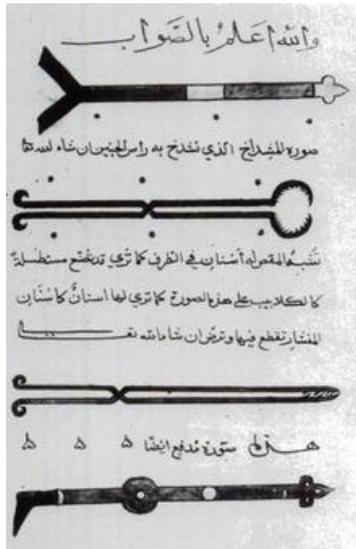
- En el [Concilio de Clermont](#), en [1130](#), llegó a prohibirse a todo clérigo, el estudio de cualquier forma de medicina,²⁴ y en el cuarto Concilio de [Letrán](#) , [1215](#), se separa a los internistas de los cirujanos, debido a la mala fama, que van adquiriendo estos últimos :«sajadores»), en parte propagada por los primeros : «garladores».

-Existen antecedentes de estructuras similares a hospitales, en la India o en Roma; pero su extensión y concepción actual, se debe al modelo monástico iniciado por [San Benito](#) en [Montecasino](#), y a sus variantes posteriores denominadas: [leproserías](#) o lazaretos, en honor a su fundador [San Lázaro](#).

-Pero el mayor hospital, conocido de la época, se encontraba en [El Cairo](#): [Al-Mansur](#) : "hospital", recinto hospitalario fundado en [1283](#), que se encontraba ya dividido en salas de especialidades médicas, al modo actual, que contaba con una sección de dietética coordinada con la cocina del hospital, una sala para pacientes externos, una sala de conferencias, y una biblioteca.²⁵ .

- 25.4.1)- Árabes

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-



- Instrumental quirúrgico representado en una copia del siglo XV, del manuscrito de Abulcasis.

-Siguiendo las enseñanzas de [Mahoma](#): «Buscad el saber aunque hayáis de ir a China» o «Quien deje su casa para dedicarse a la ciencia, sigue los pasos de Alá», el mundo árabe supo recoger las enseñanzas de las culturas con las que convivió.

-Entre los musulmanes *Al Hakim* (El Médico), era sinónimo de sabio maestro. Los médicos árabes tenían la obligación de especializarse en algún campo de la medicina, y existían clases dentro de la profesión: De mayor a menor categoría, encontramos al Hakim : el médico del *maristán*; hospital; Tahib: Mutabbib : médico en prácticas, y Mudawi : médico cuyo conocimiento es meramente empírico.

- En todos los manuales médicos árabes, se encuentran grandes capítulos o secciones dedicados a la cirugía, inspirados en la tradición alejandrina, aunque originalmente aprendidos no en Alejandría, sino en [Gundishapur](#) : Persia; donde los exiliados [nestorianos](#), se empleaban en la tarea de traducir las principales obras clásicas del griego al árabe. Allí, se formó la primera hornada de médicos árabes, bajo las enseñanzas de [Hunayn ibn Ishaq](#) : [808-873](#), quien llegó a ser médico personal, del califa Al-Mamun. Desde ese puesto, fue que fundó la primera escuela médica del [Islam](#).



-Cubierta de *Kitab-el-Mansuri*, obra médica de Rhazes.

-Años después descollará Abu Bakr Muhammed ibn Zakkariya, de sobrenombre [Al-Razi](#) o Rhazes. Médico del califa y director fundador del hospital de [Bagdad](#), se cuenta que para decidir su ubicación colgó cadáveres de animales en los cuatro puntos cardinales de la ciudad, optando por la localización en la que tardó más en producirse la descomposición. ²⁶ -
-No consta un especial interés en la cirugía, excepto alguna propuesta de extracción de

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

molares cariadados incluida en su obra médica (*Kitab-el-Mansuri*).

- A pesar de su trascendencia como figura médica del islam, Ali ibn Sina : [Avicena](#) : 980-1037, que no incluyó en su "*Canon*", ningún tratamiento quirúrgico de interés, recomendando la cauterización como método general quirúrgico.

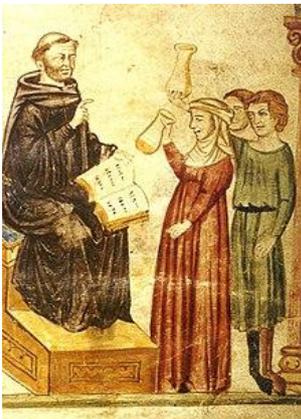
- De modo similar, los filósofos y médicos hispanos [Avempace](#) : h. 1080 - 1138, y [Averroes](#) :1126-1198, apenas desarrollaron la materia quirúrgica en sus obras médicas, dedicadas preferentemente a las plantas medicinales.

- [Abulcasis](#) : Abul Qasim Al Zaharawi, fue el primer "especialista" cirujano conocido del mundo islámico. Nació en [Medina Azahara](#), en el año [936](#), y vivió en la corte de [Abderramán III](#). Su principal obra compilatoria es: "*Kitàb al-Tasrif*": "*La práctica, El método o Disposición*, cuyo volumen XXX", contiene un extenso tratado de cirugía. Los campos que abarca este capítulo quirúrgico, incluyen: la oftalmología, la odontología, el tratamiento de las hernias y la extracción de cálculos, la obstetricia y un amplio apartado sobre traumatología. Su obra es una traducción ampliada, de la de [Pablo de Egina](#), a la que añadió: una prolija descripción del instrumental quirúrgico de la época.²⁷

-Es interesante su descripción del tratamiento de una hemorragia arterial: "Coloca con presteza, el dedo índice en el punto de la hemorragia, y aprieta hasta que la sangre deje de brotar. Elige un cauterio caliente de tamaño apropiado, y aplícalo al vaso sangrante. Ten cuidado de no quemar los nervios circundantes, ya que eso provocaría mucho dolor al paciente. Y recuerda que sólo existen cuatro maneras de frenar una hemorragia arterial, sobre todo si se trata de un gran vaso: 1.cauterizándola como te he enseñado; 2.dividirla si no se ha perdido, porque los extremos divididos se cierran y cortan la hemorragia; 3.mediante una ligadura fuerte; y 4.aplicando remedios , que corten la sangre combinados con un vendaje de presión.

- 25.4.2)- Europa Continental.

- Entre los siglos [XI](#) y [XIII](#), se desarrolló una escuela médica de especial interés: La escuela de [Salerno](#). Para la obtención del título de médico ,y por tanto, el derecho de ejercicio de esta práctica, [Roger II de Sicilia](#), estableció un examen de graduación, en la que se incluían conocimientos de medicina y de cirugía, lo que de alguna manera rehabilitaba la especialidad quirúrgica, a pesar del activo rechazo a la misma, demostrado por la iglesia católica, y por parte del mundo árabe. Algunos años después, en [1224](#), [Federico II](#), reformó el examen, para que este fuese realizado de forma pública, por el equipo de maestros de Salerno, y regulando para la práctica de la medicina, un periodo de formación teórico : que incluía cinco años de medicina y cirugía; y un periodo práctico de un año.²⁸ .



LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Pacientes mostrando su orina, a [Constantino el Africano](#).

-Una figura de relevancia de esta escuela fue el monje [Constantino el africano](#) : [1010-1087](#): médico [cartaginés](#), que recogió numerosas obras médicas, a lo largo de sus viajes, y contribuyó a la medicina europea, con la traducción del árabe de varios textos clásicos.²⁹.

-El primer tratado europeo medieval de cirugía, tiene su origen en esta escuela: La "*Practica chirurgiae*", de [Ruggero Frugardi](#) : [1170](#), obra que se ocupa del tratamiento de las heridas y traumatismos.³⁰. Como curiosidad, y a modo de soslayo de la ausencia de la práctica de la disección en cadáveres humanos, [Cofón el joven](#), escribe en torno al año [1150](#), su "*Anatomía Porci*", guía práctica de disección del cerdo, utilizada por los estudiantes.³¹.



- Ilustración de [Mondino de Luzzi](#) : 1275 -1326, Bolonia, representando una autopsia.

- "*Ecclesia abhorret a sanguine*", es una supuesta encíclica publicada por [Inocencio III](#), en [1215](#). En ella, la Iglesia católica, se reafirmaría en su firme oposición, a todo derramamiento de sangre, incluido el derivado de la actividad quirúrgica. En realidad, la existencia de dicha encíclica, fue un invento de un historiador francés, del siglo XVII. El historiador decimonónico White, y otros, contribuyeron a la extensión del mito de la prohibición de las disecciones.³².

-En Europa, se sigue desarrollando esta actividad, a partir de las recién estrenadas [universidades](#). La de [Bolonia](#), poseía su propia Facultad de Medicina, fundada por [Ugo de Borgognoni](#) : 1180–1258, cuyo hijo, [Teodorico Borgognoni](#), es autor de "*Chirurgia*", un tratado dedicado exclusivamente a la cirugía. En él, se pone en tela de juicio la práctica, heredada desde tiempos de Galeno, de dejar que las heridas: «se carguen de pus», como medida más eficaz para su curación. Para las suturas, emplea hilos realizados con intestinos de animales : auténtico precursor del catgut, seda de sutura empleada en cirugía antes del desarrollo de materiales artificiales, hecha a base de intestinos de cabra o caballo, y empleada en suturas internas, para que pudiera ser reabsorbida con el tiempo, una vez cumplida su función.

- [Guillermo de Saliceto](#) fue otro profesor de la escuela de Bolonia, y autor de "*Cirurgia*", escrito con la intención de legar sus conocimientos en este campo a su hijo, pero convertido finalmente en manual de referencia, para las Facultades de Medicina de la [Edad Media](#). En esta obra, anota algunas reflexiones sobre el [cáncer](#), sorprendentes teniendo en cuenta, los escasos conocimientos de [fisiología](#) de la época: "La enfermedad debe tratarse amputando el órgano, ya que sus raíces se hunden en las venas que lo rodean, llenas de sangre melancólica. Es necesario cortar esas venas y extirpar las raíces".

- También profesor de Bolonia, fue [Mondino de Luzzi](#), que en [1316](#), tenía suficiente práctica, en disecciones humanas, como para escribir un manual de disección, titulado "*Anatomía*",

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

que llegó a ser la guía de referencia de las disecciones humanas, durante dos siglos.³³ .-

- [Lanfranco de Milán](#), también conocido como Guido de Lanfranc y alumno de Guillermo de Saliceto, que es considerado habitualmente como el padre de la cirugía francesa.

- Tras huir de Italia, por las revueltas entre [güelfos y gibelinos](#), se instala en [Lyon](#), en [1290](#); poco después viaja a [París](#), donde se acaba de formar, en la escuela independiente de Saint-Come.

- Su espíritu ecléctico ,lo llevó a afirmar, que "nadie puede ser un buen internista ,sin tener conocimientos de cirugía, y al revés, ningún cirujano será un buen profesional, si no tiene los adecuados conocimientos de medicina interna".

- Su principal campo de estudio quirúrgico, fueron las lesiones cerebrales, aunque desarrolló también algunos aspectos de ética médica.

- Finalizó su carrera profesional ,como cirujano personal de [Felipe el Hermoso](#); al igual que luego lo sería, otro gran cirujano francés: [Henri de Mondeville](#): [1260-1320](#) .

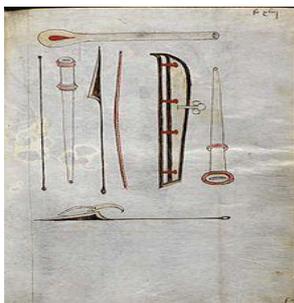
-El siglo XII, ve florecer la escuela de [Montpellier](#). Uno de sus profesores de anatomía, fue el mencionado Henri de Mondeville; pero el más destacado profesor de esta escuela, fue [Guy de Chauliac](#) : [1290-1368](#), autor de "*La gran cirugía*".

- Este cirujano fue el primero en realizar observaciones, sobre heridas por armas de fuego, utilizadas por primera vez, por los ingleses en [1346](#), en la [batalla de Crécy](#).³⁴ Entre las notas de este médico, se encuentra lo que debe contener el maletín del perfecto cirujano: "cinco ungüentos: de albahaca, para madurar el pus, de los apóstoles³⁵ para purificar, dorado, para fomentar el crecimiento de los tejidos, blanco para curar, y de dialtea para sudar. Así como cinco herramientas: tenacillas, sonda, cuchilla, lancetas y agujas.

- En [Guadalupe, Cáceres](#), España, se construyó una red de hospitales : siglos XIV-XVI, para atención de peregrinos y enfermos. En estos locales, se practicó por primera vez en España, y bajo indulto apostólico, la cirugía y la disección, por los ilustres médicos, de los reinados de los Reyes Católicos, Carlos I y Felipe II.

- 25.4.3)-Inglaterra.

- La figura determinante del impulso científico, en [Inglaterra](#), fue [Roger Bacon](#) : [1214-1294](#), quien sentó las bases de la experimentación empírica, frente a la especulación. Su máxima, fue algo así, como: "duda de todo lo que no puedas demostrar", lo que incluía a las principales, fuentes médicas clásicas de información. En el "*Tractatus de erroribus medicorum*", que describe hasta 36 errores fundamentales de las fuentes médicas clásicas, aunque no realiza ninguna aportación específica, al campo de la cirugía.



- Instrumentos quirúrgicos, que ilustran el libro de John, de "*Arderne Mirror of Phlebotomy & Practice of Surgery*".

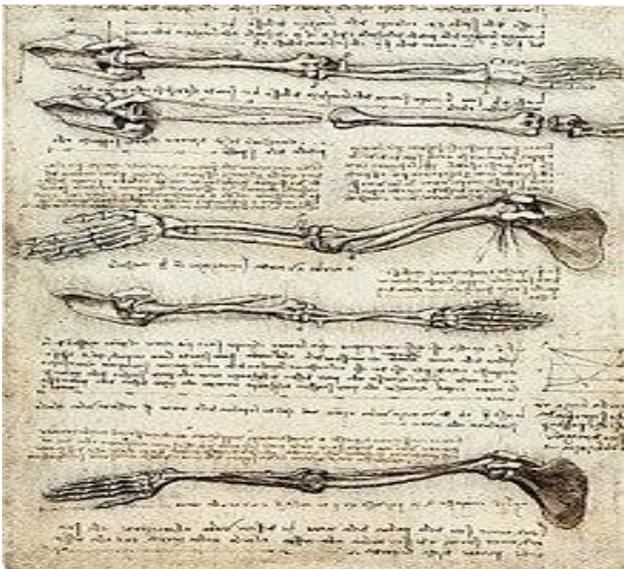
-En el siglo XIV, se encuentra en Inglaterra a [John de Arderne](#), cirujano en activo, durante la

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

[Guerra de los Cien Años](#), a las órdenes de los duques de [Lancaster](#). Tras sus servicios en campaña, se estableció en Londres, donde se proclamó "*chirurgus inter medicus*", en una época en la que el tratamiento oficial de los médicos era de *doctor*, mientras que a los cirujanos, se les consideraba tan solo *míster*. Entre las leyendas forjadas a su sombra, se cuenta la de una intervención de [fístula](#) anal, en la que era especialista, por la que cobró 100 [chelines](#) al contado, y otros cien por cada año que viviera el paciente. Esta predilección por la patología anorrectal, le ha valido el título de «padre de la [proctología](#)».

- En [1368](#), se funda el [Gremio de cirujanos de Londres](#), en un primer intento por separar a los [barberos](#): encargados sobre todo de afeitar y despiojar, de los médicos especializados en tratamientos quirúrgicos. Pero en el ambiguo terreno de la cirugía menor: drenaje de abscesos, extirpación de verrugas..., se comienza a gestar una disputa sobre atribuciones profesionales, que habría de durar muchos años. Las circunstancias sociales, económicas y políticas, empujaban a Europa, al desarrollo de una nueva concepción de sociedad; dando los albores del período, conocido como [Renacimiento](#).

- 25.5)- Renacimiento.



- Estudio anatómico del brazo, por [Leonardo da Vinci](#)

- Los siglos XV (*il Quattrocento*) y XVI (*il Cinquecento*), tienen en [Italia](#), el origen de unas filosofías de la ciencia y de la sociedad, basadas en la tradición romana del [humanismo](#).

- El florecimiento de Universidades en Italia, al amparo de las nuevas clases mercantiles, supuso el motor intelectual, del que se deriva el progreso científico, que caracteriza a este periodo. Esta "nueva era", recalca con especial intensidad en las ciencias naturales y la medicina, bajo el principio general del «revisiónismo crítico».

- Los nuevos conocimientos en anatomía, suponen el despegue definitivo de disciplinas, como la cirugía o la [anatomía patológica](#). El ansia de conocimientos, va a afectar simultáneamente a todos los gremios, hasta el punto de hacer exclamar a [Vesalio](#), el principal anatomista del siglo XVI: "No me preocupan los pintores y escultores, que se apetonan en mis disecciones, ni a pesar de sus aires de superioridad, me siento menos importante que ellos".

- El espíritu científico, impregna cada rama del saber: [Antonio Benivieni](#), cirujano italiano de la segunda mitad del siglo XV, anota minuciosamente todas sus intervenciones, y las

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

autopsias, que realiza posteriormente, a los pacientes que no sobreviven.

- Estas notas se publicarán en [1507](#), bajo el título: "*De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis* (De las causas ocultas de las enfermedades), con el imaginable interés para todo el cuerpo médico.

- En su haber, se cuentan las primeras descripciones documentadas de cáncer de estómago e intestino, así como extensas y detalladas descripciones de los varios tipos de [hernias](#) conocidos.³⁶

- El mejor anatomista, aunque no el primero, de este periodo es [Andrés Vesalio](#), autor de uno de los manuales de anatomía, más extendidos e influyentes durante los siguientes dos siglos: "*De humani corporis fabrica*". Este médico, peregrinó a [Jerusalén](#), según se revela en una carta de [1563](#), tras serle conmutada por el rey, la pena de muerte, por la penitencia de la peregrinación. El motivo de la condena, es la disección que realizó a un joven noble español, tras su muerte, y el descubrimiento, al abrirle el pecho, de que el corazón aún latía.

- Vesalio, se doctora en la Universidad de Padua, tras formarse en París, y es nombrado «*explicator chirurgiae*» ("profesor de cirugía"), de esta universidad italiana. Durante sus años como profesor, redactará su gran obra, y acabará su carrera profesional, como médico personal, de [Carlos I](#) y, posteriormente, de [Felipe II](#).

-De esta misma época : 1511-1553, es el español [Miguel Servet](#), otro pionero en el campo de la [Anatomía](#). Practicando la disección, junto a [Hans Gunther](#), observó, y publicó en su obra "*Christianismi restitutio*", que la sangre se oxigenaba en los pulmones y no en el corazón, como creía Galeno; y que en este órgano, se producía una [circulación menor](#); tras la cual la sangre accedía al ventrículo izquierdo. Este descubrimiento, sin embargo, ya lo había hecho [Ibn Nafis](#), médico árabe del siglo XIII, pero sus observaciones no fueron conocidas en occidente.

- 25.5.1)- Los Barberos.

- Desde el [siglo XIII](#), la categoría de los cirujanos franceses, venía incrementándose y haciéndose visible, mediante la autoridad para vestir la [toga](#) larga, y realizar cirugía mayor.

- A lo largo de los siguientes siglos, comienza a emplearse el término «barbero», para referirse a un gremio de «prácticos»; no médicos, desconocedores del [latín](#), y cuyo campo de actuación, se limitaba a intervenciones menores, como: [flebotomías](#), extracción de piezas dentarias, o curación de pequeñas heridas. En Francia, los éxitos de la cirugía, durante el Renacimiento, llevaron a la desaparición de las diferencias de clase entre los médicos y los cirujanos.

- Sin embargo, los barberos seguirán realizando su función social libremente durante mucho tiempo, hasta la fundación de la [Académie Royale de Chirurgie](#), en 1731; dirigida en sus inicios por el cirujano [Jean Louis Petit](#), quien perfeccionó el [torniquete](#), y la promulgación de la ordenanza de [Luis XV](#), prohibiendo a los barberos el ejercicio de la cirugía.

-En Inglaterra, sin embargo, los internistas van ganando fuerza a lo largo del siglo XV, consiguiendo fundar el [Real Colegio de Médicos](#), igualando a los cirujanos con los barberos, obligándoles a ser regulados bajo idéntica norma, que los pasteleros o los notarios.

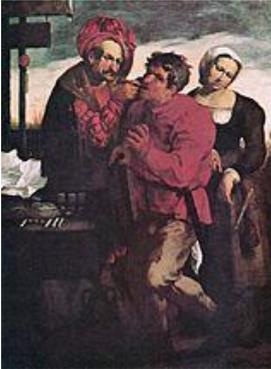
- En 1540, el parlamento autoriza la creación de la [Compañía de cirujanos-barberos](#), pero habrá de ser [Thomas Vicary](#), cirujano encargado de curar con éxito una herida de la pierna de [Enrique VIII](#), quien consiga de manos del rey, la carta de derechos del gremio de cirujanos.³⁷

- Los barberos en el Arte Renacentista:

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-



-Sutura de una herida menor en una barbería. [Gerrit Ludens](#), : 1622-1683.



- Extracción dentaria, [Johann Liss](#), 1616.



Intervención [podológica](#). [David Teniers](#), 1663.

- 25.5.2)- La Nueva Cirugía.



- Ambroise Paré a los 55 años, [André Wechel](#), [1573](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-



-Los diferentes tipos de siameses, según el estudio realizado por Paré.

-En las últimas décadas del siglo XVI, a punto de finalizar el periodo renacentista, hace su aparición el principal cirujano de esta época, y padre de la cirugía francesa:³⁸ [Ambroise Paré: 1510-1590](#).

-Poco antes, el [suizo Paracelso](#), figura médica controvertida, considerado por unos, simple barbero, y [alquimista](#) por la mayoría, y cirujano por otros; había intentado con poco éxito, elevar el rango de la cirugía, al mismo nivel que el de los médicos internistas; pero será el francés, quien eliminará las últimas reservas. Este cirujano, fue médico personal de cinco reyes, en una época en que era costumbre, al uso de sustituir a toda la corte, con cada nuevo reinado.

-Su formación se inicia en el gremio de los barberos y sacamuelas, pero compagina su trabajo, con la asistencia al [Hôtel-Dieu de París](#). Su trabajo como cirujano, comienza entre las filas del ejército francés, donde se especializó en heridas de bala. Sufrió un cierto rechazo de la comunidad médica, ya que su extracción humilde, y su desconocimiento del latín y el griego, le llevaron a escribir toda su obra en francés.

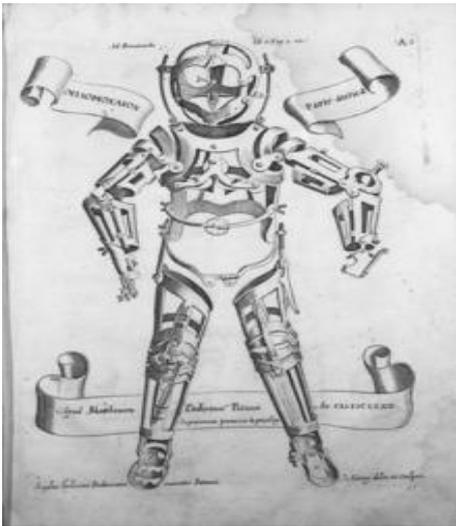
-Desde sus inicios, se le consideró un «renovador», lo que no siempre le benefició, aunque su reputación fue hasta el final su principal aval. La siguiente cita, ejemplifica su espíritu innovador, siendo considerado el primer cirujano, en realizar la ligadura rutinaria de los vasos, en las amputaciones:³⁹ "Dices que atar los vasos sanguíneos, tras una amputación es un método nuevo, y por tanto, no debe aplicarse. Mal argumento para un médico".

- Su inventiva le llevó a diseñar, algunos instrumentos quirúrgicos, e incluso diseñó algunas [prótesis](#) o «miembros artificiales», para algunos de sus pacientes [amputados](#).

- Es de señalar su estudio sobre [siameses](#), o su refutación del empleo de las piedras [bezoar](#), como antídotos universales. Buena parte de su obra, es un compendio de análisis y refutación de costumbres, tradiciones o supersticiones médicas, sin fundamento científico, ni utilidad real.⁴⁰

- 25.6)- Edad Moderna.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-



- [Hieronymus Fabricius](#), *Operationes chirurgicae*, 1685.



- Lorenz Heister, "*Institutiones chirurgicae, in quibus quicquid ad rem chirurgicam pertinet optima et novissima ratione pertractatur*".

- El despegue de las [ciencias físicas](#) y [biológicas](#), que se produce a partir de este momento, supone el definitivo empujón, para la cirugía como disciplina médica, con suficiente entidad propia.

-Así, comienzan a proliferar multitud de médicos y cirujanos notables, muchos de ellos especializados, ya en campos concretos.

- En Europa central, se distribuye con éxito un libro titulado "*Surgery*", siendo su autor [Lorenz Heister](#) : [1683-1758](#), cirujano alemán, que ejerció también en [Holanda](#), e Inglaterra.

- Durante una autopsia, realizada en [Aldorf](#), describe así el hallazgo en el cadáver de apendicitis, siendo el primer informe documentado, sobre esta patología: " Cuando estaba a punto de diseccionar el apéndice, observé que estaba demasiado oscuro, y presentaba adherencias inusuales a la pared abdominal. Intenté desprenderlo con cuidado, pero las paredes estallaron ,y dejaron salir algunas cucharadas de pus. Esto demuestra la posibilidad de inflamación y formación de pus en el apéndice".

- Aparece la especialidad de la [traumatología](#), denominada en sus orígenes *álgebra*, con la que se hace referencia a la manipulación de fracturas y luxaciones.

- [Fernando de Mena](#), cirujano español y médico personal de [Felipe II](#) , propone que ...no se admitiese a examen, a ningún cirujano, que no diese cuenta del "álgebra", para que usándola los mismos cirujanos y examinándose" della, excuriessen "y acabasen los concertadores, que por ahí andan, sin entender la anatomía de los huesos."⁴¹.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-



- [Dominique-Jean Larrey](#).

- [William Cheselden](#), [John Hunter](#), o [Percival Pott](#) ,en Inglaterra; [Jean-Andre Venel](#), en Suiza; [Pedro Virgili](#) o [Antoni Gimbernat](#), en España son algunos de los nombres de una lista interminable, de cirujanos destacados del [siglo XVIII](#).⁴².

- Dominique Jean Larrey: - De todos ellos, hay que destacar a [Dominique-Jean Larrey](#) : [1766-1842](#), cirujano de [Napoleón](#), e inventor del transporte en [ambulancia](#), utilizado por primera vez, durante las [guerras napoleónicas](#). Sirvió en la [fragata Vigilante](#), en [Terranova](#), pero las dificultades para acostumbrarse a la vida en [alta mar](#), lo llevan de regreso a París, siendo nombrado en [1790](#), ayudante de cirugía del Hospital de [Los Inválidos](#). Posteriormente, es destinado al frente [austriaco](#), con el ejército del [Rin](#), donde evidencia las dificultades y graves carencias del ejercicio de la cirugía, en combate.

-Diseña entonces, un vehículo cerrado, tirado por caballos, con espacio para un hombre tumbado, y con una adecuada [suspensión](#): la «ambulancia volante». Este vehículo debería incorporar, según su propio informe, un médico, un oficial, un suboficial, 24 soldados y un tambor, además del material de vendaje.

- Su vehículo resulta tan exitoso, que en [1793](#), es desplazado a París, con la tarea de organizar un sistema de ambulancias volantes, para todo el ejército francés. Posteriormente serviría en España y en Egipto, perfeccionando sus habilidades quirúrgicas, y especialmente las técnicas de amputación.

- De vuelta en , Napoleón le nombra [barón](#), y cirujano honorífico de los "*Chasseurs de Garde*" (guardia personal del emperador), aunque seguirá cumpliendo sus tareas de cirujano de campaña, incluso en [Waterloo](#); donde fue capturado por los prusianos; pero liberado posteriormente, al ser reconocido por un médico alemán, antiguo alumno suyo.

- En el testamento de Napoleón, se puede leer una reseña, en la que lega «cien mil francos a Larrey, el hombre más valioso que jamás he conocido».

- Escribió varios tratados de cirugía : "*Mémoires de chirurgie militaire*", "*Recueil de mémoires de chirurgie*" y "*Clinique chirurgicale*"; y hoy día se conservan en la nomenclatura médica , varios términos epónimos en su honor: «enfermedad de Larrey» : una variante del [tétanos](#); «signo de Larrey»; «operación de Larrey»; y «amputación de Larrey».⁴³ .

- Entre los siglos XVIII y XIX. descuella en [Escocia](#), la saga de los Bell: [Benjamin Bell](#) : [1749-1806](#), que resumió los conocimientos quirúrgicos hasta ese momento, en una enciclopedia denominada: *System of Surgery*, y que fue el primero en aconsejar [mastectomías](#) radicales, para tratar el [cáncer de mama](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Sus hijos, Charles y John Bell, continuarían la tradición paterna. Otro miembro de esta dinastía, fue [Joseph Bell House](#), cirujano inspirador de la figura de [Sherlock Holmes](#), y de quien [Sir Arthur Conan Doyle](#), llegó a afirmar que : "...es el hombre más notable, que jamás he conocido. Es un personaje singular, tanto de aspecto como de espíritu. Delgado y de tez morena, rostro afilado y nariz ganchuda, ojos grises, penetrantes, hombros elevados y movimientos bruscos"⁴⁴.

- 25.7)- Siglo XIX.



-Maletín médico-quirúrgico del siglo XIX.

- Durante el [siglo XIX](#), se consuma la integración de la medicina y la cirugía, en un mismo cuerpo de conocimientos y enseñanzas, lo que supone el espaldarazo definitivo a la especialidad quirúrgica, con la incorporación añadida de la traumatología, a su ámbito de actuación.

- La derrota de los tres enemigos clásicos de la cirugía: la [hemorragia](#), la [infección](#) y el [dolor](#), es la victoria de esta disciplina; el desarrollo de las teorías [microbianas](#) de las enfermedades infecciosas : [Simmelweis](#), [Pasteur](#), [Joseph Lister](#)...; la evolución de las técnicas anestésicas ; y el descubrimiento de los [rayos X](#) ; fueron herramientas fundamentales, en su impulso.

- Así, el cirujano podría trabajar con el paciente sedado, y, por lo tanto, sin la rapidez que se le requería hasta ese momento, con mucho mayor conocimiento sobre lo que se puede encontrar; con métodos para combatir la hemorragia; y con armas adecuadas para paliar las posibles complicaciones.

-Las tasas de morbilidad comenzarán a caer, y todo esto se produce en un margen de pocas décadas.

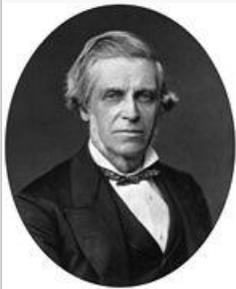
- Destacan en este siglo, cirujanos como: [Abraham Colles](#) :[1773-1843](#), médico irlandés que dio el nombre a la característica fractura por caída, de la extremidad distal del [radio](#); Sir [Benjamin Brodie](#) : 1786-1862, por [absceso de Brodie](#); [William John Little](#) , por [enfermedad de Little](#);o Sir [James Paget](#) : 1814-1899, por [enfermedad de Paget](#).

- En realidad la lista es interminable, y se extiende por las diferentes especialidades quirúrgicas : [ginecología](#), [urología](#), traumatología, cirugía digestiva, [neurocirugía](#), entre otras, etc...

- 25.7.1)- Protagonistas y Acontecimientos Destacados.

- Cirujanos del siglo XIX:

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-



[-William Bowman](#) .



[-Emil Theodor Kocher.](#)



[-Theodor Billroth](#) .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-



-[Friedrich Trendelenburg](#) .



-[Paul Broca](#) .

- [Philippe Ricord](#): Desarrolla diversas técnicas quirúrgicas, para el tratamiento de patologías del aparato genital masculino : [1840](#).
- [Crawford Williamson Long](#), médico de [Thomas Jefferson](#), primer cirujano en emplear el [éter](#) como anestésico : [1842](#).
- [William Bowman](#) : desarrolla la especialidad quirúrgica de la [oftalmología](#) : [1845](#).
- [Ignacio Felipe Semmelweis](#), primero en emplear técnicas de [antisepsia](#) : [1846](#).
- William Morton: 1a. Anestesia con éter, 16 octubre de 1846, comenzando la Cirugía Sin Dolor..
- [Diego de Argumosa](#), primero en utilizar la anestesia por inhalación con éter en España : [1847](#)⁴⁵.
- [Manuel Vicente García](#), cantante de ópera español, inventa el [laringoscopio](#) : [1854](#).
- [Rudolf Virchow](#) : elabora su *teoría celular* , [1858](#).
- [Joseph Lister](#), descubridor de los antisépticos : ácido fénico, [1865](#).
- [Jules-Émile Pean](#), diseña las pinzas que llevan su nombre, y propone la técnica de la [laparotomía](#) , [1868](#).
- [Emil Theodor Kocher](#), realiza la primera extirpación de una [glándula tiroides](#), con [bocio](#) , [1878](#).
- [Theodor Billroth](#) ,desarrolla la técnica quirúrgica para [gastrectomía](#), que lleva su nombre , [1881](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- [Friedrich Trendelenburg](#), desarrolla la técnica de intubación endotraqueal y la posición quirúrgica de trendelenburg , [1881](#).
- [Ernst von Bergmann](#), desarrolla la técnica de esterilización por vapor , [1886](#).
- [Johann von Mikulicz-Radecki](#), instaura el uso de gorro, mascarilla y guantes de algodón en el campo quirúrgico , [1887](#).
- [Paul Broca](#), desarrolla la especialidad de la [neurocirugía](#).
- [William Stewart Halsted](#), primero en emplear los guantes de goma, en el quirófano ,[1890](#).
- [Wilhelm Röntgen](#), descubre los [rayos X](#) , [1895](#).
- [Ludwig Rehn](#) ,realiza la primera intervención quirúrgica en corazón , [1896](#).
- Desarrollo de las técnicas de [coagulación](#) y [fibrinólisis](#).
- [Karl Landsteiner](#) ,descubre los [grupos sanguíneos](#) , [1901](#).
- Inicio de las [transfusiones](#).
- [Fidel Pagés](#), descubre la anestesia epidural , [1920](#)
- [Alexander Fleming](#) ,descubre la [penicilina](#) , [1928](#).
- [Lars Leksell](#), desarrolla la [radiocirugía](#), para tratar tumores cerebrales, por medio de [radiación ionizante](#), evitando la cirugía invasiva , [1952](#).
- [C. Walton Lillehei](#) ,desarrolla la técnica de circulación cruzada para realizar intervenciones a corazón abierto , [1953](#).

- 25.8)- Siglo XXI.



- Un quirófano en el año 2007.

-El desarrollo tecnológico ha permitido avances trascendentales en el campo de la cirugía, desde las últimas décadas del [siglo XX](#). Principalmente la cirugía mínimamente invasiva: [laparoscopia](#), ha permitido disminuir los tiempos de recuperación y las complicaciones postquirúrgicas en muchas intervenciones; y permitir que se practique la Anestesia y la cirugía ambulatoria.

-La [telemedicina](#) y la [robótica](#). han dotado también de nuevas herramientas a los cirujanos, permitiendo el desarrollo de intervenciones a distancia, o con un nivel de precisión muy superior al del ojo humano.

- Por otra parte, la aparición de nuevas técnicas de detección de imagen, como las de: [Ecografía](#), [Endoscopia](#), [RMN](#) o [PET](#), entre otras, han posibilitado el desarrollo de intervenciones selectivas, mucho menos agresivas y más seguras.

-La [nanotecnología](#) o el diseño de sistemas quirúrgicos automatizados, serán muy posiblemente los siguientes avances, que transformarán el modo de desarrollar esta disciplina médica.

- 25.9)- Véase También.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- [Cirugía;](#)
- [Colegio de cirugía;](#)
- [Historia de la medicina;](#)

- 25.10)-Referencias.

1. [↑](#) W. J. Bishop, The early history of Surgery. Hale, Londres, 1960
2. [↑](#) Lucena SM. América 1492 Retrato de un Continente hace quinientos años. Anaya Editores Milano 1990
3. [↑](#) The human skull. A cultural history. Folke Henschen, Frederick A. Praeger, New York, 1995
4. [↑](#) La tribu Yanto en el Perú. Manuel Antonio Muñiz y W. J. Mc. Gree. En este estudio se encontraron 250 de 400 cráneos, con evidencias de supervivencia tras la trepanación.
5. [↑](#) Powell, M.A. "Wine and the Vine in Ancient Mesopotamia: The Cuneiform Evidence." Food and Nutrition in History and Anthropology 11 (1995), 97-122.
6. [↑](#) Teofrasto, siglo III a. C, *Historia plantarum* (Historia de las plantas)
7. [↑](#) http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/16/1.la_sangria.pdf ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).
8. [↑](#) La historia empieza en Sumer. Samuel Noah Kramer, Círculo de lectores, 1975
9. [↑](#) "[Código de Hammurabi](#)"
10. [↑](#) Laín Entralgo P: Historia de la Medicina. Salvat. Barcelona, 1982.
11. [↑](#) Coreit, J. et al. *Estilos de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas*. Revista *Clínica y Salud*, año III, vol. 3, nº3, 1992; Pedro Laín Entralgo *¿Qué es la salud?* Revista *Jano*, nº35, 1988.
12. [↑](#) Historia de la cirugía, Knutt Haeger, editorial Raíces, 1993
13. [↑](#) Andrade Valderrama, E. La cirugía en la América precolombina. Cirugía II: 117, 1987. Rodríguez-paz C.A. Creonología del trauma en México. Revista Trauma.2005, volumen 8 páginas 10 a 13.
14. [↑](#) Díaz Gonzáles, Joaquín. "Historia de la medicina en la antigüedad". ULA. Ediciones del rectorado. Mérida 1974. 3ª edición.
15. [↑](#) Hipócrates: Tratados Hipocráticos VII. Tratados Quirúrgicos. Sobre Heridas en la Cabeza. Biblioteca Clásica Gredos. Editorial Gredos. Madrid 1993.
16. [↑](#) García Font, Juan, Historia de la ciencia, Danae, Barcelona, 1974.
17. [↑](#) Ambleb, Henry: History of dental prosthesis. En Koch: History of dental surgery. National art. Publ. Co. Akron. Ohis, 1909.
18. [↑](#) Jackson, R. Doctor and diseases in the Roman Empire. British Museum Press, London, p. 1988.
19. [↑](#) HAGGARD, Howard. "El médico en la historia". Editorail Sudamericana. Buenos Aires 1962.
20. [↑](#) Obra Médica. Areteo de Capadocia. Editorial Akal, 1998
21. [↑](#) Rabies in Byzantine Medicine, Jean Theodorides, *Dumbarton Oaks Papers*, Vol. 38, Symposium on Byzantine Medicine (1984), pp. 149-158
22. [↑](#) Historia de la Ginecología. Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1948
23. [↑](#) "La oscura Edad Media; período de decadencia y estancamiento; Das Abendland; eclipse de la cirugía; siglos de ignorancia: estas son algunas de las expresiones con que los historiadores han descrito la medicina medieval, desde la caída del imperio romano hasta el renacimiento. No es fácil determinar las causas de

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

este estancamiento, por no decir degeneración, de la medicina : en realidad, de todas las manifestaciones del pensamiento científico o de la práctica empírica. Una de ellas fue la influencia de Galeno, a cuyos errores en anatomía y fisiología, se prestó mucha más atención, que a la experiencia y al sentido común.

-Otra causa de decadencia fue la iglesia. Cuando Europa se dividió en innumerables territorios feudales en guerra casi continua, la iglesia se mantuvo como único punto de referencia en un mundo inseguro. La organización eclesiástica se fortaleció y, para afirmar su poder sobre las almas, aplastó cualquier indicio de oposición o duda en relación con el dogma. Como es natural, el escepticismo era común entre los científicos de la naturaleza y los médicos, que veían desmentida tanta perfección por sus observaciones empíricas.

-El pensamiento creativo no estaba precisamente bien visto, y en muchos casos se condenó y se persiguió como herejía. La consecuencia fue la vuelta a la medicina religiosa. Operar tenía poco sentido, ya que la curación dependía de la voluntad de Dios.

-A ello, se sumaron la estricta prohibición de la autopsia, y la falta completa de higiene. Hubo quien fue santificado sólo por rezar continuamente y no lavarse nunca.” Extraído de Haeger, Knutt (1993), Historia de la cirugía, página 69. Ed. Raíces. [ISBN 84-86115-30-2](#).

- San Bernardo declara que los monjes que tomaran remedios eran culpables de una conducta impropia hacia la religión. El Concilio Laterano : en los comienzos del siglo XIII, prohíbe a los médicos, bajo pena de excluirlos de la Iglesia, realizar tratamientos médicos, sin solicitar consejo eclesiástico.

-El Papa Pío V, no solo hizo ordenar que todos los médicos, antes de administrar un tratamiento deban solicitar “un médico del alma”, aduciendo que, según él declara, “el padecimiento físico surge con frecuencia del pecado”, sino que ordenó que, si al cabo de tres días el paciente no hubiera realizado una confesión a un cura, el médico debería cesar su tratamiento; so pena de ser privado de su derecho a la práctica, y de expulsión de la facultad, si fuera profesor; y que cada médico y profesor de medicina ,debería hacer un juramento de que él estaba cumpliendo estrictamente con estas condiciones.

- En el siglo X, Gerbert, conocido tiempo después como el Papa Silvestre II, fue sospechado una vez de hechicería, cuando mostró disposición para adoptar métodos científicos; en el siglo XI, esta acusación casi le cuesta la vida a Constantino Africanus, cuando quiso detener el asedio hacia la medicina.

-En el siglo XIII, le deparó a Roger Bacon, uno de los más grandes benefactores de la humanidad, muchos años en prisión, y casi lo lleva a la hoguera: estos casos son típicos, como muchos otros.

-El enorme desarrollo de las curas mediante los milagros y el fetichismo, dentro de la Iglesia continuó siglo tras siglo, y aquí yace probablemente la causa principal de la hostilidad , entre la Iglesia por un lado y la mejor clase de médicos, por el otro; concretamente en el hecho de que la Iglesia, se considera en posesión de algo mucho mejor, que los métodos científicos de la medicina.

- Al ir prevaleciendo esta creencia, se desarrolló cada vez más dentro del puro fetichismo, una veneración natural y loable, hacia las reliquias de los mártires cristianos La Condena del Cristianismo a la Medicina Andrew Dickson White, LL.D. (Yale), L.H.D. (Columbia), PH.DR. (Jena) .

24. [↑](#) [V.] *Prava autem consuetudo, prout accepimus, et detestabilis inolevit; quoniam monachi et regulares canonici post susceptum habitum et professionem*

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

factam, sprete bonorum magistrorum benedicti et Augustini regula, leges temporales et medicinam gratia lucri temporalis addiscunt. [Actas del Concilio de Clermont](#)

25. [↑](#) . Hamarneh SK: Development of Hospitals in Islam. J History of Med and Allied Sciences 1962.
26. [↑](#) E. G.Browne, Arabian Medicine, Cambridge, 1921, pp. 44-53.
27. [↑](#) A. Martín-Araguz, C. Bustamante-Martínez, Ajo V. Fernández-Armayor, J. M. Moreno-Martínez (2002). "Neurocirugía en al-Andalus y su influencia en la medicina escolástica medieval.", Revista de neurología 34 (9), p. 877-892.
28. [↑](#) Lindberg, David C. Los inicios de la ciencia occidental. Barcelona: Paidós, 2002, capítulo 13.
29. [↑](#) *Constantini liber de coitu*, tratado de [andrología](#) de Constantino el africano. Monografías de la universidad de Santiago de Compostela, 1983.
30. [↑](#) Leonard D. Rosenman, La cirugía de Roger Frugard, 2002.
31. [↑](#) Guerra, Francisco. Historia de la Medicina I. Ediciones Norma S.A. Madrid, 1989, pag 221.
32. [↑](#) [Ronald L. Numbers](#), ed. (2009). *Galileo Goes to Jail and Other Myths about Science and Religion*. Harvard University Press. pp. 43 ss. [ISBN 9780674054394](#).
33. [↑](#) David C. Lindberg (2010). *The Beginnings of Western Science* (2ª edición). [University of Chicago Press](#). p. 346. [ISBN 9780226482040](#).
34. [↑](#) Historia de la Traumatología y Cirugía Ortopédica, Ballesteros Massó, R; Gómez Barrena, E; Delgado Martínez, AD
35. [↑](#) Ungüento del siglo XI llamado así por contener doce ingredientes
36. [↑](#) Singer Ch, Long ER (1954) The Hidden Causes of Disease by Antonio Benivieni De abditis morborum causis. Ch. Thomas Pub., Springfield, Ill.
37. [↑](#) El momento de la entrega de dicha carta está representado en un gran mural de [Hans Holbein el Joven](#) que puede admirarse en el vestíbulo del hospital de san Bartolomé, en Londres.
38. [↑](#) Título compartido con Guido de Lanfranc, como se pudo comprobar más arriba
39. [↑](#) Singer DW Selections from the works of Ambroise Pare, London, John Bale 1824.
40. [↑](#) Hamby WB, Ambroise Pare surgeon of Renaissance, St Louis, Green 1967
41. [↑](#) Eduardo García del Real (1921). Historia de la medicina en España, Editorial Reus.
42. [↑](#) Laín Entralgo, P. (1963). Historia de la medicina moderna y contemporánea. 2ª ed., Madrid, Editorial Científico-técnica.
43. [↑](#) De la Garza Villaseñor, L. Dominique Jean Larrey. La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio. Cirujano General, 26 (1), 59-66, 2004.
44. [↑](#) John Dickson Carr. The Life of Sir Arthur Conan Doyle ,Vintage Books, 1975. [ISBN 0-394-71608-6](#).
45. [↑](#) Hospital de Clínicas Caracas. [«HISTORIA DE LA ANESTESIA»](#). Archivado desde [el original](#) el 3 de marzo de 2009..

- 25.11)- Bibliografía.

- Laín Entralgo, Pedro (1982). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat. [ISBN 84-345-1418-4](#).
- Haeger, Knut (1993). *Historia ilustrada de la cirugía*. Ed. Raíces. [ISBN 84-86115-30-2](#).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Díaz Gonzáles, Joaquín. (1974). *Historia de la medicina en la antigüedad*. Mérida : ULA. Ediciones del rectorado.
- Lindberg, David C. (2002). *Los inicios de la ciencia occidental*. Barcelona: Paidós. [ISBN 84-493-1293-0](#).
- Laín Entralgo, Pedro. (1963). *Historia de la medicina moderna y contemporánea*. 2ª ed. Madrid: Editorial Científico-técnica. ISBN.
- Vaquero Puerta, Carlos (2006). *Contribución histórica de Alexis Carrel a la cirugía experimental*. Vaquero Puerta, Carlos. [ISBN 978-84-611-3400-7](#).
- Rodríguez-Paz, Carlos Agustín (2005). «Cronología de la cirugía de trauma en México (900 a 1915)». *Revista Mexicana de Trauma* 6 (1): 10,11,12,13.
-  - Nº: 11 a 13: -  - Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos:
. Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina;
.Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y
.Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo. . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- -Nº 25 a 28: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 4 Tomos:
.Tomo I: República Francesa.
.Tomo II : Reino de España.
.Tomo III: Reino Unido.
.Tomo IV: Gastronomía y Mapas de Trilogía.
-.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- - Nº 47 a 52: -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique. 2017- Libro Medicina Perioperatoria . 6 Tomos:
-Tomo I: Introducción; Preoperatorio; Transoperatorio, Cirugía Ambulatoria y A Distancia; Postoperatorio; Sala Recuperación; Reanimación Cardiopulmonar; Centro Reanimación; Reanimación en Uruguay; Plan Desastres; Bibliografía.
-Tomo II: Historias: Ciencias, Anestesia, Anestesia y Reanimación Latinoamericana: Pioneros, Cátedras Anestesia, Primeras Anestésias, Siglos XIX y XX; CLASA; Sociedades Anestesia; A. y R. en Perú y Uruguay; Avances Quirúrgicos; Peter Safar ; Normas; Cronología Anestésica; Primeros Quirófanos.
-Tomo III: MONITOREO: Oximetría, Capnometría, BIS, Presión Arterial, Cardíaco, Hemoglobina, Presión Venosa, Embolización, Respiratorio, Equilibrio Acido-Base,. TomoIV:AnestésiasInhalatorias,Intravenosas,Balanceada,Regionales;Equipamiento, Respiradores; Líquidos Perioperatorios.
-Tomo V: Anestésias: Gineco-obstétrica, Neonato, Regional, Pediátrica, Geriátrica, Mayor Ambulatoria; Medicina Perioperatoria; Tratamiento Dolor; Medicina Paliativa; Hibernación Artificial; Seguridad Quirúrgica; Evolución.
-Tomo VI: U.C.I.; Unidad Neonatología; Cuidados Intermedios; Centro Quirúrgico; Instrumentación, Asepsia, Antisepsia, Licenciatura; Panorama Actual y Futuro; Cirugía En Siglo XXI; Otros Avances Ayer y Hoy Del Quirófano; Educación En Uruguay; Currículo.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-- Nº 53 a 58 -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Anestesia Locorregional . 6 Tomos:

-Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Tipos Anestesia; Cambios Anatomofuncionales; 8 Reglas Interpretación.

-Tomo II: Bases Conceptuales; Canales; Canal Iónico: Sodio; Bomba Sodio-Potasio; Canal Calcio; Despolarización; Canalopatías; Inflamación; Sistema Autoinmune; Trastornos; Síndromes Funcionales.

-Tomo III: Ciencias Cognitivas; Historia Ciencias; Organización General Nerviosa; Neuroanatomía; Cambios Anatomofuncionales, Sociales, Nutricionales y Ambientales; Sistemas Integración; Neurotransmisores; Comportamiento; Realimentación.

- Tomo IV: Anestésicos Locales; Tratamiento Del Dolor; Escala analgésica De La O.M.S..

-Tomo V: Vías De Administración Fármacos; Clínica Del Dolor; Analgesia; Anestesia Intradural; Anestesia Epidural; Bloqueos; Acupuntura; Pseudociencias. y

- Tomo VI: Anestesia En Especialidades: Cirugía Plástica y Estética; Oftalmológica; ORL; Odontológica; Traumatológica; Gineco-obstétrica; Urológica; Ambulatoria; Abdominal; Pediátrica; Geriátrica. Curricula. Bibliografía.

· . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 78 a 81:- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Drogas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.

- TOMO II: Enfermedades; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones Internacionales.

- TOMO III: Clasificaciones y Manuales; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Conducta; Trastornos Sueño; Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; SDRC;

- TOMO IV: Estrés; Cognición; S. R. C.; ACV; Trombosis; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 112 Libros Publicados; Currículo. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

• -Nº82 a 85.- :-  -Barmaimon, Enrique- LIBROS MEDICINA ALTERNATIVA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Medicina Alternativa; Terapias Alternativas; Acupresión; Acupuntura; Apiterapia; Aromaterapia; Ayurveda; Balneoterapia; Bioenergética; Medicina China; Cristaloterapia ; Cromoterapia; Danzoterapia; DLM;

- TOMO II: Eutonía; Fangoterapia; Fitoterapia; Fototerapia; Hidroterapia; Hipnosis; Homeopatía; Ridología; Kinesioterapia; Johrel .

- Tomo III: Lavado Nasal; Macrobiótica; Magnetoterapia; Masaje; Medicinas; Musicoterapia; Orinoterapia; Osteopatía; M. Hiperbárica; Oxigenoterapia; Ozonoterapia; Pranayama; Quiropraxia.

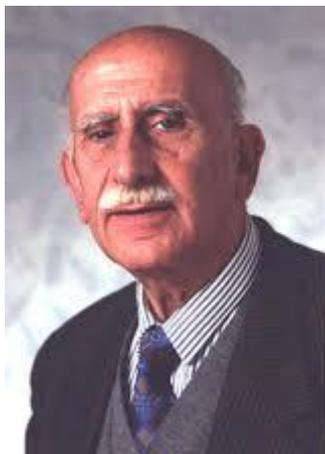
- TOMO IV: Radiónica; Renacimiento; R. Mantras; Reflexología; Regresión P. ; Reiki; Relajación: Técnicas; Sanación; Shiatsu; Sonoterapia; Talasoterapia; EFT; Otras Terapias; Yoga; Zooterapia; 112 libros Publicados; Currículo.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- - Nº 105 a 109- -  -Barmaimon, Enrique- *Libros Sobre Cirugía en Enfermos Anticoagulados*- 5 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
 - TOMO I: Prólogo; Introducción; Cirugía; Anestesiología y Reanimación; Angiología y Cirugía Vascul ar; Cirugía Bariátrica; Cirugía Cardíaca; Cirugía General y Digestiva; Laparoscopías; Cirugía Oral y Maxilofacial; Cirugía Plástica; Cirugía Torácica; Cirugía Oncológica; Cirugía Ortopédica; Cirugía Pediátrica; Cirugía Refractiva; Neurociencias; Dermatología; Electrofisiología; Obstetricia y Ginecología; Odontología; Oftalmología; Otorrinolaringología; Urología; Cirugía Robótica; y Medicina Intensiva.
 - . TOMO II: Historia Cirugía; Cirugía Menor; Cirugía Mayor Ambulatoria: Características; C.M.A.; Anestesia Para C.M.A.; R.T.U.
 - Tomo III: Coagulación; Factores de Coagulación; Anticoagulantes; Warfarina; Anticoagulación; Insuficiencia Cardíaca y Anticoagulantes; Clasificación Anticoagulantes; Rivaroxaban; Cardioaspirina ; Heparina; Fraxiparine; Linfedemas para Equipo de Salud y Paciente.
 - Tomo IV: Preoperatorio de Anticoagulados; Historia Clínica; Historia Clínica Electrónica; Aneurismas; Aneurisma Abdominal Roto; Émbolos; Embolia Cerebral; Trombosis; Arterioesclerosis; Hipertensión Arterial; T. V.P.; y
 - TOMO V: Alergia; Várices; Sistema inmunitario; Linfedema; Angioedema; Fibromialgia; 112
- Libros Publicados; Currículo. 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
-  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-
- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- - Nº 110 a 112- -   -Barmaimon, Enrique- *Libros Sobre República Del Perú: Aspectos Médicos , Anestesiológicos y Universitarios* - 3 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
 - TOMO I: GENERALIDADESSES; Etimología; Historia; Gobierno y Política; Organización Territorial; Geografía; Economía; Infraestructura; Población; Cultura; Referencias, Bibliografía.
 - TOMO II:U.P.C.H; Clasificación Universidades; Educación Perú; y Currículo Prof.Dr. Barmaimon(112 libros) y
 - TOMO III: UPSMP; UdelaR: Centros Universitarios y Regionales, Gobierno, Ley Orgánica, Editorial Universitaria; Educación Uruguaya; Otras Universidades; Prestadores de Seguros.
- 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
-  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-
- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- --  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

-CURRICULO PROF. DR. Enrique Barmaimon B.:



Prof. Dr. Enrique Barmaimon...Jefe Departamento Centro Quirúrgico, Anestesia e Intensivo.

- Currículo: Profesor Dr. ENRIQUE J. BARMAIMON B.

-Nacido el 15 de enero de 1931, en Montevideo, Uruguay.

-Se graduó en 1960 en la UDELAR.

-1950. Profesor Ayudante Clase Histología y Embriología Facultad. Medicina UDELAR.

-1952. Practicante Externo MSP.

-1954. Practicante Interno MSP.

-1956. Anestesiólogo MSP, H. Clínicas, CASMU, Asociación. Española, Banco de Seguros del Estado y otros.

-1956. Jefe Anestesia Hospital Pasteur MSP.

 **1956. Cirugía Cardiovascular:** En Uruguay, en el Hospital de Clínicas, el equipo de Cardiología conformado por: cirujanos: Roberto Rubio, Juan Carlos Abó y Anibal Sanginés; anestesiastas: Walter Fernández Oria, Leon Chertkoff y Enrique Barmaimon; y cardiólogos Orestes Fiandra y Jorge Dighiero, comenzaron la Cirugía Cardíaca a cielo abierto, por hipotermia.

 **1956. Desarrollo de problemas comunes:** En Uruguay, Barmaimon desarrolló junto con el Prof. Larghero, Guaymirán Ríos y León Chertkoff: nuevas conductas, como fueron: la cirugía y la anestesia de urgencia, la organización de las salas de operaciones y la central de esterilización, el uso del equipamiento, la aplicación operatoria y postoperatoria de los cuidados especiales necesarios, la preparación operatoria, los nuevos métodos, técnicas y equipos anestésicos, los cuidados postoperatorios, la transfusión de sangre y la reposición de líquidos, la preparación de equipos plásticos de venoclisis estériles por el Laboratorio Rainbow, de la historia anestésica e intensiva, de los Manuales de Organización y Funciones, de la intensificación de cuidados, de la reanimación Cardiovascularrespiratoria de Emergencia y fuera de la sala de operaciones, de la reanimación en grandes catástrofes, del traslado de enfermos graves; hasta que las circunstancias nos separaron a los cuatro, unos años más tarde. También ejecutaron, estas innovaciones Barmaimon y Chertkoff, con sus cirujanos actuantes, que han sido descritas extensamente en el libro.

-  **1958. Cirugía Cardiovascular:** En Uruguay, el equipo cardiovascular del Hospital de Clínicas, después de la visita del cirujano sueco Crawford, con su anestesiasta Norlander y su

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

instrumentista, que operaron algunos enfermos; se comenzó a realizar la cirugía extracorpórea a cielo abierto; actuando además como perfusionista Orestes Fiandra.

- **1958. Sala Cuidados Intensivos:** En Uruguay, con motivo de la cirugía extracorpórea, la Neurocirugía, algunos intoxicados y otros casos especiales, los anestésistas León Chertkoff y Enrique Barmaimon, y las nurses Illief y Silva, en la Sala de Recuperación Anestésica del Piso 16, del Hospital de Clínicas de Montevideo, comenzaron con los cuidados intensivos para estos pacientes, durante las primeras 72 horas promedialmente, dándole apoyo respiratorio, cardiovascular, nefrológico, metabólico, y homeostático, entre otros, siendo el primer lugar donde fue realizado en el Uruguay; hasta el año 1963, donde ambos doctores dejaron dicha actividad, y los demás no plantearon interés en continuarla. En 1971, recién en el Hospital de Clínicas, el 8 de agosto, fue abierta la Sala de Cuidados Intensivos.

- **1958: Nuevos métodos, técnicas y agentes anestésicos:** Los Dres. León Chertkoff y Enrique Barmaimon crearon un nuevo método y técnica anestésica balanceada y potencializada, teniendo presentes los siete postulados básicos de la Anestesia Moderna, que son: Hipnosis, Analgesia, Relajación Muscular, Metabolismo oxígeno-anhídrido carbónico óptimo, Recuperación inmediata conciencia, Homeostásis metabólica adecuada, y mejores condiciones que las preoperatorias del enfermo; donde usaron: hipnóticos, analgésicos, relajantes musculares, novocaína, bloqueadores vegetativos, anestésicos inhalatorios a concentración de analgesia con vaporizador universal de Takaoka, respiración artificial mecánica con respirador de Takaoka o similares, en circuito abierto, con recuperación inmediata a su finalización, con muy buena tolerancia para el enfermo, siendo segura, económica y eficiente, que se presentó y se realizó en el Uruguay; sino que también fue difundida y enseñada en los años venideros, en otros países americanos como: Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela y otros, dando cursos y demostraciones junto con los Prof. Kentaro Takaoka y Forrest Bird.

- **1960-** En Uruguay, el 3 de febrero se colocó el primer marcapaso exitosamente, a una joven paciente, que padecía bloqueo aurículo-ventricular, construido por el equipo de Rune Elmqvist, por el cardiólogo Orestes Fiandra, el cirujano Roberto Rubio y los anestésistas León Chertkoff y Enrique Barmaimon, en el Sanatorio Nº1, del CASMU, siendo el primero de su tipo realizado en Sudamérica y el mundo.

-1960. Doctor en Medicina UDELAR.

-1961. **Jefe Clínica Anestesiológica, Facultad de Medicina UDELAR.**

-1961. **Presidente Comisiones Contralor Médico y Quirúrgico del CASMU.**

- **1961; Neuroleptoanalgesia y Neuroleptoanestesia:** En Uruguay, el Dr. Enrique Barmaimon, y en Argentina, el Dr. Luis Orestes Ceraso desarrollaron esta nueva técnica, con nuevos agentes originales el Dihidrobenezoperidol y el Fentanyl, que hasta ese momento no tenían nombre comercial, haciéndose importantes estudios en los enfermos, sobre su acción farmacológica, su forma de eliminación, y de como estudiar preoperatoriamente, a los enfermos que se iban a operar, con fondos proporcionados por el Laboratorio Janssen de Bélgica y Roche de Suiza; realizándose trabajos científicos que fueron presentados en 1962, en el Congreso Latinoamericano de Lima, y en 1964, en el Congreso Mundial de San Pablo; y con conclusiones presentadas a los laboratorios, donde el "Innovan", que se venía usando en proporción 50 a 1, con ambos agentes, debería ser preparado por separado, para que el anestesiólogo aplicara la dosis que considerara conveniente.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-  - 1962. Integrante de la Junta Directiva CASMU, Presidente de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay, Comisión Económico Laboral del SMU, y miembro del Comité Ejecutivo Central de la Confederación Médica Panamericana.
-  - Titulo Especialista Anestesiología y Reanimación UDELAR.1962.
-  - 1963. Doctorado en Medicina UDELAR.
-  -1963: Tesis de doctorado: Reanimación Cardiovascularrespiratoria de Emergencia: 1963; Tesis de Doctorado del Dr. Enrique Barmaimon; Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de La Sala de Operaciones.
- Plan de Reanimación Nacional del Uruguay-Año 1962.**
- 1963. El Dr. Enrique Barmaimon de Uruguay, presenta en México : Carbocaína, nuevo anestésico local. Rev. Mex. Anest. Tomo XI.6.4.15.1963.
- Miembro Comité Ejecutivo CLASA.
-  -Secretario de las Primeras Jornadas Médico Gremiales Nacionales realizadas en Balneario Solís, por el SMU.
-  -1964. Profesor Asistente Anestesiología y Reanimación Hospital Clínicas UDELAR.
- 1965. Relator: Sistemas Atención Médica y Remuneración Trabajo Médico Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial, en Santiago, Chile.
- -Secretario ad-hoc del Comité Ejecutivo Central de la Conf. Médica Panamericana en la 8ª Asamblea General y 9º Congreso Médico Social Panamericano, realizado en Lima, Perú, en abril de 1966.
- - 1967. Jefe Dpto. Centro Quirúrgico (Servicios: Anestesia, Reanimación, Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico, Centro. Obstétrico, y Centro de Materiales) del Hospital Universitario de Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- - Prof. Principal Anestesiología y Reanimación UPCH (Pregrado y Posgrado.).
-  -Miembro Comisión Directiva Sociedad Peruana de Anestesia, y Revista Peruana de Anestesia
- - 1972. Delegado Colegio Médico del Perú ante MSP.
- - 1973. Comité Nacional de Especialistas del Colegio Médico del Perú.
- - 1976. Comité Científico del Colegio Médico del Perú.
- - 1977. Profesor Principal de Neuroanatomía, Neurofisiología y Psicofisiología de U. San Martin de Porres, Lima, Perú.
- - 1978. *Asesor Técnico del Ministro de Salud en Construcción y Equipamiento Hospitalario.*
- - USMP: Desempeñó varias jerarquías Universitarias: Decano, Director Universitario Planificación, Presidente de la Comisión de Admisión, Vicerrector Académico, Jefe Departamento Académico.
- - 1979. Plan Cooperación Técnica Económica. Internacional Desarrollo USMP, Lima.
- - Proyectos y Creación Programas Académicos: Medicina, Ecología, Odontología, Enfermería, Obstetricia y otros.
- - 1984. Libro: Tratado de Neuroanatomía Funcional - 3 Tomos - .Ed.S.M.P. Lima, Perú.
- - 1990 - Medico Anestesiólogo Asociación Española: Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Tórax, Vía Aérea y Caderas; y Sanatorio Banco. Seguros., Uruguay.
- - 2002. SMU: Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay; Comisión de Asuntos Universitarios del SMU a la fecha.
- - 2002. Delegado ante la Agrupación Universitaria del Uruguay (AUDU).
- -2004. UDELAR: Comité Central Gestión, Comisión Central de Presupuesto, y Comisión Central Administrativa a la fecha.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-  - 2004. Facultad de Medicina. y Hospital Universitario de Clínicas: Comisiones Presupuesto y Administrativa (por el orden de Egresados) a la fecha.
-  - 2004- Comisión Editorial de la Revista Médica del Uruguay, a la fecha.
-  - 2006.Asamblea General del Claustro: delegado Orden Egresados Medicina a la fecha.
-  - 2010.Comisión Elecciones Universitarias 2010: Delegado de orden de egresados a la fecha.
-  - 2010.Asamblea General del Claustro: Delegado de orden egresados Medicina a la fecha.
-  - 2010. Libro Envejecimiento. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2011. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo I. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2012. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo II. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2012 .Historia del General San Martin: Aspectos de Salud. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2013. Libro Historia de la Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. Tomo III. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2013.Colaboración al Libro El Chumbo Ríos: Ética, Coraje y Humanidad del Dr. Antonio Turnes. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2014. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo IV .. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2014. Comisión de Elecciones Universitarias 2014 por Orden de Egresados a la fecha.
-  - 2015. Libro Historia Grandes Guerras Europeas y Mundiales, y su Influencia sobre Evolución de Anestesia y Reanimación. 1ªEdición Virtual.. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  - 2015- Libro Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  - 2015- Libros Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
 - . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Linguística, Antropología, Inteligencia Artificial;
 - . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
 - .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  - 2016- Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
 - . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos; y
 - . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-  - 2004. Facultad de Medicina. y Hospital Universitario de Clínicas: Comisiones Presupuesto y Administrativa (por el orden de Egresados) a la fecha.
-  - 2004- Comisión Editorial de la Revista Médica del Uruguay,, a la fecha.
-  -2006.Asamblea General del Claustro: delegado Orden Egresados Medicina a la fecha.
-  -2010.Comisión Elecciones Universitarias 2010: Delegado de orden de egresados a la fecha.
-  -2010.Asamblea General del Claustro: Delegado de orden egresados Medicina a la fecha.
-  -2010. Libro Envejecimiento. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2011. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo I. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2012. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo II. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  -2012 .Historia del General San Martin: Aspectos de Salud. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2013. Libro Historia de la Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. Tomo III. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2013.Colaboración al Libro El Chumbo Ríos: Ética, Coraje y Humanidad del Dr. Antonio Turnes. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2014. Libro Historia de la Anestesia, de la Reanimación y de los Cuidados Intensivos. . Tomo IV .. 1ª.Ed. Virtual.BVS.
-  - 2014. Comisión de Elecciones Universitarias 2014 por Orden de Egresados a la fecha.
-  -2015. Libro Historia Grandes Guerras Europeas y Mundiales, y su Influencia sobre Evolución de Anestesia y Reanimación. 1ªEdición Virtual.. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  -2015- Libro Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  - 2015- Libros Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
 - . Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Linguística, Antropología, Inteligencia Artificial;
 - . Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
 - .Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas.. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
-  - 2016- Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
 - . Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
 - . Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos; y
 - . Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:

.Tomo I:Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ªParte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;

.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Nacional Fútbol, Campeonatos Mundiales de Fútbol de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar.

.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.

.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía. 1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).

-  - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 3 Tomos:

.Tomo I: República Francesa.

.Tomo II : Reino de España.

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas Trilogía.

.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

 - 2016. -Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.

-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Curricula Prof. Barmaimon, Enlaces.

1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

• -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-Tomo I : Índice; Introducción: Técnica, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud; PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología; y Ciencias Sociales.

-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas, Bibliografía.

-Tomo III: PARTE V: 19 Especialidades Psicológicas;

- Tomo IV: -PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII:

Especialidades de Ciencias Sociales; Bibliografía; Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

--  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Calidad de Vida- 2 Tomos:

-TOMO I: Introducción, Calidad de Vida.

-Tomo II: Esperanza de Vida; Educación; P.I.B.; Índice Desarrollo Humano; Indicadores Sociales; PNUD; Crecimiento Económico; Terminología Económica; Desarrollo Económico; Francmasonería. Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

--  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Biblioteconomía, y Educación Virtual y Biblioteca Virtual- 2 Tomos-

- Tomo I : Introducción; Biblioteconomía; Bibliotecas; Biblioteca Virtual Digital.

-Tomo II: Educación Virtual; E.Learning, Blogs, Aprendizaje; Evaluación; Curricula Prof. Dr. E. Barmaimon; Bibliografía.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

--  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Enfermedades Vasculares . 3 Tomos:

-Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Enf. Vasculares; Enf. Arterias: Apoplejía, Trombosis, Coagulación, Conclusiones, Vasos Sanguíneos.

-Tomo II: Enf. Vasculares: Hipertensión Arterial; Enf. Coronarias; Enf. Cerebrovascular; Aneurismas; Aneurisma Aorta; Arterioesclerosis; Arteritis; Hipotensión; Choque Cardiogénico; Claudicación Intermitente; Embolismo; Tromboembolismo Pulmonar; Embolia Cerebral; Estenosis Art. Renal; Isquemia; Infarto; Aterosclerosis; Atrotrombosis; Enf. Vascular Periférica; Malformación Congénita; Malformación Arteriovenosa; Eritromelalgia; Fistula Arteriovenosa; Gangrena.

-Tomo III: Enf. Venosas: Venas; Insuficiencia Venosa; Insuf. Venosa Mixta; Venas perforantes; Presión Venosa Central; Válvulas Venosas; Circulación Venosa y Linfática; Várices; Várices Esofágicas; Varicocele; Hemorroides; Flebitis; Tromboflebitis Superficial; Trombosis Venosa Profunda; Úlcera Venosa. Hipertensión Pulmonar. Sistema Linfático. Sistema Inmunitario. Bibliografía. Libros Prof. Dr. Enrique barmaimon. Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Medicina Perioperatoria . 6 Tomos:

-Tomo I: Introducción; Preoperatorio; Transoperatorio, Cirugía Ambulatoria y A Distancia; Postoperatorio; Sala Recuperación; Reanimación Cardiopulmonar; Centro Reanimación; Reanimación en Uruguay; Plan Desastres; Bibliografía.

-Tomo II: Historias: Ciencias, Anestesia, Anestesia y Reanimación Latinoamericana: Pioneros, Cátedras Anestesia, Primeras Anestias, Siglos XIX y XX; CLASA; Sociedades Anestesia; A. y R. en Perú y Uruguay; Avances Quirúrgicos; Peter Safar ; Normas; Cronología Anestésica; Primeros Quirófanos.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Tomo III: - Monitoreo.

-Tomo IV: Anestesiología: Inhalatoria; Intravenosa; Regional; Equipamiento Anestesia; Respiradores; Líquidos Perioperatorios.

-Tomo V: Anestesiología: Gineco-obstétrica: Neonato, Regional; Pediátrica; Geriátrica; Cirugía Mayor Ambulatoria; Medicina Perioperatoria; Tratamiento Dolor; Medicina Paliativa; Hibernación Artificial.

-Tomo VI: Unidad Cuidados Intensivos; UCIN; Curricula; Bibliografía.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

•  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Anestesia Locorregional . 6 Tomos:

-Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Tipos Anestesia; Cambios Anatomofuncionales; 8 Reglas Interpretación.

-Tomo II: Bases Conceptuales; Canales; Canal Iónico: Sodio; Bomba Sodio-Potasio; Canal Calcio; Despolarización; Canalopatías; Inflamación; Sistema Autoinmune; Trastornos; Síndromes Funcionales.

-Tomo III: Ciencias Cognitivas; Historia Ciencias; Organización General Nerviosa; Neuroanatomía; Cambios Anatomofuncionales, Sociales, Nutricionales y Ambientales; Sistemas Integración; Neurotransmisores; Comportamiento; Realimentación.

- Tomo IV: Anestésicos Locales; Tratamiento Del Dolor; Escala analgésica De La O.M.S..

-Tomo V: Vías De Administración Fármacos; Clínica Del Dolor; Analgesia; Anestesia Intradural; Anestesia Epidural; Bloqueos; Acupuntura; Pseudociencias. y

- Tomo VI: Anestesia En Especialidades: Cirugía Plástica y Estética; Oftalmológica; ORL; Odontológica; Traumatológica; Gineco-obstétrica; Urológica; Ambulatoria; Abdominal; Pediátrica; Geriátrica. Curricula. Bibliografía.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 89 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

• [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS):

-- LOS 114 LIBROS PUBLICADOS PROF. Dr. ENRIQUE BARMAIMON:  - -;

-. Alcance Gratuito , de 114 libros en la Biblioteca Virtual de Salud del S.M.U. que son: LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]). .(buscar);(Elegir libro entre 114 volúmenes : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº1 a 3:-  - Barmaimon Enrique, Tratado de Neuroanatomía Funcional. 3volúmenes :

.Tomo I: Presentación, Índice, Prólogo, Bases Neuroanatómicas Funcionales, Bases Funcionales Organización Humana, La Célula, Embriología S.N., Meninges, Sistema Ventricular, Líquido Cefalorraquídeo e Irrigación Sanguínea, Sistematización General, Organización Estructural Anatómica;

.Tomo II: Organización Funcional: Los Sistemas Funcionales de Integración, Organización Anatomofuncional, Reglas para el Estudio e Interpretación del Sistema Nervioso, Medio Interno; y

.Tomo III: Neurona y Sinapsis, Potenciales Neuronales e Integración Interneuronal, Los Neurotransmisores, Los Conjuntos Neuronales, Envejecimiento, y Los Límites entre la Vida y la Muerte.) . -Ed. EDUSMP.(1984) .Lima, Perú. B.V.S.

- Nº4: -  - Barmaimon Enrique . Envejecimiento. Cambios Anatomofuncionales, Psíquicos, Sociales, Económicos y Ambientales. Urgencias, Comorbilidad, Manejos-Ed. Virtual. (2011).1ªEd. Montevideo Uruguay. B.V.S.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Nº5 a 8: -  - Barmaimon Enrique. Libro Historia de la Anestesia, la Reanimación y los Cuidados Intensivos. 4 Tomos:
.Tomo I: Prologo, Introducción, Índice, Historia General de la Ciencia, Historia Cronológica , Equipamiento de Anestesia, Ayer y Hoy Anestesiólogo, y su Formación;
. Tomo II: Historia de los Países Sudamericanos: Sociopolítica, Cultural, Educativa y de Salud;
.Tomo III: Historia de los Países Centroamericanos y el Caribe: Sociopolítica, Cultural, Educativa, y de Salud; y .Tomo IV: Algunos avances anestésico- quirúrgicos, Historia de la Anestesia y la Reanimación Latinoamericana, Historia Anestésica de cada País Sudamericano, Anestesia Pediátrica, Anestesia geriátrica, Anestesia Especialidades, Manejo dolor Postoperatorio, Manejo dolor Crónico, Reanimación Cardiopulmonar, Medicina intensiva, Centro Quirúrgico, Anestesia Ambulatoria, Panorama Actual, Bibliografía.(2014). 1ªEd. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Nº 9: -  - Barmaimon Enrique, Koyounian Pedro. Historia del General San Martin. Aspectos de su Salud.(2012).1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay.
- Nº 10: - Barmaimon, Enrique. Guaymirán Ríos Bruno. Anécdotas : en Libro Dr. Antonio Turnes.(2013). Varias anécdotas, Reanimación Cardiopulmonar, Plan Nacional de Desastres. 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
-  Nº: 11 a 13: - - Barmaimon Enrique.(2015). Historia de las Grandes Guerras y su Influencia sobre la Anestesia y la Reanimación. 3 Tomos:
. Tomo I: Grandes Guerras Europeas: Napoleónicas, Primera y Segunda Guerras mundiales, Resucitación Cardiopulmonar, Avances Medicina;
.Tomo II: Guerras de Corea y Vietnam, Avances Medicina; y
.Tomo III_ Guerras del Golfo, Irak, Afganistán y contra Terrorismo. . 1ª Ed. Virtual, Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Nº 14:  - Barmaimon Enrique. Historia Medicina, Psiquiatría, Gerontología, Envejecimiento y Geriatria. (2015). 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.
- Nº 15 a 17: -  - Barmaimon, Enrique.(2015).Historia Ciencias Cognitivas.3 Tomos:
. Tomo I: Filosofía, Psicología, Neuroanatomía Funcional, Neurociencias, Lingüística, Antropología, Inteligencia Artificial;
. Tomo II: Cognición, Gestión del Conocimiento, Feromonas, Psiconeurobiología Amor y Sexo, Mente; y
.Tomo III: Anexos Ciencias Cognitivas.
-1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
- Nº 18 a 20: -  - Barmaimon, Enrique.(2016).Libro Historia, Patología, Clínica y Terapéutica Ciencias Cognitivas. 3 Tomos:
. Tomo I: Introducción, Algunos Puntos básicos, Canalopatías, Sistemas Autoinmunes, Enfermedades Autoinmunes;
. Tomo II: Sistema Nervioso, Sistemas de Integración, Test Psicológicos;y
. Tomo III: Patologías, Reserva Cognitiva, Telepatología, Medio Ambiente, Tratamientos, Psicoterapia, Ciberpsicoterapia, Personalidad, Comportamiento, Pensamiento, Sentimiento, Identidad, Sensación, Intuición, Sentimiento, Diagnóstico, Patologías Cognitivas, Patologías Neurológicas, Enzimas, Certeza y Opinión, Inconsciente, Psiconeuroinmunología, Sueño, Memoria, Optimismo, Ansiedad, Posmodernismo.
- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. B.V.S.- (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).
- Nº 21 a 24: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Libro Historia de la Banda Oriental.(R.O.U.). Historia Política, Social, Educativa, y de Salud. 4 Tomos:

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

.Tomo I: Índice, Introducción; Generalidades; Descripción 4 Principales Próceres: Artigas, Rivera, Lavalleja y Oribe; Presidentes del Uruguay, 2ª Parte Siglo XIX, Modernización y Militarismo, Presidentes;

.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar

.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.

.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía.

-1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (buscar); (Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 25 a 28: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 4 Tomos:

.Tomo I: República Francesa.

.Tomo II : Reino de España.

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas de Trilogía.

-.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(buscar); (Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 29 a 32 :  - Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:

.Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.

. Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.

. Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.

Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.

- 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar); (Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 33: -  - Barmaimon, Enrique. 2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación. 1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar); (Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 34 y 35 -  - : - 2017. - Barmaimon, Enrique. 2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.

-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Currículo Prof. Barmaimon, Enlaces.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar); (Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Nº 36 a 39:  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-TOMO I : Índice; Prólogo Dr. Antonio Turnes; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía,

.Tomo II: Siglo XX: Primeras Décadas: Club Atlético Peñarol, Club Atlético Nacional, Campeonato Mundial de 1930 y 1950; Presidentes, Colegialismo, Reforma 1966, Presidentes; Dictadura Militar

.Tomo III: Gobiernos Democráticos: Sanguinetti, Lacalle.

.Tomo IV: Siglo XXI: Generalidades; Tecnología, Educación; Ciencias, Historia Urbana Montevideo del Siglo XX; Gobierno y Política; Salud; Cultura; Presidentes: Batlle, Vázquez; Mujica; Educación Uruguaya; Enseñanza Terciaria; Universidades; Servicios de Salud; Bibliografía.

-1ª Ed. Virtual. BVS.SMU. (<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon). (buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 25 a 28:  - Barmaimon, Enrique. 2016. Trilogía Países Europeos: Historia Socio-política, Cultural, Educativa, y de Salud de República Francesa, Reino de España, y Reino Unido. 4 Tomos:

.Tomo I: República Francesa.

.Tomo II : Reino de España.

.Tomo III: Reino Unido.

.Tomo IV: Gastronomía y Mapas de Trilogía.

-.1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 29 a 32 :  - Barmaimon, Enrique. 2016. Museos del Mundo. Historia y Características. 4 Tomos:

.Tomo I: Generalidades, Museos de Arte Más Visitados, Museos de Ciencia, Funcionamiento, Tipología, HISTORIA. FILOSOFÍA DE LA HISTORIA.

. Tomo II: Relación de Museos de Arte: del 1 al 10.

. Tomo III: Relación de Museos de Arte: del 11 al 20.

Tomo IV: Relación de Museos de Arte: del 21 al 100. y 5 Adicionales.

- 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 33: -  - Barmaimon, Enrique.2016. Cataratas: Técnicas de Facoemulsificación.1 Tomo. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 34 y 35 -  - : - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Tipos de Dietas y Alimentación Según Salud, Enfermedad, y Patología. 2 Tomos:

-Tomo I: Índice, Introducción, Régimen Alimenticio, Hábitos Alimentarios, Tipo de Dietas, Alimentos, Gastronomía Uruguay y el Mundo, Necesidades Básicas, Dieta Saludable, Animales por Dieta, y Alimentos Comunes y Energía.

-Tomo II: Índice, Dietista-Nutricionista, Ciencias de la Salud, Nutrición, Trastornos Conducta Alimentaria, Véase También, Referencias, Bibliografía, Currículo Prof. Barmaimon, Enlaces.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 36 a 39:  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Con Ciencias de la Salud. 4 Tomos:

-TOMO I : Índice; Prólogo Dr. Antonio Turnes; Introducción: Técnica, Protocolos, Tecnología, Metodología, Test Estandarizados, Caso Clínico; PARTE I: Generalidades: Ciencias, Filosofía, Atención Primaria de Salud, Ciencias de la Salud, Psicología, Otras Especialidades, Ciencias Sociales; PARTE II: Medicina; PARTE III: Psicología; y Ciencias Sociales.

-Tomo II : PARTE IV: 38 Especialidades Médicas.

-Tomo III: PARTE V: 20 Especialidades Psicológicas;

-Tomo IV: PARTE VI: 12 Especialidades de Ciencias de la Salud; PARTE VII: 9 Especialidades de Ciencias Sociales Relacionadas con Intervención Social; 3 con Ciencias Cognitivas,

Biblioteconomía; y 8 con Evolución de Sociedades; PARTE VIII: Bibliografía; PARTE IX: Véase También; PARTE X: Enlaces Externos; y PARTE XI: Curricula Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 40 y 41: -  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Calidad de Vida- 2 Tomos:

-TOMO I: Introducción, Calidad de Vida.

-Tomo II: Esperanza de Vida; Educación, Biblioteca Virtual, Educación Virtual, E.Learning, TIC, Blogs, Aprendizaje; P.I.B.; Índice Desarrollo Humano; Indicadores Sociales; PNUD; Crecimiento Económico; Terminología Económica; Desarrollo Económico; Francmasonería; Bienestar Social, Bibliografía; .Curriculo Prof. Dr. Enrique Barmaimon;

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

. Nº 42 y 43:  - 2017. - Barmaimon, Enrique.2017. Libro Biblioteconomía, y Educación Virtual y Biblioteca Virtual- 2 Tomos-

- Tomo I : Introducción; Biblioteconomía; Bibliotecas; Biblioteca Virtual Digital.

-Tomo II: Educación Virtual; E.Learning, Blogs, TICS, Aprendizaje; Evaluación; Curricula Prof. Dr. E. Barmaimon; Bibliografía.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 44 a 46 :  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Enfermedades Vasculares . 3 Tomos:

-Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Enf. Vasculares; Enf. Arterias: Apoplejía, Trombosis, Coagulación, Conclusiones, Vasos Sanguíneos.

-Tomo II: Enf. Vasculares: Hipertensión Arterial; Enf. Coronarias; Enf. Cerebrovascular; Aneurismas; Aneurisma Aorta; Arterioesclerosis; Arteritis; Hipotensión; Choque Cardiogénico; Claudicación Intermitente; Embolismo; Tromboembolismo Pulmonar; Embolia Cerebral; Estenosis Art. Renal; Isquemia; Infarto; Aterosclerosis; Atrotrombosis; Enf. Vascular Periférica; Malformación Congénita; Malformación Arteriovenosa; Eritromelalgia; Fistula Arteriovenosa; Gangrena.

-Tomo III: Enf. Venosas: Venas; Insuficiencia Venosa; Insuf. Venosa Mixta; Venas perforantes; Presión Venosa Central; Válvulas Venosas; Circulación Venosa y Linfática; Várices; Várices Esofágicas; Varicocele; Hemorroides; Flebitis; Tromboflebitis Superficial;

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Trombosis Venosa Profunda; Úlcera Venosa. Hipertensión Pulmonar. Sistema Linfático. Sistema Inmunitario. Bibliografía. Libros Prof. Dr. Enrique Barmaimon. Currículo Prof. Dr. Enrique Barmaimon.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 47 a 52:  - 2017 . - Barmaimon, Enrique. 2017- Libro Medicina Perioperatoria . 6 Tomos:

-Tomo I: Introducción; Preoperatorio; Transoperatorio, Cirugía Ambulatoria y A Distancia; Postoperatorio; Sala Recuperación; Reanimación Cardiopulmonar; Centro Reanimación; Reanimación en Uruguay; Plan Desastres; Bibliografía.

-Tomo II: Historias: Ciencias, Anestesia, Anestesia y Reanimación Latinoamericana: Pioneros, Cátedras Anestesia, Primeras Anestesis, Siglos XIX y XX; CLASA; Sociedades Anestesia; A. y R. en Perú y Uruguay; Avances Quirúrgicos; Peter Safar ; Normas; Cronología Anestésica; Primeros Quirófanos.

-Tomo III: MONITOREO: Oximetría, Capnometría, BIS, Presión Arterial, Cardíaco, Hemoglobina, Presión Venosa, Embolización, Respiratorio, Equilibrio Acido-Base, TomoIV:AnestesisInhalatorias,Intravenosas,Balanceada,Regionales;Equipamiento, Respiradores; Líquidos Perioperatorios.

-Tomo V: Anestesis: Gineco-obstétrica, Neonato, Regional, Pediátrica, Geriátrica, Mayor Ambulatoria; Medicina Perioperatoria; Tratamiento Dolor; Medicina Paliativa; Hibernación Artificial; Seguridad Quirúrgica; Evolución.

-Tomo VI: U.C.I.; Unidad Neonatología; Cuidados Intermedios; Centro Quirúrgico; Instrumentación, Asepsia, Antiseptia, Licenciatura; Panorama Actual y Futuro; Cirugía En Siglo XXI; Otros Avances Ayer y Hoy Del Quirófano; Educación En Uruguay; Currículo.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 53 a 58 -  - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Anestesia Locorregional . 6 Tomos:

-Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Tipos Anestesia; Cambios Anatomofuncionales; 8 Reglas Interpretación.

-Tomo II: Bases Conceptuales; Canales; Canal Iónico: Sodio; Bomba Sodio-Potasio; Canal Calcio; Despolarización; Canalopatías; Inflamación; Sistema Autoinmune; Trastornos; Síndromes Funcionales.

-Tomo III: Ciencias Cognitivas; Historia Ciencias; Organización General Nerviosa; Neuroanatomía; Cambios Anatomofuncionales, Sociales, Nutricionales y Ambientales; Sistemas Integración; Neurotransmisores; Comportamiento; Realimentación.

- Tomo IV: Anestésicos Locales; Tratamiento Del Dolor; Escala analgésica De La O.M.S..

-Tomo V: Vías De Administración Fármacos; Clínica Del Dolor; Analgesia; Anestesia Intradural; Anestesia Epidural; Bloqueos; Acupuntura; Pseudociencias. y

- Tomo VI: Anestesia En Especialidades: Cirugía Plástica y Estética; Oftalmológica; ORL; Odontológica; Traumatológica; Gineco-obstétrica; Urológica; Ambulatoria; Abdominal; Pediátrica; Geriátrica. Currícula. Bibliografía.

- . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Nº 59 a 64: -  - 2017- Barmaimon, Enrique.2017- Libros Anestesia En Urología . 6 Tomos:
- Tomo I: Prólogo; Introducción; Historia, Generalidades; Urología; Anestesiología.
-Tomo II: Coagulación; Émbolos; Sistemas Integración; Canales.
-TOMO III: Bases Cognitivas; Organización Nerviosa; Neurotransmisores; Homeostasis; Conducta; Realimentación; Sistemas Autoinmunes.
-TOMO IV: Sistemas Autoinmunes.
-TOMO V: Ciencias Cognitivas.
-Tomo VI: Patologías Cognitivas y Neurológicas, Situaciones Cognitivas, Anestesia En Urología, Curricula; Bibliografía.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 65 a 68: - 2018 - - Barmaimon, Enrique. 2018- Libros Angioedema Hereditario y Adquirido. 4 Tomos:
-TOMO I: Prólogo; Introducción; Angioedema Hereditario y Adquirido; Embolia Pulmonar; Angioedema; Cambios Anátomo Funcionales, Psíquicos, Sociales, y Ambientales; Neuropsicología Cognitiva; Neurotecnología; Sangre; Características Neuronas.
-TOMO II: Angioedema Infantil, Hereditario, y Adquirido; Trastornos Alérgicos,, Aneurismas; Embolias, Trombosis ,TVP; Coagulación.
-TOMO III: Sistemas de Integración, Plasticidad Neuronal, Canales, Canulopatías, Inflamación.
-TOMO IV: Alergología; Enfermedades Autoinmunes; Endocrinología: Sistema Endócrino, Prostaglandinas, Transducción de Señal, Segundo Mensajero; Hematología, RTU Próstata; Disco, Hernia y Columna Vertebral. Rehabilitación Linfedema.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 69 a 72: - 2018. -  - Barmaimon, Enrique.2018- Libros Compresión Intermitente y Equipos Médico-Anestésicos. 4 Tomos:
TOMO I: Prólogo; Introducción; Linfedema; Medidas de Prevención, Pronóstico; y Tratamiento; DLM; Presoterapia y otros, Máquina Anestesia, y Reacciones Químicas.
-TOMO II: Características Máquinas Anestesia, Vaporizadores; Carro; ; Hospital; Atención Médica, Tipos; Paciente; Departamento de Emergencia, Servicios Médicos;
- TOMO III: Terapia Física,, Medicina y Rehabilitación; Monitoreo; Tecnología Médica; Ecocardiografía; Cirugía Ambulatoria; Medicina Hiperbárica; Ventilación Mecánica; Soporte Vital; Desfibrilación; Lesión; y
-TOMO IV: Quirófanos; Anestesia; Índice Biespectral; Signos Vitales; Ventilación Artificial y Mecánica; Respirador Médico; Unidad Cuidados Intensivos; Trastorno Mental; Currículo Prof. Dr. Barmaimon; 104 Libros Publicados.
. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº 73: -  - 2018- Barmaimon, Enrique. 2018- Libro Historia de la Universidad de La República (UdelaR). - 1 Tomo.
-Índice; Introducción; Historia UdelaR; Centros Universitarios; Centros Regionales; Gobierno, Doctorados; Ley Organización UDELAR, Dirección G. Relaciones y Cooperación; Educación Uruguay; Centros de Salud; Currículo; y 112 Libros Publicados.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 74: -  - 2018- *Barmaimon, Enrique*: Disquinesia Ciliar Primaria- Montevideo, Uruguay- 1 Tomo- 1ª Ed. B. V.S. .: LIBROS PROF. DR. ENRIQUE BARMAIMON. (www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº 75: -  - *Barmaimon, Enrique*- LIBRO SOBRE EDEMAS- 1 TOMO-AÑO 2018- Montevideo, Uruguay- - Introducción, Generalidades, Definición, Tipos de Edema, Causas Principales, Insuficiencia Renal, Cirrosis Hepática, Trombosis Venosa, Síndromes Nefrítico y Nefrótico, Malnutrición, Edemas M. Inf., Edema Cerebral y Pulmonar, Retención Na., Disfunción Renal y Multiorgánica, Infecciones Parasitarias, Fricción entre Tejidos, Edema Angioneurótico; Tratamientos.- Lista 112Libros- Currículo. 1ª Ed. B. V.S. .: www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

. -Nº 76 y 77:-  - *Barmaimon, Enrique*- LIBRO SOBRE FIBROMIALGIAS- 2 TOMOS-AÑO 2018- Montevideo, Uruguay- - Prólogo; Introducción; Generalidades; Fibromialgia; Aparato Locomotor; Alodinia; S.N.C.; Reumatología; Psiquiatría; Enfermedad; Somatización; Fenómeno Psicossomático; Trastorno Somatomorfo; Enf. Eponimas; Nosología ; Terapia Conducta; Psicoterapia; Sist. Endócrino; Sist. Enzimas; Sist. Inmunitario; Sensibilidad A Gluten No Celíaco; Enf. Autoinmune; Sindr. Fatiga Crónica; Sistemas Integración; Ciencias Cognitivas; Tasa Mortalidad.112 Libros Publicados. Currículo.

- www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

Nº 78 a 81:-  - *Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE NEUROENDOCRINOLOGÍA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Neurotransmisores; Receptor Celular; Neurohormonas; Drogas; Ejes; S.Endócrino; Hipotálamo; Hipófisis.

- TOMO II: Enfermedades; Morbilidad; Comorbilidad; L.C.R.; Imagen Médica; Psicología Cognitiva; Clasificaciones Internacionales.

- TOMO III: Clasificaciones y Manuales; S. Nervioso; S. Límbico; Motivación; Conducta; Trastornos Sueño; Sensibilización Central; Dolor; Alodinia; SDRC;

- TOMO IV: Estrés; Cognición; S. R. C.; ACV; Trombosis; S. Piernas Inquietas; Sueño; Cansancio; Ansiedad; Depresión; Ejercicio Físico; Técnicas Relajación; Meditación; Espasmo Muscular; Frío; 112 Libros Publicados; Currículo. - www.bvssmu.org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

-Nº82 a 85.-  - *Barmaimon, Enrique*- LIBROS MEDICINA ALTERNATIVA- 4 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

TOMO I: Medicina Alternativa; Terapias Alternativas; Acupresión; Acupuntura; Apiterapia; Aromaterapia; Ayurveda; Balneoterapia; Bioenergética; Medicina China; Cristaloterapia ; Cromoterapia; Danzoterapia; DLM;

- TOMO II: Eutonía; Fangoterapia; Fitoterapia; Fototerapia; Hidroterapia; Hipnosis; Homeopatía; Ridología; Kinesioterapia; Johrel .

- Tomo III: Lavado Nasal; Macrobiótica; Magnetoterapia; Masaje; Medicinas; Musicoterapia; Orinoterapia; Osteopatía; M. Hiperbárica; Oxigenoterapia; Ozonoterapia; Pranayama; Quiropraxia.

- TOMO IV: Radiónica; Renacimiento; R. Mantras; Reflexología; Regresión P. ; Reiki;

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Relajación; Técnicas; Sanación; Shiatsu; Sonoterapia; Talasoterapia; EFT; Otras Terapias; Yoga; Zooterapia; 112 libros Publicados; Currículo.
- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- Nº86 a 89.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE HIPERTENSIÓN INTRAOCULAR y GLAUCOMA- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Índice, Prólogo, Introducción; Presión Intraocular ; Oftalmología; Enf. Oculares.
 - TOMO II: Optometría y Campimetría. Ojo Animal. OJO Humano. Exámenes del Ojo. Enfermedades del Ojo. Procedimientos Diagnósticos. Glaucoma. y
 - TOMO III: Procedimientos Terapéuticos, Laser, LASIK, VITRECTOMÍA y otros. Técnicas Optometría. Lentes Correctoras. Transplantes. Prostaglandinas, 104 Libros Publicados. Currícula. y
 - TOMO IV: Medicina Regenerativa. Fibromialgias. Estimulación Magnética Transcraneana. Enf. Autoinmunes. Inmunidad Innata y Adquirida. Tratamiento del Sueño. Ansiedad. Dieta Sin Gluten. 112 Libros Publicados. Currículo.
- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
-  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-
- . -Nº90 y 91.- :-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE MASAJE, FISIOTERAPIA, y LINFOEDEMA.- 2 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Índice, Prólogo, Introducción; Masaje; Fisioterapeuta; Fisioterapia; Médico; Fisiatría; Masajista, Quiromasaje; D.L.M.; Sist. Linfático; Sist. Inmunitario; Sist. Circulatorio; Edemas; Categoría: Sist. linfático; Masoterapia ; Presoterapia y Otros. Generalidades, Prevención ,y Tratamiento Linfoedema; Presoterapia, Vendajes, y Otros.
 - TOMO II: - Etiología, Diagnóstico, Clínica y Tratamiento Linfedema; Fisioterapia;; Balneoterapia; Agua Mineral; Aguas termales; Termas; SPA; Talasoterapia; Hidroterapia; Baño Herbal; Baño Turco; Sauna; Fibromialgia; Foniatría; Estética; Medicina Intensiva; Linfodrenaje; Cirugía; Rehabilitación Salud; 112 Libros; Currículo; y Síntesis Linfedema. - www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- N° 92.a 95.-:-  -*Barmaimon, Enrique*- LIBROS SOBRE LUMBALGIAS- 4 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Prologo; Índice; Introducción; Aparato Locomotor; Sistema Muscular; Neuronas; Traumatología y Ortopedia; Fisiatría; y Fisioterapia.
 - TOMO II: Homosapiens; Sist. Circulatorio, Linfático e Inmunológicos; y Columna Vertebral.
 - TOMO III: Lumbalgias; Artralgias y Mialgias; Ciática; Enf. Neurológicas; Inflamación; Infección; Quimioterapia; Reumas; Neurotransmisores; Neurohormonas; y Prostaglandinas.
- y
- TOMO IV: Dolor; Dolor de Espalda; Espondilosis; Traumatología; Enf. Degenerativas; Escalera Analgésica OMS; Medicina Paliativa; Cáncer; Testamento Vital; Sedación Terminal; Muerte Digna; 112 Libros; y Currículo. -  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
- N° 96.a 104.-:-  -*Barmaimon, Enrique y Carla Fernández*- LIBROS SOBRE HOMO SAPIENS, Aspectos Médicos y Psicológicos - 9 TOMOS-AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-
- TOMO I: Prologo; Índice; Introducción; Homo Sapiens; Primates; Hominidos; Género Homo; Inventar; Aprendizaje; Idioma; Lógica.
 - TOMO II :Medicina; Psicología; Psicología Cognitiva; Ciencias Cognitivas; Epistemología;

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Lingüística; Red Neuronal Artificial Humana; Neuropsicología; Neurociencias..

- TOMO III: Antropología; Matemáticas; Escritura; Música; Ciencias; Tecnología.

- TOMO IV: Animal Social; Etología; Filogenia; Filosofía; Religión; Cultura.

- TOMO V: Conciencia; Moral; Dogma; Desastre Natural; Guerra; Neurología; Ser Vivo; Cuerpo Humano;.

- TOMO VI: Mente; Inteligencia; Inteligencia Artificial; Pensamiento; Percepción; Memoria; Imaginación; Nutrición; Régimen Alimenticio; Alimentación Humana;

Omnívoro; Vegetarianismo.

- TOMO VII: Personalidad; Comportamiento Humano; Esperanza de Vida; Longevidad; Sexualidad; Relación Sexual ,Estro; Menarquia; Menopausia; Amor; Sexualidad Humana; Aparato Genital;

- TOMO VIII: Evolución Humana; Mitos de la Creación; Mutación; Adan Cromosómico; Eva Mitocondrial; Selva; Prehistoria, Paleolítico Inferior y Superior; Selva; Mutación;

-TOMO IX: Comportamiento Humano Moderno; Lenguaje Humano; Arte; Salud Mental; Creencia; Deseo; Habitat Humano; Demografía; Psicoanálisis; Gluten; 112 Libros; y Currículos. -

-  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-

-- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 105 a 109- -  -*Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Cirugía en Enfermos*

Anticoagulados- 5 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

- TOMO I: Prólogo; Introducción; Cirugía; Anestesiología y Reanimación; Angiología y Cirugía Vasculard; Cirugía Bariátrica; Cirugía Cardíaca; Cirugía General y Digestiva; Laparoscopías; Cirugía Oral y Maxilofacial; Cirugía Plástica; Cirugía Torácica; Cirugía Oncológica; Cirugía Ortopédica; Cirugía Pediátrica; Cirugía Refractiva; Neurociencias; Dermatología; Electrofisiología; Obstetricia y Ginecología; Odontología; Oftalmología; Otorrinolaringología; Urología; Cirugía Robótica; y Medicina Intensiva.

. TOMO II: Historia Cirugía; Cirugía Menor; Cirugía Mayor Ambulatoria: Características; C.M.A.; Anestesia Para C.M.A.; R.T.U.

- Tomo III: Coagulación; Factores de Coagulación; Anticoagulantes; Warfarina; Anticoagulación; Insuficiencia Cardíaca y Anticoagulantes; Clasificación Anticoagulantes; Rivaroxaban; Cardioaspirina ; Heparina; Fraxiparine; Linfedemas para Equipo de Salud y Paciente.

- Tomo IV: Preoperatorio de Anticoagulados; Historia Clínica; Historia Clínica Electrónica; Aneurismas; Aneurisma Abdominal Roto; Émbolos; Embolia Cerebral; Trombosis; Arterioesclerosis; Hipertensión Arterial; T. V.P.; y

-TOMO V: Alergia; Várices; Sistema inmunitario; Linfedema; Angioedema; Fibromialgia; 112 Libros Publicados; Currículo. 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.

--  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-

-- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

- Nº 110 a 112- -   -*Barmaimon, Enrique- Libros Sobre República Del Perú:*

Aspectos Médicos , Anestesiológicos y Universitarios - 3 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-

-TOMO I: GENERALIDADES; Etimología; Historia; Gobierno y Política; Organización Territorial; Geografía; Economía; Infraestructura; Población; Cultura; Referencias, Bibliografía.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- TOMO II:U.P.C.H; Clasificación Universidades; Educación Perú; y Currículo Prof.Dr. Barmaimon(112 libros) y
- TOMO III: UPSMP; UdelaR: Centros Universitarios y Regionales, Gobierno, Ley Orgánica, Editorial Universitaria; Educación Uruguay; Otras Universidades; Prestadores de Seguros.
- 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.
-  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-
- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).
-  [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS)- (S.M.U.)-

;-BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovascularrespiratoria Fuera de Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962..

0 0 0 0 0 0 0 0.

-  VARIOS:
- Especialización en Planificación Universitaria y de Salud.
- Especialización en Construcción y Equipamiento Hospitalario.
- Miembro de varias Sociedades Científicas nacionales y extranjeras.
- Autor de libros y múltiples trabajos científicos: 109 Trabajos y 111 Libros.
 - [Biblioteca Virtual en Salud](#) (BVS).
 - TRABAJOS:
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Aldosterona en el Shock. Anales 3er.Congr. Mund.Anest.San Pablo.1964.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Betahipertensina. Anales 3er.Congr. Mund. Anest. San Pablo.1964.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Angiotensina Nuevo Vasopresor. Rev.Per.Anest. 2.26.964.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Bases Anatomofuncionales de la Neuropsicología. UPSMP.1982.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Bloqueadores Alfa y Beta. Función Cardiovascular y Anestesia. Soc.Per.Anest, 1969.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Carbocaina Nuevo Anestésico Local. Rev. Mex. Anest. Tomo XI ,6.4.15. 1963.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Clasificación Relajantes Musculares. Soc. Per. Anest. 1969.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Complicaciones Intraoperatorias y Postoperatorias.1ª Jorn. Med.Quirur. Huancayo.1968.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Pentazocina. Anales 4ºCongr.Per,Anest.1968.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Evaluación Clínica Ketamina. Anales 5º Congr. Per. Anest.Lima.1970.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Importancia de la Diuresis en el Control Operatorio.Anales 5º Congr.Per.Anest, Lima, 1970.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Accidentes y Complicaciones Operatorias. Rev.Viernes Médico 22.2.190. Mayo 1971.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Farmacología del Dolor. Symposium Winthrop del Dolor. Lima.1972.
- BARMAIMON, ENRIQUE.- Drogadicción y Alcoholismo.UPSMP.1982. -5º Congr.Per. Anest. 1970.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 5to. Congr. Per. Anest. 1970.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Infiltración del Ganglio Estrellado, Tesis de Especialista, U.N.U., 1962.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Innovación en Anestesiología, Anales 7mo. Congr. Lat. Amer. Anest. Montevideo, 1964.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Novocaína en Anestesia General, Actas, Per. Anest. 6-1-19, 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Nuevos Conceptos en la Valoración Clínica Preoperatoria, 2do. Congr. Med. Cir. Seg. Social, Lima, Febrero 1971.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Ocho Reglas para Interpretar el Sistema Nervioso, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Organización del Sistema Nervioso, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Paro Cardíaco, 1ra. Jorn. Med. Quir. Pucallpa, Dic. 1971.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Cortical, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Medular, UPSMP, 1977.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Piso Subcortical, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Preparación Psíquica Embarazada, Symposium U.P.C.H. 1970.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propenidida, Evaluación Clínica, Anales 8vo. Congr. Lat. Amer. Anest. Caracas, 1966.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propanidida-Velium en Anestesia Balanceada, Anales 4to. Congr. Per. Anest. 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Propiedades Fisiológicas de los Sistemas de Integración, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Reanimación Cardiovasculorrespiratoria de Emergencia, Tesis de Doctorado U.N.U. Montevideo, 1963.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Reanimación de Emergencia, Anales 3er. Congr. Per. Anest. Lima, 1966.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Relajantes Musculares, Soc. Per. Anest. 1968.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Respiración Artificial por Métodos Instrumentales Simples, especialmente con Aire Ambiente; 2da. Jorn. Riopl. Anest. Montevideo, 1962.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Actividad Nerviosa Superior, U.I.G.V., 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Neuroanatomía, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Neurofisiología, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Separatas de Psicofisiología, UPSMP, 1983.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Síndromes Neuropsicológicos, UPSMP, 1982.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Sistema de Activación Reticular, UPSMP, 1978.
BARMAIMON, ENRIQUE.— Uso Vasopresores en Anestesia y Shock, Anales 3er. Congr. Per. Anest. Lima, 1966.

- Asistencia a múltiples Congresos Internacionales . Mundiales, Norteamericanos, Latinoamericanos y Europeos..

-  -Por ello, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay le confiere la Distinción Sindical al mérito gremial, docente, científico y en el ejercicio profesional.2004.

;-BARMAIMON, ENRIQUE: TESIS DE DOCTORADO: Reanimación Cardiovasculorrespiratoria Fuera de Sala de Operaciones. UDELAR. Año 1962..

0 0 0 0 0 0 0 0

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

-25.12)-Enlaces Externos.

-  [Wikimedia Commons](#) alberga una categoría multimedia sobre [Historia de la cirugía](#).
- [Medicina Azteca](#);
- [La sangría](#) ([enlace roto](#) disponible en [Internet Archive](#); véase el [historial](#) y la [última versión](#)).
- [El papiro Edwin Smith](#)
- [Artículo de Pubmed sobre el Nei Ching](#);
- [Una breve historia de la odontología](#);
- [Medicina Islámica](#);
- [La medicina medieval](#);
- [La medicina en el renacimiento](#);
- [Biografía \(francés\) de Jules Peán](#);
- [Maestros de la cirugía contemporánea](#).

-Obtenido de

«[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia de la cirugía&oldid=110953099](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_de_la_cirugía&oldid=110953099)»

Categoría:

- [Historia de la medicina](#)
- se editó por última vez el 10 mayo 2019, a las 09:28.
- El texto está disponible bajo la [Licencia Creative Commons Atribución Compartir Igual 3.0](#); pueden aplicarse cláusulas adicionales. Al usar este sitio, usted acepta nuestros [términos de uso](#) y nuestra [política de privacidad](#).
Wikipedia® es una marca registrada de la [Fundación Wikimedia, Inc.](#), una organización sin ánimo de lucro.
- [Política de privacidad](#)
- [Acerca de Wikipedia](#)
- [Limitación de responsabilidad](#)
- [Desarrolladores](#)
- [Declaración de cookies](#)
- [Versión para móviles](#)

0 0 0 0 0 0 0 0.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- CAPÍTULO XXVI : -26- CIRUGÍA MENOR.
- ¿Qué es la Cirugía Menor?.
- INDICE:
- CAPÍTULO XXVI : -26- CIRUGÍA MENOR.
- 26.1)- Definición de cirugía menor.
- 26.2)- ¿ Donde Realizar la Cirugía Menor?.
- 26.3)- Instrumental Básico en Cirugía Menor.
- 26.4)- Maniobras Quirúrgicas Básicas en Cirugía Menor .
- 26.4.1).Incisión y Disección Quirúrgicas.
- 26.4.2)- Hemostasia.
- 26.4.3)- Principios Básicos de las Técnicas de Sutura.

26.1)-. Definición De Cirugía Menor.

-La cirugía menor se define como el conjunto de técnicas quirúrgicas de corta duración, que se aplican generalmente sobre estructuras superficiales. Suelen requerir la aplicación de anestesia local, y su realización conlleva riesgo bajo y mínimas complicaciones.

- Otras definiciones de que es la cirugía menor, se puede encontrar en la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) , donde se define la Cirugía Menor, como un conjunto de técnicas o intervenciones quirúrgicas, que se realizan sobre la superficie corporal, y que de forma sencilla, pueden solucionar toda una serie de lesiones traumáticas o en la mayoría de los casos de naturaleza benigna, y a alteraciones del tejido subcutáneo, que de no resolverse a tiempo, pueden causar problemas de salud más graves, provocando serios problemas a veces sin resolución, precisando comúnmente la aplicación de anestesia local.

Cada experto podría dar su propia definición, de que es y en que consiste la cirugía menor ,pero todos coinciden en sus fundamentos básicos.

- Con frecuencia surgen problemas, que requieren para su diagnóstico o tratamiento, utilizar estos procedimientos. Por ello, la cirugía menor está dentro del campo de conocimientos y competencias del médico de familia y comunitaria y de las enfermeras en general, como una herramienta costo-efectiva, más para una práctica profesional de calidad, tanto en la atención programada : escisión de lesiones cutáneas, como en las urgencias : sutura de heridas o drenaje de abscesos.

- En la actualidad, las enfermeras de Atención Primaria y los médicos: especialistas de familia, comunitarios y de urgencias, tanto en las consultas diarias, como en las urgencias, tienen que atender pacientes, con heridas cutáneas de mayor o menor complejidad, que precisan de reparación quirúrgica, siendo imprescindible para poder efectuarlas correctamente, aplicando el tratamiento más adecuado, y tener un conocimiento elevado de la valoración de las heridas quirúrgicas, para clasificarlas según la gravedad o no de estas heridas u de otras lesiones; y proceder con las técnicas de tratamiento más adecuadas, con la selección correcta de los materiales y de los tipos de suturas más adecuados, para cada caso en particular.

- El factor limitante para la excelencia en la cirugía menor, es la capacitación técnica de los profesionales sanitarios, incluyendo médico y enfermera, que realiza estas técnicas de cirugía menor. Por otra parte, la cirugía menor no está exenta de riesgos , tanto durante la

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

intervención, como después de ésta. Por ello, es imprescindible realizar una correcta técnica quirúrgica y una indicación adecuada, ofreciendo una información clara, concisa y completa al paciente, que quedará plasmada, con el consentimiento informado.

- La capacitación para la realización de este tipo de procedimientos ,se consigue mediante cursos teórico-prácticos, que permitan al interesado, adquirir los conceptos básicos, sobre técnica quirúrgica, así como desarrollar la habilidad práctica, que se debe de tener para realizar cualquier procedimiento de cirugía menor.

- Puesto que no sería ético realizar este entrenamiento directamente sobre el paciente, es conveniente, realizar cursos que permitan modelar y perfeccionar la técnica.

- 26.2)- . ¿Dónde Realizar la Cirugía Menor ?.

-Se precisa de una sala, que contenga unos requisitos mínimos, en cuanto a infraestructura y al mobiliario necesarios:

- La sala: Lo ideal es que sea una sala destinada exclusivamente a procedimientos quirúrgicos, aunque es suficiente, con una sala de curas preparada. Es muy recomendable, disponer de lavabo con grifo mono-mando, y jabón con aplicador automático, para las manos.
- Lámpara: debe proporcionar una iluminación adecuada, que puede ser portátil, con ruedas, o estar colocada en la pared o techo de la sala. Estas lámparas deben poder moverse en varias direcciones. Es recomendable contar con otra lámpara auxiliar con lupa, útil para extraer cuerpos extraños oculares, o trabajar bajo magnificación.
- Camilla: debe localizarse en el centro de la sala, para poder acceder desde cualquier punto. Es recomendable, que sea articulada, y regulable en altura, para permitir trabajar con comodidad.
- Contar con armarios y cajones: que permitan tener todo el material, que se pudiera precisar, de manera accesible y localizada
- Tener una mesa auxiliar: Para colocar el instrumental y material empleados, durante el procedimiento quirúrgico, que se coloca cerca de la mesa principal y del campo quirúrgico. No se debe colocar el material quirúrgico encima del paciente.
- Equipo de Resucitación: Aunque el riesgo vital es mínimo en cirugía menor, es imprescindible disponer, de un carro con equipo de resucitación cardiopulmonar (carro de parada), que contenga material para acceso vascular, para intubación de la vía aérea, sueros, medicación para resucitación, y un desfibrilador.
- Contenedores: Para material biocontaminado y de un sistema de eliminación, en conformidad ,con la legislación sanitaria vigente.
- Sistema de esterilización: El centro donde se realicen cirugía menor, debe disponer de autoclave, para esterilizar el material quirúrgico, o establecer un circuito externo, para que se esterilice el material.

- En ocasiones, se tendrá que realizar el procedimiento que se requiera, en unas condiciones muy diferentes. Por ejemplo, en un domicilio, en la vía pública o en la ambulancia... En esos casos, se realizará únicamente los procedimientos necesarios, que por la gravedad o urgencia de la situación se requieran, indicando un posterior traslado, a un centro hospitalario.

-26.3)- Instrumental Básico en Cirugía Menor.

- Bisturí: Se maneja con la mano dominante, como si fuese un lápiz, permitiendo hacer incisiones pequeñas y precisas. La mano debe estar parcialmente apoyada, sobre la superficie de trabajo, para aumentar la precisión del corte.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Con la mano no dominante , se debe tensar la piel en dirección perpendicular a la dirección de la incisión. El bisturí debe efectuar un corte perpendicular a la piel : no-biselado, excepto en zonas pilosas : cuero cabelludo, zona genital, o cejas, donde ha de inclinarse de manera paralela a la salida del pelo, para no lesionar los folículos
- Guantes Quirúrgicos esteriles.
- Tijeras: permiten realizar tanto corte de tejidos y materiales : suturas, vendajes, drenajes, como disección de tejidos.
 - Se debe disponer de tijeras de Mayo : de corte, y de tijeras de Metzembraum : de disección. Se manejan introduciendo parte de las falanges distales del pulgar y del cuarto dedo en las anillas, apoyando el segundo sobre las ramas del instrumento.
 - Para la disección roma, se introduce la tijera, de Metzembraum, con la punta cerrada y a continuación, se abre separando los tejidos entre planos, más o menos anatómicos. Para la disección cortante, se introduce la tijera con la punta abierta y se cierra, cortando los tejidos.
- Pinzas de disección: se debe disponer de unas pinzas con dientes para manejar la piel, y de una pinzas sin dientes para la sujeción profunda y retirada de puntos. Es importante no manipular la piel con pinza sin dientes. Usadas con la mano no dominante son el instrumento auxiliar más importante; permiten exponer los tejidos que van a ser incididos, disecados o suturados, mientras la otra mano utiliza el instrumento principal. Las pinzas se sujetan de manera similar a un lápiz, entre el primero, segundo y tercer dedos.
- Porta-agujas: los porta-agujas o “portas” están diseñados para sostener las agujas curvas con seguridad y sin dañarlas : sus puntas son adecuadas para tomar las agujas.
 - La aguja se suele tomar entre el tercio medio y el posterior de ésta. Aunque en ocasiones es preciso tomar la aguja más proximal o distal, en función de la profundidad, dureza del tejido que queremos suturar... Al igual que los otros instrumentos que tienen anillas, el porta-agujas se maneja introduciendo parcialmente las falanges distales del pulgar y del cuarto dedo de la mano dominante en las anillas, mientras que el índice se dirige hacia la punta. Al realizar la sutura, el porta debe describir un movimiento de prono-supinación : giro de muñeca, para facilitar el paso de la aguja a través de los tejidos. El ángulo de entrada de la aguja sobre la piel debe ser de 90°, mientras la mano no dominante sujeta la piel ,con una pinza de disección, oponiéndose a la presión de la aguja.
- Pinzas de Hemostasia: Se debe disponer de 2 ó 3 pinzas de Mosquito curvas sin dientes. Se emplearán para hacer tracción de los tejidos, para hacer hemostasia y, en algunos casos, para hacer disección roma, cuando no dispongamos de tijeras.
- Material Fungible: Paños fenestrados de un solo uso, gasas y apósitos estériles, antisépticos (povidona yodada), agujas, jeringas, anestésicos locales con y sin vasoconstrictor, rotulador, formol para la derivación a anatomía patológica, curetas, punch, bisturí eléctrico, material de criocirugía, y separadores quirúrgicos.
- Cureta: instrumento que consta de mango y un extremo en forma de cucharilla o aro cortante, que permite realizar un raspado de una lesión en la superficie cutánea.
 - Pueden ser desechables o no, y tener distintos diámetros. La cureta se maneja con la mano dominante, según la técnica quirúrgica, que consiste en “raspar” o enuclear lesiones cutáneas superficiales benignas : sobre-elevadas o hiperqueratósicas, que no precisen confirmación histológica. En ocasiones puede ser utilizada para realizar desbridamiento cortante en heridas crónicas que lo precisen.
- Punch para biopsia: instrumento que consta de mango y un extremo de corte cilíndrico : trépano, que permite obtener biopsias de tejido. Suelen ser desechable y

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

pueden tener distintos diámetros (de 2 a 8 mm). Permite obtener muestras del espesor completo de la piel, útil para análisis histológico. Se maneja con la mano dominante, realizando movimientos de rotación del instrumento, para cortar la piel y obtener la muestra.

- **Electrobisturí:** Aparato eléctrico que consta de una unidad central, que aplica corriente eléctrica, a través de un terminal estéril, con capacidad para coagular y cortar; precisa de una toma de tierra, para cerrar el circuito eléctrico. No es un elemento imprescindible.
- **Equipo de Criocirugía:** Son dispositivos que aplican mediante pulverización o con torundas un criógeno, generalmente nitrógeno líquido, para tratar lesiones cutáneas.
 - El criógeno se almacena en tanques o contenedores, para evitar su evaporación.
 - Existen unidades portátiles provistas de un mecanismo, para pulverizar el nitrógeno sobre la lesión a tratar; están dotados de una gama de boquillas y sondas que permiten alternar la intensidad de la pulverización, variando el calibre de salida, dependiendo del tamaño y localización de la lesión que vayamos a tratar. Cada vez es más frecuente este tipo de equipos, en los centros de atención primaria.
- **Separadores quirúrgicos:** Permiten exponer el campo quirúrgico, mediante la separación o retracción de los bordes de la herida. Si la cirugía se está realizando con un ayudante, será éste, el que use los separadores; en caso contrario, es el propio cirujano, el que los maneja con la mano no dominante. Normalmente, debido a la poca profundidad de las incisiones no suelen ser necesarios.

- 26.4)- Maniobras Quirúrgicas Básicas en Cirugía Menor.

- **26.4.1)- Incisión y Disección Quirúrgicas:** La disección es una maniobra que consiste en despegar capas de tejidos similares. Existen dos métodos para realizarlo: una denominada disección roma : no cortante que se realiza en general con tijera de Metzembraun o con pinzas de mosquito; y otra denominada cortante: Que se realiza con bisturí o tijera.

- Las maniobras de disección deben realizarse de una manera delicada y con una buena exposición del campo, nunca a ciegas; para no dañar estructuras importantes de manera irreversible : vasos, nervios, tendones.... Siendo fundamental conocer la anatomía topográfica de la zona operatoria.

- **Incisiones en cirugía menor:** El diseño de las incisión dependerá de la lesión que vayamos a tratar. Así para las escisiones, es necesario dejar un margen adecuado (1-2 mm) de piel sana alrededor de la lesión y en profundidad, en función de cada lesión. Resulta muy útil pintar la incisión planeada, de manera que no se pierdan las referencias tras colocar los paños quirúrgicos o tras la infiltración anestésica.

- Cuando tengamos que realizar una incisión, intentaremos respetar en la medida de lo posible, las líneas de tensión (líneas de Langer), realizando la incisión de manera paralela a las mismas. Consiguiendo así una cicatrización adecuada, tanto desde el punto de vista estético, como funcional. Estas líneas de tensión coinciden con las líneas de expresión facial y con las líneas de relajación cutánea. Cuando desconozcamos la orientación de las líneas de tensión, un recurso muy útil consiste en traccionar (pellizcar) de la piel, en dos sentidos diferentes, siendo el sentido, en el que consigamos más elevación, el de la dirección de las líneas de Langer.

- **Tipos de incisiones:**

- **Incisión :** Se emplean para conseguir una exposición quirúrgica de planos más profundos : por ejemplo, lipomas, quistes epidérmicos, o para realizar drenajes de

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

abscesos. El corte siempre será uniforme y es preferible tener que volver a incidir sobre la incisión, para conseguir más profanidad. Puede ser lineal, en ángulos o curvada en función del área anatómica a tratar, y del tipo de cirugía.

- **Escisión fusiforme:** Se emplea para extirpar lesiones cutáneas con un margen de piel sana alrededor de la lesión y en profundidad. Como regla general, la longitud de la elipse debe ser 3 veces su anchura y los extremos deben tener 30 grados. Debe orientarse según las líneas de mínima tensión, no según el eje mayor de la lesión. Es muy útil pintar la incisión antes de realizarla.
- **Escisión tangencial:** Se denomina también “afeitado” y consiste en la extirpación mediante bisturí o tijera de lesiones muy superficiales. Normalmente cicatrizarán por segunda intención, aunque en ocasiones se puede dar un punto cuando exista sangrado del pedículo.

- 26.4.2)- Hemostasia.

-Es una maniobra quirúrgica que permite, no sólo el control del sangrado, sino que facilita la visión y por tanto el procedimiento, haciendo que este sea más seguro. La mayoría de las hemorragias son controlables, con presión directa sobre la zona de sangrado, mediante una gasa. Por otra parte, el vendaje compresivo, sobre la herida en el período postoperatorio inmediato, disminuye la posibilidad de formar hematomas o seromas.

-Tipos de hemostasia:

- El **torniquete:** No es considerado un método de hemostasia “per se”, aunque proporciona un control temporal de la hemorragia, permitiendo explorar la herida y disminuir el tiempo quirúrgico. Su empleo en cirugía menor, está limitado a los dedos (cirugía de uña, etc.), y no deben sobrepasarse los 15 minutos de isquemia.
- Las **pinzas de hemostasia:** Tras identificar un vaso sangrante, se pinza con el extremo de una pinza de hemostasia sin dientes, observando que al clamarlo cesa la hemorragia. No se debe de pinzar a ciegas un vaso sangrante en el lecho de una herida sangrante, deben evitarse por el riesgo de lesionar estructuras importantes.
- Las **ligaduras:** Es un hilo que se anuda alrededor de un vaso sanguíneo, para ocluir la luz y evitar la hemorragia. Tras la identificación del vaso sangrante, se sujeta mediante una pinza de hemostasia, y se pasa el hilo por debajo de la pinza, y se anuda. Los cabos se dejan cortos.
- La hemostasia mediante **electrocoagulación**, utiliza el bisturí eléctrico, en modo de coagulación.

-26.4.3)- Principios Básicos de la Técnica de Sutura:

- Evitar un cierre a tensión.
- Evertir bien los bordes de la herida, debido a la tendencia de las cicatrices a contraerse con el tiempo, unos bordes quirúrgicos ligeramente elevados sobre el plano de la piel, irán aplanándose con el tiempo, y proporcionarán un resultado estéticamente más aceptable.
 - Una de las claves para conseguir una correcta eversión de los bordes quirúrgicos, es introducir la aguja, formando un ángulo de 90º, con el plano de la piel, para que el recorrido del hilo, tras ser anudado, eleve la piel.
- Cierre por planos: La mayoría de las intervenciones en cirugía menor, sólo precisan un cierre en un plano, el cutáneo. Si bien, cuando la herida es profunda, o existe mucha tensión en el plano superficial, se tendrá que realizar un cierre por planos.
 - Al mismo tiempo se disminuyen espacios muertos y por tanto se disminuye el riesgo de que se formen colecciones (serosas, hematomas...).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

0 0 0 0 0 0 0 0.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- CAPÍTULO XXVII: -27)- CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA- CARACTERISTICAS.



-Cirugía Mayor Ambulatoria .

-La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), es una práctica en continuo auge en los últimos años, que alcanza actualmente, en algunos países, el 50% de las cirugías realizadas. -

- Representa una forma de reducir el coste sanitario, cumpliendo los requisitos indispensables, es decir, prestar asistencia sanitaria a bajo coste, manteniendo e incluso mejorando la calidad asistencial.

-ÍNDICE. -

- CAPÍTULO XXVII: -27)- CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA- CARACTERISTICAS.

- 27.1)- Definición.

-27.2)- Candidatos a CMA.

-27.3)- Pacientes No Aptos.

- 27.4)- Tipo de Intervenciones.

-27.5)- Lugar Realización.

-27.6)- Circuito del Paciente.

-27.7)- Criterios de Alta.

-27.8)- Seguimiento Posoperatorio.

- 27.1)- Definición : ¿Qué es la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)?.

- La Cirugía Mayor Ambulatoria ,es el modelo organizativo de la asistencia quirúrgica, que permite tratar al paciente de una forma segura y efectiva ,sin necesidad de ingreso y sin utilización de una cama de hospitalización.

- La cirugía sin ingreso ,constituye un reto constante para todo el equipo quirúrgico, a fin de minimizar las complicaciones, y devolver al paciente a su entorno lo antes posible, manteniendo en todo momento, la calidad del acto quirúrgico.

- Para ello se utilizan técnicas quirúrgicas mínimamente agresivas, para el paciente junto con técnicas anestesiológicas, que ocasionan los menores efectos secundarios. Así se consigue una rápida recuperación, tras la intervención, sin alterar las condiciones familiares y sociales del paciente y sus allegados, y se consigue una pronta incorporación a sus actividades cotidianas y laborales.

- Frecuentemente se confunden términos como: CMA, cirugía corta estancia, cirugía menor...

- La CMA como hemos visto, conlleva la ausencia de ingreso, la cirugía de la corta estancia se

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

refiere a procedimientos, que requieren que el paciente permanezca bajo cuidados especializados 1 o más días. Por otro lado, la cirugía menor agrupa procedimientos, que no requieren cuidados tras el acto quirúrgico.

- 27.2)- Candidatos. ¿Qué Pacientes Son Candidatos de CMA?.

- Según la clasificación de riesgo anestésico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (A.S.A.), los pacientes sanos (grado I) y aquellos con enfermedad sistémica leve (grado II), no tendrían problemas para formar parte de un régimen de cirugía ambulatoria.

- En los pacientes pediátricos y en pacientes grado III, aquellos con una enfermedad sistémica grave no incapacitante, hay que valorar el control de la enfermedad previa, el tipo de cirugía, y la disponibilidad de cuidados postoperatorios domiciliarios.

- 27.3)- ¿Qué pacientes no son aptos para un programa de CMA?.

.Se excluyen: pacientes con un riesgo anestésico alto (ASA III y IV) o que requieran una monitorización compleja, obesos mórbidos, pacientes que requerirán tratamiento del dolor complejo, pacientes que no cuenten con un apoyo social adecuado, para el día de la intervención, pacientes psiquiátricos, y pacientes que no desean ser intervenidos bajo este modelo.

- Dentro de los pacientes pediátricos, los lactantes prematuros, los niños con enfermedades respiratorias severas, cardiopatías, fiebre, dolor de garganta, tos y secreciones respiratorias purulentas, no podrán ser incluidos en un régimen de CMA.

- 27.4)- Tipo de Intervenciones : ¿Qué clase de intervenciones pueden hacerse con cirugía ambulatoria?.

- Las intervenciones quirúrgicas subsidiarias de realizarse en régimen de CMA, son aquellas con una duración menor de 90 minutos, con una pérdida sanguínea muy escasa o inexistente, unas complicaciones postoperatorias muy escasas y fáciles de resolver.

- ¿Cuáles son los procedimientos operados con más frecuencia por CMA?:

- En lo que respecta a la Cirugía General, las intervenciones más frecuentes son: hernias de la pared abdominal, senos pilonidales, ciertos procedimientos proctológicos : cirugía anal y extirpación de lesiones benignas de la mama.

-En los últimos años, tras el desarrollo de algunas unidades de CMA, se han ampliado los tipos de intervenciones, y poco a poco se va extendiendo la modalidad de CMA, a procesos que antes exigían ingreso, como la colecistectomía laparoscópica : extirpación de la vesícula biliar, sin la apertura del abdomen, cirugía de la glándula tiroidea y paratiroidea, etc.

- La tabla 1: recoge algunos ejemplos de intervenciones realizadas en CMA, clasificadas por especialidades:

- Preparación del paciente: preoperatorio, instrucciones previas.

- Como cualquier paciente quirúrgico, aquel que va a ser intervenido, dentro de un programa de CMA, precisa de un estudio preoperatorio. El anestesiólogo personalizará dicho estudio según cada caso, estado basal, antecedentes e intervención a realizar, con el objetivo de conseguir una selección lo más indicada y prudente posible.

- El paciente deberá estar informado en todo momento, saber cuándo, y a dónde debe acudir. Es importante que esté acompañado a la hora de recibir el alta.

- Antes de la intervención, se le informará sobre el tiempo de ayuno necesario, sobre la necesidad o no de continuar tomando la medicación , que habitualmente toma, sobre la toma de insulina o no, en los pacientes diabéticos, etc.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Además, en la evaluación preoperatorio, es de vital importancia la preparación psicológica, la premedicación, y la obtención del consentimiento informado, por parte del paciente.

- 27.5)- Lugar de Realización. ¿Dónde se realizan las intervenciones de CMA?.

- Las unidades donde se realiza este tipo de cirugía, pueden ser de tres tipos:

- **Integradas.** - Son unidades dentro del recinto hospitalario del que depende la Unidad. Aunque suelen tener entrada independiente, comparten con el hospital varios recursos como el quirófano, personal auxiliar, servicios como radiología, farmacia, etc.
- Presentan como ventaja, que la inversión para empezar es mínima, y que cuentan con el respaldo inmediato del hospital, si es necesario, pero también comparten los problemas del hospital.
- **Satélite.** - Son unidades ubicadas fuera del recinto hospitalario aunque se dependa de un centro en concreto. Los recursos son propios y el funcionamiento no se ve interferido. Como contrapartida, el respaldo del hospital no es inmediato y la inversión suele ser mayor
- **Independiente.** Son unidades que no dependen de ningún centro hospitalario y que funcionan de manera autónoma. Son muy poco frecuentes en España.

- Técnicas anestésicas empleadas en CMA:

- Según la intervención, podrá realizarse una anestesia general, o técnicas de anestesia regional. Si se realiza anestesia general, se emplearán fármacos de corta duración y pocos efectos adversos; a la vez, se instaurará tratamiento analgésico preventivo, y para las náuseas y vómitos postoperatorios.

- Existen diversas técnicas de anestesia regional: epidural, intradural bloqueos nervioso periféricos, etc. La ventaja de las técnicas regionales, es la buena analgesia postoperatoria que proporcionan. Aún así, no están exentas de complicaciones, y no hay que menospreciarlas, a la hora de dar el alta domiciliaria.

- 27.6)- ¿Cuál es el circuito que sigue el paciente?.

-El circuito que debe realizar el paciente depende de la organización de cada Unidad. En general los pacientes son inicialmente valorados en una consulta externa, donde se evalúa si son candidatos a este tipo de cirugía, por el anestesiólogo.

- Tras la evaluación quirúrgica y anestésica, pasan a la lista de espera. Es característica de este tipo de manejo, la abundante información que se da al paciente en la consulta externa.

- Se le explica cómo será el proceso, y se le entrega información escrita, acerca de las instrucciones en torno a la operación.

- Se programan como el resto de los pacientes. En la mayoría de las unidades, los pacientes reciben una llamada, la víspera de la intervención, donde se les recuerda las instrucciones, como las ayunas para el día siguiente, la ducha, la organización de la vuelta a casa, tras la intervención...

- Los pacientes acuden a la Unidad, al inicio de la sesión quirúrgica, generalmente temprano a la mañana. Son recibidos por personal de la Unidad, donde se les prepara, y cuando sea su turno, pasan al quirófano.

- Tras la intervención, pasan a una Sala de Reanimación, donde son vigilados por personal especializado, hasta que presentan un restablecimiento de las constantes, y pasan un test riguroso, que les permite pasar a la Sala de Recuperación o Readaptación al medio, donde se les da alimento y se comprueba su total recuperación.

- Para dar el alta del paciente, se tienen que dar unas condiciones, que deben ser estrictas, para evitar complicaciones graves en los domicilios.

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

- En las Unidades de CMA ,se manejan test de alta, que aseguran que los pacientes que se van, están en unas condiciones adecuadas ,y que es seguro continuar la recuperación en casa. Si los pacientes no pasan el test se ingresan en el Centro hospitalario. Los pacientes de alta reciben de nuevo instrucciones orales y escritas para el postoperatorio.

-27.7)- Criterios de Alta.

¿Cuáles son los criterios de alta domiciliaria tras la intervención?

- El sentido común nos debe guiar a la hora de dar el alta, tras una intervención de CMA. El paciente deberá tener capacidad para deambular, para tolerar líquidos, para tomar analgesia oral, y expresar el alivio adecuado del dolor; deberá haber recuperado la función sensitiva y motora, después de un bloqueo anestésico, y no deben existir signos de sangrado activo, retención urinaria, o dificultad respiratoria. Es fundamental que el enfermo cuente con el apoyo necesario, para completar la recuperación en su domicilio.

- En la unidad de CMA ,siempre debe existir la posibilidad de prolongar la estancia, o realizar un ingreso hospitalario, si fuera preciso. Aproximadamente, en el 1% de las intervenciones de CMA, hay un ingreso no previsto.

-27.8)- Seguimiento Posoperatorio.

¿Qué seguimiento precisa el paciente tras la intervención?:

- Generalmente los pacientes, reciben una llamada a las 24 horas de la intervención, donde son interrogados, acerca de su evolución, y otra llamada, días más adelante, aunque esto suele variar en cada Unidad.

- El seguimiento postoperatorio, en Consulta Externa, dependerá de cada patología, y cada Unidad.

- **¿Cuáles son las causas de reingreso más frecuentes tras una intervención de CMA?:**

-Existen algunas complicaciones postoperatorias, que pueden ser causa de reingreso, una vez el paciente se encuentra en su casa, como : náuseas y vómitos; dolor agudo postoperatorio; sangrado relacionado con la cirugía; alteraciones respiratorias; alteraciones del estado mental, cefaleas, y otras complicaciones derivadas de las técnicas anestésicas regionales, etc.

0 0 0 0 0 0 0 0.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

. CAPÍTULO XXVIII: - 28)- UNIDAD CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

-La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como modalidad asistencial ha tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos quirúrgicos que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional.

- Más de 1.000.000 de procedimientos quirúrgicos fueron realizados mediante esta modalidad en España en 2005, representando el 31% de todas las intervenciones de cirugía mayor.

- El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó en 1993, una guía de CMA que, publicada en 1993, contribuyó al desarrollo y difusión de esta modalidad de atención dentro del Sistema Nacional de Salud. Estos nuevos Estándares y Recomendaciones revisan y actualizan la guía publicada en 1993, teniendo un alcance más integral, al incorporar aspectos como los relativos a los derechos, garantías y seguridad del paciente, líneas prioritarias para la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, y beneficiándose de la experiencia acumulada, nacional e internacional, en el uso y extensión de la CMA.

- Los Estándares y Recomendaciones de la Unidad de CMA, no tienen un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación; su objetivo es poner a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, gestores -públicos y privados- y profesionales, criterios para profundizar en la generalización de este tipo de unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la de la eficiencia en la prestación de los servicios, por lo que los Estándares y Recomendaciones atienden a aspectos relativos a los derechos y garantías de los pacientes; la seguridad del paciente; la organización y gestión; la estructura física y recursos materiales; los recursos humanos; y la calidad asistencial, de las Unidades de CMA.
Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

-ÍNDICE:-

-. CAPÍTULO XXVIII: - 28)- UNIDAD CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

- 28.1)- Estándares y Recomendaciones .

-28.2)- Análisis de Situación.

-28.2.1)- Regulación las Unidades de CMA en España.

- 28.2.1.1)- . Autorización y Registro .

-28.2.1.2)- Acreditación.

-28.2.1.3. Guías y Recomendaciones .

-28.2.2)- Regulación de las Unidades de CMA en otros países.

- 28.2.2.1)- Regulación de las Unidades de CMA, en los EE.UU.

- 28.2.2.2)- Regulación de las Unidades de CMA, en el Reino Unido .

- 28.2.3)-. Actividad de CMA en España e Internacional .

-28.2.3.1)- . La CMA en el Sistema Nacional de Salud.

- 28.2.3.2)- La CMA en el Ámbito Internacional .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 28.2.3.3)- Conclusiones : Actividad de CMA en España y en el Ámbito Internacional.
- 28.3)- .Derechos y Garantías de los Pacientes .
- 28.3.1)-.Información a Pacientes y Familiares. Consentimiento informado.
- 28.3.1.1).- Información sobre las características generales de la UCMA .
- 28.3.1.2)- Información detallada sobre el procedimiento de CMA .
- 28.3.1.3)- Consentimiento Informado .
- 28.3.1.4)- Instrucciones y Recomendaciones.
- 28.3.2.1)- Plan de Acogida del Paciente .
- 28.3.2.2)- Código Ético .
- 28.3.2.3)- Guías de Práctica Clínica .
- 28.3.2.4)- Procedimientos de Ensayos Clínicos .
- 28.3.2.5)- Lista de Precios .
- 28.3.2.6)- Reclamaciones y Sugerencias .
- 28.3.2.7)- Seguro de Responsabilidad .
- 28.3.2.8)- Archivo de Pólizas .
- 28.4)- Seguridad del Paciente.
- 28.4.1)- Infecciones Nosocomiales .
- 28.4.2)- Alertas Epidemiológicas .
- 28.4.3)- Gestión de Fármacos .
- 28.4.5)- Gestión de Seguridad .
- 28.4.4)- Identificación de Pacientes .
- 28.4.6.-) Plan de Autoprotección .
- 28.5)- Organización y Gestión.
- 28.5.1)- Selección de Procedimientos .
- 28.5.2)- Cartera de Servicios .
- 28.5.3)- Criterios de Inclusión de Pacientes .
- 28.5.4)- Estructura y Tipologías de las UCMA .
- 28.5.5)- Organización de la UCMA .
- 28.5.5.1)- . Acceso a la UCMA .
- 28.5.5.2)- Circulación Dentro de la UCMA .
- 28.5.5.3). Circulación Tras Practicarse la CMA .
- 28.5.5.4)- Requisitos Organizativos Imprescindibles.
- 28.5.5.5)- Alta.
- 28.5.6)- Estructura de Gestión .
- 28.5.7)- Manual de Organización y Funcionamiento .
- 28. 5.8)- SISTEMA DE INFORMACIÓN .
- 28.5.9)- GESTIÓN DE PACIENTES .
- 28.5.9.1)- Admisión .
- 28.5.9.2)- Documentación Clínica .
- 28.5.9.2.1)- Historia Clínica .
- 28.5.9.2.2)- Registro de Pacientes Atendidos .
- 28.5.9.2.3)- Informe de Alta .
- 28.5.9.3)- Protección de Datos Sanitarios .
- 28.5.9.3.1)- Obligaciones y Derechos .
- 28.5.9.3.2)- Sujeto Responsable de los Ficheros.
- 28.5.9.3.3)- Confidencialidad de los Datos.
- 28.5.9.3.4)- Cesión de Datos.
- 28.6)- Estructura y Recursos Materiales .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.6.1)- Programa Funcional .
- 28.6.1.1)- Aspectos Estructurales de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria .
- 28.6.2)-. EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES .
- 28.6.3)- MATERIAL SANITARIO. ESTERILIZACIÓN .
- 28.6.4)- Protocolos de Limpieza .
- 28.6.5)- Gestión de Residuos Sanitarios .
- 28.7)- Recursos Humanos.
- 28.7.1)- . Registro de Personal Sanitario .
- 28.7.2)- Expediente Personal .
- 28.7.3)- Titulación .
- 28.7.4)- Responsable Sanitario .
- 28.7.5.)- Identificación y Diferenciación del Personal .
- 28.7.6.)- Medios Documentales.
- 28.7.7)- . Formación de Pre y Posgrado.
- 28.7.7.1)- Objetivos a Desarrollar en los Próximos Años.
- 28.7.7.2)- Plan de formación en CMA para el Pre y Posgrado .
- 28.7.8)- Formación Continuada.
- 28.7.9)- Criterios Para el Cálculo de los Recursos Necesarios .
- 28.8)- Calidad.
- 28.8.1)-Acreditación .
- 28.8.2)- Indicadores de calidad .
- 28.9)- Criterios de Revisión y Seguimiento de los Estándares y Recomendaciones .
- 28.10)- ANEXO 1. PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS MÁS FRECUENTES.
- 28.10. Anexos.
- 28.10.1)- Anexo 1. Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes del SNS en 2005.
- 28.10.2)- Anexo 2. Índice de Sustitución de procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005).
- 28.10.3)- Anexo 3. Modelo de consentimiento informado para UCMA.
- 28.10.4)- Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA.
- 28.10.5)- Anexo 5. Listado B de procedimientos susceptibles de CMA.
- 28.10.6)-Anexo 6. Listado C de procedimientos considerados de cirugía menor ambulatoria o realizados preferentemente en gabinetes de endoscopia, salas de cura u otras salas de tratamiento y diagnóstico.
- 28.10.7)- Anexo 7. Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes (American Society of Anesthesiologists)
- 28.10.8)- . Anexo 8. Esquema de circulación de pacientes en el proceso de atención de una UCMA.
- 28.10.9)- Anexo 9. Recomendaciones antes de la intervención en la UCMA.
- 28.10.10)- Anexo 10. Solicitud de pruebas complementarias.
- 28.10.11)- Anexo 11. Criterios de Alta.
- 28.10.12)- Anexo 12. Equipamiento de la UCMA.
- 28.10.13)- Anexo 13. Criterios para la selección de indicadores de calidad de las UCMA.
- 28.10.14)- Anexo 14. Criterios de dimensionado de los recursos.
- 28.10.15)- Anexo 15. Programa funcional de espacios de una UCMA de 4 quirófanos.
- 28.10.16)- Anexo 16. Estudio de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el Listado A (Anexo 4).
- 28.10.17)- Anexo 17. Definiciones.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- 28.10.18)- Anexo 18. Abreviaturas.
- 28.11)- Bibliografía.
- 28.12)- VENTAJAS DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA PARA EL PACIENTE.
- 28.13)- ESTAS SON LAS 15 CIRUGÍAS AMBULATORIAS MÁS COMUNES .

0 0 0 0 0 0 0 0.

- 28.1) Estándares y Recomendaciones.

-Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria han tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos quince años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos quirúrgicos, que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional.

- Lo relativamente novedoso de esta modalidad asistencial; su importante diseminación; la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales, funcionales, etc. que tienen; así como sus notables repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, la identifican, como una de las unidades en las que prioritariamente, se deben elaborar criterios de calidad y seguridad; así como su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión, en el marco de los objetivos y acciones contemplados en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud1.

- En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargó la elaboración, en 1992, de una

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

guía de la Cirugía Mayor Ambulatoria² (CMA) , que, publicada en 1993, tuvo un notable impacto, contribuyendo al desarrollo y difusión de esta modalidad de atención, dentro del Sistema Nacional de Salud, adelantándose a la publicación de otras guías sobre CMA incluso de sistemas sanitarios con una importante tradición en el desarrollo de este tipo de instrumentos, como el National Health Service, que publicó en el mismo año su guía de la Unidad de CMA³.

- Estos nuevos estándares y recomendaciones, revisan y actualizan la guía publicada en 1993, teniendo un alcance más integral, al incorporar nuevos aspectos, como los relativos a los derechos, garantías y seguridad del paciente, líneas prioritarias para la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, desarrolladas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Estrategia 7), y beneficiándose de otras guías, publicadas en España; o en otros países, como Uruguay y otros, así como de la experiencia nacional e internacional, en el uso y extensión de la CMA. Estos estándares y recomendaciones de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, es poner a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, gestores públicos y privados, y profesionales, una serie de criterios, para profundizar en la generalización de este tipo de unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, incluyendo la eficiencia en la prestación de estos servicios, por lo que los estándares y recomendaciones atienden a aspectos relativos a:

- 1)- Los derechos y garantías de los pacientes.
- 2)- La seguridad del paciente.
- 3)- La organización y gestión del Centro o Unidad de CMA.
- 4)- La estructura física y recursos materiales de las Unidades de CMA.
- 5)- Los recursos humanos de las Unidades de CMA.
- 6)- La calidad asistencial. y
- 7)- La revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de las Unidades de CMA.

- Los estándares y recomendaciones de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria no tienen un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

- En España, a Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha dirigido el proceso de elaboración de los estándares y recomendaciones de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, dentro del marco establecido por el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Para la elaboración de los estándares y recomendaciones, se ha contado con un Grupo de Expertos seleccionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en base a la experiencia y conocimiento de los mismos, en los aspectos relacionados con el alcance de los estándares y recomendaciones, así como nominados , con el mismo criterio, por las Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales, de mayor relevancia en la utilización de las técnicas de CMA y desarrollo de este tipo de Unidades.

-La Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha contado asimismo con la colaboración de un grupo de apoyo, que ha actuado de secretaría del Grupo de Expertos; seguimiento de los trabajos; apoyo técnico en las reuniones de Grupo de Expertos; elaboración del análisis de situación; revisión de los documentos elaborados por los expertos, y análisis de evidencia; y colaboración con la Dirección General de la Agencia de Calidad, en la elaboración de los distintos borradores y del documento final. Además, a lo largo de los estándares y recomendaciones, se proporcionan las referencias bibliográficas, que se han considerado relevantes.

- 28.2)- Análisis de Situación.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- La CMA es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica, que atiende una demanda determinada de servicios de salud , para lo que requiere de unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos, que garanticen su eficiencia y calidad; así como la seguridad de sus usuarios.

- La definición de CMA, que se utiliza en estos estándares y recomendaciones, es la expuesta en el Real Decreto 1277/2003 de España : "Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario". Asimismo, el Real Decreto 1277/2003, define como Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria (C.2.5.4), los «centros sanitarios dedicados a la atención de procesos subsidiarios de cirugía, realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario».

- El desarrollo de las Unidades de CMA, en nuestro entorno es reciente y ha determinado actualizaciones normativas para su autorización y registro, así como adaptaciones del sistema de información sanitaria y desarrollo de indicadores, para medir esta actividad.

- La puesta en marcha de los procedimientos quirúrgicos en la modalidad ambulatoria ha sido progresiva, alcanzando algunos de ellos, un nivel elevado de ambulatorización.

- En este capítulo, se realiza un análisis de situación de la regulación : habilitación, acreditación y guías o recomendaciones, de estas Unidades : aspectos estructurales, organizativos y de gestión de CMA en España y en el ámbito internacional y en Uruguay; así como de la propia actividad de la CMA : aspectos asistenciales: actividad y resultados.

-28.2.1)- Regulación las Unidades de CMA en España.

- 28.2.1.1)- . Autorización y Registro .

- Tanto la Administración General del Estado, como la totalidad de Comunidades Autónomas, disponen de legislación relativa a la autorización y registro de centros sanitarios. La legislación analizada incluye la normativa : leyes, decretos y órdenes, estatal (1) y de las CC.AA. (1) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; RD 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- Toda la legislación se refiere con carácter general a centros y servicios sanitarios. En relación con ellos, existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

- Desde la aparición del RD 1277/2003, 10 CC.AA. han modificado su legislación autonómica, para adaptarla a esta nueva realidad normativa, en tanto que las otras 7 mantienen la previa.

- Dos Comunidades Autónomas han desarrollado y puesto en marcha sistemas de acreditación de centros posteriores al RD 1277/2003. La Comunidad de Aragón, mediante Orden 8 de marzo de 2006 (BOA n.º 36 de 27/03/2006), que regula los centros con actividad quirúrgica con y sin internamiento, en su Anexo II establece los requisitos para la autorización de centros y servicios sanitarios donde se practique la cirugía mayor ambulatoria. La Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha ha publicado la Orden de 29/06/2007, sobre Autorizaciones Administrativas de Centros y Servicios de Cirugía (DOCM de 12 de julio de 2007), que incluye a los Centros y Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Las restantes unidades de CMA en España, fundamentan su

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

funcionamiento, desde el punto de vista administrativo, en la autorización del centro hospitalario del que dependen, o bien disponen de una autorización genérica como centro sanitario sin internamiento, si no están encuadrados en una organización sanitaria más amplia. En estos supuestos, no están sometidos a más requisitos que los vigentes para la autorización de centros.

28.2.1.2. Acreditación.

- Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España, son aún escasas. Sólo cuatro CC.AA., disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios, basados en evaluación externa y voluntaria: Cataluña, Andalucía, Galicia y Extremadura. En algunos casos existen programas de acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades : p.e., trasplante de órganos, reproducción asistida, hemoterapia, formación continuada de profesionales, etc.; en CC.AA. como Madrid o País Vasco. No existe actualmente en marcha en España ningún sistema de acreditación específicamente dirigido a los centros o unidades de CMA.

- 28.2.1.3. Guías y Recomendaciones .

Como se ha señalado anteriormente, no existe ,con la excepción de las Comunidades Autónomas de Aragón y Castilla-La Mancha, legislación específica en España acerca de los requisitos que han de cumplir las unidades o centros de CMA, debiendo cumplir la normativa general. Sin embargo, existen tres guías, que, sin tener carácter estrictamente normativo, desarrollan un conjunto de recomendaciones, que orientan la toma de decisiones. Una de esas guías fue elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1993 y durante años fue la única de referencia². El Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña⁴ elaboró, en 2002, una Guía de CMA, que tiene por objeto la definición de criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas, fuera del área quirúrgica.

- Simultáneamente, la Consejería de Salud de Valencia⁵, desarrolló en 2002, otra Guía de CMA, centrada en la elaboración de circuitos y protocolos de actuación. Osakidetza encargó y publicó en 2001, un proyecto que, bajo el formato de Proyecto de investigación comisionada, elaboró un documento : «Cirugía Mayor Ambulatoria en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud»⁶, con el triple objetivo de analizar la variabilidad en el uso de la cirugía mayor ambulatoria en los Hospitales de Osakidetza; conocer las opiniones de los profesionales implicados ,y realizar recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

-28.2.2. Regulación de las Unidades de CMA en otros países .

28.2.2.1)- Regulación de las Unidades de CMA en los EE.UU.

- Los centros de CMA (Ambulatory Surgery Centers), son en los EE.UU., uno de los proveedores de atención sanitaria más regulados. El modelo utilizado es de acreditación. Medicare, que ha certificado el 85% de los centros de CMA, y en 43 estados, exigen la acreditación para autorizarlos.

- Estos estados, especifican los criterios que han de cumplir los ASC⁷. Tanto la administración estatal, como Medicare, evalúan y supervisan el cumplimiento de los estándares⁸.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Todos los centros que quieran concertar actividad con Medicare, deben someterse al proceso de acreditación. Aproximadamente un 85% la obtienen, lo que les habilita para realizar actividad para Medicare, y obtener el reembolso de la misma.
 - Además de las inspecciones estatales y federales, muchos centros de CMA, se someten de forma voluntaria, a procesos de acreditación por «pares».
 - Existen varios organismos acreditadores : Accreditation Association for Ambulatory Health Care; The Joint Commission of Hospital Accreditation ,JCHA; American Association for the Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities; y American Osteopathic Association AOA.
 - Las cuatro organizaciones están reconocidas por Medicare, por su rigurosa exigencia de los más altos niveles de calidad.
 - La JCHA tiene una norma específica para los centros de CMA9. Se trata de un documento extenso, de 387 páginas, que tiene en cuenta los objetivos nacionales de seguridad de pacientes : 2007 National Patients Safety Goals, y que incluye dos grupos de requisitos y estándares: las funciones centradas en el paciente, y las funciones de la organización.
 - Los estándares de la JCHA, se ciñen a los procesos, y no incluyen los aspectos relativos a la estructura, a su diseño, dimensionamiento, equipamiento, ni programa de locales.
- 28.2.2.2)- Regulación de las Unidades de CMA, en el Reino Unido .
- El National Health Service (NHS), dispone de abundante normativa reguladora de las Unidades de CMA, tanto en lo relativo a la estructura e instalaciones, como a los procesos, procedimientos y programas de mejora de la calidad.
 - Desde el punto de vista de la estructura y las instalaciones, la Health Building Note 52 (Day Surgery Unit)^{3,10}, es la aplicable tanto a diseño de nuevos edificios, como a la adaptación o ampliación de los preexistentes, ubicados en hospitales generales.
 - Esta guía realiza recomendaciones sobre el diseño y funcionamiento general, circulación de pacientes, equipamiento, locales, espacios, instalaciones, y criterios de dimensionado y diseño para las unidades.
 - Desde el punto de vista organizativo y de funcionamiento, el NHS ha desarrollado una guía para orientar a los responsables de las unidades, a mejorar la atención y hacerla más eficiente¹¹.
 - La Healthcare Commission: - Ha realizado recientemente una revisión de la CMA en los hospitales del NHS¹², concluyendo que «la CMA tiene ventajas considerables para pacientes, ciudadanos y el NHS».
 - Asimismo el Real Colegio de Anestesiólogos Británico, ha elaborado un conjunto de criterios de buena práctica.¹³.
- 28.2.3)- Actividad de CMA en España e Internacional .
- 28.2.3.1)- . La CMA en el Sistema Nacional de Salud .
- La CMA comienza su desarrollo en España, en los inicios de los años 90, con alguna experiencia previa aislada. El primer trabajo publicado sobre resultados de Cirugía Mayor Ambulatoria, es el de Rivera et al, .14., en 1988; y de E. Sierra.¹⁵, uno de los precursores de esta modalidad asistencial en España, que publicó en 2001, en una recomendable revisión del desarrollo de la CMA en España, a los 10 años de la puesta en funcionamiento de la pionera unidad de Viladecans.
 - La primera unidad autónoma de CMA, se creó en Barcelona en 1990 (Viladecans).¹⁶; y en

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

1992, se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), en el Hospital de Toledo.

- En 1991, el Ministerio de Sanidad y Consumo, dió un importante impulso a la CMA. - Instrumentos de esta iniciativa, fueron la «Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria».2. y el pago por proceso de la CMA, en los contratos-programa del Insalud de 199217.18.
- A partir de la publicación de la Guía del MSC, se produce una notable expansión de la CMA, por todo el Sistema Nacional de Salud, creándose en 1994 la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- En 2005, la CMA representó para los hospitales del Sistema Nacional de Salud, el 40,5% de las cirugías mayores practicadas.19.
- El Instituto de Información Sanitaria de la Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo), ha proporcionado, sobre la base de datos del CMBD, del Sistema Nacional de Salud de 2005; los datos que se recogen en los Anexos 1 y 2.
- Para aquellos procedimientos quirúrgicos, que en mayor número se realizan de forma ambulatoria, en el SNS (índice de sustitución), el Índice de Sustitución es del 63%.
- El rango del Índice de Sustitución (2) entre las 17 Comunidades Autónomas más Ceuta y Melilla, variaba ampliamente desde el 78,6% de La Rioja, hasta el 40,35% de la Comunidad Autónoma con la tasa más baja, con un índice medio de sustitución del 63,3%.
- En una encuesta realizada para la IASS, en 7 Comunidades Autónomas, referida al ejercicio de 200520, el Índice de Sustitución para 29 procedimientos quirúrgicos, era del 63,18%, validando el cálculo del Índice de Sustitución, sobre la base de los datos facilitados por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- En conclusión, basado en los datos de 2005, sobre la situación de 1993:
- 1. Ha existido un notable progreso en la difusión y extensión de las técnicas de CMA en el SNS ,desde la publicación de la Guía de CMA en 1993 hasta la actualidad.
- 2. Los procedimientos sobre el cristalino son, con notable diferencia sobre el resto :representan el 35,5% sobre el total), los procesos de CMA más frecuentes, con un Índice de Sustitución global para el SNS del 91,9%. (2) $IS = \left(\frac{\sum \text{GRD quirúrgicos Potencialmente Ambulatorios realizados de forma Ambulatoria}}{\sum \text{GRD potencialmente ambulatorios realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}} \right) \%$. El cálculo de este índice, requiere la definición de una «cesta» de procesos quirúrgicos potencialmente ambulatorios
- 3. Para el conjunto de 28 procedimientos potencialmente ambulatorios seleccionados, el Índice de Sustitución del SNS se sitúa en el 63%.
- 4. El índice de sustitución es todavía bajo para algunos procedimientos potencialmente ambulatorios con frecuentaciones hospitalarias altas, como por ejemplo, la hernia inguinal, el aborto o procedimientos de Otorrinolaringología : amigdalectomía, por ejemplo). y
- 5. Existe una notable variación en la penetración de la CMA : medida por el Índice de Sustitución), entre Comunidades Autónomas (40-79%).

- 28.2.3.2)- La CMA en el Ámbito Internacional .

-En una encuesta realizada por la IAAS (International Association of Ambulatory Surgery), sobre la actividad de procedimientos ambulatorios (incluye CMA, pero también procedimientos diagnósticos como: la artroscopía, la broncoscopia o la colonoscopia, donde se recogen datos de 17 países.

-La experiencia internacional muestra que en muchos países, la utilización de las técnicas de procedimientos resolutivos ambulatorios, es más frecuente que en España. Mientras que en

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

España la proporción de procedimientos realizados mediante técnicas ambulatorias, sobre el total de procedimientos, era en 2003, del 39%, y el índice de sustitución se situaba en el 54%, las tasas en otros países, incluidos aquellos con sistemas sanitarios similares al nuestro :Servicios Nacionales de Salud, eran notablemente superiores:

-En el Reino Unido: Según datos del NHS, ya en el año 2000, la mayoría de los procedimientos incluidos en el programa de CMA, tenían índices de sustitución superiores al 60%, y en muchos casos, como la hernia inguinal o las cataratas, dos de los procesos más frecuentes por su alta prevalencia, por encima del 80%. Ese mismo año, la Healthcare Commission, estimó que más de 120.000 procesos atendidos mediante cirugía convencional con ingreso, podían haber sido realizados en unidades de CMA. En el ejercicio 2005-2006, de los 7.215.286 procedimientos quirúrgicos atendidos en los hospitales del NHS en Inglaterra, el 52% lo fueron como CMA. De una «cesta» de los 25 procedimientos principales seleccionados por el NHS, que debieran ser normalmente realizados mediante CMA, el índice de sustitución en 2005, alcanzó el 67,6%. Este dato, aún está lejos del objetivo del 75%, fijado en el Plan de Salud del Departamento de Salud de Inglaterra La tasa global de cancelaciones fue del 14% (3), aunque en algunos centros llegó al 33%.

. En los EE.UU.: La Foundation for Ambulatory Surgery, in America.25. estima que el 84% de todas las intervenciones se realizan mediante CMA. Sin embargo, la AHRQ26, en su informe de 2003, informa que se realizaron en hospitales comunes

- Tabla 2.1.: Actividad de procedimientos ambulatorios en 17 países desarrollados

Porcentaje/ Países Total I. Sustitución

Alemania 2003 37,00 60,70 Australia 2003 40,50 74,00 Bélgica 2004 30,00 Canadá 2002 87,70 84,40 Dinamarca 2004 55,20 79,30 Escocia 2003 39,00 66,00 España 2003 (*) 28-44 54,00 Finlandia 2003 37,00 62,40 Francia 2003 44,90 Holanda 2002 49,60 68,80 Italia 2002 29,00 41,00 Noruega 2003 48,00 68,00 Polonia 2003 2,40 Portugal 2003 10,70 18,50 Reino Unido 2003 62,50 Suecia 2002 50,00 66,70 USA 2003 (Medicare) 83,50

(*) 6 Comunidades Autónomas. Fuente: Toftgaard C. «World Wide Day Surgery Activity 2003». The IAAS Survey on Ambulatory Surgery.

-85% del total de hospitales del país: 7.574.100 intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 51,7% lo fueron mediante cirugía mayor ambulatoria. El coste medio de cada proceso ambulatorio fue de 5.600 USD, mientras que en la cirugía con hospitalización el coste medio fue de 28.300 USD. El proceso más frecuentemente realizado es la cirugía de cataratas, con o sin implante de lente, los procesos sobre músculos y tendones, amigdalectomía y adenoidectomía, extirpación de menisco, hernia inguinal o femoral y colecistectomía. El 90% de los procedimientos tuvieron naturaleza terapéutica y el 10% diagnóstica. Desde la perspectiva de la calidad y de la eficiencia existe un consenso generalizado sobre la calidad, seguridad y eficiencia de la CMA como modalidad asistencial. Sierra, refiriéndose a la unidad de CMA del Hospital de Viladecans, señala que «las complicaciones observadas fueron escasas y leves, los ingresos inesperados por debajo del 2%, la mortalidad nula, y la satisfacción y la aceptación general fueron óptimas por parte de todos los implicados en las últimas encuestas por encima del 96%», haciendo referencia también al menor coste unitario de la intervención.15.

- 28.2.3.3)- Conclusiones : Actividad de CMA en España y en el Ámbito Internacional.

-El Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud, ha publicado recientemente un resumen del «estado del arte» en relación con la Cirugía Mayor

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Ambulatoria.27: Sus conclusiones, coincidentes con las de la Healthcare Comisión.23, señalan los siguientes aspectos para impulsar el desarrollo de la CMA(4):

- Resultados Asistenciales:

- -Aunque existen muy pocos estudios, comparando la cirugía mayor ambulatoria con la cirugía con ingreso; aquellos que se han realizado, demuestran que no existen diferencias significativas en los resultados. Estos estudios, así como otros no-randomizados, demuestran que la CMA es una modalidad asistencial segura, cuando se siguen los protocolos clínicos y los principios organizativos.

- -La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a la intervención de CMA, es extraordinariamente baja (alrededor de 0,01%), y en la mayor parte de los casos no tiene relación con el propio acto quirúrgico.28.

- La incidencia de morbilidad mayor directamente asociada con la CMA, es menor de 1%. En una importante serie publicada en España, la tasa de mortalidad fue muy baja (1/25.553 pacientes), así como la tasa de reingresos desde domicilio (0,15%)29.

- - Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.30.

- La tasa de consultas no planificadas durante los 30 días siguientes a la intervención se sitúa entre el 0,28% y el 1,5%.

- -Los ingresos hospitalarios no planificados pueden ser reducidos mediante protocolos clínicos.

- Los trastornos postoperatorios más comunes son leves, siendo los más frecuentes: dolor, náuseas, vómitos, vértigo, cansancio, cefalea y dolor de garganta. La presencia de estos síntomas puede afectar el tiempo de permanencia y alta y, posteriormente, causar dificultades para reanudar las actividades cotidianas.

- Resultados Sociales:

- Los estudios demuestran un alto grado de satisfacción del paciente, o parental en el caso de niños, con la CMA.

-La satisfacción del paciente puede ser optimizada mediante:

(4) El texto que sigue, basado en las dos fuentes citadas (23 y 27), es de elaboración propia:

—: -Un buen control del dolor, las náuseas y vómitos en el postoperatorio.

—: -Tiempos de espera pre-quirúrgicos cortos.

—: - Buen trato al paciente y ambiente confortable.

—: -Evitar que el paciente sienta que se le da el alta prematuramente o se le fuerza al alta.

—: - Seguimiento telefónico al día siguiente.

- Resultados Económicos:

- -Los costes hospitalarios de la CMA son entre el 25% y 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento.

- Los beneficios económicos de la CMA, incluyen los siguientes:

—: - Evita estancias hospitalarias, lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir las listas de espera.

—: - Libera recursos de hospitalización convencional, para casos más urgentes y complejos.

—: -En las Unidades de CMA específicas (véase, tipología de Unidades), se mejora la programación quirúrgica, se reduce el número de cancelaciones quirúrgicas, al no competir con casos más urgentes y/o la necesidad de camas hospitalarias, y, por tanto, se aumenta el rendimiento de quirófano.

—: - Disminuye las necesidades de personal, al no ser generalmente necesaria la pernocta en el hospital. y

—: - Utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del bloque quirúrgico.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.3)- .Derechos y Garantías de los Pacientes .

-Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA, o en los Centros de CMA (5), deberán observar y respetar los derechos de los pacientes recogidos en la legislación sanitaria vigente. Donde se deben de recoger en detalle aspectos sobre la Información a pacientes y familiares de esta modalidad asistencial, y aquellos otros incluidos en la normativa, y que deben de ser tenidos en cuenta en este tipo de unidades y, en su caso, en los establecimientos sanitarios en donde se ubican:

-28.3.1)-.Información a pacientes y familiares. Consentimiento informado.

-La información suministrada a los pacientes debe ser precisa, clara y suficiente e incluir los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la UCMA.
- -Información detallada sobre el procedimiento de CMA.
- -Consentimiento informado. y
- -Instrucciones y recomendaciones.

- 28.3.1.1).- Información sobre las características generales de la UCMA .

-La información de acogida : folleto, tríptico, se recomienda que incluya, al menos, una descripción de las diferentes fases, por las que va a pasar el paciente, y advertencias o consejos especiales.

-La inclusión de fotografías de la UCMA, puede ayudar tanto a la comprensión, como a la aceptación de esta modalidad asistencial.

-Estos criterios son de aplicación a los Centros y Establecimientos Sanitarios en donde existan Unidades de CMA (U.63 Cirugía mayor ambulatoria), y aplicados ,en lo que corresponda, a la propia Unidad, así como a las unidades independientes (C.2.5.4 Centros de cirugía mayor ambulatoria).

-Una versión reducida del folleto de acogida, podría distribuirse en las zonas de admisión/recepción y espera de los hospitales y centros de salud, para que la población general, conozca de la existencia de esta modalidad asistencial, y se facilite su aceptación.

- 28.3.1.2)- Información detallada sobre el procedimiento de CMA .

- La información aportada al paciente, será específica para cada procedimiento, recomendándose, que conste de los siguientes apartados:

- Noción elemental sobre la patología quirúrgica.
- - Nociones elementales sobre la intervención.

-28.3.1.3)- Consentimiento Informado .

-Es recomendable que cada procedimiento incluido en la cartera de servicios de CMA, disponga de un documento escrito de consentimiento informado (6). Se recomienda añadir un documento específico de las unidades de CMA (7).

- 28.3.1.4)- Instrucciones y Recomendaciones.

-Debe facilitarse al paciente la siguiente información por escrito:

- -Instrucciones para la noche anterior a la intervención.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Listado para revisar antes de acudir a la Unidad CMA y ser intervenido.
 - Instrucciones para el momento de llegar a la UCMA.
 - -Instrucciones para el postoperatorio inmediato.
 - -Instrucciones post-alta: que deben estar adaptadas a cada procedimiento. La información debe cubrir todas las incidencias que el paciente pueda sufrir en su domicilio o alojamiento alternativo, y tiene que ir acompañada de la medicación/cuidados que se deben administrar, así como un teléfono de contacto para resolver cualquier duda .
- (6) Por ejemplo, los de la Asociación Española de Cirujanos, para la cirugía general³¹. (7) - Véase el Anexo 3. Modelo de Consentimiento Informado para UCMA.
- -Datos sobre acceso a recursos de atención continuada vinculados con la Unidad de CMA/Hospital.

-28.3.2)- . Garantías de los Derechos de los Pacientes .

- Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, deberán disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el epígrafe anterior:

- 1)- La cartera de servicios.
- 2)- El plan de acogida.
- 3)- El código ético.
- 4)- Las guías, vías o protocolos de práctica clínica.
- 5)- Los procedimientos escritos de ensayos clínicos
- 6)- Las historias clínicas
- 7)- Procedimiento sobre Instrucciones Previas.
- 8)- Los informes de alta médica.
- 9)- Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- 10)- El libro de reclamaciones y sugerencias.
- 11). La póliza vigente de seguros.

-Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte de los pacientes o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en los apartados 4), 5) y 9).

-A continuación se desarrollan algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados: 1) Cartera de Servicios; 6) Historias Clínicas, e 9) Informes de Alta Médica, están contemplados en el Capítulo 5. Organización y Gestión, de estos estándares y recomendaciones.

- 28.3.2.1)- Plan de Acogida del Paciente .

-Los Hospitales dispondrán de un Plan de Acogida, destinado a los pacientes ingresados. Las Unidades de CMA, pueden contar con un Plan de Acogida destinado a sus pacientes, en el que se recoja la información general señalada en los apartados: 28. 3.1.1; 28.3.1.2 y 28.3.1.4, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes del paciente.

- 28.3.2.2)- Código Ético .

-Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, dispondrán de un Código ético adaptado al mismo, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas, que inspirarán su actividad, de acuerdo con la deontología profesional.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.3.2.3)- Guías de Práctica Clínica .

-Las Unidades de CMA, dejarán constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica, que se apliquen en los servicios sanitarios, que están autorizados a prestar, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

- 28.3.2.4)- Procedimientos de Ensayos Clínicos .

- La realización de ensayos clínicos, deberá someterse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

- 28.3.2.5)- Lista de Precios .

-En todos los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, deberá existir una lista de precios a disposición de los usuarios, que deberá ser comunicada a la Administración competente, de acuerdo con la normativa específica en la materia.

-28.3.2.6)- Reclamaciones y Sugerencias .

1. -Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, tendrán a disposición de los usuarios hojas de reclamaciones y sugerencias, que permitan a los usuarios/pacientes, dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas al funcionamiento que estimen convenientes.

2. -Su existencia se señalará de forma visible y su situación debe hacer posible su identificación y uso.

3. -Los usuarios de las Unidades de CMA tienen derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la Administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.

4. -Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

- 28.3.2.7)- Seguro de Responsabilidad .

1. -Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada, que presten cualquier clase de servicios sanitarios, deberán disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones, que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

2. -Los centros y establecimientos sanitarios privados en donde existan Unidades de CMA o en los Centros privados de CMA, deberán disponer de póliza de seguro de responsabilidad ,acorde con su actividad, para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños a los pacientes de los que deban responder.

-28.3.2.8)- Archivo de Pólizas .

-Los centros y, en su caso, los profesionales sanitarios por cuenta propia, deberán conservar copia de los documentos acreditativos, de las garantías de responsabilidad exigidas.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.4)- Seguridad del Paciente.

-Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a la seguridad del paciente durante su asistencia en la UCMA.

- 28.4.1)- Infecciones Nosocomiales .

- 1.- Las Unidades de CMA dispondrán de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes de conformidad con las disposiciones vigentes.
2. -A tales efectos, se elaborará un protocolo que incluya los aspectos relativos a higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica quirúrgica, prevención y gestión de accidentes ligados a la exposición de sangre, situaciones y tipos de aislamiento de enfermos y riesgos de infecciones en procedimientos invasivos.
3. -Las unidades de CMA deberán acreditar la disponibilidad de medios suficientes para el cumplimiento efectivo de esta obligación.

- 28.4.2)- Alertas Epidemiológicas .

-En los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, existirá un dispositivo de alerta epidemiológica, conectado con las autoridades sanitarias competentes, de acuerdo con la normativa vigente.

- 28.4.3)- Gestión de Fármacos .

1. -En los centros de CMA existirá un procedimiento sobre el almacenamiento, empaquetado, identificación, manipulación y prescripción de los medicamentos, con especial atención a los de alto riesgo, en su manipulación y administración, y al control de su caducidad.
2. -Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o los Centros de CMA, se atenderán a las obligaciones específicas impuestas por la legislación del medicamento.

- 28.4.4)- . Identificación de Pacientes .

1. -En los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, existirá un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de pacientes.
- 2.-Dicho sistema debe permitir comprobar la identidad de los pacientes antes de realizar la intervención quirúrgica, o de administrar medicamentos y hemoderivados, y previamente a cualquier procedimiento diagnóstico.

- 28.4.5)- . Gestión de Seguridad .

1. -Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA o en los Centros de CMA, deberán velar por el cumplimiento de las medidas de seguridad, calidad y adecuación tecnológica, así como de la gestión de riesgos para los pacientes.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

2. -En los centros sanitarios clasificados como C.1 (8) según el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, dependiendo de la dirección asistencial, existirá una Comisión o, en su caso, una unidad encargada de la identificación y registro de los efectos adversos que se produzcan como consecuencia de la atención sanitaria, así como la aplicación y evaluación de acciones de mejora en relación con los mismos.

- 28.4.6.)- Plan de Autoprotección .

1. -Los centros y establecimientos sanitarios en donde existan Unidades de CMA, o en los Centros de CMA, tendrán implantado un Plan de Autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

2. -El Plan de Autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencia y las medidas de implantación y actualización.

(8) C.1 Hospitales (centros con internamiento): centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria (Anexo II. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios).

- 28.5)- Organización y Gestión.

-Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) se definen como «una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad»^{2,32}.

- Anteriormente se definieron los conceptos de CMA y de Centros de CMA. Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a los distintos atributos de las UCMA, como organización: procedimientos susceptibles de CMA, cartera de servicios de las UCMA, criterios de inclusión de pacientes, organización y funcionamiento de la unidad y los aspectos relativos a la gestión de pacientes.

Es preciso, antes de entrar en los atributos organizativos de las UCMA, hacer énfasis en que la experiencia acumulada y la evolución de las técnicas operatorias y anestésicas, obligan a hacer un cambio en la indicación de CMA, desde la aproximación clásica: «¿este paciente es susceptible de CMA?», a otra más actual: «¿existe alguna justificación para hospitalizar a este paciente?».

- La CMA debe ser considerada como la norma, y la primera alternativa de modalidad asistencial para pacientes con los procedimientos quirúrgicos, que aparecen en los listados A y B (Anexos 4 y 5).

- 28.5.1)- Selección de Procedimientos .

- Cada UCMA debe seleccionar los procedimientos que incluya en su cartera de servicios. A continuación se exponen los criterios más comúnmente aceptados para la selección de procedimientos, a incorporar en la cartera de servicios de una UCMA.

- Se incluyen clásicamente como procedimientos susceptibles de CMA ,a aquellos integrados en los niveles II y algunos del tipo III, de la clasificación de Davis.³³; basada en el tipo de

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

atenciones o en la vigilancia postoperatoria:

- Tipo I: Intervenciones que pueden practicarse en la consulta con anestesia local y no requieren ningún cuidado especial en el postoperatorio.
- Tipo II: Intervenciones que pueden realizarse con anestesia local, regional, general o con sedación y que requieren cuidados postoperatorios específicos, pero no intensivos ni prolongados y la analgesia, si hace falta, es de tipo oral.
- Tipo III: Los que requieren cuidados prolongados del entorno hospitalario en el postoperatorio. y
- Tipo IV: Los que requieren cuidados muy especializados o críticos en el postoperatorio.

-En el nivel II: De la clasificación de Davis, se agrupan los procedimientos históricamente considerados como mayores, en los cuales los avances de las técnicas quirúrgicas y anestésicas han permitido realizarlos de forma ambulatoria. Estos procesos requieren atenciones postoperatorias específicas, sin embargo no suficientemente intensivas ni prolongadas como para requerir el ingreso hospitalario.

-En El nivel III: Está integrado por los procesos que requieren un cuidado más prolongado en el entorno hospitalario. Alguno de estos procedimientos podrían incluirse en la CMA, generalmente en aquellas unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), unidas estrechamente a un hospital, o ubicadas dentro de él.

-Se ha seleccionado un conjunto de estos procedimientos : Listado B :Anexo 5, que podrían ser abordados mediante CMA.

- El listado C : Anexo 6, recoge un listado de este tipo de procedimientos, incluyendo la pruebas diagnóstico-terapéuticas, que se realizan fuera del área quirúrgica.

- La inclusión de pacientes clasificados como ASA III (10), además del control de su enfermedad, depende de factores asociados con la técnica quirúrgica y anestésica, que serán abordados más adelante.

- (9) La Guía de Cirugía Ambulatoria, editada por el Departament de Sanitat i Seguretat Social, de la Generalitat de Catalunya, en 2002, propone un conjunto de criterios, para el desarrollo de esta actividad, que no es objeto de los estándares y recomendaciones presentes.

- (10) ASA III: Según la American Society of Anesthesiology, un paciente que sufre alguna alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida como «en determinado grado».

- 28.5.2)- Cartera de Servicios .

-Cada Unidad de CMA, debe definir su cartera de servicios, es decir: la oferta de procedimientos quirúrgicos, que se realizan en ella, en función de las necesidades asistenciales de su área de influencia , o de la demanda que el estudio de mercado haya identificado satisfacer, de las características organizativas y de gestión del establecimiento sanitario en donde esté situada, y de la experiencia de sus profesionales.

-El conjunto de procedimientos que pueden conformar la cartera de servicios de las UCMA, propuestos en estos estándares y recomendaciones, tiene por objeto orientar sobre aquellos procedimientos ,que mayoritariamente deberían resolverse mediante esta modalidad asistencial, así como establecer bases homogéneas, para poder comparar el Índice de Sustitución.

- Con el objetivo de delimitar un conjunto de procedimientos susceptibles de CMA, que permita la comparación del Índice de Sustitución, entre hospitales y Servicios de Salud dentro del Sistema Nacional de Salud, se ha optado por listar GRDs específicos : Anexo 4.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Listado A; lo que presenta el inconveniente de incluir en un mismo GRD, procesos susceptibles y no susceptibles de CMA, y como ventajas las siguientes:

- 1.- Definiciones y descripciones unívocas y universales para el mismo GRD.
2. -Sistema de Información SNS: comparabilidad entre hospitales y servicios de salud, dentro del Sistema Nacional de Salud (base de datos de GRD del Sistema Nacional de Salud) e, incluso, con sistemas sanitarios de otros países.
3. -Aproximación homogénea a la comparación de los costes.

- 28.5.3)- Criterios de Inclusión de Pacientes .

1) ASPECTOS FISIOLÓGICOS :

- Los pacientes subsidiarios de CMA, tienen que encontrarse en los grados I y II, de la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (Anexo 7). Algunos pacientes de grado III, podrían programarse para CMA, evaluando de forma individualizada, los beneficios y los riesgos de la asistencia ambulatoria : por ejemplo, ASA III, sin descompensación en los últimos 3 meses. En términos absolutos, la edad no se considera un criterio de carácter excluyente.

-Se recomienda no incluir en programas de CMA, a niños nacidos a término menores de 6 meses, y a niños nacidos prematuros menores de un año, por el riesgo de presentar apnea postoperatoria.

- La edad avanzada no se considera un criterio de exclusión, debiéndose evaluar la edad biológica y no la cronológica.

-La CMA es ideal para niños/as, pues la estancia de noche, es frecuentemente la parte más estresante de su asistencia. Los niños/as deben ser tratados de forma diferenciada de los adultos, por ejemplo mediante unidades específicas o reservando una o varias sesiones quirúrgicas de la UCMA. Deberán recibir atención de enfermería (readaptación al medio), en áreas pediátricas, con zonas de juego disponibles. Las intervenciones deberán ser realizadas por cirujanos y anestesistas, con adecuada experiencia en la atención de niños.

- La obesidad severa se considera como una contraindicación, que tiene que ser valorada de forma individualizada. Los pacientes con Índice de Masa Corporal por encima de 30 (Obesidad I) y de 35 (Obesidad II), deberán ser valorados individualmente.

-Los pacientes con Obesidad tipo III, con Índice de Masa Corporal por encima de 40 (obesidad mórbida), tienen contraindicados los procedimientos de CMA ,salvo excepciones puntuales que deberán ser evaluadas.

- Se aconseja excluir a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes, que, por su patología de base, no puedan someterse a tratamiento profiláctico (11); los pacientes con antecedentes personales o familiares de coagulopatías, complicaciones anestésicas en intervenciones anteriores, hipertermia maligna y muerte súbita, deben ser valorados en función de cada caso.

- A los pacientes con antecedentes personales de miopatías, neuropatías o las personas con problemas de drogodependencia activa, se tendrá que evaluar muy esmeradamente, en la inclusión en un programa de CMA.

-(11)- Existen protocolos específicos para anticoagulantes, en algunas unidades, procediéndose a la suspensión controlada de los mismos, 3 días antes de la intervención, analítica de coagulación previa a la cirugía, y reanudación de la terapia, pasadas 6 horas del final de la operación. Así mismo, cuando se realiza facoemulsificación con anestesia tópica, no es preciso suprimir el tratamiento con anticoagulantes en la mayoría de los casos.34.

2)- ASPECTOS PSICOLÓGICOS :

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Los pacientes deben aceptar el procedimiento quirúrgico ofertado por la unidad de CMA. - Están excluidos como candidatos para programas de CMA:
 - - Los pacientes incapaces de comprender y respetar las instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento, a excepción de que asuma la responsabilidad el adulto acompañante.
 - Los pacientes con un sustrato patológico psiquiátrico, que les impida colaborar.

3) - ASPECTOS DEL ENTORNO DEL PACIENTE :

- El paciente tiene que disponer de la atención de un adulto responsable, durante su estancia de readaptación al medio, el traslado a su domicilio y, al menos, durante las primeras 24 horas del postoperatorio.
- El tiempo de acceso a la UCMA, desde el domicilio del paciente en un vehículo convencional, tiene que ser razonable, siendo recomendable que no sea superior a una hora, aunque casos seleccionados, especialmente cuando se practican técnicas anestésicas y quirúrgicas poco agresivas, pueden realizarse de forma segura en pacientes con domicilios más alejados de las UCMA.35.
- El paciente tiene que disponer de teléfono y de las condiciones mínimas de habitabilidad, accesibilidad, confort e higiene en el lugar de convalecencia, que no dificulten una recuperación adecuada.
- Las condiciones de entorno, no deben ser un obstáculo para que el procedimiento se realice en la UCMA, derivando posteriormente al paciente a un alojamiento concertado : residencia de pacientes; alojamiento hotelero, que reúna las condiciones exigidas a un domicilio.
- La inclusión de un paciente en un programa de CMA, exige, en consecuencia:
 - - Aceptación del paciente después de una adecuada información.
 - - Proceso de inclusión del paciente claramente definido.
 - Accesibilidad adecuada al servicio de la CMA y lugar de convalecencia.
- Todas estas condiciones deben evaluarse en la consulta inicial de CMA.

- 28.5.4)- . Estructura y Tipologías de las UCMA .

Existen varias clasificaciones de tipología administrativa de las UCMA³⁶, entre las que se ha seleccionado la siguiente, que utiliza la relación física y organizativa con el hospital como criterios de clasificación (Tabla 4.1.):

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

- Tabla 5.1. Tipos de UCMA :
- Tipo Organización Estructura :
- Unidades Integradas :
- Tipo I:
Dependencia de servicios quirúrgicos.
 - Responsable o Coordinador.
 - -Totalmente compartida con recursos hospitalarios.
 - Admisión diferenciada.
- Tipo II:
 - Organización independiente.
 - Doble dependencia Unidad-Servicios Quirúrgicos.
 - Quirófanos dentro del bloque general, pero con asignación específica a CMA.
 - Admisión diferenciada.
 - Zona de readaptación al medio diferenciada.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Unidades Autónomas :

- - Similar a II.
- -Propia y delimitada arquitectónicamente en el diseño del hospital.

- Unidades Satélites:

- Similar a II.
- -Separada físicamente del hospital.

- Unidades independientes:

- -Organización propia.
- - Ninguna relación orgánica con el hospital.
- - Propia, integrada en un centro de asistencia sanitaria sin internamiento (C.2. R.D. 1277/2003), o centro de CMA (C.2.5.4. R.D. 1277/2003).

•- Unidades integradas (incluidas organizativa y físicamente dentro de los hospitales):

—: Tipo I: Se comparten todos los recursos con el resto del hospital.

—: Tipo II: Existe una organización independiente pero se comparten elementos :

—:quirófanos, con el resto del hospital.:

•- Unidades autónomas: Organización independiente y delimitación arquitectónica con el resto del hospital.

• -Unidades satélites: Dispuestas en edificios más o menos alejados del hospital general, pero con una dependencia administrativa del mismo.

• -Unidades independientes («freestanding»): Organización y estructura totalmente independiente de un hospital general. Se puede corresponder con un «Centro de CMA» (C.2.5.4. del R.D. 1277/2003), o estar integradas en otros tipos de centros de carácter ambulatorio, como los «centros de alta resolución».

- Probablemente las tipologías más adecuadas son las unidades autónomas y satélites, siendo asimismo las que tienen la relación costo-efectiva.^{38.}, más favorable.

- Las Unidades Integradas Tipo II, pueden ser una solución adecuada para hospitales con restricciones estructurales, que han puesto en funcionamiento la Unidad de CMA, aunque esta tipología no se recomienda en general, para los nuevos hospitales; aunque la decisión debe tener en cuenta el volumen de actividad esperado.

- Por el contrario, las UCMA Integradas Tipo I, que comparten quirófanos, y utilizan salas de hospitalización convencional, son menos eficientes y no son recomendadas.¹¹ ; la tasa de ingresos hospitalarios en este tipo de unidades puede aumentar significativamente.^{39.}

- Se recomienda ,que los proyectos de reforma y/o ampliación, y los nuevos hospitales incluyan en su diseño : Unidades Autónomas.

- En cuanto a las unidades independientes, dada su elevada inversión y poca flexibilidad, requieren un estudio riguroso de su viabilidad técnica, asistencial y económica. La separación física y funcional del hospital de apoyo, favorece la restricción, tanto de los criterios de selección de pacientes como de procedimientos. El mismo razonamiento puede ser aplicable a las unidades satélites, que están muy distantes : más de 20' en transporte urgente, al hospital del que dependen.

- Unidades de CMA, con recuperación prolongada : En algunas UCMA se están introduciendo formas organizativas y de gestión, que permiten aumentar su cartera de servicios, incorporando procesos más complejos : aunque su incidencia en número y porcentaje sobre el total, es todavía muy limitada; que pueden requerir estancias hospitalarias : al menos una pernocta : cirugía de menos de 23 horas—; y hasta 48-72 horas : cirugía de «corta estancia»^{.40.}

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Las unidades de CMA, que han organizado sus recursos para atender pacientes que, permaneciendo menos de 24 horas, generan una estancia de hospitalización, se han denominado por la IASS41, como «UCMA con recuperación prolongada».
- Otra justificación aducida para que las UCMA, desarrollen una «recuperación prolongada» es la posibilidad de prolongar las sesiones quirúrgicas vespertinas, sin embargo en este caso la solución más adecuada, es disponer de un alojamiento residencial alternativo : hotel de pacientes.
- Las ventajas e inconvenientes de estas formas organizativas y de gestión de las UCMA, no están suficientemente evaluadas. El Departamento de Salud del Reino Unido.11., señala que las UCMA con recuperación prolongada, pueden reducir la «cirugía mayor ambulatoria “verdadera”» si no se utiliza adecuadamente,
- El factor crítico de las UCMA con «recuperación prolongada»: Es el de la gestión del personal de enfermería, debiéndose evaluar cuidadosamente el coste-beneficio y la carga de trabajo, que puede justificar el mantenimiento de un control de enfermería nocturno, para la carga de cuidados : número de pacientes y necesidad de cuidados previsible.

- Unidades de CMA, con programas de «cirugía de corta estancia» :
 - Los programas complementarios de «cirugía de corta estancia» en las UCMA, están planteados para aumentar la complejidad de los procesos, que pueden ser atendidos en los quirófanos propios de las UCMA autónomas. Si una vez realizado el procedimiento y la recuperación, el paciente no cumple los criterios de alta previamente establecidos, para ir a su domicilio o alojamiento alternativo, pasaría a hospitalización convencional polivalente; bien a una «unidad de corta estancia», si existe como tal, o a una unidad general.40.
 - El factor crítico en las Unidades de CMA, con programas de «cirugía de corta estancia», es que al variar : potencialmente, aunque en la práctica actual en España, sea muy limitada, la complejidad de los procesos atendidos, las necesidades de recursos físicos : por ejemplo: quirófanos, puestos de reanimación postanestésica, puestos de readaptación al medio; y humanos : cirujanos : número y tiempos quirúrgicos; personal de enfermería: en control de reanimación y readaptación, pueden variar notablemente, pudiendo afectar a la calidad de la unidad y su eficiencia de gestión. Asimismo, es posible que el desarrollo de estos programas, pueda estar paliando carencias organizativas, de gestión y técnico-asistencial en las áreas de cirugía, con hospitalización convencional.
 - De conformidad con la definición dada por el Real Decreto 1277/2003, a la cirugía mayor ambulatoria, que es la utilizada en estos estándares y recomendaciones, el paciente que habiendo sido intervenido en una UCMA, tenga que pernoctar en el hospital (área de «recuperación prolongada», «unidad de corta estancia» u otra unidad de hospitalización convencional polivalente) genera, a efectos del sistema de información y registro, estancia.
 - Por los motivos señalados, estos estándares y recomendaciones, no establecen recomendaciones en relación con las UCMA con recuperación prolongada, o con los programas complementarios de cirugía de corta estancia.
 - Las experiencias existentes en la actualidad ,deberán ser evaluadas cuidadosamente antes de la próxima revisión de estos estándares y recomendaciones, para poder establecer recomendaciones basadas en la evidencia.

- 28.5.5)- . Organización de la UCMA .
 - La descripción de la organización de la UCMA, se articula en relación con el proceso de atención al paciente: acceso a la Unidad, circulación dentro de la UCMA, y derivaciones post-alta de la UCMA.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Las tablas que incorpora este apartado, tienen por objeto esquematizar los pasos de este proceso, que sirve de base, no sólo para ordenar los aspectos organizativos y de gestión, sino también los funcionales y estructurales, que se desarrollan en el apartado 6. En el Anexo 8, se recoge un esquema integrado de circulación de pacientes.

- A lo largo del seguimiento del manejo del paciente en el entorno y dentro de la UCMA, se dan alternativas organizativas y de gestión distintas.

- Cada organización sanitaria y, dentro de ellas, las UCMA, deberán priorizar las alternativas más adecuadas, a su sistema organizativo y de gestión.

- 28.5.5.1)- . Acceso a la UCMA .

- Los objetivos fundamentales, en cuanto a la accesibilidad, son:

1)- Facilitar el servicio a todos los pacientes susceptibles de CMA;

2)- Que el número de rechazos en la inclusión de pacientes en el programa de CMA, sea el menor posible.

- Ambos objetivos: están ordenados por prioridad y el objetivo de captación prevalece sobre el de minimizar los rechazos.

- El acceso a la UCMA ,se puede hacer por tres vías:

1) -Desde Atención Primaria. Los profesionales de Atención Primaria deben conocer la cartera de servicios y los criterios de inclusión de pacientes de la UCMA de referencia, debiendo remitir , o mejor aún, citar mediante las agendas abiertas de consultas externas de las UCMA), a los especialistas de la UCMA ,para los pacientes que los cumplen.

- El desarrollo de protocolos entre las UCMA y los profesionales de atención primaria, pueden facilitar la inclusión de pacientes en los programas de CMA.

- Asimismo, se debe suministrar al médico general o pediatra, la información acerca de la fecha de intervención en la UCMA.

2)- Consultas quirúrgicas. Todos los profesionales de las mismas deben conocer perfectamente la cartera de servicios y los criterios de selección de pacientes de la UCMA de referencia. Todo paciente con procesos susceptibles de CMA (listado A y B), que cumplan los criterios de selección de pacientes deben ser remitidos a la unidad. 3. Listas de espera. - Pacientes en listas de espera, con diagnósticos incluidos en el listado A, pueden ser remitidos a la consulta externa propia de la UCMA.

- Tabla 5.2.- Acceso : Circulación de pacientes en el proceso de atención en una UCMA.

Secuencia, Localización Acto, Requisitos .Referencia:

- - Evitar rechazo de pacientes en el UCMA.

- -Conocimiento detallado de:

- : Cartera de Servicios de la UCMA.

- : Criterios locales de selección.

- - Diagnóstico del proceso y de la indicación quirúrgica.

- -Selección previa.

- -Desde Atención Primaria.

- -Desde consultas quirúrgicas.

- - Desde Listas de espera Quirúrgicas.

A: UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA .

- 28.5.5.2)- Circulación Dentro de la UCMA .

-CONSULTA DE UCMA:

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Existencia de una consulta específica y diferenciada de CMA, con área administrativa propia y con procesos de admisión diferenciados.
- La zona de consulta debe contemplar, al menos, la consulta de anestesia y de enfermería de la UCMA.
- Los pacientes se seleccionan, en general, en las diversas consultas de los especialistas quirúrgicos, y de ahí pasan a la consulta de Anestesia, donde se confirma o rechaza la selección; pero existen UCMA, que incorporan las consultas de los especialistas quirúrgicos de la Unidad.
- En la consulta se debe proporcionar una información exhaustiva al paciente y a los familiares, así como el consentimiento informado .12..
 - Tabla 5.3. Circulación dentro de la UCMA. Consulta, Secuencia, Localización, Acto ,Requisitos :
 - -Consulta.
 - - Evaluación clínica e indicación.
 - -Evaluación Anestésica.
 - Selección del paciente.
 - Información a paciente y familiares.
 - Firma de Conformidad.
 - Consentimientos Informados.
 - Realización de Pruebas Complementarias (13). Consulta específica de CMA.
- Confortabilidad.
- Criterios de selección.
- Historia clínica común.
- Información oral y escrita.
- Admisión del paciente.
 - Cita para pruebas complementarias (si procede).
- Área administrativa de CMA:
 - Evitar traslados innecesarios.
 - Tiempos de espera cortos.
- 24/48 horas antes de la intervención.14.:
 - -Cita de intervención adaptada a cada paciente.
 - -Confirmación telefónica de la cita.
 - - Recordar Actividades preparación preoperatoria (Anexo 9)..
- Área administrativa de CMA:
 - -Evitar cancelaciones.
 - Evitar ineficiencias en la sesión quirúrgica : si existe cancelación: llamar a pacientes en lista de espera.
- (12) «Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente». Art. 8.2. de la Ley 88/2002 Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- (13)- El paciente no debe ser citado de nuevo para pruebas complementarias, debiéndose realizar el mismo día de su evaluación-selección, evitando un desplazamiento innecesario. -
- (14)- La llamada de teléfono a las 24-48 h. antes de la intervención no se realiza en muchas UCMA, salvo al comienzo del funcionamiento de éstas. La Healthcare Comission , Reino

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Unido, sugiere que «puede» realizarse si la admisión en la UCMA se realiza con más de seis semanas tras la evaluación inicial y cita para cirugía, para evitar cancelaciones.²³.

- PREPARACIÓN, INTERVENCIÓN, DESPERTAR Y READAPTACIÓN AL MEDIO :

- Para la adecuada atención de los pacientes dentro de la UCMA, en el día de la intervención, son requisitos organizativos imprescindibles:

- - Una asignación diferenciada de horarios quirúrgicos para la CMA, sin interferencias posibles con la actividad programada o de urgencias del hospital.
- -La decisión conjunta del cirujano y el anestésista : cada uno en su responsabilidad, del alta del paciente.
- - La búsqueda del confort tanto para el paciente como para sus cuidadores.
- -La diferenciación de las zonas físicas de acceso y espera dentro del bloque quirúrgico y tras el procedimiento.

-Tabla 5.4. CIRCULACIÓN DENTRO DE LA UCMA. DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Secuencia, Localización, Acto ,Requisitos :

- INGRESO :

- - Locales de pacientes y Admisión diferenciada de la hospitalización.
- - Recepción del paciente.
- -Confirmación de la cita y proceso. Área administrativa de CMA. Preparación .
- -Confortabilidad.
- Confirmación del cumplimiento de actividades.
- Evaluación anestésica prequirúrgica.
- Preparación específica. Zona de preparación. Intervención • Horarios quirúrgicos independientes.
- Evitar interferencias de otras actividades en la CMA.
- -Intervención. Quirófano de CMA. Despertar.
- -No es paso imprescindible. Técnicas de fast-track, permiten en ocasiones a enfermos intervenidos con anestesia loco-regional y general, pasar directamente al área de readaptación al medio.
- -Despertar. Despertar convencional.

-Tabla 5.4. CIRCULACIÓN DENTRO DE LA UCMA. DÍA DE LA INTERVENCIÓN (CONTINUACIÓN)

- Secuencia, Localización, Acto, Requisitos :

- READAPTACIÓN AL MEDIO :

- -Confortabilidad.
- Criterios estrictos de seguridad al alta.
- -Instrucciones post-alta :precisas.
- Clara definición de los cuidados post-CMA.
- Definición de responsabilidades en los cuidados.
- -Readaptación al medio.
- Contacto con Familiares.
- -Control exhaustivo del paciente.
- Cuidar del familiar (futuro cuidador).
- -Criterios de seguridad post-alta cumplidos.
- Valoración precoz de complicaciones potenciales futuras.
- -Evaluación anestésica y quirúrgica pre-alta.
- Firma por parte del equipo quirúrgico: Cirujano - Anestésista.
- Instrucciones al alta al paciente y acompañante.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Alta u hospitalización si precisa.
- Revisión organizada: día y hora, en CMA, o consultas de referencia. Zona de readaptación al medio.

- A: DOMICILIO:

- 28.5.5.3. Circulación Tras Practicarse la CMA .

-El paciente será dado de alta a su domicilio ,o, en su caso, a alojamiento alternativo, y sólo en un pequeño porcentaje de casos, por necesidad de prolongar los cuidados específicos, puede requerir ingreso hospitalario convencional.

- Las alternativas que se ofrecen al paciente tras la intervención dependen fundamentalmente de:

- El resultado técnico de la intervención quirúrgica.

- -Las condiciones del paciente.

- -La organización de cada tipo de Unidad.

- Es recomendable, realizar encuestas a los usuarios, tanto para conocer el grado de aceptación, y satisfacción del método, como para el diagnóstico de problemas de desarrollo del servicio.

Tabla 5.5: Circulación después de la CMA .

- Secuencia, Localización, Acto Requisitos , Domicilio (o alojamiento alternativo) :

- - Control telefónico en las primeras 24 horas.

- - Convalecencia.

- - Domicilio del paciente. o

- -Alojamiento alternativo (residencia de pacientes; plaza hotelera concertada).

- -Cumplimiento de los criterios de entorno.

- -Facilidad de contacto con CMA y evacuación.

-Seguimiento,

- Seguimiento convencional postoperatorio.

- Consulta de CMA/a. primaria/quirúrgica.

- Conseguir la satisfacción final del paciente.

- Bases de datos para monitorización.

- 28.5.5.4. Requisitos Organizativos Imprescindibles.

Tabla 5.6. Circulación de pacientes en el proceso de atención en una UCMA. Alternativas tras la intervención

Alternativa de situación Destino

Valoración pre-alta a) Adaptación al medio y cumplimiento de los criterios de seguridad post-alta.

b) Necesidad de prolongación de cuidados (no adaptación o no cumplimiento de criterios).

-Domicilio.

- 28.5.5.5)- Alta.

- Hospitalización (tiempo de hospitalización según problema).

c) Problemas administrativos (retraso en el alta, no seguridad en el entorno del paciente, etc.).

- Alojamiento alternativo (recomendado en esta circunstancia). • Hospitalización < 23 horas (alternativo, en camas asignadas a UCMA).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

En domicilio a) Convalecencia sin problemas. Seguimiento normal.

b) Problemas o sensación percibida de éstos.

• Atención médica y decisión:

— Contacto telefónico con UCMA (recomendado), o — Asistencia en domicilio, o — Asistencia en Servicio de Urgencias.

c) Situación de emergencia. Atención en servicio de urgencias.

Seguimiento (Según protocolo ajustado al tipo de procedimiento y de UCMA) a) Revisiones completas en consulta CMA.

Consulta de UCMA.

b) Primera revisión en Consulta de CMA. Primera Consulta de UCMA y después Atención Primaria (recomendado).

c) Revisión completa en origen. Primera consulta origen (si c. quirúrgica), después Atención Primaria.

- 28.5.6)- Estructura de Gestión .

- Con independencia de su tipología, las UCMA requieren una rigurosa estructura de gestión, incluyendo un clínico responsable y un responsable de enfermería.

-Uno de estos responsables u otro miembro de la unidad, debe asumir el papel de responsable de calidad de la misma. Se requerirá, al menos, un administrativo con experiencia, para dar soporte al responsable clínico y de enfermería, para gestionar las admisiones y la lista de espera.

- Deberán estar claramente definidas, las dependencias del personal de la UCMA, cuando esté sujeto a más de una. Dado que las UCMA, pueden llegar a absorber más del 50% de la actividad quirúrgica, es recomendable, que estén representadas en el Consejo/Comité de Dirección del Hospital.

- Para ello, es aconsejable asignar un responsable , que puede ser a tiempo parcial, de cada uno de los servicios «horizontales» del hospital : económico-financiero, personal, servicios generales, etc., como apoyo de la unidad.

- 28.5.7)- Manual de Organización y Funcionamiento .

- La UCMA deberá disponer de un Manual de Organización y Funcionamiento, en el que se refleje:

1) - El Organigrama de la Unidad.

2) -La disposición física de la Unidad y los recursos estructurales y de equipamiento de que dispone.

3)- El Manual de Normas:

• -Descripción de cada uno de los actos del proceso asistencial.

• -Los protocolos necesarios y los puntos de introducción de éstos en el circuito asistencial.

• -La líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

- En el manual se respetarán los requisitos generales organizativos previamente descritos. El manual deberá ser abierto y actualizable, según las modificaciones en la Cartera de Procedimientos, o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran :

1)- Organigrama .

-Existirá un responsable clínico, y un responsable de enfermería:

-Las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada unos de los miembros de la UCMA, tendrán que estar definidas.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- La interferencia funcional, con otras estructuras del entorno deberá evitarse : Servicios Clínicos, Servicios Administrativos, etc., definiéndose claramente las respectivas dependencias, cuando el personal de la UCMA, esté sujeto a más de una.

2)- Disposición física de la Unidad

- El Manual de Organización y Funcionamiento deberá incluir:

- La disposición física de la Unidad y sus interrelaciones con otras áreas del hospital.
- Los recursos estructurales existentes al servicio de la CMA, y el equipamiento disponible.

3) Manual de Normas :

-La UCMA deberá disponer de un Manual de Normas, que se ajuste a los requisitos organizativos, y en el que estén descritos secuencialmente los actos del proceso asistencial, los protocolos necesarios, y los puntos de inclusión en el circuito; así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

- A continuación se esquematizan los requisitos estructurales, organizativos y los protocolos a lo largo del circuito asistencial, siguiendo el esquema de flujo de pacientes descrito en el apartado - 28.5.5 .

- Tabla 5.7. Manual de normas de acceso a la UCMA

-Requisitos Acto estructurales Protocolos

-Profesionales que intervienen :

- CONSULTA INICIAL DE CMA :

- -Historia y evaluación por cirujano.
- - Evaluación Anestésica.
- Evaluación condiciones entorno.
- Selección para CMA
- Información para CMA,
- Selección de pacientes.
- Selección de procedimientos.
- Evaluación entorno (- previsión alojamiento alternativo).
- Protocolo de solicitud de pruebas complementarias (Anexo 10).
- Consentimientos informados (firmado por anestesista, cirujano y paciente). y
- Conformidad con normas de UCMA.

- LOCAL ESPECÍFICO DE CONSULTA :

- -Cirujano,
- -Anestesista.
- Enfermería.
- Filiación para CMA:
 - -Realización de pruebas complementarias (si procede).
 - -Cita (día y hora) de intervención.
 - Información sobre preparación preoperatoria.

-Admisión específica

- - Administrativo.
- -Cirujano.
- - Anestesiólogo.
- - Enfermería.

-Tabla 5.8. Manual de normas de intervención en la UCMA

Requisitos Acto estructurales Protocolos:

- Confirmación telefónica de la cita

- Admisión específica

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Profesionales que intervienen

• Administrativo.

- Recepción en la UCMA:

- Confirmación de cita, identidad del paciente y proceso.

• Admisión específica.

- Área de recepción.

- Zona de espera general (Confortable e independiente de hospitalización). Administrativo.

• Administrativo. • Enfermería.

-Preparación genérica • Confirmación de cumplimiento de instrucciones. • Entrega de objetos personales.

- Preparación preoperatoria (confirmación).

- Aseo y vestuario específico: • Aseo y vestuario. • Custodia de objetos personales (taquillas).

- Enfermería.

- Evaluación anestésica quirúrgica :

- Valoración global preanestésica.

- Preparación anestésica o antequirófano :

- Anestesiólogo.

- Preparación específica :

- Protocolo de Preparación específica (si precisa).

- Enfermería.

- Intervención: • Protocolo de procedimiento quirúrgico. • Protocolo de procedimiento anestésico. Quirófanos/Sesiones Quirúrgicas específicamente destinadas a CMA

- Cirujano. • Anestesiólogo. • Enfermería.

-Despertar : • Despertar convencional. Zona de despertar no necesariamente independiente

- Anestesiólogo. • Enfermería.

- Readaptación al medio :

- Genérico de Seguridad pre-alta:

— Conexión al medio. — Funciones vitales. — Control dolor. — Control de Sangrado.

- Zona de readaptación al medio independiente : Contacto directo y estancia confortable con familiares).

- Enfermería.

Decisión de alta o ingreso (pernocta): • Evaluación de enfermería, cirujano y anestesista.

- Confirmación de entorno domiciliado adecuado del paciente. • Instrucciones postalta.

- Criterios Alta (Anexo 11).

- Instrucciones Postalta: • Definición de apoyo desde la UCMA 24 horas siguientes (teléfonos de contacto). • Definición de seguimiento post-alta (recomendaciones médico/enfermera de Atención Primaria responsable).

Zona de readaptación al medio

- Cirujano. • Anestesiólogo. • Enfermería.

- Tabla 5.9. MANUAL DE NORMAS DE SALIDA DE LA UCMA :

- Requisitos Acto estructurales Protocolos

- Profesionales que intervienen:

Alta o Ingreso • Alta anestesia. • Informe clínico quirúrgico. Zona de readaptación al medio.

- Anestesiólogo. • Cirujano.

Alta a domicilio/ alojamiento alternativo

- Informe de Alta. • Información postalta:

— Cuidados. — Vigilancia. — Tratamiento del dolor. — Síntomas de alerta.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Líneas de atención:

- Asistencia convencional. — Atención urgente.

- Domicilio/alojamiento alternativo adecuado. • Atención médica disponible. 24 horas (apoyo UCMA).

- UCMA según peculiaridades organizativas.

Ingreso Hospitalario

Unidad de enfermería de Hospitalización Convencional.

- UCMA + Recursos de hospitalización según organización.

Revisión • Base de datos de CMBD y GRD. • Base de datos de seguimiento. • Encuesta de satisfacción. Local de consulta (específico de CMA o no).

- UCMA o referente del paciente.

Tabla 5.10. MANUAL DE FUNCIONAMIENTO ADMINISTRATIVO DE LA UCMA.

Requisitos Profesionales Actividad estructurales Procedimientos que intervienen

- Gestión de fármacos. • Gestión de materiales. • Facturación. • Contabilidad. • Sistema de información.

- Administrativo. • Responsable Enfermería.

- Filiación y entidad que se hace cargo de la prestación. • Contabilidad general y analítica. •

Adquisición y petición de materiales (pactos de consumo). • Facturación y cobro.

- Farmacia (almacén y local de farmacia central). • Almacén general y de productos farmacéuticos. • Sistema de Información.

- 28. 5.8)- SISTEMA DE INFORMACIÓN .

Salvo en las Unidades Independientes (freestanding) el sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la UCMA:

- Gestión de Pacientes:

- Filiación. Citación. Admisión. Alta y codificación (CMBD) (CIE-9-MC). Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, tienen una base de datos de las altas hospitalarias codificadas por CMBD, que son agregadas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, por el Ministerio de Sanidad y Consumo. La base de datos de las Altas atendidas en los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud está disponible en la red (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/resumenAltas>). Dentro de esta base de datos está diferenciada la correspondiente a la CMA (procesos que no generan ingreso).

-Se recomienda que esta base de datos incorpore la actividad privada, incluida la de aquellos hospitales que no pertenecen a las redes de utilización pública de los respectivos Servicios de Salud.

- Gestión de la Historia Clínica.

- Gestión Económico-Administrativa y de Servicios Generales (15): — Almacén (pactos de consumo, gestión de stocks, solicitudes de compra, etc.). — Farmacia (sistema de prescripción electrónica; unidosis); Contabilidad. Esterilización. Gestión de Personal (ILT, incidencias, permisos, sustituciones, etc.).

- Evaluación (Cuadro de Mando): Costes por proceso (contabilidad analítica).

- Encuestas de satisfacción. Indicadores de actividad. Indicadores de calidad.

- Indicadores de rendimiento.

- 28.5.9)-. Gestión de Pacientes .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.5.9.1). Admisión .

- Salvo en las Unidades Independientes (freestanding), la admisión estará integrada en la general del centro, si bien las actividades y funciones de admisión, deberán ser desarrolladas, de forma idónea : Unidades Integradas Tipo II, Unidades Autónomas, y Unidades Satélites, por la unidad de apoyo administrativo de la UCMA.

- Los aspectos relativos a Documentación e Historia Clínica, Registro de Pacientes, Informe de Alta, y Protección de datos afectan : salvo en las UCMA «freestanding», al hospital al que está vinculada la UCMA.

-(15)- En todas las unidades, salvo en las independientes, la gestión económico-administrativa, estará centralizada, realizando algunas gestiones dentro de la unidad.

- La UCMA : integrada tipo II, autónoma o satélite, debe configurarse como un centro de gestión, siendo aconsejable, que exista una asignación específica , que puede ser a tiempo parcial, de responsables de los servicios económico-administrativos y de los servicios generales, como soporte de la unidad.

- 28.5.9.2)- . Documentación Clínica .

-La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sea su formato y soporte. Entre otros, comprenderá: la historia clínica del paciente, el/los consentimiento/s informado/s, las instrucciones previas, en su caso, y los informes de ingreso, traslado y alta médica.

- La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión, y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

- La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones, que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años, contados a partir de la terminación de cada proceso asistencial.

28.5.9.2.1)-. Historia Clínica .

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y tenderá a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada Servicio de Salud establezca. La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización, que incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

- 28.5.9.2.2)- . Registro de Pacientes Atendidos .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- En el registro de pacientes atendidos se hará constar los datos necesarios para la identificación inequívoca del paciente, su proceso asistencial, y financiación del tratamiento.

-Como mínimo se registrarán los siguientes datos:

- -Identificación del hospital o centro.
- -Identificación del paciente, nombre y apellidos.
- -Fecha de nacimiento.
- -Sexo.
- -Residencia.
- - Financiación y, en su caso, número de tarjeta sanitaria.
- -Fecha de ingreso o de prestación de la asistencia.
- -Circunstancias del ingreso o de la prestación de la asistencia.
- - Proceso.
- - Procedimiento.
- - Fecha de traslado, si lo hubiere, y el lugar de destino.
- -Fecha de alta médica.
- - Circunstancias del alta.
- -Identificación del médico responsable del alta.

- 28.5.9.2.3)-. Informe de Alta .

-Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por la UCMA del informe de alta médica a que se refiere la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (16).

-28.5.9.3)-. Protección de Datos Sanitarios .

- 28.5.9.3.1)- Obligaciones y Derechos .

-Los datos de carácter personal relativos a la salud de los pacientes, tienen la consideración de datos especialmente protegidos, a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

- Los centros sanitarios adoptarán las medidas organizativas, procedimentales y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

-(16)- Disposición transitoria única. Informe de alta. «El informe de alta se registrará por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley».

- 28.5.9.3.2)- Sujeto Responsable de los Ficheros.

- Todos los centros y establecimientos garantizarán la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados. Los centros sanitarios designarán la persona responsable de los ficheros automatizados que se comunicará a la Administración competente. El responsable del fichero y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

- 28.5.9.3.3)- Confidencialidad de los Datos.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Todo paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

- 28.5.9.3.4)- Cesión de Datos.

- La cesión de los datos relativos a los pacientes requerirá en todo caso, el consentimiento expreso de los afectados, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

-28.6)- . Estructura y Recursos Materiales

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a las condiciones estructurales y funcionales de las UCMA: programa funcional, equipamiento e instalaciones.

-En los Anexos 14 a 16, de los estándares y recomendaciones , se desarrollan aspectos estrechamente vinculados con este capítulo: dimensionado (Anexo 14), un ejemplo de programa funcional de espacios para una unidad autónoma (Anexo 15), y una estimación de los tiempos quirúrgicos, para aquellos procedimientos quirúrgicos incluidos en el Listado A del Anexo 4 (Anexo 16).

- 28.6.1)- .Programa Funcional .

- Cada Unidad de CMA deberá tener definido su programa funcional y estructura organizativa, dentro de los tipos de Unidades que se han descrito.

-El programa funcional contemplará los criterios de necesidad del desarrollo de la CMA que incluyen:

- -Análisis demográfico del entorno : con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la Unidad y los criterios de selección de pacientes) o el estudio del mercado para los establecimientos privados.
- - Estudio de demanda teórica de CMA atendiendo al volumen de procedimientos incluidos en el Listado A. Deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración del servicio de la Unidad en su entorno, una vez se encuentre a pleno funcionamiento.
- -Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de la UCMA (definición de una nueva infraestructura o modificación de la ya existente).
- -Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia.
- -Estudio de necesidad de personal y de equipamiento de la UCMA atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios existente en el hospital.
- -La Unidad describirá su funcionamiento con referencia al manual de normas y dispondrá de esquemas de circulación de pacientes, personal, familiares y material.
- - La Unidad tendrá definido su circuito asistencial : acceso de los pacientes, el tránsito dentro de la Unidad, las alternativas a su salida, etc., las formas de asistencia médica posalta y las relaciones funcionales con el resto de las estructuras de su entorno : Servicios Quirúrgicos, Servicios Centrales, Servicios de Urgencias, Atención Primaria, etc.).
- - La Unidad desarrollará el plan funcional de acuerdo con las peculiaridades de su organización.
- -La Unidad efectuará un estudio de viabilidad en el que se reflejará, tanto el presupuesto necesario en infraestructura, equipamiento, personal y mantenimiento para realizar las actividades, como el impacto económicosanitario de su actividad, en la institución de quien dependa.

- Como se ha mencionado en el apartado -28.5.4 de estos estándares y recomendaciones, se desaconseja el desarrollo de unidades integradas, recomendándose que, cuando sea posible,

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

en proyectos de reforma y/o ampliación y siempre en los nuevos hospitales se diseñen unidades autónomas. Por este motivo este apartado dedicado a Programación Funcional, se referirá en todo momento a las Unidades de CMA autónomas, siendo aplicable también a las unidades satélites. En el Anexo 14, se ofrecen criterios para el dimensionado de las UCMA y en el 15, un ejemplo de Programa Funcional, para una unidad autónoma con cuatro quirófanos.

- 28.6.1.1)- Aspectos Estructurales de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria .

-Las UCMA requieren una serie de recursos estructurales y de equipamiento, que estarán fundamentalmente en relación con las características de la actividad clínica programada ,y con el grado de autonomía, que con respecto a los recursos ya existentes, se precise disponer.

- Dada la consolidación y avance de la CMA, se considera que las condiciones estructurales de las Unidades, deberían responder a los requisitos apuntados en estos estándares y recomendaciones, dando prioridad a las UCMA autónomas, sobre otros diseños.

-Se debe resaltar que los criterios contenidos en estos estándares y recomendaciones, incluyendo los funcionales, deben adaptarse a cada realidad concreta. Las decisiones en cuanto a la estructura funcional de las UCMA, deben estar condicionadas por la forma organizativa y de gestión, que cada UCMA adopte y, en especial, a la organización y gestión de los recursos humanos, en la secuencia de actos : asistenciales y administrativos, que se deben desarrollar durante todo el proceso; así como a los condicionantes , si existen, estructurales del centro.

-Para desarrollar la estructura de una unidad, conviene recordar la secuencia de funciones y actos reseñada anteriormente:

-1) Acceso físico.;

- 2) Admisión.;

-3) Atención preoperatoria.;

- 4) Intervención Quirúrgica;

- 5) Despertar;

-6) Readaptación al medio.

- Para la realización de estas funciones conviene diferenciar tres áreas o unidades clínico-funcionales principales:

- -El área clínica y administrativa, que incluirá la consulta específica de CMA, las estructuras administrativas y las zonas de espera y descanso de pacientes y familiares.

- -El área funcional quirúrgica, que incluirá la zona de preparación y el bloque quirúrgico convencional : quirófano y despertar.

- -El hospital de día quirúrgico (área de readaptación al medio).

- El diseño de todas las áreas deberá tener en cuenta siempre la posibilidad de actividad de CMA, en pacientes pediátricos.

-A continuación se realiza una descripción de Unidades Estructurales Funcionales, basada en la circulación idónea de pacientes, y en la secuencia de actos realizados sobre un paciente tributario de Cirugía Mayor Ambulatoria.

-Este concepto secuencial deberá ser la directriz del diseño arquitectónico de la unidad, si bien éste obviamente se adaptará, a las estructuras previas de las que partan, pero observando los postulados de secuencia, de los actos de circulación, que constituyen la base de la Unidad bien planificada:

-1) -ÁREA CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA :

- En la Tabla 6.1: Se describen secuencialmente sus características:

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 1.1) ACCESO :

Las características de la atención de la CMA plantean la necesidad de un alto grado de accesibilidad:

- -La señalización exterior deberá facilitar el acceso a la Unidad y es recomendable la existencia de un aparcamiento específico, dada la necesidad de uso de vehículo particular para realizar el desplazamiento y la organización por citas puntuales.
- - Es deseable la localización de la UCMA en plantas con acceso al mismo nivel que el exterior y con recorrido lo más corto y legible posible, en el caso de que el acceso sea compartido.
- - El diseño responderá a la normativa de accesibilidad para minusválidos y al Código Técnico de la Edificación (DB-SU).
- - El acceso del personal es deseable que esté diferenciado del de los pacientes y acompañantes.
- - La entrada y salida de suministros y material (lencería, farmacia, desechos, etc.) deberá estar diferenciada en todos los casos.

-1.2)- RECEPCIÓN Y ADMISIÓN :

-En todos los tipos de Unidad, será imprescindible la existencia de un área de recepción y de admisión específicas.

-Esta área incorporará el espacio necesario para la atención al paciente y a sus acompañantes : deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad, durante el proceso de admisión, en el que se realiza la filiación, determinación de citas, organización de listas y previsión de fallidos, comunicaciones con los pacientes, etc.

-El área administrativa contará con el equipamiento necesario, para desarrollar eficazmente su actividad : ofimática, informática, e-mail, teléfonos, fax, contestador automático para atención fuera de horario, y prever espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos informativos, etc.

-1.3)- CONSULTA Y ZONA DE PERSONAL :

-Dentro de la Unidad Clínica y Administrativa, la atención preoperatoria consiste en el diagnóstico y selección del paciente tras la evaluación clínica, así como en suministrar la información pertinente, y obtener el consentimiento del paciente. Estas funciones se desarrollan en las áreas de consulta cuyo número estará en relación con el volumen de actividad y con el horario de funcionamiento. En el Anexo 14 a estos estándares y recomendaciones se desarrollan los criterios de dimensionado. En el área clínica administrativa se consideran incluidos los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales, docentes y el descanso. El personal dispondrá de aseos específicos así como espacio para vestuario en función del sistema organizativo adoptado y la existencia o no, en su caso, de una zona próxima de ese recurso en el hospital. El espacio destinado para el material de limpieza de la unidad, podrá situarse en el área general de aseos.

-1.4)- ESPERA :

El área clínica y administrativa deberá poseer un espacio para espera específica
INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 62

de familiares y pacientes, que puede ser común a la espera durante la intervención. Esta zona de espera será confortable y estará dotada de aseos, teléfono y fuente automática de agua fría. Puede plantearse televisión o vídeo según la actividad pediátrica.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Figura 6.1. Señalización de la sala de espera de la UCMA

El dimensionamiento de la zona de espera dependerá de la actividad prevista y de las características socioculturales de la población, debiendo contar en condiciones normales con una previsión de 1,5 asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad. Debe diseñarse una zona de espera-juegos infantil.

-1.5)- VESTUARIOS DE PACIENTES :

-Los vestuarios podrán estar ubicados en el área clínica y administrativa o bien en el área quirúrgica ,dependiendo del diseño de la unidad.

-Los vestuarios serán diferenciados : hombres, mujeres, y deberán contar con espacio suficiente, para armarios que permitan la custodia de ropa y objetos personales, y tendrán lavabos e inodoro : 1 cada 10 pacientes, no siendo imprescindible la existencia de bañeras, ni duchas.

Figura 6.2.: Vestuarios de pacientes junto a la espera general de acceso a la unidad de CMA.

-2) -ÁREA FUNCIONAL QUIRÚRGICA.

-La denominada Área Funcional Quirúrgica, agrupa los locales de preparación preoperatoria, el quirófano, y el despertar. No se incluye el vestuario prequirúrgico, dado que funcionalmente no se considera como necesariamente integrado en el área quirúrgica.

- En la tabla II: Se describen secuencialmente sus características.

-2.1)- ZONA DE ATENCIÓN PREOPERATORIA :

-En esta zona, se realizan las funciones de confirmación del proceso y del cumplimiento de las instrucciones preoperatorias, evaluación anestésica, y preparación específica : rasurado, venoclisis, etc.).

-El acceso desde el vestuario deberá cumplir los requisitos ya citados de desplazamientos y circulación.

-Esta zona se puede diseñar según modelos alternativos, y fundamentalmente dependientes de la estructura previa.

-La zona de atención preoperatoria, puede compartir el control de enfermería, con la zona de readaptación al medio.

-Este diseño tiene la ventaja de compartir personal y equipamiento, y evita la «dispersión» de los pacientes ; por el contrario requiere un diseño minucioso, para obviar los problemas de interferencias en atención y cruce de pacientes.

-Si se opta por la alternativa de compartir el control de

- Tabla 6.1. Características estructurales de la Unidad Funcional Clínico-Administrativa:

Ámbito Función Características estructurales :

- ACCESO:

- -Acceso.
- -Señalización exterior adecuada.
- -Deseable aparcamiento específico.
- - Recorrido corto si el acceso es compartido.
- -Facilitar acceso para minusválidos.
- - Acceso diferenciado de material y suministros.

- ADMISIÓN:

- -Admisión.
- -Espacio adecuadamente dimensionado.
- -Garantizar cierto grado de privacidad.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- RECEPCIÓN :

- -Atención al paciente.
- - Equipamiento adecuado para las tareas: ofimática, e-mail, informática, teléfonos, contestador automático, fax, etc. • Almacén y archivo de documentación específica.

- CONSULTA Y ZONA:

- - Evaluación clínica.
- - Número de consultas en función.

- PERSONAL:

- - Diagnóstico. del rendimiento.
- -Selección.
- -Despachos y salas de reunión .
- - Información. del personal.
- -Apoyo.
- - Aseos específicos del personal.
- -Vestuarios específicos de personal, según la disposición del hospital.
- -Circulación diferenciada del personal.
- - Material de limpieza en área general de aseos.

- ESPERA:

- -Espera y descanso de.
- -Confortabilidad (posibles largas pacientes y de familiares. esperas).
- -1,5 cómodos asientos por paciente que se encuentre en cualquier área de la Unidad.
- -Aseos., • Teléfono., • Televisión/vídeo (optativos), • Fuente automática de agua fría.

- VESTUARIOS :

- -Cambio de ropa preoperatorio.
- - Localización en área clínica o DE PACIENTES.
- -Custodia de objetos personales. quirúrgica.
- - Diferenciados (hombres, mujeres).
- Tendrán lavabo e inodoro (1 cada 10 pacientes). • No imprescindibles duchas ni baños.
- Armarios (número según actividad).

- ENFERMERÍA CON LA ZONA DE READAPTACIÓN AL MEDIO: Se deberán tomar en consideración los siguientes aspectos:

- -Se debe asegurar la absoluta separación visual y la privacidad de ambas áreas, que a su vez deberán tener un adecuado control visual, por parte de la enfermería.
- -Se deben establecer flujos unidireccionales, evitando los cruces de circulaciones.

- Si se opta por un control de enfermería común, éste debe ser abierto y cumplir como pivote de las relaciones intrahospitalarias de la Unidad. Dispondrá de todos los apoyos, medicación, curas, alimentación, limpio, lencería y sucio, comunes con la zona de adaptación al medio.

-Si se contempla la actividad pediátrica, se considera conveniente que el diseño permita a los adultos responsables, acompañar al paciente el mayor tiempo posible, así como que se tengan en cuenta los requisitos específicos de los niños.

-Se considera necesaria la previsión de espacio de almacenamiento de equipos médicos portátiles, para que no se encuentren a la vista generando ansiedad innecesaria.

-La entrada y salida de material y suministros, y la circulación de personal, deberá ser diferenciada.

-2.2)- PRE-ANESTESIA O ANTEQUIRÓFANO :

- La anestesia se realizará de acuerdo con la forma de organización elegida : antequirófano, quirófano, etc.).

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Se tiende a disponer de una zona común, para todos los quirófanos de la Unidad. Es posible compartir esta zona, con la de despertar/URPA.

-2.3) BLOQUE QUIRÚRGICO :

-La función de esta zona es tratar al paciente seleccionado ,y deberá ser idéntico a los quirófanos convencionales en diseño, equipamiento y apoyos.

- El acceso desde la zona de preparación, deberá cumplir los requisitos ya citados de desplazamiento y circulación.

-El quirófano tiene los mismos requerimientos de instalaciones, que los del bloque quirúrgico general : 40 m² ,con lado menor no inferior a 6 m., así como el equipamiento quirúrgico convencional.

- Dado que el quirófano es utilizable por diferentes especialidades, se deberá plantear el diseño, que permita la utilización de instrumental específico : de ORL, ortopedia, oftalmología, cirugía endoscópica, etc.), y efectuar previsión de espacio para el almacenamiento de este utillaje.

-El número de quirófanos mínimo, para conseguir la operatividad y eficiencia de una UCMA es de 2.

- Figuras 6.3 y 6.4. Boxes de preanestesia y despertar de CMA: detalle de equipamiento en cabecera y el box anexo destinado a pediatría.

-En esta zona se dispondrá de los apoyos necesarios para el funcionamiento de la actividad quirúrgica: vestuarios de personal, zona de preparación de cirujanos, material estéril, almacén general y de equipos, y oficinas.

Figura 6.5. Acceso a quirófano de CMA, en un bloque quirúrgico .

-2.4) -DESPERTAR/UNIDAD DE RECUPERACIÓN POST-ANESTÉSICA :

-En esta zona se realiza la monitorización de las funciones vitales, hasta conseguir un nivel de vigilia y de constantes, que permitan trasladar al paciente a la zona de readaptación al medio.

-El despertar es idéntico al del bloque quirúrgico general ,y deberá dimensionarse de acuerdo con:

1.- La mayor actividad de los quirófanos de CMA;

2.- El tiempo medio previsto de permanencia en despertar, y

3.- La posibilidad, como se ha mencionado, en el apartado 5.5.2. (: Flujos de pacientes, de que el paso por despertar no sea imprescindible; técnicas de fast-track permiten en ocasiones a enfermos intervenidos con anestesia loco-regional y general, pasar directamente al área de readaptación al medio.

-En el Anexo 14: Se incluyen criterios para el dimensionado de los recursos necesarios.

-El puesto de despertar, tendrá espacio suficiente para poder acceder desde la cabecera y los laterales, con un mínimo de 80 cm por cada lado de la cama, siendo la superficie mínima por puesto de 10 m² útiles.

-Dispondrá de un control de enfermería, con buena visibilidad de todos los pacientes.

-Como las zonas de despertar, suelen estar adyacentes al quirófano, en general, no se plantearán problemas de acceso en las zonas, que utilicen estructuras previas de bloque quirúrgico.

-Sin embargo, la salida hacia la zona de readaptación al medio, cumplirá con los requisitos genéricos de desplazamiento y circulación.

- Tabla 6.2.: CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA UNIDAD FUNCIONAL QUIRÚRGICA:

- Ámbito, Función, Características estructurales :

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- PREPARACIÓN :

- -Confirmación del proceso.
- -Apoyos de control de enfermería.

- PREOPERATORIA:

- -Evaluación preanestésica.
- -Boxes o locales de preparación.
- -Información preoperatoria. específicos.
- -Preparación específica.
- -Si el control enfermería es común con Readaptación al Medio, debe tener las siguientes características: Separación visual y la privacidad de ambas áreas; Adecuado control visual por parte de la enfermería; Evitar los cruces de circulación de los pacientes entre preanestesia y readaptación.

Tabla 6.2. CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA UNIDAD FUNCIONAL QUIRÚRGICA (CONTINUACIÓN) : Ámbito, Función, Características estructurales :

- ANTEQUIRÓFANO:

- -Técnicas de anestesia loco/regional-
- -Tendencia a un espacio común.

- PREANESTESIA regional, con o sin sedación, para todos los quirófanos de la Unidad, o antequirófano o quirófano. Una posibilidad es compartir con despertar/URPA.

- BLOQUE:

- -Procedimiento Anestésico.
- -Número mínimo de quirófanos, QUIRÚRGICO • Intervención quirúrgica. para eficiencia: 2.
- -Requerimientos comunes con quirófano convencional:
— 40 m² útiles, con lado menor no inferior a 6 m (17). Nivel de equipamiento equivalente al menos a quirófanos generales. Equipamiento específico según definición de actividad (por especialidades).
- -Circulaciones definidas dentro del bloque general.
- -Vestuarios de personal.
- -Preparación de cirujanos.
- -Espacio para material estéril.
- -Reserva de espacios suficientes para almacén de equipamiento específico y material fungible.

- DESPERTAR:

- -Despertar inmediato .
- -Despertar convencional (10 m² URPA postoperatorio. útiles por puesto).
- -Dimensionado según volumen de actividad y mezcla (mix) de procedimientos.
- -Control de enfermería.

-(17) Se trata de dimensiones recomendadas. Las normas para la autorización administrativa de estos servicios de algunas Comunidades Autónomas, contemplan requisitos mínimos menos exigentes.

-3) ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO (READAPTACIÓN AL MEDIO) :

-Esta zona cumple unas funciones primordiales dentro del concepto de la Cirugía Mayor Ambulatoria , y se basan en las premisas de confortabilidad, seguridad y contacto con la familia.

-Se completa aquí la monitorización previa al alta, se efectúa una evaluación prealta , con todos los requisitos de seguridad, por parte del cirujano y el anestesiólogo, y se suministran

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

tanto la información como las instrucciones precisas para la adecuada convalecencia.

- En los casos en los que sea menester, se indicará el ingreso hospitalario convencional.

- Figura 6.6. Circulación interior de una zona de readaptación al medio con boxes para sillones y camas en fachadas y control de la unidad central.

-El diseño se contempla dentro de las alternativas ya descritas en el apartado de la preparación preoperatoria, sirviendo aquí la descripción de los requisitos del puesto de enfermería.

El entorno de esta zona será diáfano, y la iluminación preferentemente será natural.

-El dimensionado de esta zona es importante, y está en función del grado de actividad quirúrgica (Anexo 14).

-El puesto de la zona de readaptación al medio, se define como el área en donde se atiende a un paciente, y que debe contar con espacio suficiente para el Box de zona de readaptación al medio, con cama y silla para el acompañante. Detalles de los equipos en cabeceras de puestos de readaptación al medio (camas) :albergar una cama o sillón comfortable, luz en cabecera adecuada, provisión posible de oxígeno y aspiración (que podrán ser portátiles) y asiento para un acompañante, así como asegurar la suficiente privacidad que no interfiera con la seguridad del paciente.

-Se deberá asegurar, tras el alta, un desplazamiento corto y comfortable hasta la salida, previendo una zona de recogida, por el vehículo de traslado al domicilio, junto a la salida de la Unidad.

.

- Tabla 6.3. CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE READAPTACIÓN AL MEDIO: Ámbito Función, Características estructurales

- READAPTACIÓN:

- -Restablecimiento de funciones AL MEDIO vitales.

- - Retorno a la conexión con el entorno.

- -Cumplimiento de los requisitos prealta.

- - Evaluación prealta por cirujano y anestesiólogo.

- - Información a paciente y familiares.

- -Hospital de día quirúrgico, con las siguientes características: Confortabilidad;

Dimensionado según actividad: (0,75 puestos por paciente y día); El puesto debe permitir la compañía de familiares; Conexión con hospital general : administrativa y física; Aseos pacientes; Aseos adaptados.

- CONTROL DE ENFERMERÍA, con sus apoyos:

- Despacho supervisor.; Oficio limpio; Oficio sucio; Oficio limpieza; Oficio comida; Almacén lencería; Espacio de almacén de equipos portátiles.

- Alta.

- Circulación y acceso a la salida con características idénticas a las ya descritas.

-Tabla 6.4. PROGRAMA GENÉRICO DE LOCALES DE LA UCMA ZONA LOCAL:

- ACCESO, RECEPCIÓN:

- 1. Entrada y vestíbulo. Y ADMISIÓN.

- 2. Recepción.

-3. Secretaria y Admisión.

- 4. Despacho información.

- 5. Espera general.

- 6. Espera - juegos infantil.

-7. Aseo público.

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

- 8. Aseo adaptado.
- 9. CONSULTAS y ZONA DE PERSONAL.
- 10. Despacho clínico.
- 11. Despacho de responsable de la Unidad.
- 12. Sala polivalente.
- 13. Aseos y vestuarios.
- PREOPERATORIO:
- 14. Vestuarios pacientes.
- Y READAPTACIÓN:
- 15. Aseo pacientes.
- AL MEDIO:
- 16. Aseo adaptado.
- 17. Preparación pacientes.
- 18. Control de enfermería.
- 19. Estar de personal.
- 20. Readaptación al medio.
- 21. Oficio limpio.
- 22. Oficio sucio.
- 23. Oficio de limpieza.
- 24. Oficio de comidas.
- 25. Almacén de equipos.
- 26. Almacén de lencería.
- 27. Sillas de ruedas.
- 28. Despacho supervisión.
- BLOQUE QUIRÚRGICO:
- 29. Acceso. DE CMA
- 30. Control.
- 31. Preanestesia/Antequirófano.
- 32. Quirófano.
- 33. Preparación cirujanos.
- 34. Vestuarios personal quirúrgico.
- 35. Vestuarios limpieza.
- 36. Subcentral estéril.
- 37. Almacén material.
- 38. Oficio de limpieza.
- 39. Oficio sucio.
- 40. Despacho de personal.
- 41. Descanso de personal.
- 42. Almacén de equipos.
- 43. Almacén Rx portátil.
- 44. Almacén general.
- 45. Control.
- 46. Despertar.

- 28.6.2)-. EQUIPAMIENTO E INSTALACIONES

-En el Anexo 14 de estos estándares y recomendaciones, se desarrollan los criterios de dimensionado, y en el Anexo 15 el Programa Funcional, incluido el Programa de Locales,

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

características de las instalaciones y equipamiento de una UCMA autónoma o satélite «tipo» con cuatro quirófanos.

- Los criterios y recomendaciones contenidos en ambos Anexos, pueden servir de ayuda para planificar el equipamiento de una UCMA, que tiene en términos genéricos, que disponer del equipamiento propio de un bloque quirúrgico convencional, y que se recoge en el Anexo 12.

- 28.6.3)- MATERIAL SANITARIO. ESTERILIZACIÓN .

- Los centros sanitarios deberán controlar el almacenamiento, distribución del material e instrumental sanitario, con especial atención a su caducidad. Todos los centros sanitarios deberán disponer de un espacio seguro destinado al almacenamiento de material e instrumental sanitario, adecuado en su capacidad a las necesidades de los mismos y que permita su clasificación y control. Los centros sanitarios deberán garantizar el uso adecuado del material estéril. El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible en ningún caso su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización así como la fecha límite de utilización. Todo material o instrumental no desechable que atraviese la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adaptado a sus características. En las UCMA autónomas y satélites se recomienda que exista una subcentral de esterilización, mientras que en los Centros de CMA deberá definirse un área de esterilización con espacios diferenciados según nivel de contaminación y con definición de circuitos de material limpio y sucio. Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para los profesionales y los pacientes.

- 28.6.4)- Protocolos de Limpieza .

-Todos los centros y establecimientos sanitarios deberán mantenerse en óptimas condiciones de limpieza e higiene, en sus dependencias, instalaciones, equipamiento y material e instrumental sanitario.

- Existirá un protocolo de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de la UCMA, que atienda a sus especificidades.

-Este protocolo estará acompañado del contrato de prestación de servicio, que garantice su cumplimiento, salvo que se acredite su ejecución por medios propios.

-Asimismo, deberá existir un protocolo de limpieza, desinfección y, en su caso, de esterilización del equipamiento, material e instrumental sanitario no desechable.

- 28.6.5)- Gestión de Residuos Sanitarios .

- Los centros y establecimientos tienen la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.

-A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios, adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal de la UCMA.

- 28.7)- Recursos Humanos.

-Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones, referidos a la gestión de personal: aspectos de carácter administrativo : registro, titulación, etc., formación y criterios orientadores para el cálculo de los recursos necesarios.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.7.1)- . Registro de Personal Sanitario .

En los centros y establecimientos deberá existir un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia. El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias. El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

- 28.7.2)- Expediente Personal .

Todos los centros y establecimientos dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral. Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

- 28.7.3)- Titulación .

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables (18). El personal necesario en una unidad de CMA responde a las siguientes funciones y titulaciones:

(18) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 77

Responsable de la Unidad: Función a realizar por un Facultativo Especialista de Anestesia o de alguna de las especialidades quirúrgicas. Las funciones generales del Responsable de la Unidad son:

- Organizar a un conjunto de profesionales sanitarios, de diversas especialidades, en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una adecuada utilización de los recursos asignados.
- Programar la unidad adecuando la demanda a los recursos disponibles.
- Controlar la calidad de la unidad.

En todo momento se deberá conocer públicamente quien es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad. Cirujanos: Facultativos especialistas de cada una de las especialidades que participen en la UCMA. Anestesiólogos: Facultativos especialistas en Anestesiología y Reanimación. Enfermería (quirófanos, reanimación, readaptación al medio y consultas): Diplomado Universitario en Enfermería. Auxiliares de Enfermería: Auxiliares de quirófano, readaptación al medio y consultas. Celador: Celador del hospital. Secretaria: Administrativo con la titulación correspondiente, similar al resto del hospital.

- 28.7.4)- Responsable Sanitario .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Durante el tiempo que permanezcan abiertas, las UCMA deberán estar atendidas por su responsable o por otros profesionales en los que delegue.

- 28.7.5.)- Identificación y Diferenciación del Personal .

-Los centros y establecimientos sanitarios adoptarán las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal, y la diferenciación de su titulación y categoría profesional, ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que les permita conocer quién los atiende.

-El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales, mediante su uniforme, y será identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría.

-El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse, cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que ésta estuviere previamente definida.

- 28.7.6.)- Medios Documentales.

-Para el correcto ejercicio de su profesión, los centros facilitarán al personal sanitario, en función de su categoría profesional, los siguientes recursos:

-1)- El acceso a la historia clínica de sus pacientes.

-2)- Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.

-3)- Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas de la unidad asistencial.

-4)- La documentación asistencial, informativa o estadística. que determine el centro. y

-5)- Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores. que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

- 28.7.7.)- . Formación de Pre y Posgrado.

- 28.7.7.1)- Objetivos a Desarrollar en los Próximos Años.

-La enseñanza de la Medicina y la formación de especialistas, deberá abarcar en los próximos años, no solo las nuevas modalidades de asistencia, como la cirugía sin ingreso; sino también las tendencias de la Medicina actual, con el empleo coste-efectivo de los avances tecnológicos, el control de calidad, la competencia entre proveedores de servicios, la elaboración de vías y guías clínicas; en definitiva, deberá adaptarse a las técnicas de la gestión clínica.

. En relación con la CMA, se deberían alcanzar los siguientes objetivos:

1.- Aprovechar el gran volumen de pacientes de la CMA, para las prácticas de los estudiantes de Medicina.

2.- Formar a los residentes en los diversos elementos que componen el circuito funcional de la CMA.

3.- Contribuir, aprovechando los dos objetivos anteriores, a difundir los principios básicos de la asistencia sanitaria gestionada.

- 28.7.7.2)- Plan de formación en CMA para el Pre y Posgrado .

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Los estudiantes de Medicina y los Médicos Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria, de una manera general, y los residentes de las especialidades quirúrgicas, en particular; deberán conocer los elementos diferenciales de la CMA.

- La formación de postgrado, se ajustará a los programas aprobados por las respectivas Comisiones Nacionales de Especialidad; la troncalidad prevista en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en actual desarrollo, hace recomendable que se planificara la enseñanza común de la CMA, en los dos primeros años.

-La enfermería deberá estar formada e instruida en esta modalidad de atención sanitaria, previamente al desarrollo de su trabajo, debido al volumen de pacientes y diversidad de patologías.

- 28.7.8)- Formación Continuada.

-La UCMA debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada, y de investigación y docencia de sus profesionales sanitarios.

-La UCMA dispondrá de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos en seguridad y calidad, adaptado a sus características.

- Los Servicios de Salud deben facilitar el conocimiento de esta modalidad asistencial, y el funcionamiento de las UCMA, por los profesionales sanitarios de Atención Primaria :médico/as y enfermero/as.

- Los Servicios de Salud y otras organizaciones sanitarias deben colaborar con los anestesiólogos y cirujanos en el desarrollo de la CMA ,frente a la cirugía con hospitalización convencional.

.Para ello, se debe proveer, cuando se requiera:

- Entrenamiento específico para el cirujano y anestesiólogo, en las técnicas de CMA y cirugía mínimamente invasiva, así como sobre las ventajas de estas técnicas para los pacientes.

- -Oportunidades para asistir y practicar en la UCMA de referencia.

- -Incentivos locales.

- 28.7.9)- Criterios Para el Cálculo de los Recursos Necesarios .

-Los recursos de personal, que se consideran necesarios, varían en función de la cartera de servicios de la Unidad, así como de los criterios organizativos y de gestión de la misma.

-Los criterios que se exponen, tienen, por tanto, un carácter indicativo, y corresponderían a una UCMA autónoma, en una hospital con gestión electrónica de la historia clínica, y del resto de los componentes de la gestión clínica y administrativa:

- -Cada equipo quirúrgico deberá disponer, al menos, de un/a especialista quirúrgico, de un/a anestesiólogo/a y dos enfermero/as, uno como instrumentista, y otro como circulante: 1,5 enfermero/as y 0,5 auxiliares de enfermería por quirófano, que esté en funcionamiento.

- - La zona de recuperación postanestésica : que en ocasiones también realiza las funciones de antequirófano, debe disponer de un/a enfermero/a y un/a auxiliar de enfermería, por cada tres y cuatro, respectivamente, pacientes que se estén asistiendo en esta zona. El número de pacientes asistidos en la zona de recuperación postanestésica, puede no ser igual al número de pacientes intervenidos, pues prácticamente todos los pacientes, a los que se han intervenido, con anestesia local y loco-regional, pasan directamente, a la Sala de Readaptación al Medio. Se estima que el tiempo medio de permanencia en esta zona, es de 1 hora.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- -La Zona de Readaptación al Medio debe disponer de un/a enfermero/a y un/a auxiliar de enfermería por cada ocho y doce, respectivamente, pacientes atendidos en esta zona.
- Se estima que el tiempo medio de permanencia en esta zona es de 3 horas. Se recomienda la gestión integrada del personal de enfermería, asignando recursos a las zonas de reanimación postanestésica y de readaptación al medio, en relación con las necesidades de cuidados en cada zona y momento.
- La estructura física de la UCMA debe favorecer esta forma de organización.
- Personal de apoyo no sanitario. Salvo excepciones en UCMA de gran tamaño, en caso de dedicación plena, será suficiente con la asignación de un/a auxiliar administrativo (19).
- La dotación de celadores deberá ajustarse a la tipología de la unidad y a su volumen de actividad.
- (19). Esta previsión de necesidades de personal puede variar al alza, dependiendo del nivel de informatización del centro, y de la distribución de procesos administrativos de soporte, y estructurales entre la UCMA, y otras unidades del hospital.

- 28.8)- Calidad.

- 28.8.1)-Acreditación .

-El Comité de Acreditación de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria, ha desarrollado un Manual de Acreditación, que ha sido validado en siete UCMA43, y puede servir de referencia para los organismos o agencias de acreditación reconocidos.

- 28.8.2)- Indicadores de calidad .

- Se ha seleccionado, de conformidad con los criterios que se recogen en el Anexo 13, un conjunto de 9 indicadores, que se resumen en la siguiente tabla:

-Tabla 8.1. Indicadores de calidad de la UCMA

-Dimensión de la calidad Indicador ,Cálculo :

-1. Cancelación de procedimientos. % [(cancelaciones/pacientes citados)].

Calidad percibida por Eficiencia y calidad científico-técnica de la Eficiencia del sistema del usuario de la UCMA

-2. Acontecimientos Adversos .

-2.1. Reintervención no planificada en el mismo día.

% [(reintervenciones/pacientes operados)].

-2.2. Pernocta no planificada. % [(pacientes que pernoctan sin estar planificado (20)/pacientes operados)].

-2.3. Consulta urgente. % [(urgencias/pacientes operados)].

-2.4. Reingresos hospitalarios. % [(ingresos/pacientes operados)].

-2.5. Índice de complicaciones ajustadas por riesgo.

N.º de pacientes con complicaciones/N.º esperado de pacientes con complicación en función del riesgo de complicación de cada paciente individual.

-3. Índice de Sustitución procesos. % $[(\sum \text{GRD —Listado A— realizados Listado A. de forma Ambulatoria}/\sum \text{GRD Quirúrgicos —Listado A— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria})]$

-4. -Índice de Ambulatorización. % $[(\sum \text{GRD quirúrgicos realizados de forma Ambulatoria}/\sum \text{GRD quirúrgicos totales})]$.

-5. Índice de Satisfacción. % en cada categoría de respuesta.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Como se ha señalado en el epígrafe 2.3.3. existen muy pocos estudios comparando la cirugía mayor ambulatoria con la cirugía con ingreso. Antes de la próxima revisión de los estándares y recomendaciones de la UCMA se realizará un estudio sobre la incidencia de efectos adversos en las UCMA, comparándolo con los resultados en hospitalización convencional para el mismo tipo de procesos.

-(20)- Excluye a aquellos pacientes que por condiciones del entorno y no disponiendo de alojamiento residencial alternativo, se planifica su ingreso en camas de hospitalización convencional asignadas a la UCMA.

- 28.9)- Criterios de Revisión y Seguimiento de los Estándares y Recomendaciones .

-Desde la publicación de la Guía de Cirugía Mayor Ambulatoria por el Ministerio de Sanidad y Consumo, hasta la actualidad han transcurrido trece años, en los que se han producido cambios muy importantes, no sólo en relación con las UCMA, sino también en la organización y gestión del sistema sanitario.

- Los escenarios de futuro señalan que estos cambios, pueden ser todavía más profundos, impulsados por los avances técnico-científicos, en las tecnologías de la información y comunicaciones, y en las formas de organizar y gestionar los servicios sanitarios.

-No se debería volver a producir un silencio tan prolongado en el tiempo, por lo que se recomienda, que se realice una revisión y actualización de estos estándares y recomendaciones, en un plazo no superior a diez años, que puede ser inferior si los cambios que se generen, hacen preciso modificar aspectos relevantes y/o recomendaciones «fuertes».

-Se recomienda, asimismo, que se actualicen los listados A y B de procedimientos (Anexos 4 y 5) a realizar en las UCMA, al menos cada cinco años. Aunque la calidad y la eficiencia de la CMA, están ampliamente contrastadas, a lo largo del proceso de debate, para la elaboración de estos estándares y recomendaciones, se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información, y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UCMA, en el sistema Sanitario Español, y de otros países.

- Para mejorar este conocimiento, como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia, o al menos, en la experiencia, se recomienda que los próximos estándares recojan, además de los tópicos abordados en esta, los siguientes:

- -El análisis de la totalidad de altas de CMA, codificadas mediante el CMBD y agrupadas por procesos/procedimientos (GRD o agrupador que utilice el conjunto del Sistema Nacional de Salud), incluyendo las realizadas en el sector privado.

- - Un estudio sobre efectos adversos comparando la incidencia de los mismos en las UCMA, frente a la hospitalización convencional para el mismo tipo de procedimientos, complejidad y riesgo.

- -Una actualización del estudio sobre los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el Listado A, que se ha incorporado a estos estándares y recomendaciones.

- - Una evaluación de las experiencias en las UCMA con «recuperación prolongada» y vinculadas a programas de «cirugía de corta estancia». Esta evaluación debería realizarse antes de que se diseminaran este tipo de formas organizativas y de gestión ,sin la suficiente información sobre sus costes y beneficios.

- -Un estudio sobre los costes de producción de las UCMA en España y otros países, comparando diferentes tipologías.

- -Un análisis sistemático de los indicadores de calidad de las UCMA, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el apartado 8.2, de estos estándares y recomendaciones.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- -La elaboración de un documento de consenso, basado en la evidencia, sobre solicitud de pruebas preoperatorias en pacientes incluidos en programas de CMA.

-2 8.10)- ANEXO 1. PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS MÁS FRECUENTES.

-28.10. Anexos.

- 28.10.1)- Anexo 1. Procesos quirúrgicos ambulatorios más frecuentes del SNS en 2005.
- 28.10.2)- Anexo 2. Índice de Sustitución de procesos quirúrgicos ambulatorios en el SNS (2005).
- 28.10.3)- Anexo 3. Modelo de consentimiento informado para UCMA.
- 28.10.4)- Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA.
- 28.10.5)- Anexo 5. Listado B de procedimientos susceptibles de CMA.
- 28.10.6)-Anexo 6. Listado C de procedimientos considerados de cirugía menor ambulatoria o realizados preferentemente en gabinetes de endoscopia, salas de cura u otras salas de tratamiento y diagnóstico.
- 28.10.7)- Anexo 7. Criterios anestésicos para la catalogación de los pacientes (American Society of Anesthesiologists)
- 28.10.8)- . Anexo 8. Esquema de circulación de pacientes en el proceso de atención de una UCMA.
- 28.10.9)- Anexo 9. Recomendaciones antes de la intervención en la UCMA.
- 28.10.10)- Anexo 10. Solicitud de pruebas complementarias.
- 28.10.11)- Anexo 11. Criterios de Alta.
- 28.10.12)- Anexo 12. Equipamiento de la UCMA.
- 28.10.13)- Anexo 13. Criterios para la selección de indicadores de calidad de las UCMA.
- 28.10.14)- Anexo 14. Criterios de dimensionado de los recursos.
- 28.10.15)- Anexo 15. Programa funcional de espacios de una UCMA de 4 quirófanos.
- 28.10.16)- Anexo 16. Estudio de los tiempos quirúrgicos de los procedimientos incluidos en el Listado A (Anexo 4).
- 28.10.17)- Anexo 17. Definiciones.
- 28.10.18)- Anexo 18. Abreviaturas.

-28.10)- Anexo 1. PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS MÁS FRECUENTES DEL SNS EN 2005

-GRD AP Descripción :

-Casos Amb.

Casos Hosp. (%)

- 39 PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMÍA 204.499 18.088 91,9
- 270 OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T. SUBCUTÁNEO & MAMA SIN CC 85.713 7.891 91,6
- 40 PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17 27.508 4.338 86,4
- 6 LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO 22.106 3.499 86,3
- 162 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC 20.720 33.336 38,3
- 266 INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ÚLCERA CUTÁNEA, CELULITIS SIN CC 18.744 5.751 76,5
- 359 PROC. SOBRE ÚTERO & ANEJOS POR CA. IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC 15.325 42.198 26,6
- 225 PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE 15.271 17.147 47,1

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 229 PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S. ARTICULACIÓN SIN CC 14.551 11.686 55,5
- 119 LIGADURA & STRIPPING DE VENAS 13.996 14.821 48,6
- 364 DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA 12.956 6.512 66,6
- 231 EXCISIÓN LOCAL & ELIMINACIÓN DISP. FIJACIÓN INTERNA EXC. CADERA & FÉMUR 12.462 14.730 45,8
- 55 PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA 10.977 21.625 33,7
- 267 PROCEDIMIENTOS DE REGIÓN PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL 10.801 5.481 66,3
- 158 PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMÍA SIN CC 10.593 22.310 32,2
- 342 CIRCUNCISIÓN EDAD>17 10.437 194 98,2
- INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 88
- 60 AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD<18 9.544 10.656 47,2
- 42 PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO 8.666 7.021 55,2
- 222 PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC 8.251 15.093 35,3
- 160 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC 8.094 17.615 31,5
- 262 BIOPSIA DE MAMA & EXCISIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO 7.994 5.197 60,6
- 227 PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC 7.169 10.564 40,4
- 381 ABORTO CON DILATACIÓN & LEGRADO, ASPIRACIÓN O HISTEROTOMÍA 7.082 32.991 17,7
- 343 CIRCUNCISIÓN EDAD<18 6.530 1.425 82,1
- 232 ARTROSCOPIA 6.056 3.433 63,8
- Total SNS 576.045 333.602 63,33
- Total de casos ambulatorios, total de casos con hospitalización y tasa de ambulatorización de los GRD ambulatorios más frecuentes (n.º casos ambulatorios/total, expresado en %).
Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- 28.10.2)- Anexo 2. ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN DE PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS EN EL SNS (2005).

GRD AP Descripción

-Casos Amb.

-Casos Hosp. I. Sustitu. (%)

- 351 ESTERILIZACIÓN, VARÓN 15.288 75 99,5
- 342 CIRCUNCISIÓN EDAD>17 10.437 194 98,2
- 39 PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMÍA 204.499 18.088 91,9
- 40 PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17 27.508 4.338 86,4
- 6 LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO 22.106 3.499 86,3
- 343 CIRCUNCISIÓN EDAD<18 6.530 1.425 82,1
- 61 MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17 2.112 477 81,6
- 362 INTERRUPTIÓN TUBÁRICA POR ENDOSCOPIA 3.925 1.537 71,9
- 38 PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS 622 301 67,4
- 364 DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA 12.956 6.512 66,6
- 41 PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD<18 3.978 2.008 66,5
- 267 PROCEDIMIENTOS DE REGIÓN PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL 10.801 5.481 66,3

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 232 ARTROSCOPIA 6.056 3.433 63,8
- 262 BIOPSIA DE MAMA & EXCISIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO 7.994 5.197 60,6
- 163 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18 5.070 3.428 59,7
- 229 PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACIÓN SIN CC 14.551 11.686 55,5
- 42 PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO 8.666 7.021 55,2
- 119 LIGADURA & STRIPPING DE VENAS 13.996 14.821 48,6
- 60 AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD<18 9.544 10.656 47,2
- 225 PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE 15.271 17.147 47,1
- 231 EXCISIÓN LOCAL & ELIMINACIÓN DISP. FIJACIÓN INTERNA EXC. CADERA & FÉMUR 12.462 14.730 45,8
- 361 INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROTOMÍA 999 1.332 42,9
- 227 PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC 7.169 10.564 40,4
- 162 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC 20.720 33.336 38,3
- 340 PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18 2.039 3.673 35,7
- 228 PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC 527 1.711 23,5
- 59 AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD>17 1.022 3.786 21,3
- 494 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC 1.399 22.866 5,8
- Total SNS 483.250 83.629 63,02
- Total de casos ambulatorios, total de casos con hospitalización e índice de sustitución de los -GRD seleccionados.
- Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- 28.10.3)- Anexo 3. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UCMA (21).

-He sido informado de las características de la CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, bajo anestesia general, regional o local, con la peculiaridad de poder volver a casa con mi familia, si, procede, el mismo día de la intervención.

- El médico me ha explicado los riesgos comúnmente conocidos y las alternativas existentes, insistiendo además en:

1. Organizar la vuelta a casa con la compañía de una persona responsable.
2. No tomar alcohol en las 24 horas siguientes a la intervención.
3. No conducir ningún tipo de vehículo hasta después de las 24 horas siguientes a la anestesia.
4. Mi deber de llamar al Hospital o a mi médico para comunicarle cualquier anomalía de mi recuperación.
5. La posibilidad de que el médico prolongue la hospitalización en caso de surgir complicaciones.
6. Posponer decisiones importantes o trascendentes durante las primeras 24 horas, si esto es posible.

-Por tanto autorizo a la Unidad de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA del Hospital _____ a realizar este tipo de tratamiento quirúrgico.

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

PACIENTE/ACOMPAÑANTE/RESPONSABLE MÉDICO

(21) Jiménez A. Documento-Consentimiento Informado UCMA. Hospital Clínico de Zaragoza.

- 28.10- 4)- Anexo 4. LISTADO A DE PROCEDIMIENTOS SUSCEPTIBLES DE CMA (22):

-Procesos recomendados:

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD44 :

-351 ESTERILIZACIÓN, VARÓN Es un GRD médico que agrupa a pacientes varones ingresados para esterilización.

-342 CIRCUNCISIÓN EDAD>17 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años a los que se les ha practicado una circuncisión.

-39 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados CRISTALINO CON O SIN por enfermedades oculares a los que se les ha practicado VITRECTOMÍA una intervención sobre el cristalino como: facoemulsificación y aspiración de catarata, inserción de prótesis de cristalino al mismo tiempo de la extracción de la catarata o cualquier tipo de extracción extracapsular de cristalino. Estas intervenciones pueden tener asociada una vitrectomía.

-40 PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de EXTRAOCULARES 17 años ingresados por enfermedades oculares a los que EXCEPTO ÓRBITA se les ha practicado una intervención extraocular como: EDAD>17 dacriocistorrinostomía, escisión de pterigion, resección o recesión de músculos extraoculares, escisión del saco lagrimal, intubación del conducto nasolagrimal o reparaciones de párpados.

-6 LIBERACIÓN DE TÚNEL Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se CARPIANO es ha practicado una liberación del túnel carpiano.

-343 CIRCUNCISIÓN EDAD<18 Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años a los que se les ha practicado una circuncisión.

-61 MIRINGOTOMÍA CON Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de INSERCIÓN DE TUBO 17 años ingresados por una enfermedad ORL a los que se les EDAD>17 ha practicado una miringotomía con drenaje transtimpánico.

-362 INTERRUPTIÓN TUBÁRICA Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas POR ENDOSCOPIA por una enfermedad ginecológica o para esterilización, a las que se les ha practicado una esterilización por sección o ligadura tubárica bilateral realizada exclusivamente por vía endoscópica.

-38 PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados PRIMARIOS SOBRE IRIS por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención sobre el iris como: ciclocrioterapia, ciclofotocoagulación, iridoplastia, corioplastia u otros procedimientos antiglaucoma excepto trabeculectomía.

-(22) Se han agrupado por orden descendente en Índice de sustitución (rango: 99,5 a 5,8%).

-PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD44

-364 DILATACIÓN & LEGRADO, Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas CONIZACIÓN EXCEPTO por una enfermedad ginecológica, excepto neoplasia maPOR NEOPLASIA MALIGNA ligna, a las que se les ha practicado una biopsia o legrado sobre cérvix o útero, conización de cérvix o implante radioactivo.

-41 PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de EXTRAOCULARES 18 años ingresados por enfermedades oculares a los que EXCEPTO ÓRBITA se les ha practicado una intervención extraocular como: EDAD<18 dacriocistorrinostomía, escisión de pterigion, resección o recesión de músculos extraoculares, escisión del saco lagrimal, intubación del conducto nasolagrimal o reparaciones de párpados.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-267 PROCEDIMIENTOS DE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados REGIÓN PERIANAL & por quiste pilonidal o ciertas enfermedades de la piel de ENFERMEDAD PILONIDAL región perianal a los que se les ha practicado extirpación de quiste pilonidal o algún procedimiento sobre la región perianal. Hay que destacar que la mayoría de los pacientes a los que se les ha practicado una intervención sobre la región perianal (como drenaje de absceso, fistulectomía o reparación de esfínter anal) se clasifican en el GRD 158 «Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC» de la CDM 6 «Enfermedades y trastornos del aparato digestivo».

-232 ARTROSCOPIA Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una artroscopia diagnóstica. No se incluyen en este GRD los pacientes a los que se les ha practicado una corrección a través de una artroscopia.

-262 BIOPSIA DE MAMA & Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados EXCISIÓN LOCAL POR por una enfermedad no maligna de la piel, tejido subcutáneo o mama como mastopatía fibroquística, neoplasia benigna o inflamación mamaria a los que se les ha practicado una biopsia o escisión local de lesión mamaria.

-163 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de HERNIA EDAD < 18 años ingresados por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicado una herniorrafia inguinal, crural, umbilical o ventral. Se incluyen los pacientes con herniorrafia bilateral.

-229 PROC. SOBRE MANO O Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados MUÑECA, EXCEPTO PROC. por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a MAYORES S. ARTICULACIÓN los que se les ha practicado una intervención sobre mano o SIN CC muñeca excepto intervenciones articulares mayores. Las más frecuentes son: fasciectomía de la mano, escisión de ganglión, reparación de dedo en resorte, sutura de tendón, escisión de tendón, reducción de fractura con fijación interna, escisión de lesión de tejido blando o injerto óseo.

-PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD44

-42 PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados INTRAOCULARES EXCEPTO por enfermedades oculares a los que se les ha practicado RETINA, IRIS & CRISTALINO una intervención intraocular como: trabeculectomía, vitrectomía mecánica, extracción de vítreo o queratoplastia perforante.

-119 LIGADURA & STRIPPING Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados DE VENAS por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se les ha practicado una extirpación de venas varicosas, ligadura venosa o inyección de agente esclerosante en vena.

-60 AMIGDALECTOMÍA &/O Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de ADENOIDECTOMÍA SÓLO, 18 años ingresados por una enfermedad ORL a los que EDAD < 18 sólo se les ha practicado una amigdalectomía, una adenoidectomía o ambas.

-225 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados EL PIE por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre el pie como: excisión de hallux valgus, reparación de dedo en martillo o en garra, alineación metatarsal o artrodesis interfalángicas.

-231 EXCISIÓN LOCAL & Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados ELIMINACIÓN DISP. por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a FIJACIÓN INTERNA los que se les ha practicado una intervención de tibia, pero EXC. CADERA & FÉMUR né, cúbito, radio o húmero como: escisión local de lesión ósea, extracción de dispositivo de fijación interna o extracción de hueso para injerto.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-361 **INTERRUPCIÓN TUBÁRICA** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas POR LAPAROSCOPIA & por una enfermedad ginecológica o para esterilización a las LAPAROTOMÍA que se les ha practicado o bien una laparoscopia, o bien, una esterilización por sección o ligadura tubárica bilateral, salvo que ésta se realice por vía endoscópica.

-227 **PROCEDIMIENTOS SOBRE** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados TEJIDOS BLANDOS SIN CC por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención sobre tejidos blandos (excepto de la mano) como: sutura tendinosa, escisión de tejido blando, revisión de muñón, plastia de tendón, burssectomía o tenotomía.

-162 **PROCEDIMIENTOS SOBRE** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de HERNIA INGUINAL & 17 años ingresados por una enfermedad digestiva a quieFEMORAL EDAD>17 nes se les ha practicado una herniorrafia inguinal o crural. SIN CC Se incluyen los pacientes con herniorrafia bilateral.

-340 **PROCEDIMIENTOS SOBRE** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de TESTÍCULO, PROCESO NO 18 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del MALIGNO EDAD<18 aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, escisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.

- PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD44

-228 **PROC.MAYOR SOBRE** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados PULGAR O ARTIC., U por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a OTROS PROC.S.MANO O los que se les ha practicado una intervención mayor sobre MUÑECA CON CC el pulgar o sobre una articulación de mano u otra intervención sobre mano o muñeca. Las más frecuentes son: artroplastia de pulgar o fasciectomía de la mano. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

-59 **AMIGDALECTOMÍA &/O** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de ADENOIDECTOMÍA SÓLO, 17 años ingresados por una enfermedad ORL a los que EDAD>17 sólo se les ha practicado una amigdalectomía, una adenoidectomía o ambas.

-494 **COLECISTECTOMÍA** Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados LAPAROSCÓPICA SIN por una enfermedad hepatoiliar a los que se les ha practiEXPLORAC. CONDUCTO cado una colecistectomía por vía laparoscópica sin exploBILIAR SIN CC ración del conducto biliar.

- 28.10.5) - Anexo 5-. LISTADO B DE PROCEDIMIENTOS SUSCEPTIBLES DE CMA .

-Una forma de aproximarse a este listado B es analizar aquellos procesos que, en la base de datos de GRD del Sistema Nacional de Salud, tienen un índice de ambulatorización superior al 25% y no están incluidos en el Listado A. Los resultados de este análisis se muestran en la tabla siguiente (23):

-GRD GRD AP Amb. Hosp. % Amb.

-365 OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO 1.559 784 66,54

-169 PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC 4.663 3.291 58,62

-62 MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18 5.125 4.915 51,05

315 OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE RIÑÓN & TRACTO URINARIO 3.141 3.683 46,03

-268 PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTÁNEO & MAMA 1.606 2.169 42,54

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

- 293 OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. SIN CC 323 455 41,52
- 360 PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA 4.896 6.897 41,52
- 341 PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE 2.605 3.684 41,42
- 408 TRAST. MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROC. QUIRÚRGICO 735 1.120 39,6
- 344 OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA 299 471 38,83
- 534 PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR 206 339 37,80
- 477 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL 2.184 3.756 36,77
- 461 PROC. QUIRÚRGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS 1.875 3.320 36,09
- (23) Los GRD 270 (Otros procedimientos sobre piel, tejido subcutáneo o mama, sin complicaciones); 187 (extracciones o reposiciones dentales); y 266 (Injerto de piel y/o desbridamiento, excepto por úlcera cutánea, celulitis sin complicaciones), no se consideran de CMA, sino cirugía menor.

- GRD GRD AP Amb. Hosp. % Amb.
- 363 DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN & RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA 1.248 2.244 35,74
- 394 OTROS PROC. QUIRÚRGICOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMOPOYÉTICOS 1.416 2.561 35,60
- 125 TRAST. CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO 4.506 9.053 33,23
- 313 PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD > 17 SIN CC 1.084 2.250 32,51
- 55 PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA 10.977 23.143 32,17
- 51 PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMÍA 128 286 30,92
- 36 PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA 2.964 6.737 30,55
- 158 PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMÍA SIN CC 10.593 24.756 29,97
- 160 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD > 17 SIN CC 8.094 19.047 29,82
- 8 PROCED. SOBRE N. CRANEALES & PERIFÉRICOS & OTROS PQ S. NERVIOSO SIN CC 1.819 4.304 29,71
- 37 PROCEDIMIENTOS SOBRE ÓRBITA 542 1.331 28,94
- 269 OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T. SUBCUTÁNEO & MAMA CON CC 375 1.000 27,27
- 222 PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC 8.251 22.305 27,00
- 118 REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR 790 2.160 26,78
- 117 REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR 256 729 25,99
- 339 PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD > 17 2.375 6.793 25,91
- 56 RINOPLASTIA 2.099 6.200 25,29
- 359 PROC. SOBRE ÚTERO & ANEJOS POR CA. IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC 15.325 45.936 25,02 102.059 215.719 47,31

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Otros posibles procedimientos, son aquellos que no estando incluidos en el listado A ni teniendo un índice de ambulatorización en el Sistema Nacional de Salud superior al 25%, han sido recomendados en otros sistemas.

-A continuación se relacionan algunos procedimientos incluidos como posiblemente ambulatorios en el Anexo B por la Audit Commission del National Health Service (24), no listados anteriormente. Como la Audit Commission lista procedimientos concretos y no GRD, se ha añadido el código del GRD, así como su definición y descripción:

-GRD AP

-Procesos susceptibles de CMA

-Definición Proceso (25) Descripción GRD

-311 RESECCIÓN TRANSURE- Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados TRAL DE TUMOR DE VEJIGA por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se (PROCEDIMIENTOS TRANS- les ha practicado una intervención por vía transuretral exURETRALES SIN CC) cepto prostatectomía. Las más frecuentes son: biopsia vesical, resección de lesión vesical o extracción de obstrucción de uréter o pelvis renal (todas ellas por vía transuretral).

-290 TIROIDECTOMÍA PARCIAL Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados (PROCEDIMIENTOS SOBRE por una enfermedad endocrina, nutricional o metabólica a TIROIDES) los que se les ha practicado una intervención tiroidea como: tiroidectomía parcial o total, biopsia tiroidea o reimplante tiroideo o paratiroideo.

-260 MASTECTOMÍA SUBTOTAL Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados POR NEOPLASIA MALIGNA por neoplasia maligna de mama a los que se les ha practiSIN CC (MASTECTOMÍA cado una intervención como: extirpación del tumor sin SUBTOTAL POR mastectomía total, cuadrantectomía o biopsia abierta de NEOPLASIA MALIGNA mama con o sin reconstrucción de mama en el mismo inSIN CC) greso.

-337 PROSTATECTOMÍA POR Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados LÁSER (PROSTATECTOMÍA por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los TRANSURETRAL SIN CC) que se les ha practicado una prostatectomía transuretral.

-261 MASTECTOMÍA SUBCUTÁ- Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados NEA (PROC. S. MAMA POR por una enfermedad no maligna de la piel, tejido subcutáneo PROCESO NO MALIGNO o mama a los que se les ha practicado una intervención maEXCEPTO BIOPSIA & maria excepto biopsia y excisión local. Las más frecuentes son: EXCISIÓN LOCAL) mamoplastia de reducción, reconstrucción mamaria, cuadrantectomía, implante mamario o mastectomía subcutánea.

-De esta doble aproximación, se proponen los siguientes GRD a incluir dentro del listado B: (24) The Audit Commission «Basket of 25» no incluidos en el Listado A, o «Anexo B»1. En «descripción de procedimiento» se recoge de forma textual el procedimiento incluido en el Listado B de la «Audit Comisión». (25) Se ha optado por definir el procedimiento a incluir y, entre paréntesis, la definición del proceso —GRD—. La descripción del GRD puede contemplar la inclusión de otros procedimientos no susceptibles de CMA.

-PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD45

-365 OTROS PROC. Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas QUIRÚRGICOS DE AP. por una enfermedad ginecológica a las que se les han GENITAL FEMENINO practicado intervenciones diversas como: laparotomía exploradora, relaparotomía, biopsia peritoneal, liberación de adherencias, reparación de fístula vesical u otras intervenciones vesicales.

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

-169 PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado excisión de lesión dental, labial, lingual o bucal, gingivoplastia, alveoloplastia, apicectomía o biopsia de lengua.

-62 MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes menores de 18 años ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado una miringotomía con drenaje transtimpánico.

-315 OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE RIÑÓN & TRACTO URINARIO Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención como: creación de fístula arteriovenosa para diálisis o de fístula cutáneooperitoneal, angioplastia percutánea en arterias periféricas, biopsia ósea, laparotomía o laparoscopia.

-268 PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad de la piel, tejido subcutáneo o mama a T. SUBCUTÁNEO & MAMA los que se les ha practicado una intervención plástica sobre estas estructuras como: relajación de cicatriz o contractura de piel o reparación de pirámide nasal, párpado, boca, conducto auditivo externo o pabellón de la oreja.

-293 OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ENDOCR., & METAB. SIN CC Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad endocrina, nutricional o metabólica a NUTRIC. & METAB. SIN CC los que se les han practicado intervenciones diversas como: cirugía de timo, biopsia ósea o linfática, ciertas intervenciones oculares o palpebrales, ciertas reparaciones vasculares o digestivas, trasplante pancreático o implantación de bomba de infusión.

-360 PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas por una enfermedad ginecológica a las que se les ha practicado una intervención como: drenaje de absceso vulvar, amputación de cérvix, vulvectomía uni o bilateral o reparación de fístulas colo y rectovaginales.

-341 PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: corrección de hipo-epispadias, liberación de estenosis de uretra u otras reparaciones uretrales, corporoplastia, corpuplicatura, biopsia de pene o amputación o reimplantación de pene.

- PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD45

-408 TRAST. MIELOPROLIFERA- O NEO. MAL DIFER. Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por un trastorno mieloproliferativo o neoplasia mal diferenciada CON OTRO PROC. a los que se les ha practicado una intervención no QUIRÚRGICA mayor como: destrucción de lesión de vejiga, biopsia transuretral o excisión de lesión de mama o piel.

-344 OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL PARA NEOPLASIA MALIGNA Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una neoplasia maligna del aparato reproductor masculino MASC. PARA NEOPLASIA a los que se les ha practicado una intervención como: destrucción transuretral de lesión vesical, biopsia o excisión de ganglios linfáticos, biopsia abierta prostática u ósea, procedimientos sobre uretra, inserción de bomba de infusión o implante de elementos radioactivos. Sin embargo, no se clasifican en este GRD los pacientes con neoplasias del aparato reproductor masculino a los que se les haya practicado una prostatectomía (excepto transuretral) o una disección radical de ganglios linfáticos ilíacos o periaórticos pues se clasifican en los GRD 334 o 335. Si se les ha practicado una prostatectomía trasuretral se clasifican en los GRD 336 o 337.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-534 PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a los pacientes que ingresan a OCU-
LARES CON CC dos por cualquier enfermedad oftálmica a los que se les ha MAYOR practicado una
intervención ocular y que, además, tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o
comorbilidad mayor. Entre éstos últimos, los más frecuentes son: dehiscencia de herida
operatoria, insuficiencia respiratoria, oclusión carotídea o infarto agudo de miocardio.

-477 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO- Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se
GICO NO EXTENSIVO NO les ha realizado una intervención menor que no tiene
relACIONADO CON DIAG. ción con el motivo por el que ingresaron. PRINCIPAL

-461 PROC. QUIRÚRGICO CON Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se
DIAG. DE OTRO CONTACTO ha intervenido y que ingresaron por una circunstancia que, CON
SERVICIOS sin ser una enfermedad actual, influye en su estado de saSANITARIOS lud. Un
ejemplo es el caso de un paciente que ingresa por sospecha de una enfermedad que se
descarta y se le ha practicado una laparoscopia.

-363 DILATACIÓN & LEGRADO, Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas
CONIZACIÓN & RADIO- por una neoplasia ginecológica maligna primaria, secundarIMPLANTE
POR ria, in situ o de comportamiento incierto a las que se les ha NEOPLASIA MALIGNA
practicado una biopsia o legrado sobre cérvix o útero, conización de cérvix o implante
radioactivo.

-394 OTROS PROC. QUIRÚRGICO- Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados COS
HEMATOLÓGICOS Y por enfermedades hematológicas, del sistema hematopoDE ÓRGANOS
yético o inmunológicas a los que se les ha practicado una HEMOPOYÉTICOS intervención
como: biopsia o extirpación de ganglios linfáticos, biopsia o extirpación del timo,
mediastinoscopia, laparoscopia o laparotomía exploradora. Los diagnósticos que más
frecuentemente motivan el ingreso de estos pacientes son adenopatía o linfadenitis
inespecífica o tuberculosa.

-PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD45 :

-313 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de
URETRA, EDAD>17 SIN CC 17 años ingresados por una enfermedad renal o de vías urinarias a
los que se les ha practicado una intervención sobre uretra como: liberación de estenosis de
uretra y otras plastias uretrales, uretrotomía, meatotomía uretral, incisión periuretral o
sutura de laceración uretral.

-55 PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados
MISCELÁNEOS SOBRE por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado OÍDO, NARIZ,
BOCA & una intervención ORL como: miringoplastia, decorticación GARGANTA de cuerdas
vocales, resección submucosa de tabique nasal o estapedectomía.

-51 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados
GLÁNDULAS SALIVARES por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado EXCEPTO una
intervención sobre glándulas salivares, excepto sialoSIALOADENECTOMÍA adenectomía,
como: excisión de lesión salival, biopsia abierta de glándula o conducto salival,
marsupialización de quiste de glándula salival o cierre de fístula salival.

-36 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados
RETINA por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención sobre
retina como: indentación escleral con implante, resección de esclerótica, pneumoretinopexia
u otros procedimientos de reparación del desprendimiento y desgarro retiniano como
crioterapia o fotocoagulación.

-158 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados ANO
& ENTEROSTOMÍA por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicaSIN CC do una

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

intervención como: drenaje de absceso perianal, hemorroidectomía, fistulectomía anal o revisión de enterostomía.

-160 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de HERNIA EXCEPTO 17 años ingresados por una enfermedad digestiva a quielINGUINAL & FEMORAL nes se les ha practicado una herniorrafia ventral o umbilical. EDAD>17 SIN CC
8 PROCED. SOBRE N. Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados CRANEALES & por una enfermedad del sistema nervioso a los que se les PERIFÉRICOS & OTROS ha practicado una intervención sobre nervios craneales o PQ S. NERVIOSO SIN CC periféricos excepto liberación del túnel carpiano. Las más frecuentes son: excisión de nervio craneal o periférico, descompresión o lisis de adherencias de nervios o ganglios periféricos, suturas o transposición de nervio o implantación de neuroestimulador espinal.

-37 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados ÓRBITA por enfermedades oculares a los que se les ha practicado una intervención sobre la órbita como: extracción del contenido del ojo, evisceración del globo ocular, enucleación del ojo con o sin implante o reparación de herida en órbita.

- PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD45 :

-269 OTROS PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados SOBRE PIEL, T. por una enfermedad de la piel, tejido subcutáneo o mama a SUBCUTÁNEO & MAMA los que se les han practicado procedimientos diversos CON CC como: extirpación local o destrucción de lesión de piel y tejido subcutáneo, incisión de pared abdominal, amputaciones, extirpación de nódulos linfáticos axilares, inserción de dispositivo de acceso vascular o braquiterapia sobre la mama. Además, estos pacientes tienen otro diagnóstico etiquetado de complicación o comorbilidad como: metástasis, gangrena, infección o hematoma postoperatorios o diabetes complicada.

-222 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados LA RODILLA SIN CC por una enfermedad o traumatismo musculoesquelético a los que se les ha practicado una intervención de rodilla (excepto implantación de prótesis) como: meniscectomía, reparación de ligamentos cruzados, patelectomía, sinovectomía o artrodesis de rodilla. Algunas de estas intervenciones pueden haber sido realizadas por vía artroscópica.

-118 REVISIÓN DE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados MARCAPASOS CARDÍACO por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se SUSTITUCIÓN les ha practicado una sustitución del generador de marcaDE GENERADOR pasos cardiaco.

-117 REVISIÓN DE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados MARCAPASOS CARDÍACO por una enfermedad del aparato circulatorio a los que se EXCEPTO SUSTITUCIÓN les ha practicado una inserción, sustitución, revisión, recoDE GENERADOR locación o extracción de electrodo de marcapasos, revisión de la bolsa de marcapasos, revisión del generador o su retirada. No se incluyen en este GRD los pacientes a los que se les ha sustituido el generador de marcapasos.

-339 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de TESTÍCULO, PROCESO NO 17 años ingresados por una enfermedad no neoplásica del MALIGNO EDAD>17 aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una intervención como: hidrocelectomía, varicocelectomía, excisión de quiste de epidídimo, orquiectomía uni o bilateral, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo.

-56 RINOPLASTIA Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad ORL a los que se les ha practicado una intervención nasal como: rinoplastia,

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

septoplastia (excepto resección submucosa de tabique nasal), revisión de rinoplastia o reconstrucción nasal total.

-359 PROC. SOBRE ÚTERO & Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresadas ANEJOS POR CA. IN SITU por una enfermedad ginecológica, excepto neoplasia ma& PROCESO NO MALIGNO ligna que no sea in situ, a las que se les ha practicado una SIN CC intervención como: histerectomía abdominal con o sin doble anexectomía, anexectomía uni o bilateral, ovariectomía total, parcial o en cuña o excisión de lesión de útero o de ovario. Los motivos de ingreso más frecuentes son: mioma uterino, quiste o tumor benigno de ovario o endometriosis.

-PROCESOS RECOMENDADOS :

-GRD AP Definición Proceso Descripción GRD45 :

-311 PROCEDIMIENTOS Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados TRANSURETRALES SIN CC por una enfermedad renal o de vías urinarias a los que se les ha practicado una intervención por vía transuretral excepto prostatectomía. Las más frecuentes son: biopsia vesical, resección de lesión vesical o extracción de obstrucción de uréter o pelvis renal (todas ellas por vía transuretral).

-289 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados PARATIROIDES (CIRUGÍA por una obesidad a los que se les ha practicado una interDE LOS ADENOMAS vención como: gastroenterostomía, by-pass gástrico proxiPARATIROIDEOS) mal, mamoplastia reductora u otras plastias reductoras.

-290 PROCEDIMIENTOS SOBRE Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados TIROIDES (TIROIDECTOMÍA por una enfermedad endocrina, nutricional o metabólica a PARCIAL)46 los que se les ha practicado una intervención tiroidea como: tiroidectomía parcial o total, biopsia tiroidea o reimplante tiroideo o paratiroideo.

-260 MASTECTOMÍA SUBTOTAL Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados POR NEOPLASIA MALIGNA por neoplasia maligna de mama a los que se les ha practiSIN CC cado una intervención como: extirpación del tumor sin mastectomía total, cuadrantectomía o biopsia abierta de mama con o sin reconstrucción de mama en el mismo ingreso.

-337 PROSTATECTOMÍA Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados TRANSURETRAL SIN CC por una enfermedad del aparato reproductor masculino a los que se les ha practicado una prostatectomía transuretral.

-261 PROC. S. MAMA POR Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes ingresados PROCESO NO MALIGNO por una enfermedad no maligna de la piel, tejido subcutáEXCEPTO BIOPSIA & neo o mama a los que se les ha practicado una intervenEXCISIÓN LOCAL ción mamaria excepto biopsia y excisión local. Las más frecuentes son: mamoplastia de reducción, reconstrucción mamaria, cuadrantectomía, implante mamario o mastectomía subcutánea.

- 28.10.6)- ANEXO 6. LISTADO C DE PROCEDIMIENTOS CONSIDERADOS DE CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA O REALIZADOS PREFERENTEMENTE EN GABINETES DE ENDOSCOPIA, SALAS DE CURA U OTRAS SALAS DE TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO :

-Cirugía menor ambulatoria se puede definir como la práctica de procedimientos quirúrgicos terapéuticos y/o diagnósticos de baja complejidad, incluidos dentro del tipo I de la clasificación de Davis, que se practican con anestesia local o troncular, en pacientes que el mismo día de la intervención quirúrgica vienen de su domicilio y vuelven a él, y que no requieren ningún cuidado especial (readaptación al medio) en el postoperatorio³³. Son procedimientos que tradicionalmente se han realizado en las consultas externas y áreas de

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

urgencias. Asimismo, no se consideran procedimientos de CMA los siguientes: Exploraciones y pruebas diagnosticoterapéuticas intervencionistas³²:

Embolizaciones.

Biopsias endocavitarias.

Dilataciones de conductos en general (no lagrimal).

Exploraciones con contraste endovenoso o intradural (LCR).

Amniocentesis.

Histerografías.

Minilegrados.

Punción drenaje, pericardiocentesis (radiología intervencionista).

Resonancia magnética o TAC en bebés, comatosos o toda persona incapaz de colaborar. Procedimientos relativos a la transferencia de embriones. Procedimientos de neurología por punción. Electroterapia. Exploraciones e intervenciones en locales de consulta/sala de curas Colposcopia.

Histeroscopia.

Operaciones menores con anestesia local o troncular.

Endoscopias Broncoscopia.

Colonoscopia.

Cistoscopia.

-UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 105:

Esófago - Gastro - Duodenoscopia. Sigmoidoscopia. Procedimientos que se realizan en Hospitales de Día Quimioterapia. Transfusión sanguínea. Tratamiento del dolor. Urodinamia.

- 28.10.7)- ANEXO 7. CRITERIOS ANESTÉSICOS PARA LA CATALOGACIÓN DE LOS PACIENTES :(American Society of Anesthesiologists)⁴⁶:

- ASA I: Paciente sin ninguna alteración orgánica, bioquímica o psiquiátrica, diferente del proceso localizado que es subsidiario de cirugía. Paciente sano.

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

-ASA III: Paciente que sufre una alteración o enfermedad severa de cualquier causa, que produce limitación funcional definida, en determinado grado, (diabetes severa con repercusión vascular, insuficiencia respiratoria en grado moderado o severo,...).

-ASA IV: Paciente que sufre un desorden sistémico que pone en peligro su vida y que no es corregible mediante la intervención (enfermedad orgánica cardíaca con signos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal avanzada, insuficiencia hepática o respiratoria,...).

- ASA V: Paciente moribundo con pocas expectativas de supervivencia, aún realizando el procedimiento quirúrgico. Improbable que sobreviva 24 horas con o sin intervención.

- 28. 10.8)- ANEXO 8. ESQUEMA DE CIRCULACIÓN DE PACIENTES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE UNA UCMA .

- -Secuencia, Localización ,Acto, Requisitos ,Referencia : • Desde Atención Primaria- • Diagnóstico del proceso- • Evitar rechazo de permiso y de la indicación en el UCMA.
- Desde consultas quirúrgica. • Conocimiento detallado. • Selección previa • Desde Listas de espera Quirúrgicas, Cartera de Servicios de la UCMA Criterios locales de selección.

A: UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Consulta CMA; Consulta específica de • Evaluación clínica e indicación- • Confortabilidad.. • Criterios de selección. • Evaluación anestésica. • Historia clínica común. • Selección del paciente- • Información oral y escrita. • Información a paciente y familiares. • Firma de Conformidad. • Consentimientos Informados. • Realización de Pruebas Complementarias (26).

- Área administrativa de CMA: • Admisión del paciente. • Evitar traslados innecesarios • Cita para pruebas complementarias (si • Tiempos de espera procede). cortos. • Cita de intervención adaptada a cada paciente.24/48 horas antes. Área administrativa de • Confirmación telefónica- • Evitar cancelaciones. CMA (27)de la intervención . ca de la cita. • Evitar ineficiencias en • Recordar Actividades la sesión quirúrgica (si preparación preoperatoria- existe cancelación: (Anexo 9). Llamar a pacientes en lista de espera). (26) El paciente no debe ser citado de nuevo para pruebas complementarias, debiéndose realizar el mismo día de su evaluación-selección, evitando un desplazamiento innecesario. (27) La llamada de teléfono a las 24-48 h. antes de la intervención no se realiza en muchas UCMA, salvo en el comienzo de éstas. La Healthcare Comission (Reino Unido) sugiere que «puede» realizarse si la admisión en la UCMA se realiza con más de seis semanas tras la evaluación inicial y cita para cirugía, para evitar cancelaciones24.

Secuencia Localización Acto Requisitos

Día de la Intervención

Ingreso Área administrativa de CMA.

• Recepción del paciente. • Confirmación de la cita y proceso.
• Locales de pacientes y Admisión diferenciada de la hospitalización.

Preparación Zona de preparación. • Confirmación del cumplimiento de actividades. •

Evaluación anestésica prequirúrgica. • Preparación específica.

• Confortabilidad.

Intervención Quirófano de CMA. • Intervención. • Horarios quirúrgicos independientes. •

Evitar interferencias de otras actividades en la CMA.

Despertar convencional. • Despertar. • No es paso imprescindible. Técnicas de fast-track permiten en ocasiones a enfermos intervenidos con anestesia raquídea y general, especialmente esta última, pasar directamente al área de readaptación al medio.

Readaptación al medio

Zona de readaptación al medio.

• Readaptación al medio. • Contacto con familiares. • Control exhaustivo del paciente. • Cuidar del familiar (futuro cuidador). • Criterios de seguridad post-alta cumplidos. • Valoración precoz de complicaciones potenciales futuras. • Evaluación anestésica y quirúrgica pre-alta. • Firma por parte del equipo quirúrgico: Cirujano - Anestesista. • Instrucciones al alta al paciente y acompañante. • Alta u hospitalización si precisa. • Revisión organizada: día y hora, en CMA o consultas de referencia.
• Confortabilidad. • Criterios estrictos de seguridad al alta. • Instrucciones post-alta precisas.
• Clara definición de los cuidados post-CMA. • Definición de responsabilidades en los cuidados.

Secuencia Localización Acto Requisitos

A: DOMICILIO

Domicilio (o alojamiento alternativo)

Seguimiento

• Cumplimiento de los criterios de entorno. • Facilidad de contacto con CMA y evacuación.
• Conseguir la satisfacción final del paciente. • Bases de datos para monitorización.
• Control telefónico en las primeras 24 horas. • Convalecencia.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Seguimiento convencional postoperatorio.
 - Domicilio del paciente. • Alojamiento alternativo (residencia de pacientes; plaza hotelera concertada).
 - Consulta de CMA/a. primaria/quirúrgica.
- Alternativas de circulación de pacientes tras la intervención:
Alternativa de situación
Valoración pre-alta a) Adaptación al medio y cumplimiento de los criterios de seguridad post-alta.
Destino
Domicilio.
- b) Necesidad de prolongación de cuidados (no adaptación o no cumplimiento de criterios). Hospitalización (tiempo de hospitalización según problema).
c) Problemas administrativos (retraso en el alta, no seguridad en el entorno del paciente, etc.).
- Alojamiento alternativo (recomendado en esta circunstancia). • Hospitalización < 23 horas (alternativo, en camas asignadas a UCMA).
- En domicilio a) Convalecencia sin problemas. Seguimiento normal.
b) Problemas o sensación percibida de éstos. • Atención médica y decisión:
— Contacto telefónico con UCMA (recomendado), o — Asistencia en domicilio, o — Asistencia en Servicio de Urgencias.
c) Situación de emergencia. Atención en servicio de urgencias.
- Seguimiento (Según protocolo ajustado al tipo de procedimiento y de UCMA). a) Revisiones completas en consulta CMA. Consulta de UCMA.
b) Primera revisión en Consulta de CMA. Primera Consulta de UCMA y después Atención Primaria (recomendado).
c) Revisión completa en origen. Primera consulta origen (si c. quirúrgica), después Atención Primaria.

-20.10.9)- Anexo 9. RECOMENDACIONES ANTES DE LA INTERVENCIÓN EN LA UCMA

-RECORDAR :

- La medicación que debe tomar el día anterior, si ha sido prescrita. • El lugar y forma de acceso a la UCMA. • Hora de llegada a la UCMA y hora prevista de intervención. • Normas generales: ducha, no portar joyas, guardar prótesis, no maquillarse cara ni uñas. • No ingerir alimentos desde las seis horas antes de la cirugía y no ingerir líquidos desde dos horas antes de la intervención. • Es recomendable que el paciente tome su medicación habitual con una mínima cantidad de agua, excepto si el anestesista o el cirujano recomiendan lo contrario. • No olvidarse del título de derecho a la prestación (por ejemplo: Tarjeta Individual Sanitaria).
- Acudir acompañado de un adulto que se responsabilice de acompañar al paciente a su domicilio o alojamiento alternativo.

-PREGUNTAR:

- Si tiene fiebre. • Si está embarazada (mujeres entre 15 y 50 años). • Si tiene alguna duda, en cuyo caso se le darán todas explicaciones necesarias. • Si tiene fiebre u otro síntoma de malestar, está embarazada o se da otra circunstancia que pueda eventualmente contraindicar la intervención, se debe contactar con el cirujano responsable del paciente o con el responsable de la UCMA, para comprobar si existe motivo o no para suspender la intervención quirúrgica.

-OFRECER :

- Teléfono de contacto de la UCMA. • Transmitir seguridad y confianza.

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 111

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 20.10.10)- Anexo 10. SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS 47,48 .

Cuestionario de consenso para facilitar la identificación de pacientes asintomáticos:

• ¿Tiene alguna molestia no relacionada con el motivo de la intervención? • ¿Tiene alguna enfermedad distinta de la causa de la cirugía? • ¿Puede subir 10 escalones sin fatigarse? • ¿Puede estar tumbado sin perder el aliento? • ¿Tiene tos? • ¿Nota pitidos o ruidos en el pecho? • ¿Se le hinchan alguna vez los tobillos? • ¿Siente dolor en el pecho al realizar un esfuerzo? • ¿Alguna vez ha experimentado hemorragia excesiva en cirugías previas, traumatismos u operaciones dentales, o ha presentado hematomas ante traumatismos leves? • ¿Han tenido Vd. o sus familiares algún problema con la anestesia? • ¿Tiene algún tipo de alergia? • ¿Ha ingerido algún tipo de medicamento en los 3 últimos meses? • ¿Fuma? • ¿Cuántos cigarrillos al día? • ¿Toma bebidas alcohólicas habitualmente? • ¿Cuál es la fecha del último período menstrual? • ¿Consume sustancias tóxicas diferentes del alcohol o tabaco? • ¿Cree que podría transmitir alguna enfermedad infecciosa como hepatitis, VIH, etc.? • ¿Ha sufrido alguna vez vértigos, mareos o pérdida de conciencia?

Tabla A.10.1. CRITERIOS PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN CIRUGÍA PROGRAMADA :

Prueba Pacientes asintomáticos

• ECG • > 60 años. • > 40 años sin ECG. • Fumadores de más de un paquete diario. • Obesos con IMC > 30%.

• Rx Tórax • 60 años. • Obesos IMC > 30%. • Fumadores > 20 cigarrillos/día. • Bocio moderado o grande.

• Hemograma • > 60 años. • Mujeres en edad fértil. • Cirugía potencialmente hemorrágica.

• Hemostasia • Anamnesis con sospecha de problemas de coagulación. • Tratamiento con fármacos que alteran la hemostasia. • Bebedor de > 500 c.c. de vino/día o equivalente (> 60 gr de alcohol/día). • Anestesia espinal (opcional).

• Bioquímica • Perfil bioquímico general (glucemia, perfil renal y hepático) sólo en > 40 años.

Pacientes sintomáticos

• ECG • Patología cardíaca. • Enfermedad sistémica posiblemente asociada a cardiopatía. •

Tratamiento con fármacos potencialmente cardiotoxicos.

• Rx Tórax • Patología respiratoria o cardiovascular. • Neoplasias evolucionadas. •

Enfermedades sistémicas con posible afección torácica.

• Hemograma • Enfermedad sistémica (o síntomas indicativos) con posible repercusión hematológica (anemia, poliglobulia, etc.). • Hipertensión arterial.

• Hemostasia (28) • Enfermedades relacionadas con alteración de la hemostasia. • Existencia de síntomas sugestivos de alteración de la hemostasia.

• Bioquímica • Síntomas indicativos de enfermedad sistémica. • Tratamiento con diuréticos, corticoides o digitálicos.

• Análisis de orina • Sólo en los casos indicativos de infección urinaria.

(28) Pruebas de hemostasia antes de la anestesia espinal. Opcional: no existe consenso pues el 60% opina Sí y el 40% opina No. Analizando aisladamente las opiniones de los anesthesiólogos, los resultados son similares (52,9% Sí y 47,1% No). Tras revisar este tema en particular, se observa que no existe evidencia científica que apoye la realización de estas pruebas antes de la anestesia espinal.

Validez de las pruebas complementarias (siempre que no se haya modificado el estado físico del paciente):

• Pacientes ASA I y II: 6 meses. • Pacientes ASA III y IV: 3 meses.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

La solicitud de pruebas complementarias establecida por consenso entre cirujanos y anestesiólogos, promovida por la Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos, que es el documento recogido más arriba, se atiende a los procedimientos realizados en modalidad ambulatoria y de cirugía con hospitalización convencional. Papaceit y otros⁴⁹, basándose en una revisión de la literatura, realizan las siguientes recomendaciones y conclusiones en relación con los pacientes incluidos en programas de CMA:

1. Valor primordial e inexcusable de la historia clínica, anamnesis y exploración física para la evaluación anestésica preoperatoria. 2. La repetición rutinaria de pruebas preoperatorias en pacientes asintomáticos parece que no contribuye de manera significativa al hallazgo de patología no sospechada, cambios en el manejo pre/perioperatorio ni en la prevención de complicaciones perioperatorias. 3. Como norma general la solicitud de pruebas preoperatorias debe hacerse de forma selectiva sobre la base del tipo de intervención quirúrgica propuesta y la patología asociada al paciente, recogida mediante la revisión de la historia clínica, anamnesis y exploración física.

Estos autores recomiendan las siguientes pruebas en paciente asintomáticos incluidos en programa de CMA:

-Tabla A.10.2. CRITERIOS PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA EN PROGRAMA DE CMA _

Sedación, VAM, Anestesia general o regional bloqueos periféricos

Varones Mujeres

< 1 año Hb Hb

1-40 años Hb

> 40 años ECG Hb

> 50 años ECG ECG Hb

> 60 años ECG ECG ECG? Rx Tórax Rx Tórax Rx Tórax? Hb Hb Hb? Glucemia? Glucemia? Glucemia? Creatinina? Creatinina? Creatinina?

VAM: vigilancia anestésica monitorizada; ?: Indicación dudosa.

La propuesta de Papaceit y otros, aunque referida a la CMA, no es, a diferencia del documento de la Sociedad Española de Cirujanos, un documento de consenso, señalando los autores la necesidad de estudios preferentemente randomizados para conseguir en el futuro evidencias científicas y normas estrictas de vía clínica.

- 28.10.11)- Anexo 11. CRITERIOS DE ALTA.

- Tabla A.11.1. :

Modalidad

Test de Aldrete modificado⁵⁰ (alta de Despertar/URPA)

Puntos Criterio

Actividad 2 Mueve las 4 extremidades. 1 Mueve dos extremidades. 0 No mueve las extremidades. Respiración 2 Respira y tose normalmente. 1 Disnea o respiración limitada. 0 Apnea. Circulación 2 T.A. \pm 20% nivel preanestésico. 1 T.A. \pm 20-50% nivel preanestésico. 0 T.A. \pm 50% nivel preanestésico. Saturación 2 S pO₂ > 92% con aire ambiente. 1 Necesario O₂ suplementario para mantener SpO₂ > 90%. 0 S pO₂ < 92% con O₂ suplementario. Conciencia 2 Completamente despierto. 1 Despierta al llamarlo. 0 No responde.

Tabla A.11.2. Criterios clínica de alta en la UCMA

Criterios clínicos de alta de la UCMA 1. Signos vitales estables durante al menos 1 hora. 2. Ausencia de depresión respiratoria. 3. Estar consciente y orientado. 4. Tolerar líquidos*. 5.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Micción espontánea*. 6. Vestirse y caminar sin dificultad. 7. No presentar náuseas ni vómitos. 8. Dolor controlable con analgesia oral. 9. Apósitos revisados sin sangrado. 10. Comprender las instrucciones postoperatorias. 11. Aceptar el alta. 12. Presencia de un adulto responsable. * Criterios no obligatorios. Fuente: Bustos F, Gutierrez JM. UCMA Toledo, adaptado de Korttilla, K51.

-Tabla A.11.3. CRITERIOS DE CHUNG52 (ADAPTADO) (29) DE ALTA EN LA UCMA

Aspecto Puntos Criterio

Constantes vitales $2 \pm 20\%$ nivel preoperatorio. $1 \pm 20-40\%$ nivel preoperatorio. $0 \pm 50\%$ nivel preoperatorio. Deambulación 2 Sin ayuda. 1 Con ayuda. 0 No deambula/mareo.
Nauseas/Vómitos 2 Ausentes. 1 Mínimos. 0 Abundantes. Dolor 2 Ausente o mínimo. 1 Moderado. 0 Severo. Herida operatoria 2 Normal. 1 Apósito algo manchado. 0 Herida sangrante. Micción 2 Normal. 1 Preciso sondaje evacuador. 0 No orina espontáneamente. Ingesta de líquidos 2 Normal. 0 No puede ingerir líquido (criterio no obligatorio). Puntuación total: $\geq 12 \Rightarrow$ Alta. Puntuación total: < 12 puntos o algún criterio obligatorio $0 \Rightarrow$ Ingreso.
(29) Adaptados por A. Jiménez. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa», de Zaragoza. Criterios utilizados al alta en el área de Readaptación al medio, para permitir el alta domiciliaria.

- 28.10.12)- Anexo 12. EQUIPAMIENTO DE LA UCMA (30)

- Relación de equipos :

Local Equipamiento

Zona Acceso, Recepción, Admisión

Entrada y vestíbulo • Sin equipamiento específico.

Recepción • Estaciones de trabajo/ordenadores. Acogida de pacientes y familiares. • Impresora láser. Trámites administrativos de registro • Mueble mostrador. y alta. • Cajoneras. • Estanterías. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Teléfono. • Papelera. Secretaria y Admisión • Sillón ergonómico con ruedas. Apoyo administrativo para la • Armario estantería cerrado. UCMA. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora láser. • Mesas de despacho con cajonera. • Teléfono. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural.

Despacho información • Sillón ergonómico con ruedas. Para información de pacientes y • Sillas sin ruedas. familiares. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Estación de trabajo/ordenador. • Teléfono. • Cuadro. • Papelera.

Espera general • Sillas/sillones. Para pacientes y acompañantes. • Bancadas de tres plazas. • Cuadros. • Mesas bajas. • Perchas. • Papeleras.

(30) Se evitan referencias numéricas, pues el número de equipos dependen del número de quirófanos, así como de otras variables estructurales y funcionales.

- Relación de equipos :

Local Equipamiento

Espera - juegos infantil • Mesas redondas infantiles. Espera específica para niños. • Sillas para niños. • Decoración infantil. • Papeleras. • Juegos infantiles. • Televisor.

Aseo público • Dispensadores de papel. Servicios higiénicos para visitas y • Dispensadores de toallas de papel. pacientes. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

Aseo adaptado • Dispensadores de papel. Servicios higiénicos para visitas • Dispensadores de toallas de papel. y pacientes, adaptados para • Escobillas. minusválidos. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Consultas y Zona de Personal

Consulta • Armario de consulta. Con zona de exploración y de • Sillas sin ruedas. despacho-consulta. • Vitrina metálica alta con puertas correderas. • Sillón ergonómico con ruedas. • Camilla exploración. • Cuadro. • Diverso instrumental de consulta, según las especialidades. • Linterna de lápiz. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Luz frontal. • Esfingomanómetro digital portátil. • Báscula-talla. • Impresora láser. • Fonendoscopio. • Foco de exploración. • Teléfono. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de jabón.

- Relación de equipos :

Local Equipamiento

Despacho clínico • Estanterías de madera. Zona de trabajo para médicos. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Pizarra mural. • Percha. • Papelera. • Impresora láser. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Cuadros. • Cañón de proyección. • Armarios archivo. • Mesas modulares de trabajo con cajonera. • Mesa circular de reuniones. • Sillas sin ruedas. • Teléfonos.

Despacho de responsable de la • Sillón ergonómico con ruedas. Unidad • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.

Sala polivalente • Percha. Sesiones, seminarios, docencia. • Armario archivo. • Cañón de proyección. • Cuadro. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Estantería de madera. • Papelera. • Pizarra mural. • Sillón ergonómico con ruedas. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Sillas de aula con brazo para escribir.

Aseos y vestuarios de personal • Dispensadores de papel. Servicios higiénicos para personal • Dispensadores de toallas de papel. y espacio para cambio de ropa • Escobillas. y depósito de objetos personales. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón. • Taquillas individuales. • Bancos.

- Relación de equipos :

Local Equipamiento

Preoperatorio y Readaptación al Medio

Vestuarios de pacientes • Taquillas individuales. Cambio de ropa y depósito de • Bancos. objetos personales.

Aseo pacientes • Dispensadores de papel. Servicios higiénicos para pacientes, • Dispensadores de toallas de papel. junto a vestuarios. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

Aseo adaptado • Dispensadores de papel. Servicio higiénico para pacientes, • Dispensadores de toallas de papel. adaptados para minusválidos. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

Preparación pacientes • Camillas de exploración. Preparación del paciente próximo • Armario mural para material fungible. al vestuario. Incluidos en una zona • Sillas sin ruedas. común, abierta. • Mesas auxiliares. (Este espacio puede no existir y • Mueble clínico con pileta y almacenamiento utilizarse para esta función la sala inferior. de preanestesia).

Control de enfermería • Mueble mostrador. Localizado en una posición central • Sillones ergonómicos con ruedas. dentro de la zona de readaptación • Impresora láser. al medio. Debe permitir la • Armario archivo. observación directa de todos los • Cuadro. puestos de la sala común. • Estanterías metálicas • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Teléfono. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. •

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Reloj de pared con fecha. • Plafón de avisos.

- Relación de equipos:

Local Equipamiento

Estar de personal • Armarios altos y bajos. Para descanso del personal. • Cuadros. • Encimera con piletta, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Teléfono. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.

Readaptación al medio • Sillones de tratamiento. Para restablecimiento de funciones • Balones de resucitación autoinflables. vitales y retorno a la conexión con • Caudalímetros. el entorno. • Vacuómetros. Situada en zona próxima a la • Estaciones de trabajo/ordenadores. espera general y salida de la • Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.). Unidad, en sala diáfana, con los • Mesa cigüeña para comer. puestos distribuidos de forma que • Papeleras con tapa basculante de 25 l. sea posible la visión directa de • Monitor multiparamétrico. todos ellos desde el control • Sillas sin ruedas. de enfermería. Oficio limpio • Taburete fijo de 60 cm. Almacén de material limpio y • Mueble clínico con doble piletta y espacio de reparación de fármacos. almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 × 90 × 35 cm. • Frigorífico. • Dispensador de toallas de papel. • Carro de curas con cajones. • Papelera con tapa basculante de 25 l. Oficio sucio • Mueble de doble piletta y basura. Almacenaje de ropa sucia y • Papelera con tapa basculante de 25 l. basura. • Dispensador de toallas de papel. • Carro portacubiertos instrumental. • Cubos para clasificación de residuos. • Encimera. • Estanterías metálicas. • Vertedero (equipamiento fijo). Oficio de limpieza • Estanterías metálicas. Para útiles y productos de • Mueble de doble piletta y basura. limpieza.

-Relación de equipos :

Local Equipamiento

Oficio de comidas • Armario para vajilla. Para la preparación de alguna • Frigorífico. bebida y/o alimento al paciente • Microondas. durante su readaptación al medio. • Mueble escurridor, doble piletta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.

Almacén de equipos • Estanterías metálicas. Para aparataje y equipos.

Almacén de lencería • Carros de lencería para ropa limpia. Para ropa limpia. • Estanterías metálicas.

Sillas de ruedas • Sillas de ruedas para transporte de enfermos. Almacén de sillas de ruedas. Despacho supervisión • Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.

Bloque Quirúrgico de CMA

Acceso • Sin equipamiento específico. Asociado a la zona de vestuarios de pacientes y local de preparación preoperatoria.

Control • Mueble mostrador. Localizado en una posición central • Sillones ergonómicos con ruedas. dentro de la zona de preanestesia. • Impresora láser. Debe permitir la observación • Armario archivo. directa de todos los puestos • Cuadro. de la sala común. • Estantería metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Teléfono. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. •

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Reloj de pared con fecha. • Plafón de avisos.

- Relación de equipos :

Local Equipamiento

Preanestesia/Antequirófano • Camas eléctricas con accesorios. Para preanestesia. En sala común, • Mesas auxiliares. aunque también podrían ser • Estaciones de trabajo/ordenadores. puestos individuales para • Carro de medicación. quirófano (antequirófanos). • Carro de parada. Punto de agua. Conexiones • Monitores multiparamétricos. informáticas. • Desfibrilador con palas de adulto y pediátricas. • Balón de resucitación autoinflable. • Bombas de infusión. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Armario mural para material fungible. • Mueble clínico con piletta y almacenamiento inferior. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Dispensador de jabón. • Vitrina de ambiente estéril.

Quirófano • Bomba de infusión anestesia. • Criocoagulador. • Caudalímetro. • Carro para suturas. • Carro material y medicación específico intervención. • Carro de parada. • Carro de anestesia. • Brazo satélite con pantalla TFT. • Bisturí armónico-ultracisión. • Bisturí eléctrico. • Bisturí bipolar para dermatología. • Instrumental para endocirugía. • Bases para bombas TCI. • Artroscopio. • Dotación de instrumental angiología y cirugía vascular. • Cámara de televisión. • Panel técnico con pantalla de plasma. • Diverso utillaje de quirófano. • Mesa instrumental en curva. • Desfibrilador con palas de adulto. • Mesa preparación campo. • Mesa quirúrgica universal con accesorios. • Microscopio quirúrgico para Oftalmología. • Monitor multiparamétrico modular control ECG, TA y Sao2, etc. • Motor de dacriocistorinostomía. • Mesa de mayo estándar.

-Relación de equipos :

Local Equipamiento

• Oftalmoscopio indirecto. • Mesa de mayo hidráulica. • Rectoscopio. • Silla quirúrgica. • Sistema extracción de gases. • Taburete alto con respaldo. • Tonómetro. • Torres de laparoscopia. • Vacuómetro. • Videoproctoscopio. • Oftalmoscopio directo. • Dotación de instrumental para urología. • Dotación de instrumental para cirugía general. • Dotación de instrumental para cirugía pediátrica. • Dotación de instrumental para dermatología. • Dotación de instrumental para ginecología. • Dotación de instrumental para oftalmología. • Mesa instrumental en L. • Dotación de instrumental para traumatología. • Mesa de acero inox. para instrumental 1200. • Dotación de motores para traumatología con accesorios. • Dotación de instrumental para ORL. • Mesa auxiliar de mayo. • Cubetas con base de ruedas. • Contenedor de ropa. • Electroimán. • Facoemulsificador con accesorios, incluido vitreotomo anterior. • Lámpara de quirófano 3 cuerpos (central+satélite). • Inversor de imágenes. • Impresora láser. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Teléfono. • Equipo de anestesia con oximetría, capnografía, respirador, hemod. • Mesa de acero inoxidable para instrumental. • Sistema de aspiración. • Balón autoinflable con reservorio de O2. • Equipo intubación de la vía aérea. • Sistemas de calentamiento activo del paciente. • Calentador y presurizador de fluidos. • Reloj.

Preparación cirujanos Desinfección y colocación de guantes y mascarillas.

• Dispensador de cepillos quirúrgicos. • Dispensador de jabón quirúrgico. • Estantería metálica. • Lavamanos quirúrgicos con fotocélula termostaticada. • Reloj. • Secador de manos automático.

-Relación de equipos :

Local Equipamiento

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Vestuarios personal quirúrgico • Espejo. Filtros de acceso a zona limpia • Papelera con tapa basculante de 25 l. para personal quirúrgico. • Dispensador de toallas de papel. • Percha. • Dispensador de jabón. • Dispensador de papel. • Taquilla. • Banco. • Escobilla. • Toallero. Vestuarios limpieza • Espejo. Filtros de acceso a zona limpia • Papelera con tapa basculante de 25 l. para personal auxiliar y de limpieza. • Dispensador de toallas de papel. • Percha. • Dispensador de jabón. • Dispensador de papel. • Taquilla. • Banco. • Escobilla. • Toallero. Subcentral estéril • Conjunto de cestos para instrumental. Para esterilizaciones puntuales. • Miniclave. • Lavadora termodesinfectadora de instrumental. • Lavadora de instrumental. • Estantería metálica. • Carro de transporte. • Esterilizadores en frío. • Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm.

Almacén material • Estantería metálica. Para material estéril. • Conjunto de contenedores apilables. • Carro portacontenedores de instrumental. • Sistema combinado de estanterías con cestas de acero inoxidable.

Oficio de limpieza • Estanterías metálicas. Para útiles y productos de • Mueble de doble pileta y basura. limpieza.

- Relación de equipos :

Local Equipamiento

Oficio sucio • Mueble de doble pileta y basura. Almacenaje de ropa sucia y • Papelera con tapa basculante de 25 l. basura. • Dispensador de toallas de papel. • Carro portacontenedores instrumental. • Cubos residuos. • Encimera. • Estanterías metálicas. • Vertedero (equipamiento fijo).

Despacho de personal • Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo/ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.

Descanso de personal • Armarios altos y bajos. Para descanso del personal. • Cuadros. • Encimera con pileta, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Teléfono. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.

Almacén de equipos • Estanterías metálicas. Para aparataje y equipos.

Almacén Rx portátil • Equipos de portátiles de Rx. Para almacenaje de Equipos •

Intensificadores de imagen. portátiles de RX e intensificadores de imagen.

Almacén general • Estanterías metálicas. Para utillaje quirúrgico, prótesis, • Sistema de almacenamiento de doble cajetín. material fungible.

-Relación de equipos :

Local Equipamiento Control • Mueble mostrador. Localizado en una posición central •

Sillones ergonómicos con ruedas. dentro de la zona de despertar. • Impresora láser. Debe permitir la observación • Armario archivo. directa de todos los puestos • Cuadro. de la sala común. • Estanterías metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Teléfono. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Reloj de pared con fecha. • Plafón de avisos. Despertar • Camas eléctricas con accesorios.

Reanimación de pacientes • Mueble para medicación y material. intervenidos. •

Vacuómetro. • Reloj de pared con fecha. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Bomba perfusión. • Carro de parada. • Carro medicación urgencia. • Caudalímetro. • Desfibrilador

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

con palas de adulto y recién nacido. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Estantería metálica. • Impresora láser. • Material vario (sistema de rieles, ganchos techo, etc.). • Central de telemetría. • Monitor multiparamétrico. • Balón de resucitación autoinflable. • Teléfono. • Respirador volumétrico con capnografía. • Bomba-jeringa de infusión. • Cabecero para box de paciente crítico con accesorios. • Diverso instrumental. • PDA's de gestión de cuidados. • Dispensador de cepillos quirúrgicos. • Dispensador de jabón quirúrgico. • Lavamanos quirúrgicos con fotocélula termostatzada. • Secador de manos automático. • Espirómetro. • Aspirador gástrico. • Calentador de líquidos. • Sistemas de calentamiento activo del paciente. • Sistemas de soporte para perfusión y material sanitario.

- 28.10.13)- Anexo 13. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE LAS UCMA .

- En la Asamblea General de la IAAS, celebrada en 2003 en la ciudad de Boston (Estados Unidos), se seleccionaron 5 indicadores, derivados de las referencias clínicas australianas y francesas. Estos cinco indicadores ,se resumen en la siguiente tabla:

-Tabla A.13.1. INDICADORES DE CALIDAD DE LAS UCMA. IAAS

Indicador Descripción Cálculo

1. Suspensión de procedimientos.

% [(cancelaciones/pacientes citados)].

1.1. No comparecencia del paciente.

• Aparición de un proceso agudo o intercurrente. • Decisión del paciente • Motivos administrativos. • Otros (explicar).

% [(cancelaciones por no comparecencia del paciente/pacientes citados)].

1.2. Cancelación después de acudir el paciente a la UCMA. • Problema médico pre-existente.

• Aparición de un proceso agudo o intercurrente. • Motivos administrativos. • Otros (explicar).

% [(cancelacionesdespués de acudir a la UCMA/pacientes citados)].

2. Reintervención no planificada en el mismo día.

% [(reintervenciones/pacientes operados)].

3. Pernocta no planificada (31).

• Motivos quirúrgicos. • Motivos anestésicos. • Motivos administrativos.

% [(pacientes que pernoctan sin estar planificado (31)/pacientes operados)].

4. Consulta urgente. • 24 horas. • 24 horas y < 28 días.

% [(urgencias/pacientes operados)].

5. Reingresos hospitalarios.

• 24 horas. • 24 horas y < 28 días.

% [(ingresos/pacientes operados)].

El 14 de marzo del 2007, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo presentó ante el Consejo Interterritorial los Indicadores Clave del Sistema Nacional de (31) Excluye a aquellos pacientes que por condiciones del entorno y no disponiendo de alojamiento residencial alternativo se planifica su ingreso en camas de hospitalización convencional asignadas a la UCMA.

Salud53, capaces de proporcionar información integrada y sistemática del sistema sanitario. Dentro de estos indicadores se encuentra la Tasa de Ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos (global y para determinados procedimientos), que es definida como la relación entre los procedimientos quirúrgicos ambulatorios y el total de procedimientos quirúrgicos, expresada por cien y medida anualmente⁵⁴. Esta tasa, para determinados procedimientos

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

seleccionados (índice de Sustitución), está incluida en estadísticas internacionales (Eurostat, European Health Care Indicators y OCDE).

-Tabla A.13.2. INDICADORES DE CALIDAD DE LAS UCMA. ÍNDICES DE SUSTITUCIÓN Y AMBULATORIZACIÓN .

Indicador Definición Cálculo

1. Índice de Sustitución.

1.1. Índice de Sustitución procesos Listado A.

Mide la eficacia de la UCMA en la captación de procesos potencialmente ambulatorios.

$\% \left[\frac{\sum \text{GRD —Listado A— realizados de forma Ambulatoria}}{\sum \text{GRD Quirúrgicos —Listado A— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}} \right]$.

1.2. Índice de Sustitución procesos Listado B.

Mide la eficacia de la UCMA en el desarrollo de técnicas y procedimientos de cirugía de día y mínimamente invasiva.

$\% \left[\frac{\sum \text{GRD —Listado B— realizados de forma Ambulatoria}}{\sum \text{GRD Quirúrgicos —Listado B— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}} \right]$.

3. Índice de Ambulatorización.

Mide el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital.

$\% \left[\frac{\sum \text{GRD quirúrgicos realizados de forma Ambulatoria}}{\sum \text{GRD quirúrgicos totales}} \right]$.

Por último, se deben realizar encuestas de satisfacción que permitan evaluar la calidad aparente o percibida por el usuario. Para hacer comparables las encuestas de satisfacción entre UCMA, se podría utilizar la formulación de la pregunta y de la contestación conforme a la metodología del Barómetro Sanitario55: ¿En general, la atención que ha recibido en la UCMA ha sido...? 1. Muy buena. 2. Buena. 3. Regular. 4. Mala. 5. Muy mala. 6. N.S./N.C.

- 28.10.14)- Anexo 14. CRITERIOS DE DIMENSIONADO DE LOS RECURSOS.

1. Introducción .

La determinación de las dimensiones básicas de los recursos asistenciales de una Unidad de CMA depende de factores demográficos (estructura de la población atendida), epidemiológicos (morbilidad), clínicos (criterios de indicación quirúrgica y de sustitución de cirugía con hospitalización por CMA) y de gestión (utilización de la capacidad productiva disponible). Se trata, en todo caso, de establecer las necesidades mediante la estimación de la demanda esperable y de adecuar a las mismas las dimensiones de los recursos ajustadas a un perfil de productividad previamente establecido.

2. Estimación del número esperado de procedimientos de CMA, que se realizarán en un año
Para ello debe establecerse, en primer lugar, el número esperado de procedimientos de CMA (Proc. CMA) que se realizarán en la Unidad a lo largo de un año. Para unidades de CMA que tienen adscrita una población de referencia, este valor puede estimarse a partir del análisis estadístico de su distribución y su proyección al momento elegido como horizonte de la planificación. A partir de esta población, deberá considerarse la frecuentación quirúrgica (Fr. Q) definida como la tasa de utilización de CMA por cada mil personas cubiertas en un año. El número esperado de procedimientos de CMA (Proc. CMA) resulta inmediatamente de los valores anteriores: $\text{Fr. Q Proc. Quir.} = \text{Población} \times \frac{\text{Proc. Quir.}}{1.000}$

Donde:

Proc. Quir. es el número total procedimientos quirúrgicos realizados en un año en el área de referencia, y Población es el número de habitantes de dicha área. Proc. Quir. Prog. = Proc.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Quir. \times % Proc. Quir. Prog Donde: Proc. Quir Prog. es el número total procedimientos quirúrgicos programados realizados en un año en el área de referencia,
% Proc. Quir. Prog. es el porcentaje de procedimientos quirúrgicos programados sobre el total de procedimientos quirúrgicos realizados en un año en dicha área. y, finalmente: Proc. CMA = Proc. Quir. Porg. \times % CMA Donde: % CMA es el porcentaje de procedimientos quirúrgicos tipificados como CMA sobre el total de los procedimientos quirúrgicos programados.

3. Ejemplos de cálculo del número esperado de procedimientos de CMA que se realizarán en un año

La estimación de estos parámetros dependerá, en la práctica, de la información disponible. A continuación se muestran dos ejemplos:

- Tabla A.14.1. Ejemplo 1. Cálculo del número esperado de procedimientos de CMA a realizar en un año (a partir de la frecuentación global de procedimientos de CMA)

En el Capítulo 2 de estos estándares y recomendaciones, en los puntos 1.3.3.1 y 1.3.3.2 se describen, respectivamente, las tendencias de la CMA tanto en el Sistema Nacional de Salud como en el ámbito internacional. A partir de esta información, el número esperado de procedimientos de CMA que se realizarán en un año puede calcularse de la siguiente manera: • Fuentes de información La Estadística de Establecimientos sanitarios con régimen de internado (www.msc.es/stadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/home.htm), que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo ofrece información anual sobre la actividad quirúrgica programada en los hospitales, desglosada por su dependencia patrimonial (Sistema Nacional de Salud, otros públicos y privados con y sin fin de lucro) y por el tipo de procedimiento quirúrgico (con hospitalización, CMA y resto de intervenciones ambulatorias). Las cifras oficiales de población están disponibles en el Padrón municipal (www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe260&O=inebase&N=&L) publicado por el Instituto Nacional de Estadística, organismo que ofrece, así mismo, las proyecciones de población con horizonte para 2017 y 2060 (www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp251&O=inebase&N=&L). • Procedimiento de cálculo A partir de estos datos, mediante el procedimiento de cálculo descrito, puede considerarse para 2005, año al que corresponde la última información publicada, una frecuentación global de CMA de 22,43, que, en 2017, considerando una tasa de crecimiento de la frecuentación quirúrgica en torno al 2% interanual y un índice de sustitución del 50%, sería de 33,67%. Así, para un área de 250.000 habitantes se tendría, aproximadamente, una estimación de 8.400 procedimientos de CMA.

-Tabla A.14.2. Ejemplo 2. Cálculo del número esperado de procedimientos de CMA a realizar en un año (a partir de información más detallada de un área específica)

El dimensionado de los recursos asistenciales es uno de los elementos clave de la planificación funcional de centros sanitarios y, en especial, de los hospitales. La complejidad de la infraestructura hospitalaria y la necesidad de optimizar las relaciones funcionales entre las diferentes unidades y servicios requiere un análisis detallado de las necesidades. El ejemplo que se desarrolla a continuación está adaptado de un Plan Funcional realizado en 200x (se ha modificado la información demográfica a fin de preservar la identidad del hospital) y muestra los resultados desglosados por especialidades y referidos a una población hipotética (pero con la misma estructura que en el caso original) de 250.000. Para que los resultados sean comparables con el caso anterior, los cálculos se han referido al mismo horizonte temporal, 2017, y se ha considerado, además, la misma tasa de crecimiento

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

interanual de la frecuentación quirúrgica, 2%, pero un índice de sustitución mayor. Los resultados obtenidos a partir de la actividad quirúrgica del año x, tomado como base para la planificación funcional son los siguientes:

4. Estimación del número esperado de procedimientos de CMA que se realizarán en un año en Unidades sin población de referencia.

-En Unidades de CMA que no tengan un área adscrita, Proc. CMA se estimará a partir de herramientas de naturaleza diferente, que podrán ser estadísticas —series históricas— o económicas -análisis de la posición de mercado en relación con otras unidades competidoras, planes de negocio, etc.

5. Cálculo del número de quirófanos.

Para calcular el número de quirófanos (Q) necesarios para atender el número esperado de procedimientos de CMA a realizar en año han de considerarse los siguientes parámetros, que configuran el perfil de utilización de la capacidad productiva tomado como horizonte de la planificación: • Tiempo Disponible de Quirófano (TDQ), que debe coincidir con el período en que pueden programarse pacientes para la realización de procedimientos de CMA y con el tiempo de funcionamiento efectivo de los quirófanos de CMA. El Tiempo Disponible de Quirófano vendrá dado, a su vez, por la siguiente expresión: $TDQ = N.^{\circ} \text{ horas/sesión} \times N.^{\circ} \text{ sesiones/semana} \times N.^{\circ} \text{ semanas/año}$ Donde: $N.^{\circ} \text{ horas/sesión}$ es el número previsto de horas de funcionamiento por cada sesión quirúrgica, $N.^{\circ} \text{ sesiones/semana}$ es el número previsto de sesiones quirúrgica por semana, y $N.^{\circ} \text{ semanas/año}$ es el número previsto de semanas en que funcionarán los quirófanos a lo largo del año.

• Ocupación de Quirófanos (OQ), que será un porcentaje del TDQ expresado como: Donde: TUQ es el tiempo de quirófano efectivamente utilizado en la realización de procedimientos de CMA Bajo estos parámetros,

- Tabla A.14.3.: Ejemplo 3. Cálculo del número de quirófanos CMA (exclusivamente en turno de mañana)

Para los 8.400 procedimientos de CMA que se han obtenido como resultado en el ejemplo 1 y considerando: • Sesiones quirúrgicas de 7 horas, • 5 sesiones por semana (de lunes a viernes en turno, exclusivamente, de mañana), • 50 semanas al año, • 70% de ocupación de quirófano, y • 45' de tiempo medio de duración de los procedimientos de CMA resulta que el número necesario de quirófanos es $5,141 \cong 6$

1 Conviene resaltar que el redondeo al alza sugerido en este ejemplo tiene por objeto fijar un margen adicional de seguridad. Desde punto de vista, la planificación tiene por objeto, a) establecer una dimensión de los recursos asistenciales suficiente para atender la demanda futura (aun cuando, como siempre sucede, su comportamiento resulte difícilmente previsible, y b) fijar objetivos de gestión tendentes a optimizar la capacidad disponible.

-Tabla A.14.4.: Ejemplo 4. Cálculo del número de quirófanos (con cirugía programada en turnos de mañana y tarde)

Para los mismos 8.400 procedimientos de CMA del ejemplo anterior, y considerando: • Sesiones quirúrgicas de 7 horas en turno de mañana y de 4 horas en turno de tarde (o dos sesiones de 6 horas cada una) • 5 sesiones por semana, de lunes a viernes, en turno de mañana, y, otras 4 sesiones en turno de tarde • 247 días al año, • 70% de ocupación de quirófano, y • 45' de tiempo medio de duración de los procedimientos de CMA. Resulta un número necesario de quirófanos de 2,9 a 3-4 El resultado introduce la siguiente reflexión: La frecuentación quirúrgica en España es sensiblemente inferior a la de otros países

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

desarrollados, incluso con Servicios Nacionales de Salud, y que el índice de sustitución en España está aún lejos del que tienen EE UU o Canadá y otros países (Cap. 2); asimismo la evolución futura de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, así como el desarrollo de los modelos de gestión clínica, posiblemente permitirán un aumento significativo de los procedimientos susceptibles de CMA y, en definitiva, del número total de intervenciones realizadas bajo esta modalidad asistencial. Desde este punto de vista y bajo condiciones análogas a las mostradas en este ejemplo, conviene recordar que la experiencia (Guía 1993) ha demostrado que las previsiones pueden ser cortas, y analizar la posibilidad de diseñar la Unidad de CMA que incluyera espacios disponibles como margen de seguridad de forma que, si resultara necesario, pudiesen acometerse ampliaciones futuras. En este caso, debería considerarse, pues, siempre que exista disponibilidad de espacio (por ejemplo, en el programa funcional de nuevos hospitales) la posibilidad —en el ejemplo— de un cuarto quirófano, además de todos aquellos otros recursos básicos y auxiliares que correspondan a este incremento de la capacidad productiva, calculados según los criterios que se desarrollan en el siguiente punto.

6. Dimensionado de otros recursos asistenciales básicos de la Unidad de CMA: puestos de readaptación al medio, consultas...

-En el Anexo 14: De estos estándares y recomendaciones se han incluido un Programa Funcional de Espacios indicativo de una Unidad de CMA bastante frecuente para hospitales con un importante volumen de intervenciones de CMA.

-Los espacios contemplados en este programa (en general, en cualquier programa) pueden clasificarse, según su naturaleza, en dos grupos: recursos asistenciales básicos, cuyas dimensiones configuran la capacidad productiva de la Unidad (quirófanos, puestos de readaptación al medio..), y espacios auxiliares (salas de espera, despachos..), cuyo número y superficie vienen determinadas por las dimensiones de los recursos asistenciales básicos.

-Entre estos, además de los quirófanos, se encuentran los siguientes:

- Puestos de recuperación postanestesia: 2 por quirófano (32).
- Puestos de readaptación al medio (PRM), para cuyo dimensionado han de considerarse los siguientes parámetros: — Número de procedimientos de CMA a realizar en la Unidad a lo largo de un año (Proc. CMA). — Tiempo medio de estancia en el puesto de readaptación al medio (TME). — Tiempo disponible de puestos de readaptación al medio (TDPRM), que viene dado por la expresión: $TDPRM = N.^{\circ} \text{ días/año} \times N.^{\circ} \text{ horas func./día}$ Donde: $N.^{\circ} \text{ días/año}$ es el número de días en que funcionará la Unidad a lo largo del año, y $N.^{\circ} \text{ horas func./día}$ es el número de horas en que funciona la Unidad cada día — Ocupación de los puestos de readaptación al medio (OPRM).

-(32) Este es un criterio adoptado de la programación funcional del bloque quirúrgico convencional. La necesidad de puestos de recuperación efectivos puede ser notablemente menor, pues prácticamente todos los pacientes a los que se han intervenido con anestesia local —lo que generalmente supone más del 50% de los pacientes intervenidos en una UCMA— pasan directamente a la sala de readaptación al medio.

-A partir de estos parámetros se puede calcular el número de puestos de readaptación al medio necesarios, que será:

-Tabla A.14.5. Ejemplo 5. Cálculo del número de puestos de readaptación al medio Para los 8.400 procedimientos de CMA de los ejemplos anteriores, y considerando:

- 3 horas de estancia media en los puestos de readaptación al medio

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 247 días de funcionamiento al año
- 12 horas de funcionamiento al día.
- 70% de ocupación

resulta que el número necesario de puestos (sillones/camas) es $12,15 \cong 13$

• Consultas (C), para cuyo dimensionado han de considerarse los siguientes parámetros: — Número de procedimientos de CMA a realizar en la Unidad a lo largo de un año (Proc. CMA). — Número medio de consultas por procedimiento de CMA ($N.^{\circ}$ Cons./Proc.) — Número total de consultas de CMA ($N.^{\circ}$ Cons. CMA), que será: $N.^{\circ}$ Cons. CMA = $N.^{\circ}$ Cons/Proc. \times Proc. CMA — Tiempo medio estimado por consulta de CMA (T Cons. CMA). — Tiempo disponible de consultas de CMA (TDCCMA), que viene dado por la expresión: $TDCCMA = N.^{\circ}$ días/año \times $N.^{\circ}$ horas cons./día Donde: $N.^{\circ}$ días/año es el número de días en que funcionará la Unidad a lo largo del año, y $N.^{\circ}$ horas cons./día es el número de horas de consulta de CMA cada día — Ocupación de las consultas de CMA (OCCMA), A partir de estos parámetros se puede calcular el número consultas necesarias, que será:

-Ejemplo del cálculo del número de consultas:

-Tabla A.14.6. Ejemplo 6. Cálculo del número de consultas de anestesia (33)

Para los 8.400 procedimientos de CMA de los ejemplos anteriores, y considerando:

- 1,2 consultas por cada procedimiento de CMA
- 20' por consulta
- 247 días de funcionamiento al año.
- 6 horas de funcionamiento al día.
- 70% de ocupación

resulta que el número necesario de locales de consulta es $2,70 \cong 3$

-(33) Se deben considerar también las consultas de enfermería y, en su caso, las de especialistas quirúrgicos que pasen la consulta en la UCMA, por lo que para la UCMA considerada debería considerarse un número mínimo de cuatro.

- 28.10.15)- Anexo 15. PROGRAMA FUNCIONAL DE ESPACIOS DE UNA UCMA DE 4 QUIRÓFANOS .

-En relación con el desarrollo de esquemas ergonómicos de locales y dimensiones críticas de los principales locales de la unidad se ha optado por desarrollar, a título indicativo, un Programa Funcional de Espacios, que puede corresponder a una unidad autónoma (o satélite, aunque sin contemplar los espacios correspondientes al sistema de evacuación), de cuatro quirófanos, que es una solución bastante frecuente para hospitales con un importante volumen de intervenciones de CMA ($\cong 8.400-11.500$ intervenciones/año (34)):

- Tabla A.15.1. Programa funcional: UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos) :

Zona Local

Superficie útil $n.^{\circ}$

S. útil total

Observaciones: características funcionales y técnicas

ACCESO, RECEPCIÓN Y ADMISIÓN

Entrada y vestíbulo

Recepción

30

12

1

1

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

30

12

Espacio diáfano.

Acogida de pacientes y familiares. Trámites administrativos de registro y alta. La recepción dispondrá de un buen control visual del acceso y se situará junto a la zona de espera de pacientes y acompañantes, así como al despacho de información. El mostrador no debe plantearse como una barrera; dispondrá de una zona baja accesible para personas en silla de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.

-Secretaria y Admisión

18 1 18 Apoyo administrativo para la UCMA. Relacionada con la recepción y con la zona interior de preparación del paciente. Incluye, en su caso, espacio para carro de historias clínicas, así como medios de comunicación. Conexiones informáticas y telefónicas.

-Despacho información

12 1 12 Para información de pacientes y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.

Espera general 80 1 80 Para pacientes y acompañantes. Estará situada próxima al acceso y con fácil relación con la zona de consulta y vestuarios de pacientes. Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones de la UCMA. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría. Fuente de agua fría.

-(34) Véase Anexo 14. Criterios de Dimensionado.

-Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional :

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)

Zona

Superficie Local útil n.º

S. útil total

Observaciones: características funcionales y técnicas

Espera juegos infantil

18 1 18 Espera específica para niños, con una zona de juego (interior y exterior). Conexión de TV.

Aseo público 6 2 12 Servicios higiénicos para visitas y pacientes. Con lavabo e inodoro.

Aseo adaptado 5 1 5 Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro. Incluye mostrador para limpieza y aseo de niños.

Total zona acceso

199

CONSULTAS Y ZONA DE PERSONAL

Consulta 18 4 72 Con zona de exploración y de despacho-consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo.

Iluminación específica en camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas.

Tomas de oxígeno y vacío.

Despacho clínico 18 1 18 Zona de trabajo para médicos, con conexiones informáticas y telefónicas.

Despacho de responsable de la Unidad

14 1 14 Zona de trabajo para médicos, con conexiones informáticas y telefónicas.

Sala polivalente 24 1 24 Sesiones, seminarios, docencia. Con conexiones informáticas y telefónicas.

Aseos y vestuarios de personal

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

12 2 24 Servicios higiénicos para personal y espacio para cambio de ropa y depósito de objetos personales. Situados en la zona de acceso desde la circulación interna del hospital. Con lavabo e inodoro.

Total zona consultas

152 Debe existir una zona de acceso diferenciado para el personal desde la circulación interna del hospital, que servirá asimismo para el tráfico de ingresos (en su caso), hospital de día pediátrico (en su caso) y suministros.

PREOPERATORIO Y READAPTACIÓN AL MEDIO

Vestuarios pacientes

Aseo pacientes

16

4

2

2

32

8

Cambio de ropa y depósito de objetos personales.

Servicios higiénicos para pacientes, junto a vestuarios. Con lavabo e inodoro.

Aseo adaptado **5 1 5** Servicio higiénico para pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro. Integrado en el bloque de aseos para pacientes.

Preparación pacientes

12 4 48 Preparación del paciente próximo al vestuario. Incluidos en una zona común, abierta. (Este espacio puede no existir y utilizarse para esta función la sala de preanestesia).

-Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional

-UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos) :

Zona Local

Superficie útil n.º

S. útil total

Observaciones: características funcionales y técnicas

Control de enfermería .

18 1 18 Localizado en una posición central dentro de la zona de readaptación al medio. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Con comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.

Estar de personal **18 1 18** Para descanso del personal, junto al control; incluye pequeño oficio. Iluminación natural. Con conexión telefónica y punto de agua.

Readaptación al medio

200 1 200 Para restablecimiento de funciones vitales y retorno a la conexión con el entorno.

Situada en zona próxima a la espera general y salida de la Unidad, en sala diáfana, con los puestos distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos ellos desde el control de enfermería. Zona dotada de iluminación natural y condiciones ambientales que colaboren en la recuperación del paciente. Ventanas con posibilidad de bloqueo y posición para limpieza y ventilación. Cada puesto estará dotado de sillón de tratamiento y tendrá espacio para acompañante durante la recuperación del paciente. Cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío. Con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad del paciente). Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera. Pre-instalación de TV y música. Conexiones informáticas.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Oficio limpio 10 1 10 Almacén de material limpio y reparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble pileta.

Oficio sucio 8 1 8 Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua. Incluye espacio para clasificación avanzada de residuos.

Oficio de limpieza 4 1 4 Para útiles y productos de limpieza. Con punto de agua.

Oficio de comidas

8 1 8 Para la preparación de alguna bebida y/o alimento al paciente durante su readaptación al medio. Frigorífico, microondas y encimera con fregadero de dos senos y escurridor.

Almacén de equipos

8 1 8 Para aparataje y equipos. En espacio específico que contribuya a la seguridad y a la reducción de tensiones.

Almacén de lencería

6 1 6 Para ropa limpia.

Sillas de ruedas 2 1 2 Almacén de sillas de ruedas.

- Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional :

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)

Superficie S. útil Observaciones: características funcionales Zona Local útil n.º total y técnicas

Despacho 14 1 14 Con conexiones informáticas y telefónicas. supervisión

Total zona 389

BLOQUE Acceso 20 1 20 Asociado a la zona de vestuarios de pacientes y local QUIRÚRGICO de preparación preoperatoria. CMA Dotado de puertas automáticas, de acero inoxidable.

Control 8 1 8 Localizado en una posición central dentro de la zona de preanestesia. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Con comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.

Preanestesia/ 12 4 48 Para preanestesia. En sala común (aunque también Antequirófano podrían ser puestos individuales para cada quirófano). Incluye almacenamiento de accesorios de anestesia, material estéril, y fluidos de infusión. Cada puesto tendrá un mínimo de 4 tomas eléctricas, una toma de aire comprimido medicinal y una, de vacío. Punto de agua. Conexiones informáticas.

Quirófano 42 4 168 La superficie útil mínima de cada quirófano será de 40 m², con una altura libre mínima de 3 m y con unas dimensiones que permitirán trazar un círculo de 6 m de diámetro alrededor de la mesa del quirófano. Las paredes y techos serán de materiales duros, no porosos, impermeables, lavables e ignífugos, sin grietas, continuos y sin brillos, no habrá rieles ni elementos susceptibles de acumular suciedad y los elementos de pared serán empotrados. El suelo será lavable semiconductor, conectado a toma de tierra, sin puntos y sin ángulos entre paramentos verticales y horizontales. Sin ventanas. Las puertas deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, preferiblemente de accionamiento automático y correderas con riel externo. Cada quirófano tendrá dos cuadros idénticos de toma de gases y cada uno con tomas de protóxido de nitrógeno, aire comprimido medicinal, oxígeno (2), CO₂, vacío y extracción de gases anestésicos (EGA). En cada quirófano habrá un cuadro para control de la presión de los gases, dotado de sistema de alarma. Se contará con fuentes de luz cerradas para la iluminación ambiente del quirófano. Si se utiliza lámparas fluorescentes para este fin, se tomarán las medidas necesarias para evitar interferencias entre los equipos de encendido y los aparatos de electromedicina.

-Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional:

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos)

Zona Local

Superficie útil n.º

S. útil total

Observaciones: características funcionales y técnicas

Cada quirófano contará, como mínimo, con doce tomas eléctricas monofásicas con toma de tierra de 16 amperios. Habrá, como mínimo, por quirófano una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipos de radiodiagnóstico y láser, si los hubiere, debidamente identificada. Se utilizarán, preferentemente, brazos articulados móviles para anestesia y cirugía. Anclaje para lámpara. Protección contra riesgos eléctricos. Iluminación ambiental de, al menos 1.000 lux y en la mesa de 25.000 lux. Condiciones de climatización de la UNE 100173 (instalaciones de acondicionamiento de aire en hospitales), ASHRAE; AIA. Condiciones técnicas de un quirófano general (RITE). Protecciones especiales (Rx, laser,...) en función del uso del quirófano. Los espacios de los equipos de las instalaciones deben ubicarse en un nivel distinto al del bloque, preferentemente en cubiertas. Conexiones informáticas y telefónicas.

Preparación cirujanos

10 4 40 Desinfección y colocación de guantes y mascarillas. Contigua al quirófano, estará separada de la circulación general de pacientes de la unidad de bloque quirúrgico. Contará, como mínimo, con dos puntos de agua por quirófano, provistos de grifo quirúrgico de accionamiento no manual, dispensadores antisépticos, un secador de manos automático y reloj. Espacio con posibilidad de compartirse por cada dos quirófanos.

Vestuarios personal quirúrgico

30 2 60 Filtros de acceso a zona limpia para personal quirúrgico. Con un diseño de esclusa desde el exterior del bloque a la circulación interna del personal dentro del mismo. Zona de aseo con lavabo inodoro y ducha.

Vestuarios personal de limpieza

20 1 20 Filtros de acceso a zona limpia para personal auxiliar y de limpieza. Con un diseño de esclusa desde el exterior del bloque a la circulación interna del personal dentro del mismo. Zona de aseo con lavabo inodoro y ducha.

Subcentral estéril 18 1 18 La producción del material estéril de la Unidad se realiza fuera de la misma. Se dispondrá de una pequeña subcentral para la esterilización urgente de instrumental para esterilizaciones puntuales. Con instalaciones para el funcionamiento de la subcentral. Encimera para esterilizador de sobremesa. Tomas eléctrica y punto de agua.

Almacén material 20 1 20 Para material estéril. Con presión positiva, climatizador con filtros absolutos. Oficio de limpieza **4 1 4** Para útiles y productos de limpieza. Con punto de agua.

Oficio sucio 8 1 8 En relación con la salida de sucio de quirófanos. Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua. Incluye espacio para clasificación avanzada de residuos.

-Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA TIPO AUTÓNOMO (4 quirófanos) :

Superficie S. útil Observaciones: características funcionales Zona Local útil n.º total y técnicas

Despacho 12 1 12 Con conexiones informáticas y telefónicas. de personal

Descanso 24 1 24 Para descanso del personal, junto al control; incluye personal pequeño oficio. Iluminación natural. Con conexión telefónica y punto de agua.

Almacén 20 1 20 Para aparataje y equipos. de equipos

Almacén 8 1 8 Para almacenaje de Equipos portátiles de RX e intenRx portátil sificadores de imagen. Con tomas eléctricas para la revisión de los equipos.

Almacén general 20 2 40 Para utillaje quirúrgico, prótesis, material fungible.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Control 18 1 18 Localizado en una posición central dentro de la zona de despertar. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Con comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.

Despertar 80 1 80 Reanimación de pacientes intervenidos. Relacionado con la salida del paciente del quirófano y próximo a la zona de readaptación al medio. Las puertas de acceso deberán ser de un mínimo de 1,5 m de ancho, siendo aconsejable su accionamiento automático. Cada puesto tendrá 8 tomas eléctricas monofásicas de 16 amperios y una toma eléctrica monofásica con toma de tierra de 20 amperios para equipo de radiología, debidamente identificada. Cada puesto tendrá un sistema de alumbrado individual. Diseño abierto accesible al personal responsable de la anestesia. Con posibilidad de separación mediante cortinas. Cada cama debe disponer de tomas eléctricas, gases medicinales, oxígeno y vacío y espacio suficiente para que se pueda acceder al paciente por la cabecera y los laterales, con un mínimo de 80 cm por cada lado de la cama, además de las necesidades de circulación general, siendo la superficie mínima por puesto de 10 m². Conexiones informáticas y telefónicas.

Total preop 616 No se establece un esquema único de circulación de y readapt. personal, paciente y suministros (estéril y sucio) dentro del bloque quirúrgico, pudiendo ser válidos diferentes tipos siempre que se cumplan los criterios de renovación y circulación del aire entre los distintos locales que incluye el bloque y se cumplan los protocolos de limpieza de personal, instrumental y equipos. La superficie construida final se encuentra relacionada con el esquema de circulaciones internas adoptado para el bloque quirúrgico. Ha de considerarse la evidente ausencia de relación entre cualquier esquema de distribución interna del bloque y su incidencia en la infección nosocomial, por lo que se recomienda un diseño lo más simple posible, que resulte comprensible por parte de todos los usuarios del bloque.

-Tabla A.15.1. (continuación) Programa funcional

S. útil Zona total Observaciones: características funcionales y técnicas :

TOTAL UNIDAD Los locales deberán cumplir la legislación vigente en materia de accesibilidad y eliminación CMA 1.356 de barreras arquitectónicas. Las condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación de los locales serán las adecuadas para que quede garantizado el correcto desarrollo de las actividades que en ellos se realizan. Deberán cumplir las medidas de protección y seguridad que establece la normativa vigente. El diseño de la Unidad debe ser secuencial, sin cruces ni interferencias entre los distintos usuarios y con un ambiente accesible y amigable que colabore en mitigar las tensiones asociadas a una intervención quirúrgica. El mobiliario de la Unidad debe transmitir un ambiente residencial alejado de una imagen clínica estricta. Los pasillos por los que circulen pacientes y que comuniquen unas zonas con otras deberán tener unas dimensiones mínimas de 2 metros de ancho. Instalaciones: Eléctrica: cumplirá todos los requisitos prescritos en el Reglamento Electrotécnico de Baja Tensión. Cada quirófano tendrá su propio panel de aislamiento, que se situará fuera de quirófano y en lugar fácilmente accesible, con protección de sobreintensidades, transformador de aislamiento y monitor de detección de fugas. Todas las tomas eléctricas de quirófano pasarán por el panel de aislamiento y estarán repartidas, como mínimo, en cuatro circuitos. Contará con equipos autónomos de iluminación de emergencia que garanticen el suministro de la potencia, como mínimo, durante dos horas a plena carga de: la lámpara central del quirófano y equipos de asistencia vital del mismo, las tomas de corriente del quirófano con la excepción de RX y LASER, y un mínimo de 2 tomas de

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

cada puesto en la sala de preanestesia y todas las redes eléctricas de la sala de despertar. Climatización: El sistema de climatización, en conjunto, mantendrá distintas sobrepresiones para garantizar una corriente de aire hacia el exterior. Los conductos del sistema de climatización serán de chapa, con una rugosidad máxima de 0,3 mm y con registros laterales (mínimo una cada 5 m) para permitir su limpieza. Las tomas de aire exterior del climatizador deben estar alejadas de las salidas de gases, humos, malos olores u otras fuentes de perturbación del aire, al menos 8 m, y, si se sitúan en fachada estarán, al menos, a 2 m de altura respecto al nivel de la calle. El sistema de climatización expuesto se describe para el área limpia de la unidad de bloque quirúrgico; en el resto de áreas deberá incorporar sistemas de climatización del tipo «todo aire externo» con filtrado de aire. La climatización de la unidad de bloque quirúrgico en área limpia será de tipo «todo aire externo» sin recirculación, distinguiéndose dentro del área limpia dos zonas: zona limpia propiamente dicha, a la que se aplicarán los criterios que se describen de climatización, excepto la presencia de filtros absolutos, y, zona estéril, que corresponde a los quirófanos. Cada uno de los quirófanos contará con un equipo terminal de tratamiento de aire y control independiente de los otros. Se recomienda disponer de un control de temperatura individual en cada quirófano. El sistema de climatización garantizará un mínimo de 15-20 renovaciones/hora. Las condiciones de temperatura serán regulables en el rango de 20 a 24 °C, con una humedad relativa situada en el entorno del 45-60%, para ello se contará con un equipo humidificador por vapor. La Unidad de Tratamiento de Aire (UTA) contará con un sistema escalonado de filtración, mediante los siguientes tipos de filtros: un prefiltro de eficacia 25%, un filtro de alta eficacia o eficacia 90%, un filtro absoluto HEPA de eficacia 99,97%. Existirá un sistema de detección de filtros sucios, mediante sondas de presión diferenciada o elementos similares y con un indicador situado en lugar visible. El filtro absoluto se podrá instalar en el climatizador o en las salidas del aire a quirófano, previo a las rejillas. Los quirófanos estarán en sobrepresión en relación con las zonas colindantes a los mismos, siendo el caudal de aire de impulsión en orden al 15% superior al aire de extracción. El aire se impulsará por el techo y se extraerá por la parte inferior de los locales mediante varias rejillas situadas a una altura mínima de 15 cm del suelo terminado. Los niveles de ruido producidos por el aire de impulsión y extracción en el quirófano no serán superiores a 40 dBA. Se recomienda en quirófanos la incorporación de un filtrado bacteriológico, mediante lámparas germicidas de radiación ultravioleta (UV), y un analizador de muestras de aire para permitir el control de la calidad del mismo. Gases y vacío: Se dispondrá de canalizaciones fijas de suministro de gases y vacío de uso médico desde el almacenamiento exterior a la unidad de bloque quirúrgico. Todas las tomas estarán perfectamente identificadas mediante señalización universal. Contará con una red informática. La superficie construida de la unidad (en función del modelo de circulación dentro del bloque quirúrgico) se estima en 1,3 veces el valor de la superficie útil programada. En este caso, la superficie construida de la Unidad sería de 1.716 m² .

- 28.10.16)- Anexo 16. ESTUDIO DE LOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS DE LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN EL LISTADO A (ANEXO 4)

La programación quirúrgica es un instrumento de capital importancia para garantizar la optimización de los recursos de que dispone la UCMA. A partir del tiempo disponible de quirófano y de la lista de pacientes con indicación quirúrgica de procedimientos susceptibles de CMA, la programación tiene como objetivo principal identificar aquellos pacientes que serán intervenidos cada día en cada quirófano disponible. Además de la utilización de criterios relacionados con la prioridad clínica, el tiempo de espera y la validez de la

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

valoración preoperatoria, la duración estimada de los procedimientos quirúrgicos es un factor determinante de la selección de los pacientes. La utilización de sistemas de información de la actividad quirúrgica, que, entre otros muchos datos, registran sistemáticamente la hora de comienzo y finalización de las intervenciones se ha generalizado desde hace años en los hospitales españoles. Sin embargo, apenas existe información publicada a partir de la que pudiera estandarizarse la duración de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, a fin de objetivar la distribución del tiempo disponible entre algunos procedimientos, que, a priori, maximizaran el rendimiento del quirófano. Como aproximación a la construcción de un instrumento de esta naturaleza, se ha realizado un estudio entre los hospitales que han contado con algún participante en el grupo de trabajo constituido para la elaboración de esta Guía (35), con el objeto de estimar la duración media de los procedimientos quirúrgicos incluidos en el listado A del Anexo 4 de esta Guía, y analizar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos en los hospitales considerados. El estudio se ha realizado a partir de la siguiente información solicitada a la Dirección Gerencia de cada hospital: Objeto: Se pretende estimar la duración media de los procedimientos quirúrgicos realizados por CMA, a fin de proponer tiempos de referencia para la programación quirúrgica. A partir de un listado de procedimientos quirúrgicos susceptibles de CMA (36), se precisa iden

(35) Hospital Doce de Octubre, Hospital San Pau y Santa Creu, Complejo Hospitalario de Toledo, Hospital de Sierrallana, Hospital Clínico Lozano Blesa, Hospital Ramón y Cajal, Hospital de la Princesa, Fundación Jiménez Díaz. (36)

-Se han considerado sólo los procedimientos quirúrgicos que con mayor frecuencia se realizan bajo la modalidad de CMA en el Sistema Nacional de Salud, según un análisis previo a partir de los datos del CMBD (Sistema de Información Sanitaria de SNS. MSC) sobre los procedimientos incluidos en el listado A (Anexo 1, Capítulo 4).

- Certificar el tiempo de duración de todas las intervenciones realizadas en cada Hospital durante 2006 (último año completo), bajo la modalidad asistencial de CMA (sin ingreso) en las que conste como procedimiento principal alguno de los códigos incluidos en el listado.

Estructura de los datos: Los datos necesarios, para cada intervención que cumpla estas condiciones, son los siguientes: Código del procedimiento quirúrgico. Duración de la intervención (en minutos, y calculada como diferencia entre la hora de finalización y la hora de comienzo de la intervención). Código del GRD, si está disponible. Fuente: Registro de quirófanos, CMBD de CMA. Universo: Todos los registros del Hospital correspondientes al último año completo disponible (2006).

Las respuestas obtenidas han presentado las siguientes incidencias: • Un hospital no ha enviado datos del GRD correspondiente a cada procedimiento. • Dos hospitales han enviado los tiempos medios de cada procedimiento quirúrgico solicitado ya calculados, sin incluir el desglose por cada procedimiento según la estructura solicitada. Los datos originales se han depurado con el objeto de: • Unificar los formatos de los campos. • Crear bases de datos diferenciadas para cada procedimiento. • Eliminar 1. aquellos procedimientos en los que las frecuencias observadas resulten insuficientes para garantizar la significación de los resultados y 2. los valores extremos de las respectivas distribuciones, que puedan desvirtuar los tiempos medios resultantes y el análisis de su variabilidad. Mediante técnicas de Análisis de la Varianza (ANOVA de un factor, con un nivel de significación $\alpha = 0,05$), se han contrastado las siguientes hipótesis nulas: • Igualdad de los tiempos medios de cada procedimiento quirúrgico en cada hospital ($H_0: tmh1 = tmh2 = tmh3 = tmh4 = tmh5$). • Igualdad de los tiempos medios de cada procedimiento quirúrgico dentro de cada GRD ($H_0: tmgrd1 = tmgrd2 = tmgrd3 = tmgrd4 = tmgrdn$) Los resultados del análisis realizado han permitido constatar que, en los hospitales estudiados:

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-Tabla A.16.1. Resumen de resultados ANOVA

Contraste Número

Sin grados de libertad suficientes

H0: Igualdad de medias

Aceptada Rechazada

PROCEDIMIENTOS 34 1 2 (6,5%) 31 (93,5%)

GRD'S 28 3 5 (25%) 20 (75%)

1. La práctica quirúrgica (y/o el registro de las intervenciones) presenta una variabilidad tal, que puede afirmarse que, en la mayor parte de los casos (93,5% de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en CMA), su duración media es diferente; aunque, en el 6,5% restante de los casos, la práctica está suficientemente estandarizada y, con independencia de los «factores locales», no existen diferencias estadísticamente significativas. 2. La agrupación por GRD's de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en CMA presenta diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los casos (75%), aunque en el 25% restante no existen diferencias estadísticamente significativas. A partir de estos resultados, se considera que, a expensas de realizar un estudio más completo y significativo, se puede proponer, una duración «óptima» de los procedimientos quirúrgicos analizados, como el mayor de los siguientes valores: • La media menos 0.5 veces la desviación típica: $T^* = T m - \sigma/2$. • La media menos 0.5 veces la diferencia entre dicha media y la menor de las medias de los 6 hospitales: $T^* = T m - t mm/2$.

Los valores resultantes de esta construcción (Tablas 2 y 3) constituyen una referencia para la duración media de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en CMA, que puede ser considerada como un objetivo de calidad para las UCMA de forma que tiendan a ella las Unidades que tienen tiempos medios más altos, manteniéndose en sus tiempos medios aquellas unidades que los tengan más bajos.

-Tabla A.16.2. TIEMPOS QUIRÚRGICOS POR PROCEDIMIENTOS .

Procedimiento (37)

T m σ

T mm

(38)

T

*

04.43 LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO 28,45 16,29 17,33 23

08.20 ELIMINACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADO, N.E.O.M. 34,10 24,08 20,00 27

09.42 SONDAJE DE CONDUCTO NASOLAGRIMAL 25,38 15,09 20,88 23

11.39 OTRA ESCISIÓN DE PTERIGION 40,80 14,60 37,17 39

12.64 TRABECULECTOMÍA DESDE EL EXTERIOR 88,39 36,96 32,67 70

13.41 FACOEMULSIFICACIÓN Y ASPIRACIÓN DE CATARATA 43,61 17,96 32,66 38

20.01 MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO 32,10 15,36 17,46 25

28.2 AMIGDELECTOMÍA SIN ADENOIDECTOMÍA 43,09 19,95 31,40 37

28.3 AMIGDELECTOMÍA CON ADENOIDECTOMÍA 26,58 20,39 15,18 21

28.6 ADENOIDECTOMÍA SIN AMIGDALECTOMÍA 37,16 21,35 14,91 26

38.59 LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE VARICES VENAS DE MIEMBROS INFERIORES 65,42 22,56 41,79 54

38.89 OTRA OCLUSIÓN QUIRÚRGICA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES 55,89 20,33 55,89 56

53.00 REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL, N.E.O.M. 48,35 19,71 41,81 45

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

53.05 REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CON INJERTO O PRÓTESIS, N.E.O.M 45,99 21,01
36,35 41

53.49 OTRA HERNIORRAFIA UMBILICAL 43,66 19,74 20,00 34

54.21 LAPAROSCOPIA 78,59 30,52 70,83 75

62.5 ORQUIDOPEXIA 66,41 24,28 59,39 63

64.0 CIRCUNCISIÓN 40,66 16,76 28,89 35

66.29 OTRA DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO
58,23 21,30 36,54 48

68.12 HISTEROSCOPIA 27,27 19,19 17,50 22

(37) Aparecen en negrita los procedimientos en los que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las duraciones medias de los hospitales incluidos en el análisis. (38) t es la menor de las medias y , T^* , el tiempo óptimo. mm

UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA 149

Tabla A.16.2. Tiempos quirúrgicos por procedimientos (continuación)

Procedimiento (37)

T m σ

T mm

(38)

T

*

68.16 BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO 22,32 9,09 21,46 22

77.54 ESCISIÓN DE HALLUX-VALGUS 48,63 18,54 29,29 39

77.56 REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN MARTILLO 41,35 15,86 31,85 37

77.57 REPARACIÓN DE DEDO DEL PIE EN GARRA 47,00 23,18 33,57 40

77.59 OTRA BUNIONECTOMÍA 61,61 31,90 35,29 48

78.63 EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN HUESO DE RADIO Y CÚBITO 37,05
24,48 25,53 31

78.67 EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN HUESO DE TIBIA Y PERONÉ 38,96
19,92 25,45 32

80.26 ARTROSCOPIA DE RODILLA 53,01 22,97 37,11 45

82.01 EXPLORACIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO 33,55 17,61 13,32 25

82.21 ESCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO 35,11 16,10 18,47 27

Tabla A.16.3. Tiempos quirúrgicos por GRD

GRD AP Definición proceso (39)

T m σ

T mm

T

*

342 CIRCUNCISIÓN EDAD>17 41,52 17,03 28,00 35

39 PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA 50,46 18,66 44,77 48

40 PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD>17 35,78 21,37 34,21 35

6 LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO 31,10 17,59 21,64 26

343 CIRCUNCISIÓN EDAD<18 40,35 16,93 29,54 35

61 MIRINGOTOMÍA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17 39,12 13,61 20,00 32

(39) Aparecen en negrita los GRD's en los que no se han identificado diferencias estadísticamente significativas entre las duraciones medias de los procedimientos quirúrgicos incluidos en dicho grupo.

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 150

Tabla A.16.3. Tiempos quirúrgicos por GRD (continuación)

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

GRD AP Definición proceso (39)

T m σ

T mm

T

*

362 INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR ENDOSCOPIA 63,99 25,90 48,69 56
38 PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS 39,00 26,54 25,00 32
364 DILATACIÓN & LEGRADO, CONIZACIÓN EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA 24,49 11,41
21,45 23
41 PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA EDAD<18 21,29 8,90 19,50 20
267 PROCEDIMIENTOS DE REGIÓN PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL 32,69 15,31 25,98
29 232 ARTROSCOPIA 66,73 19,70 61,41 64
262 BIOPSIA DE MAMA & EXCISIÓN LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO 49,26 18,85 9,75 40
163 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18 45,49 17,55 38,54 42
229 PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC. MAYORES S. ARTICULACIÓN SIN CC
44,17 20,61 33,15 39
42 PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO 89,92 33,95
26,00 73
119 LIGADURA & STRIPPING DE VENAS 65,92 24,74 52,50 59
60 AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD<18 29,00 20,19 15,80 22
225 PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE 52,49 25,20 45,47 49
361 INTERRUPCIÓN TUBÁRICA POR LAPAROSCOPIA & LAPAROTOMÍA 57,92 27,85 34,33 46
227 PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC 49,45 22,78 38,34 44
162 PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL &b FEMORAL EDAD>17 SIN CC 49,47 21,51
40,98 45
340 PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTÍCULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18 63,84 24,42
56,74 60
228 PROC. MAYOR SOBRE PULGAR O ARTIC., U OTROS PROC. S. MANO O MUÑECA CON CC
53,28 15,56 53,28 53
59 AMIGDALECTOMÍA &/O ADENOIDECTOMÍA SÓLO, EDAD>17 51,73 22,38 46,43 49

- 28.10.17)- Anexo 17. DEFINICIONES ACREDITACIÓN: «Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos». Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado. Auditoría de la calidad: Auditoría: «Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados». Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos. Autorización/Habilitación: Autorización sanitaria: resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre. Cartera de servicios: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro, servicio o establecimiento sanitario.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Centro sanitario: Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. **Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria:** centros sanitarios dedicados exclusivamente (40) a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. **Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA):** procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. En relación con los procedimientos, se considera cirugía mayor ambulatoria la que está integrada en los niveles II y algunos del tipo III de la clasificación de Davis, basados en el tipo de atenciones o en la vigilancia postoperatoria
-(40) En negrita, añadido propio a la definición del R.D. 1277/2003.

**-La definición de la IASS, es: Intervención/procedimiento, excluyendo una intervención de cirugía menor ambulatoria o en consulta, en la que el paciente es admitido y dado de alta el mismo día, sin pernocta en el hospital. Sinónimos: Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía de Día. Cirugía sin Ingreso (41). Periodo de Estancia: sin pernocta en el hospital. Código ético: Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende. Consentimiento informado: Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Consulta externa: Área de un hospital o Unidad de CMA, publico o privado, dedicado a la asistencia de pacientes ambulatorios. Corta estancia. Estancia en hospitalización convencional entre 24-72 horas. Documentación clínica. Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Historia Clínica. Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Hotel. Alojamiento en hoteles, sin asistencia sanitaria, para la permanencia de pacientes ambulatorios por razones sociales, familiares o geográficas. Hotel de pacientes. Alojamiento en hotel para la permanencia de pacientes ambulatorios, con la posibilidad de asistencia sanitaria llamando por teléfono. Índice de Ambuladorización: $(\sum \text{GRD quirúrgicos realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD quirúrgicos totales}) \%$. Es un indicador grosero de eficiencia, pues depende de qué tipo de procedimientos se estén considerando). Índice de Sustitución: $(\sum \text{GRD quirúrgicos Potencialmente Ambulatorios realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD potencialmente ambulatorios realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria}) \%$. Es un indicador de eficiencia y de calidad que exige la definición previa de una «cesta» de procesos quirúrgicos potencialmente ambulatorios (Anexo 4. Listado A de procedimientos susceptibles de CMA).
(41) Se utilizan los sinónimos propuestos por la IASS («IASS. Suggested international terminology and definitions. Approved by the Executive Committee» - Paris 9/27/2003).**

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

Informe de alta. Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: Informe Clínico de Alta; Informe de Alta Médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984). Intervención o procedimiento en consulta. Intervención o procedimiento realizado en una consulta médica que reúna las condiciones adecuadas de diseño, equipamiento y seguridad. Paciente Ambulatorio. Paciente tratado exclusivamente en la Consulta Externa, incluyendo procedimientos ambulatorios, radiología intervencionista, radioterapia, oncología, diálisis renal, etc. Paciente de CMA. Paciente que es intervenido, excluyendo un procedimiento de consulta, y que es admitido y dado de alta en el mismo día. Paciente Ingresado. Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital. Procedimiento ambulatorio. Intervención o procedimiento realizado en la consulta o sala de tratamiento o diagnóstico de un hospital público o privado, sin internamiento. Recuperación Prolongada. Cirugía con estancia de < 23 h. Periodo de estancia: una sola noche; Período de tiempo < 24 horas. Registro de pacientes. Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de un proceso sanitario asistencial. Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios: conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas Administraciones sanitarias. Requisitos para la autorización: requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias. Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) o unidad de cirugía sin ingreso (UCSI): Una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad. La definición de la IASS, es: un centro dedicado al tratamiento óptimo de pacientes ambulatorios.

Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) autónoma: Organización independiente y delimitación arquitectónica con el resto del hospital. UCMA con recuperación prolongada. Área de recuperación específicamente creada (nueva o reconvertida) para los pacientes ambulatorios que requieran recuperación prolongada después de una operación de CMA. Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) independiente (freestanding): Organización y estructura totalmente independiente de un hospital general. Se puede corresponder con un «Centro de CMA» (C.2.5.4. del R.D. 1277/2003). Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) integrada: UCMA incluida física y organizativamente dentro de los hospitales. Se distinguen dos tipos: • Tipo I: Se comparten todos los recursos con el resto del hospital. • Tipo II: Existe una organización independiente pero se comparten elementos —quirófanos— con el resto del hospital. Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) satélite: Dispuesta en edificios más o menos alejados del hospital general pero con una dependencia administrativa del mismo. Sinónimos: Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI). Unidad de Cirugía de Día. Hospital de Día.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.10.18)- Anexo 18. ABREVIATURAS CC.AA. COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

CMA Cirugía Mayor Ambulatoria.
CMBD Conjunto Mínimo Básico de Datos.
GRD Grupos Relacionados por el Diagnóstico.
IAAS International Association of Ambulatory Surgery.
JCHA Joint Commission of Hospital Accreditation.
NHS National Health Service (Inglaterra, Reino Unido).
SNS Sistema Nacional de Salud.
UCMA Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

- 28.11)- Bibliografía.

1. Agencia de Calidad del SNS. «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud». Abril, 2007. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. «Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento». Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
3. Health Building Note 52. Vol. 1. «Accommodation for day care. Day surgery unit». HMSO:London. 1993.
4. - Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. «Cirugía ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas las exploraciones y pruebas diagnóstico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica». 2002.
5. - Ferrer Valls J.V. (coord.). «Guía de Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria». Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2002.
6. - Rueda JR. «Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza/Servicio Vasco de Salud». Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-00-11.
7. - U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services. «Certification & Compliance. Ambulatory Surgery Centers». http://www.cms.hhs.gov/CertificationandCompliance/02_ASCs.asp.
8. - U.S. Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services. «State Operations Manual. Appendix L-Guidance to Surveyors: Ambulatory Surgical Services.»: http://www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/som107ap_l_ambulatory.pdf
9. - Joint Commission. «Standards for ambulatory surgical centers». 2007.
10. - «Accommodation for day care. Day surgery unit. Supplement 1». Review of schedules of accommodation. HMSO Books, Londres, 1996.
11. - Department of Health. «Day surgery: Operacional guide». Agosto 2002. Dept. of health publications. Londres, 2002: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4005487
12. - Commission for Healthcare Audit and Inspection. «Day surgery». July, 2005.
13. - Royal College of Anaesthetists. Jackson I (Ed.) «Day surgery services»
14. - Rivera J, Giner M, Subh M. «Cirugía ambulatoria: estudio piloto». Cir Esp 1988; 44: 865-874.
15. - Sierra E. «Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro». Cir Esp 2001; 69:337-339.
16. - Morales R, Polo JR, Lasala MA, Hernández P, García JL. «Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la hernia inguinal». Inform Ter SNS 1991; 15: 85-91

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

17. - Elola J, Espadas L, Sevilla F. «Aseguramiento como gestión del Sistema Nacional de Salud. Actividades y resultados en Insalud gestión directa 1992. Presupuesto y Gasto Público 1993», 10: 149-57.
18. - Bestard JJ, Sevilla F, Corella MI, Elola J.»La Unidad Ponderada Asistencial (UPA): Nueva Herramienta para la Presupuestación Hospitalaria». Gaceta Sanitaria 1993;7:263-73
19. - MSC. «Estadística de establecimientos sanitarios con Régimen de Internado». 2005: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/tabEst2005.htm>
20. - IAAS. Survey 2005. Spain (Andalucía, Castilla-La Mancha, Aragón, Cantabria, Cataluña, Navarra, y País Vasco).
21. - Toftgaard C.» World Wide Day Surgery Activity 2003». The IAAS Survey on Ambulatory Surgery.
22. - NHS. «Health episode statistics online». 2005-2006: <http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937&categoryID=204>
23. - NHS. Healthcare Commission. «Acute hospital portfolio review. Day surgery». July 2005. pag. 5. http://www.healthcarecommission.org.uk/_db/_documents/04018392.pdf
24. - Jimenez A, Artigas C, Elia M, Casamayor C., Gracia J.A., Martínez M. «Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observational study». J. of Ambulatory Surgery 2006. 12: 119-23.
25. - FASA. «America Leads the Way In Outpatient Procedures»: <http://www.ascassociation.org/docs/americaleadstheaway.pdf>
26. - AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality. «H.CUP project. Ambulatory surgery in US hospitals», 2003. <http://www.ahrq.gov/data/hcup/factbk9/factbk9a.htm>
27. - Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C.A., McKee M, with the collaboration of IAAS Executive Committee Members. «Day Surgery: Making it happen». World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2007.
28. - Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. JAMA 1993;270:1437-41
29. - Cortiñas Saenz M y otros. Análisis de los reingresos hospitalarios domiciliarios en un programa de cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp 2007; 81:38-42
30. - Aranaz J.M. (Dir). «Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización». ENEAS 2005. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe. Febrero 2006.
31. - Asociación Española de Cirujanos. «La relación médico paciente en Cirugía General. Documentos de Consentimiento Informado». Editores Médicos S.A. Edimsa, Madrid, 2005. www.aecirujanos.es/consentimientosinformados.php
32. - Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social «Cirugía Ambulatoria. Criterios técnicos de autorización administrativa de los centros asistenciales en el ámbito de la cirugía ambulatoria y de las exploraciones y pruebas las exploraciones y pruebas diagnóstico-terapéuticas, fuera del área quirúrgica». Barcelona, Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2002.
33. - Davis J.E., Sugioka K. «Selecting the patient for major ambulatory surgery: Surgical and anaesthesiology evaluations». Surg. Clin. North AM, 1987;67:721.
34. - Barequet IS, Sachs D, Priel A, Wasserzug Y, Martinowitz U, Moisseiev J, Salomon O. Phacoemulsification of Cataract in Patients Receiving Coumadin Therapy: Ocular and Hematologic Risk Assessment. Am J Ophthalmol. 2007 Sep 15; (Epub ahead of print).
35. - Rebolleda Fernandez G, Muñoz FJ, Murube J. Results of out-patient cataract surgery in patients who live far from the surgeon. Acta Ophthalmol Scand 1995; 73:350-352.
36. Jiménez A. «Aspectos clínicos y organizativos de la Cirugía Mayor Ambulatoria».

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

37. - Bustos F, Gutiérrez J.R. «Creación y organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Punto de vista del anesthesiologo, visión del cirujano».
38. - Development of the Health Resources Administration USA. «Comparative evaluation of costs, quality and system effects of ambulatory surgery performed in alternative settings. Final report submitted to Bureau of Health Planning and Resources», 1997.
39. - «Comparative Audit of Day Surgery in the South West Thames region». Cahill J & Tillin T. Kingston District Audit Centre 1995.
40. - Revuelta S, Aldecoa I, Porreo J.L.»Cap. 3. Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía de corta estancia. Planeamiento actualizado de dos programas complementarios». En Porrero JL (Coord.). «Cirugía Mayor Ambulatoria». Doyma:Madrid. 2002, págs. 23-29.
41. - IASS. «Suggested international terminology and definitions. Approved by the Executive Committee» - Paris 9/27/2003
42. - Jiménez A. «Las nuevas modalidades de asistencia sanitaria y la enseñanza de la cirugía». Editorial Cir. Esp. 1999; 66(3):189-191.
43. Rivas Lacarte MP, Gutiérrez Romero R, Jiménez A, Marín J, Rebollar J, Villoria A. «Validación del Manual de Estándares de Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria con Acreditaciones Piloto en 7 Hospitales». Cir. May. Amb. 2004, Vol. 9 (3): 13-18.
44. - Yetano J., López Arbeloa G., López Arbeloa P. (coord.). «Manual de Descripción de los grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v.18.0)». Osakidetza-Fundación SIGNO-Gobierno Vasco.
45. - Sánchez Blanco JM, Recio Moyano G, Guerola Delgado A y otros. «Tiroidectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Estudio Prospectivo». Cir Esp. 2006;80:206-13.
46. - American Society of Anaesthesiologists. Physical Status Classification System. <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>.
47. - Alcalde J, Ruiz P, Landa JI. «Evaluación Preoperatoria en Cirugía Programada». Arán edic, Madrid, 2002.
48. -Alcalde Escribano J, Ruiz P, Acosta F, Landa JI, Lorenzo S, Villeta R, Jaurrieta E. «Estudio DELPHI para el desarrollo de pautas de indicación de pruebas preoperatorias. Consenso de anesthesiologos y cirujanos». Rev. Calidad Asistencial 2002; 17:34-42.
49. - Papaceit J, Solsona B, Ferrer C, Rull M, Gomar C. Utilidad de las pruebas de laboratorio y complementarias en la evaluación preoperatoria de cirugía electiva. Implicaciones en CMA. Cir. May. Amb. 2002. Vol 7 (n.º 4): 150-161.
50. - Aldrete JA. «The post-anesthesia recovery score revisited». Aldrete JA J Clin Anesth Feb 1995 (Vol. 7, Issue 1, Pages 89-91). Criterios utilizados frecuentemente para el alta de la sala de Reanimación postanestésica (URPA).
51. - Korttilla K. Homereadiness after day surgery. Acta Anaesthesiol Scand 1995; 39, suppl 105: 9596.
52. - Chung F. «El proceso del alta. Anestesia Ambulatoria de Twersky RS». Ed. Mosby/Doyma. Libros 1996;457-475
53. - MSC. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>.
54. - MSC. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Listados de FichasTécnicas.(<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/listadoFichasTécnicas.pdf>).

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

55. MSC. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Información y estadísticas de las Comunidades Autónomas.

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2006_total_CCAA.pdf .

56 - Nº 105 a 109- -  - *Barmaimon, Enrique- Libros Sobre Cirugía en Enfermos Anticoagulados- 5 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-*

- TOMO I: Prólogo; Introducción; Cirugía; Anestesiología y Reanimación; Angiología y Cirugía Vascular; Cirugía Bariátrica; Cirugía Cardíaca; Cirugía General y Digestiva; Laparoscopías; Cirugía Oral y Maxilofacial; Cirugía Plástica; Cirugía Torácica; Cirugía Oncológica; Cirugía Ortopédica; Cirugía Pediátrica; Cirugía Refractiva; Neurociencias; Dermatología; Electrofisiología; Obstetricia y Ginecología; Odontología; Oftalmología; Otorrinolaringología; Urología; Cirugía Robótica; y Medicina Intensiva.

. TOMO II: Historia Cirugía; Cirugía Menor; Cirugía Mayor Ambulatoria: Características; C.M.A.; Anestesia Para C.M.A.; R.T.U.

- Tomo III: Coagulación; Factores de Coagulación; Anticoagulantes; Warfarina; Anticoagulación; Insuficiencia Cardíaca y Anticoagulantes; Clasificación Anticoagulantes; Rivaroxaban; Cardioaspirina ; Heparina; Fraxiparine; Linfedemas para Equipo de Salud y Paciente.

- Tomo IV: Preoperatorio de Anticoagulados; Historia Clínica; Historia Clínica Electrónica; Aneurismas; Aneurisma Abdominal Roto; Émbolos; Embolia Cerebral; Trombosis; Arterioesclerosis; Hipertensión Arterial; T. V.P.; y

-TOMO V: Alergia; Várices; Sistema inmunitario; Linfedema; Angioedema; Fibromialgia; 112 Libros Publicados; Currículo. 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.

--  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-

-- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

57. - Nº 110 a 112- -   - *Barmaimon, Enrique- Libros Sobre República Del Perú: Aspectos Médicos , Anestesiológicos y Universitarios - 3 TOMOS- AÑO 2019- Montevideo, Uruguay-*

-TOMO I: GENERALIDADES; Etimología; Historia; Gobierno y Política; Organización Territorial; Geografía; Economía; Infraestructura; Población; Cultura; Referencias, Bibliografía.

-TOMO II:U.P.C.H; Clasificación Universidades; Educación Perú; y Currículo Prof.Dr. Barmaimon(112 libros) y

- TOMO III: UPSMP; UdelaR: Centros Universitarios y Regionales, Gobierno, Ley Orgánica, Editorial Universitaria; Educación Uruguaya; Otras Universidades; Prestadores de Seguros. - 1ªEd. Virtual, B.V.S. . Montevideo, Uruguay . B.V.S.

-  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-

- www.bvssmu@org.uy [libros], [barmaimon]).(OR) .(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

58.

-  [Biblioteca Virtual en Salud \(BVS\)](#)- (S.M.U.)-

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- 28.12)- VENTAJAS DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA PARA EL PACIENTE.

-La cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad; que requieren cuidados post- operatorios, no intensivos y de corta duración.

-Es un modelo de hospitalización en donde el paciente no pasa la noche en la Institución, presentando unas claras, evidentes e indiscutibles ventajas, especialmente para su mejor recuperación.

-Los objetivos que persigue la Cirugía Mayor Ambulatoria están destinados a conseguir una mayor comodidad y bienestar al paciente, puesto que altera e interfiere mínimamente con su vida familiar, ya que el mismo día de la cirugía vuelve a su entorno cotidiano, a su propio domicilio, no necesitando dormir en una cama hospitalaria o sanatorial.

- Principales ventajas para el paciente:

- Este tipo de cirugía disminuye las complicaciones que pueden ser propias del ingreso hospitalario; la más conocida de ella es la infección hospitalaria o nosocomial.
- La contención al paciente es otra de las ventajas, ya que este se encuentra controlado y atendido en sus mínimas demandas por el personal médico y de enfermería de ingreso y recuperación.
- Personal entrenado especialmente para este tipo de modalidad asistencial, con lo cual todo lo referente al control post-operatorio, como ser el tratamiento del dolor y el cuidado de las heridas, se realiza bajo protocolos específicos para este tipo de procedimientos quirúrgicos.
- El paciente se encuentra acompañado de sus familiares con la consecuente eliminación de la ansiedad y soledad ocasionada que se presentan por estar separada de su entorno habitual en otras modalidades.

-Finalmente no podemos hablar de ventajas para el paciente sin hacer mención de la CALIDAD como condición indispensable para estos tipos de intervenciones como lo es la Cirugía Mayor Ambulatoria.

-Para brindar una atención de alta calidad es necesario contar con los recursos suficientes y un diseño organizacional acorde a los servicios que se otorgan, como así también realizar un monitoreo sistemático al cumplimiento de todos y cada uno de los procesos destinados a la mejor atención del paciente.



-Seguridad y confort para el paciente.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

-La calidez humana en el trato; la seguridad de las instalaciones; el confort; el dialogo y la comunicación hacen a la satisfacción del paciente que encuentra en estas Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria -

-28.13)- ESTAS SON LAS 15 CIRUGÍAS AMBULATORIAS MÁS COMUNES:

1. Hernioplastia inguinal. La aparición de una hernia es bastante común, especialmente la que se presenta como un bulto en la región de la ingle.
2. Hernioplastia umbilical. Consiste en reducir y controlar la hernia formada en la zona umbilical.
3. Colecistectomía por laparoscopia. En esta cirugía ambulatoria, el cirujano extrae la vesícula biliar con un aparato llamado laparoscopio y con material especial que le permite hacer la cirugía sin necesidad de abrir el abdomen.
4. Apendicectomía. Si el apéndice se rompe o infecta, esta operación permite sanarlo.
5. Aumento de senos. En esta cirugía ambulatoria se utilizan técnicas especiales para modificar el tamaño, volumen, firmeza o suspensión de los senos.
6. Liposucción. Esta cirugía plástica permite modelar la silueta eliminando grasa en zonas del cuerpo específicas.
7. Abdominoplastia. Permite moldear el abdomen y dejarlo más firme, por ejemplo, cuando un paciente ha perdido mucho peso o tuvo un embarazo.
8. Rinoplastia. Esta cirugía sirve para solucionar problemas de salud (como las obstrucciones o desviaciones del tabique nasal) o hacer que la forma de la nariz sea más armónica.
9. Artroscopia de rodilla. Ésta consiste en hacer dos pequeños cortes en la rodilla e introducir un artroscopio , así como otros instrumentos, para detectar o corregir lesiones en la articulación dañada.
10. Artroplastia. Es una cirugía ambulatoria que consiste en reemplazar las partes dañadas de una articulación, las cuales ocasionan dolor y/o incapacidad para el paciente.
11. Osteosíntesis. Es un tratamiento quirúrgico utilizado para reducir y fijar fracturas.
12. Hallux Valgus. Tratamiento para juanetes dolorosos.
13. Liberación del túnel carpiano. Es una intervención sencilla que permite aliviar el dolor y/o debilidad en la mano, específicamente en la muñeca.
14. Histerectomía. Es una operación donde se extrae el útero de forma total o parcial.
15. Vasectomía. Consiste en cortar o bloquear los conductos deferentes para interrumpir el paso de los espermatozoides.

- También existen otras intervenciones quirúrgicas comunes en las categorías de cirugía general, cirugía plástica, traumatología y ortopedia, ginecología, bariatría o gastroenterología.

-¿Cuáles son los diferentes tipos de cirugía ambulatoria de atención?:

-La atención ambulatoria cirugía, también referido como ambulatorio de la cirugía, es un tipo de procedimiento quirúrgico que puede realizarse sin admitir al paciente en un hospital.

-Estos tipos de cirugías normalmente tienen poco riesgo de complicaciones o la necesidad de un seguimiento postoperatorio extensa.

- Hay muchos tipos diferentes, incluyendo los procedimientos de diagnóstico y cirugías o preventivas para corregir problemas menores.

-La mayoría de los tipos de cirugía cosmética también se realizan como procedimientos ambulatorios.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- Procedimientos preventivos son tipos comunes de cirugía de atención ambulatoria, y son utilizados por los cirujanos para ayudar a prevenir una condición de avanzar a las etapas que son más graves.

-Una colonoscopia, por ejemplo, permite a los cirujanos para mirar dentro del intestino grueso para determinar si hay algún pólipo, o crecimientos, presentes. Si se encuentran pólipos, los cirujanos normalmente pueden eliminarlos durante el procedimiento y evitar mayores complicaciones más adelante, ya que algunos tipos pueden convertirse en cancerosas si no se trata.

-Cirugía de atención ambulatoria de diagnóstico a menudo va de la mano con la cirugía preventiva. Por ejemplo, los cirujanos realizan biopsias para eliminar un crecimiento sospechoso y enviar a un laboratorio para determinar si es maligno o canceroso. Mientras que la biopsia se realiza con fines de diagnóstico, en algunos casos, la eliminación del crecimiento evita el potencial de cáncer se propague aún más, por lo que es una cirugía preventiva también.

-Las cirugías para corregir problemas menores con frecuencia se pueden realizar de forma ambulatoria, ahorrando al paciente y la facilidad de tiempo y dinero.

- Cirugía ocular, especialmente cataratas cirugía es uno de los tipos más comunes de cirugía de atención ambulatoria.

- Cirugías como amigdalectomías y riñón eliminación de cálculos, que solían requerir una estancia de una noche en un hospital, también se realizan normalmente de forma ambulatoria ahora.

-La mayoría de los procedimientos básicos de cirugía estética se puede realizar a través de la cirugía de atención ambulatoria. Mientras que los rellenos inyectables constituyen la mayor parte de los procedimientos, los implantes de senos, liposucción y otros procedimientos de aumento también se realizan habitualmente de forma ambulatoria. Procedimientos ambulatorios cosméticos se realizan normalmente en un centro de atención ambulatoria que se especializa exclusivamente en la cirugía plástica .

-En general, la cirugía de atención ambulatoria es menos costosa que la de hospitalización de cirugía, ya que los pacientes no tienen que pagar para pasar la noche en el hospital. Los tipos de procedimientos llevados a cabo por lo general requieren menos tiempo de recuperación, que las cirugías más invasivas que requieren hospitalización, lo que permite a los pacientes volver a casa el mismo día.

-Si bien los beneficios generalmente superan los riesgos, las complicaciones pueden ocurrir ,si los pacientes no reciben la calidad de los cuidados de seguimiento después de la cirugía. - Es de vital importancia que los pacientes sigan todas las instrucciones postoperatorias, para evitar aumentar el riesgo de complicaciones.

0 0 0 0 0 0 0 0.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

- CAPÍTULO XXIX: -29)- ANESTESIA PARA CIRUGÍA AMBULATORIA.

-Se entiende por cirugía ambulatoria, aquellas cirugías programadas (no urgencias) ,realizadas a pacientes que se hospitalizan, se operan y se van de alta a la casa el mismo día.

-Este tipo de cirugía ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, especialmente en países desarrollados ,y ya representan aproximadamente un 70% de todas las cirugías electivas. Es la modalidad más frecuente de cirugía en los niños.

- La cirugía ambulatoria, además de la operación propiamente tal, es una modalidad de trabajo y de atención en salud, que tiene ventajas para los pacientes, tales como atención eficiente y expedita, recuperación en un ambiente conocido : su hogar, una menor alteración del entorno y de la vida familiar, menos complicaciones postoperatorias : dolor, infección de heridas, trombosis, entre otras; reincorporación más temprana a la vida habitual y, en general, menores costos de atención.

-Además, es una modalidad de cirugía, que se realiza con altos estándares de calidad y de seguridad, y en pabellones quirúrgicos completamente equipados, al igual como se realiza la cirugía "habitual", en pacientes hospitalizados.

- El progreso de la cirugía y de la anestesia, ha permitido aumentar la seguridad de estas operaciones, lo que a su vez ha permitido aumentar el tipo de cirugías y la complejidad de los pacientes, que hoy se operan en forma ambulatoria. Para esto, se realiza una cuidadosa selección de los pacientes y del tipo de cirugía a realizar, a través de un proceso de evaluación preoperatoria conjunta entre cirujanos y anestesiólogos.

- Para ésto, es necesario desarrollar e implementar un sistema de trabajo, que incluye:

- Evaluación preoperatoria del paciente y de la cirugía;
- Apoyo para la gestión de trámites administrativos;
- Confirmación telefónica el día previo a la cirugía;
- Ingreso directo al Servicio de Pabellones Quirúrgicos, 60 minutos antes de la hora programada para la cirugía
- Alta con indicaciones postoperatorias por escrito, e información de contacto en caso de emergencia.
- Control telefónico después del alta, a su hogar, el día de la cirugía y al día siguiente.

En la División de Anestesiología, varios anestesiólogos, se han subespecializado en cirugía ambulatoria; como también lo han hecho en anestesia pediátrica, anestesia regional, farmacología clínica, tratamiento del dolor, etc. Por lo que actualmente, cirugía y anestesiología, juntos conforman un equipo especializado, en atender y proporcionar los

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

cuidados médicos a todos los pacientes, que se operan en forma ambulatoria. En este sentido, son los encargados del cuidado de los pacientes, antes, durante y después de la operación, de planificar la anestesia de acuerdo a las necesidades de cada paciente, de proporcionar un adecuado tratamiento del dolor postoperatorio, y del tratamiento durante las primeras 24 horas después de la cirugía.

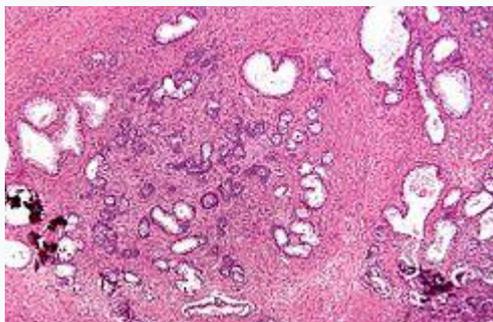
0 0 0 0 0 0 0 0.

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-

- CAPÍTULO XXX: - 30)-RESECCIÓN TRANSURETRAL (R.T.U.)

-La resección transuretral (RTU) es una intervención quirúrgica urológica, que consiste en la extirpación de tejidos enfermos de: [uretra](#), [próstata](#) y [vejiga](#) , accediendo a ellos, a través de la luz uretral con un aparato [endoscópico](#) llamado [resectoscopio](#).

-Resección Transuretral.



- [Micrografía](#) de una resección transuretral de la próstata (TURP), mostrando a la izquierda del centro de la imagen, una BPH (hiperplasia nodular de la próstata).

Clasificación y recursos externos

[CIE-9](#)

[60.29](#)

[MeSH](#)

[D](#)

- Existen actualmente múltiples enfermedades, que pueden ser intervenidas mediante resección transuretral, siendo las más habituales la [hiperplasia benigna de próstata](#) : cuando se quiere tratar la obstrucción urinaria, que produce a la vejiga, en la porción prostática de la uretra, o los tumores vesicales : cuando se quiere extirpar o biopsiar una lesión tumoral situada en la mucosa vesical. Otros trastornos tratables con esta intervención ,son las neoplasias uretrales, el [cáncer de próstata](#), los abscesos prostáticos, el [ureterocele](#) o la [endometriosis](#) vesical.



-Resección transuretral.

- Para la resección trasuretral se emplea un [resectoscopio](#) o resector; un aparato complejo dotado de una cámara endoscópica, un asa metálica de resección, que usa distintas energías

LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS- PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO 2019.6- TOMO 2-

: la más empleada es la corriente eléctrica, y un canal de irrigación y drenaje de líquido ,usados para permitir la visión y transmitir la energía.



Elemento de trabajo de un resector.

- Las primeras resecciones transuretrales modernas, fueron realizadas en los años [treinta y cuarenta](#), en los Estados Unidos, con las innovaciones de McCarthy.[1]. En ese momento, utilizaban sistemas solo de irrigación : sin drenaje, con corriente eléctrica monopolar.
- El líquido conductor era agua destilada, sin embargo, como el agua produce [hemólisis](#), posteriormente se popularizó el uso de líquidos no hemolíticos, como: el [manitol](#), el [sorbitol](#) o la [glicina](#).
- En los [años sesenta](#), se introdujo el sistema de irrigación y aspiración continuas : Resector de Iglesias; y posteriormente se introdujeron nuevos refinamientos, como la energía eléctrica bipolar; la energía [láser](#); las asas de electrovaporización : *vaprotrode*, y el uso de [suero fisiológico](#) : solución de [cloruro sódico](#), como líquido irrigante.
- Actualmente es una técnica quirúrgica de ámbito universal, en la práctica de la [urología](#), que se realiza con distintos tipos de [anestesia](#) : local, locorregional ,o general, y con estancias hospitalarias cortas, o incluso sin hospitalización : cirugía mayor ambulatoria.
- No obstante, es una técnica quirúrgica, con algunas complicaciones potenciales, como: las infecciones urinarias, la [hemorragia](#), la perforación de los órganos intervenidos : uretra, vejiga, o la absorción masiva del líquido de irrigación : Síndrome de la RTU (resección transuretral), [hiponatremia](#) dilucional.[2] .

- 30.1)- Referencias.

1. [↑](#) Fair, W. R. (1991): "Transurethral prostatic electroresection", en Glenn, J. F.: *Urologic surgery*, pág. 538-572. Filadelfia: J. B. Lippincott Company, cuarta edición, 1991.
2. [↑](#) Fitzpatrick J. M. (2007): "Minimally invasive and endoscopic management of benign prostatic hyperplasia", en Wein: *Campbell-Walsh urology*. Saunders, novena edición,

·3.- Nº 53 a 58 - - 2017 . - Barmaimon, Enrique.2017- Libro Anestesia Locorregional . 6 Tomos:

-Tomo I: Índice; Introducción; Generalidades; Tipos Anestesia; Cambios Anatomofuncionales; 8 Reglas Interpretación.

-Tomo II: Bases Conceptuales; Canales; Canal Iónico: Sodio; Bomba Sodio-Potasio; Canal Calcio; Despolarización; Canalopatías; Inflamación; Sistema Autoinmune; Trastornos; Síndromes Funcionales.

-Tomo III: Ciencias Cognitivas; Historia Ciencias; Organización General Nerviosa; Neuroanatomía; Cambios Anatomofuncionales, Sociales, Nutricionales y Ambientales; Sistemas Integración; Neurotransmisores; Comportamiento; Realimentación.

- Tomo IV: Anestésicos Locales; Tratamiento Del Dolor; Escala analgésica De La O.M.S..

**LIBROS SOBRE CIRUGÍA EN ENFERMOS ANTICOAGULADOS-
PROFESOR DR. ENRIQUE BARMAIMON- 5 TOMOS- AÑO
2019.6- TOMO 2-**

-Tomo V: Vías De Administración Fármacos; Clínica Del Dolor; Analgesia; Anestesia Intradural; Anestesia Epidural; Bloqueos; Acupuntura; Pseudociencias. y

- Tomo VI: Anestesia En Especialidades: Cirugía Plástica y Estética; Oftalmológica; ORL; Odontológica; Traumatológica; Gineco-obstétrica; Urológica; Ambulatoria; Abdominal; Pediátrica; Geriátrica. Curricula. Bibliografía.

. 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay. BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros); (barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

4.- Nº 59 a 64: -  - 2017- Barmaimon, Enrique.2017- Libros Anestesia En Urología . 6 Tomos:

- Tomo I: Prólogo; Introducción; Historia, Generalidades; Urología; Anestesiología.

-Tomo II: Coagulación; Émbolos; Sistemas Integración; Canales.

-TOMO III: Bases Cognitivas; Organización Nerviosa; Neurotransmisores; Homeostasis; Conducta; Realimentación; Sistemas Autoinmunes.

-TOMO IV: Sistemas Autoinmunes

-TOMO V: Ciencias Cognitivas.

-Tomo VI: Patologías Cognitivas y Neurológicas, Situaciones Cognitivas, Anestesia En Urología, Curricula; Bibliografía.

1. . 1ª Ed. Virtual. Montevideo, Uruguay.

BVS.SMU.(<http://www.bvssmu.org.uy/>). (libros);

(barmaimon).(OR).(buscar);(Elegir libro entre 114 : texto completo); y (esperar tiempo necesario que abra).

0 0 0 0 0 0 0 0.