

Recibido: 01-04-2025. Aceptado: 06-05-2025

ORIGINAL

<https://doi.org/10.20986/revcma.2026.1038/2026>

Impacto de la COVID-19 en la Unidad de Anestesiología Pediátrica de un hospital terciario

Impact of COVID-19 on the Paediatric Anaesthesiology Unit of a tertiary hospital

Jaime Fornos Andrade¹, Laura García-Reza², Pilar Area Iglesias², Rafael Pita-Romero Caamaño² y María Constantina Doniz Campos²

¹Althaia: Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa, Barcelona, España. ²Servicio de Anestesiología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra, España

Autor para correspondencia: Laura García-Reza (garciaarezalaura@gmail.com)

RESUMEN

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se ha consolidado como un modelo de gestión sanitaria que permite tratar de forma eficiente y segura a pacientes seleccionados. La anestesia pediátrica es fundamental en la CMA, siendo el paciente pediátrico considerado ideal para este tipo de intervención. **Objetivos:** Este estudio analiza el impacto de la pandemia COVID-19 en la Unidad de Anestesiología Pediátrica de un Hospital terciario, evaluando indicadores de calidad y comparando los resultados con datos previos a la pandemia.

Material y método: Estudio descriptivo observacional comparativo, entre el primer semestre de 2017 (prepandemia) y el primer semestre de 2022 (periodo COVID-19) de los indicadores de calidad de CMA de esta unidad de anestesiología pediátrica. Se emplearon datos anonimizados obtenidos de la actividad asistencial del centro. De acuerdo con la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) y las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, valoramos los indicadores de calidad para CMA, así como el grado de satisfacción de las familias de los pacientes intervenidos en este régimen.

Resultados: Se revisaron 914 intervenciones durante el primer semestre de 2022, obteniéndose un índice de ambulatorización del 65,51 % (frente al 57,83 % obtenido en 2017). El índice de sustitución para la hernia inguinal fue del 100 %. Las tasas de cancelación y suspensión en CMA durante la pandemia fueron del 4,8 % y 2,89 % respectivamente (superando al 1,98 % y 0,70 %, recogidas en el periodo prepandemia). La tasa de ingresos no previstos fue del 0,67 %, similar al 0,65 % obtenido en 2017. No se registraron reintervenciones quirúrgicas, reingresos hospitalarios ni asistencias a urgencias. No se han encontrado diferencias significativas en el grado de satisfacción entre ambos periodos.

Conclusiones: En nuestro centro, la pandemia por COVID-19 no ha reducido la calidad asistencial en régimen de CMA.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria pediátrica, anestesiología pediátrica, COVID-19, indicadores de calidad.

ABSTRACT

Introduction: Ambulatory Major Surgery (AMS) has become a consolidated healthcare management model that allows for efficient and safe treatment of selected patients. Paediatric anaesthesia is crucial in AMS, with paediatric patients being ideal candidates for this type of intervention.

Objectives: This study analyses the impact of the COVID-19 pandemic on the Paediatric Anaesthesia Unit at tertiary Hospital, evaluating quality indicators and comparing the results with prepandemic data.

Material and methods: A comparative descriptive observational study was conducted between the first semester of 2017 (prepandemic) and the first semester of 2022 (COVID-19 period) on the AMS Quality Indicators in this Paediatric Anesthesia Unit. Anonymous data obtained from the center's healthcare activity were used. Following the International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) guidelines and the recommendations of the Ministry of Health and Consumption we assessed the AMS Quality Indicators, as well as the satisfaction level of the families of patients undergoing surgery in this setting.

Results: A total of 914 interventions were reviewed during the first semester of 2022, resulting in an ambulatory index of 65,51 % (compared to 57,83 % obtained in 2017). The substitution index for inguinal hernia was 100 %. The cancellation and suspension rates in AMS during the pandemic were 4,8 % and 2,89 % respectively (higher than the 1,98 % and 0,70 % recorded in the prepandemic period). The rate of unplanned admissions was 0,67 %, similar to the 0,65 % obtained in 2017. There were no surgical reinterventions, hospital readmissions, or emergency department visits. No significant differences in satisfaction levels were found between the two periods.

Conclusions: In our unit, the COVID-19 pandemic did not reduce the quality of care in the AMS setting.

Keywords: Pediatric ambulatory surgery, pediatric anesthesia, COVID-19, quality indicators.

INTRODUCCIÓN

Según el Real Decreto 1277/2003, se considera Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) a aquellos procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, locorregional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario” (1). Los niños pueden considerarse como pacientes “ideales” para este tipo de intervención, al tratarse habitualmente de pacientes sanos y requerir procedimientos de corta duración. La CMA se ha visto que reduce el impacto psicológico que supone un ingreso hospitalario, también disminuye la alteración de la dinámica familiar y se evitan posibles infecciones nosocomiales al recibir el alta en menos de 24 horas (2).

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, el cual fue detectada por primera vez en Wuhan, China, en diciembre del año 2019. Desde entonces, se ha ido propagando hasta convertirse en una pandemia que ha afectado a millones de personas. Su transmisión es principalmente debido al contacto cercano con una persona infectada y la inhalación de partículas respiratorias en el aire. La repercusión de esta enfermedad en los hospitales ha sido significativa, provocando cambios importantes en la práctica de la cirugía ambulatoria pediátrica, incluyendo la suspensión temporal de algunos procedimientos; con la consiguiente alteración de las listas de espera, la implementación de medidas de distanciamiento social, el uso de mascarillas y equipos de protección personal, etc., así como en la capacidad de los hospitales para proporcionar un seguimiento postquirúrgico adecuado. Hasta dicho año, las interurrencias médicas en niños perioperatorias eran de diversa índole como efectos secundarios a la medicación, complicaciones de procedimientos médicos o quirúrgicos, reacciones adversas a tratamientos o incluso infecciones, dentro de las cuales, en población pediátrica sobresalen las infecciones de vías respiratorias altas (IVRA) (3).

Presentamos un estudio retrospectivo en el que se examinaron los datos de la actividad quirúrgica ambulatoria de la Unidad de Anestesiología Pediátrica de un Hospital Terciario en el primer semestre de 2022 y se compararon con los del primer semestre de 2017 con el objetivo de analizar el impacto que tuvo la COVID-19 sobre la actividad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de carácter retrospectivo, siendo la población objeto del estudio 914 pacientes (total de pacientes incluidos en la actividad de la Unidad de Anestesiología Pediátrica durante el primer semestre del año 2022, periodo de máxima prevalencia de COVID-19). Se incluyeron aquellos pacientes que cumplieran con los criterios CMA (actitud positiva del paciente hacia el cuidado médico, la CMA y al posible dolor ocasionado,

aceptar después de una adecuada información la intervención en régimen ambulatorio, tener un entorno familiar y/o social adecuado, contar con un teléfono accesible, habitar a menos de una hora de viaje de un centro sanitario y la presencia de un adulto responsable durante las primeras 24-48 horas del postoperatorio en domicilio). Se incluyeron los pacientes ASA I-II y, en casos puntuales ASA III estables y sin episodios de descompensación en los últimos tres meses previos, pacientes > 6 meses y cirugías de mínimas pérdidas hemáticas sin apertura de cavidades ni órganos principales. Quedan excluidos del estudio lactantes prematuros con menos de 60 semanas postconcepcionales, antecedente personal o familiar de muerte súbita, enfermedades sistémicas no controladas o circunstancias sociales que no se recogieran previamente.

El objetivo principal del estudio fue evaluar el impacto de la COVID-19 en la Unidad de Anestesiología Pediátrica de un hospital terciario comparando los indicadores de calidad definidos en 2006 por la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) (4) respecto a datos de pacientes recogidos prepandemia. Entre ellos incluimos la tasa de cancelaciones (pacientes programados que no acuden), tasa de suspensiones (los pacientes ingresados en la Unidad que no son intervenidos por alguna causa), la tasa de ingresos (pacientes programados como CMA que no son dados de alta en el día), tasas de reingreso y frecuentación de Urgencias, índice de ambulatorización (que consiste en la proporción de los procedimientos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria sobre el total de procedimientos quirúrgicos), índice de sustitución (proporción de intervenciones potencialmente ambulatorizables realizadas en CMA respecto al total programado de dichas intervenciones) y, por último, el índice de satisfacción del paciente a través de una encuesta informatizada (5).

Como objetivos secundarios analizamos los criterios de funcionamiento de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria Pediátrica (CMAP), expusimos los modelos existentes para la selección adecuada de pacientes, de los procedimientos a realizar y de las técnicas anestésicas y destacamos la importancia de un diseño quirúrgico específico para los pacientes pediátricos.

Las variables estudiadas fueron el porcentaje de pacientes intervenidos de forma ambulatoria o con ingreso hospitalario y el porcentaje de pacientes sometidos a procedimientos bajo sedoanalgesia. Como variables secundarias tenemos el diagnóstico, tipo de intervención quirúrgica, edad, sexo, peso, tipo de anestesia, tiempo de intervención quirúrgica y la clasificación ASA.

Los datos empleados no son de carácter personal, sino que se accedió a los mismos a través de una base de datos anonimizada ya existente, de datos agregados de la actividad asistencial del centro. Se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed, empleando operadores booleanos para la búsqueda de información. Este estudio cumple

con la legislación en relación con la investigación clínica; la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 41/2022, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

RESULTADOS

Durante el primer semestre de 2022 se registraron un total de 912 pacientes en la Unidad de Anestesiología Pediátrica, de los cuales 23 casos fueron excluidos por no tener toda la información requerida para este estudio, en relación con las variables estudiadas. De los 889 casos restantes 17 fueron suspendidas y 30 canceladas.

Todos los pacientes recogidos fueron menores de 16 años. La edad media de los pacientes fue 7,95, con una mediana de 8 (Figura 1). Un 65,21 % (un total de 550) fueron varones frente a los 546 hombres intervenidos en 2017, mientras que el 34,79 % restante corresponde al número de mujeres intervenidas, siendo un total de 291 (frente a las 313 mujeres intervenidas en 2017).

En 2022, la mayor parte de los pacientes pesó en torno a 20 kg, siendo nuevamente el grupo de peso más abundante al igual que en 2017. En la Tabla I se puede observar una comparativa del total de los pacientes que fueron intervenidos en nuestra unidad en 2022 frente a 2017. El grado ASA I fue el más frecuente en ambos periodos (con un 54,46 % de los pacientes en 2017 frente a un 74 % en 2022), seguido por el grado ASA II (39,81 vs. 22,1 %). En 2022 no se registraron pacientes incluidos dentro del grado IV.

El grado ASA más frecuente en régimen ambulatorio, fue en ambos casos el ASA I con 259 (57,94 %) en 2017 frente a 432 (78,1 %) en 2022. En ambos periodos fueron intervenidos un número similar de pacientes ASA III (10 en 2017

y 13 en 2022, en ambos casos rondando el 2 % del total de los intervenidos de forma ambulatoria) debido a que no habían sufrido ninguna descompensación de su enfermedad en los 3 meses previos a la cirugía.

La especialidad con más pacientes intervenidos fue Cirugía Pediátrica (CP), al igual que en 2017, con un total de 502 pacientes (59,69 %) frente a los 355 del periodo previo. El segundo lugar lo ocupa Otorrinolaringología (ORL) con un total de 153 pacientes (18,19 %) frente a los 251 (32,02 %) intervenidos en 2017.

En 2022 se realizaron 553 intervenciones en régimen ambulatorio. De la misma forma que en el total de la unidad, la especialidad que realizó el mayor número de intervenciones ambulatorias en ambos periodos fue Cirugía Pediátrica (CP) con 385 intervenciones (69,62 %) en 2022 frente a 227 (69,62 %) en 2017. Le sigue nuevamente Otorrinolaringología (ORL) con 57 (10,31 %) en 2022 frente a 121 (26,59 %) en 2017. El tercer lugar lo ocupa Traumatología (COT) con 47 intervenciones (8,50 %) frente a 33 (7,25 %) en 2017, seguida por Oftalmología (OFT) con 45 intervenciones (8,14 %) frente a las 69 (15,16 %) realizadas en 2017. No se realizaron intervenciones sin ingreso de Cirugía Torácica (TOR), Ginecología (GIN), Cirugía Plástica (CPL) ni Cirugía General CGD). El 100 % de los pacientes sometidos a procedimientos de Radiodiagnóstico (RX) bajo sedoanalgesia (9 intervenciones) fueron realizadas de forma ambulatoria, representando un 1,63 %.

El tiempo promedio de todas las intervenciones en 2022 fue de 55,94 min frente a los 59,68 min de 2017, observándose una reducción global del tiempo de 3,74 minutos. Las intervenciones más duraderas en 2022 se dieron nuevamente en Neurocirugía, con una media de 97,5 min, frente a los 99 min obtenidos en 2017. Le sigue Cirugía Plástica, con una media de 84,57 min, que no se realizaban en 2017. El tiempo promedio de todas las intervenciones ambulatorias en 2022 es de 45,74 min frente a los 37 min obtenidos en 2017.

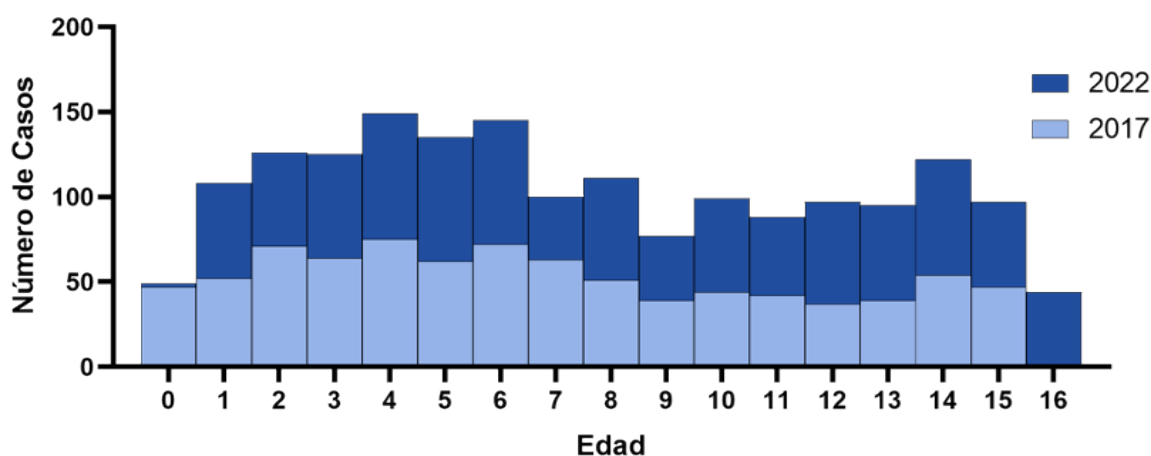


Fig. 1. Comparativa de la distribución por edades entre 2017 y 2022.

TABLA I

ESCALA ASA DE LOS PACIENTES 2017 VS. 2022

	2017		2022	
Grado ASA	n.º pacientes (% Unidad)	n.º pacientes (% CMA)	n.º pacientes (% Unidad)	n.º pacientes (% CMA)
ASA I	485 (54,46 %)	259 (57,94 %)	622 (74 %)	432 (78,1 %)
ASA II	342 (39,81 %)	178 (39,82 %)	186 (22,1 %)	108 (19,5 %)
ASA III	30 (3,49 %)	10 (2,23 %)	33 (3,9 %)	13 (2,4 %)
ASA IV	2 (0,23 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
ASA V	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

TABLA II

COMPARACIÓN DE LA DURACIÓN DE TODAS LAS INTERVENCIONES DE LA UNIDAD POR ESPECIALIDAD 2017 VS. 2022

	Tiempos 2017 Unidad		Tiempos 2022 Unidad	
	Media (min)	Desv. Estándar (min)	Media (min)	Desv. Estándar (min)
COT	82,54	84,81	73,37	93,37
ORL	56,91	59,27	52,67	53,82
OFT	43,67	36,37	39,33	28,74
CP	53,13	50,43	40,88	46,48
RIV	43	33,5	75	43,06
NCX	99,09	56,25	97,5	50,14
TOR	71,67	42,52	3	0
GIN	27,5	17,68	22,4	21,59
CGD	-	-	60	0
RX	-	-	28,8	40,88
CPL	-	-	84,57	47,13
Interservicios	-	-	65	21,21

En las intervenciones realizadas sin ingreso los tiempos promedios quirúrgicos en esta ocasión son de 80 min en la única intervención realizada por Neurocirugía en régimen ambulatorio, seguidos por 70,71 min en Radiología intervencionista, 65 min en cirugías Inter servicios; siendo un total de 2 (OFT + CP y ORL + CP), 38,38 min en Oftalmología, 37,87 min en Traumatología, 32,77 min en Otorrinolaringología, 29,73 en Cirugía Pediátrica y 28,8 min en Radiodiagnóstico.

En la Tabla II se muestran los tiempos medios de las especialidades del total de la unidad, comparándolos con los previos de 2017. En la Tabla III se muestran los tiempos medios de las intervenciones realizadas en régimen ambulatorio, comparando los tiempos de 2017 con los de 2022. En el primer semestre de 2022 se produjeron 17 suspensiones (4 fueron por motivos de tipo organizativo y 13 por enfermedad aguda intercurrente) y 30 cancelaciones (29 por enfermedad aguda intercurrente, 25 de las cuales

TABLA III

COMPARACIÓN DE DURACIÓN DE LAS INTERVENCIONES AMBULATORIAS POR ESPECIALIDAD 2017 VS. 2022

	Tiempos 2017 CMA		Tiempos 2022 CMA	
	Media (min)	Desv. Estándar (min)	Media (min)	Desv. Estándar (min)
COT	49,12	26,47	37,87	38,8
ORL	35,58	16,29	32,77	19,69
OFT	41,45	36,16	38,38	28,92
CP	33,01	21,08	29,73	25,64
RIV	37,5	25,98	70,71	32,2
NCX	20	0	80	0
TOR	-	-	-	0
GIN	-	-	-	21,59
CGD	-	-	-	-
RX	-	-	28,8	40,88
CPL	-	-	-	-
Interservicios	-	-	65	21,21

tuvieron resultados positivo en la prueba PCR realizada en las 72 h previas a la intervención, mientras que las cuatro restantes fueron injustificadas). El 100 % de las cancelaciones justificadas pudieron ser sustituidas por otros pacientes.

Centrándonos en la actividad de CMA, se observó que el número de cancelaciones fue de 27, todas justificadas, suponiendo una tasa de cancelaciones del 4,8 %, mostrándose un incremento significativo respecto al 0,70 % de 2017, aunque explicable estando en el contexto de la pandemia, ya que 24 de ellas (88,8 %) se debieron a que los pacientes tuvieron resultados positivos en las pruebas PCR. Por otro lado, las suspensiones en régimen ambulatorio fueron 16, de forma que la tasa de suspensiones fue del 2,89 %, ligeramente superior al 1,98 % de 2017. Las suspensiones y cancelaciones ocurridas durante la pandemia, en relación con enfermedades agudas intercurrentes, en su gran mayoría fueron causadas principalmente debido a infección por COVID-19 del paciente o ser este contacto directo de un paciente infectado.

Además, se vio que los pacientes que requirieron intervención quirúrgica urgente supusieron un 8,8 % en 2022 frente a un 4,67 % en 2017. Obtuvimos un Índice de Ambulatorización del 65,51 % en 2022, con respecto al 57,83 % de 2017, y unas tasas de Ingreso del 34,49 % y del 42,17 % en

2022 y 2017, respectivamente, siendo nuevamente Oftalmología la especialidad con mayor índice de ambulatorización, seguida por Cirugía Pediátrica, Traumatología y Otorrinolaringología en ambos periodos, no observándose cambios en el orden.

Indicamos el índice de sustitución de la cirugía de hernia inguinal unilateral, debido a que es la intervención de referencia en la CMA de adultos por excelencia. En nuestra unidad el índice de sustitución de la cirugía de hernia inguinal, tanto unilateral como bilateral, alcanza el 100 %, así como el índice de sustitución de las hernias umbilicales y epigástricas. Otras de las intervenciones evaluadas, como las postectomías, onicoplastias, anquiloglosias, o exéresis de diferentes patologías, también logran el 100 %.

En otras especialidades, como Oftalmología, se evalúa el sondaje del conducto lagrimal, la cirugía correctora de estrabismo así como la inyección de toxina botulínica, logrando un 100 % en todas ellas. En Traumatología se valora la realización de artroscopias, obteniendo un 100 % en los 8 casos. Finalmente, en Otorrinolaringología se evaluaron las adenoidectomías obteniendo un 79,4 % frente a un 97,27 % en 2017.

En cuanto a la técnica anestésica, se vio que se realizaron 726 intervenciones con anestesia general, suponiendo un

86,33 % del total, frente a un 90,79 % en 2017. De estas, 278 intervenciones (38,29 %) fueron realizadas con Intubación Orotraqueal (IOT), siendo mayoritario en las intervenciones de adenoidectomías y amigdalectomías realizadas por Otorrinolaringología. Tres intervenciones (0,41 %) fueron realizadas con intubación oro-traqueal de doble luz. En la mayoría de los casos se prefirió el uso de dispositivos supraglóticos con mascarilla laríngea (ML), un total de 437 intervenciones (60,19 %). Únicamente se describen 11 intervenciones con anestesia raquídea y 80 intervenciones bajo sedación (un 8 % más que en 2017). Se realizaron 7 intervenciones anestesia locorregional y 17 intervenciones únicamente con anestesia local.

Respecto a la satisfacción general del manejo perioperatorio, el 100 % de los padres afirmaron tener una impresión muy buena o buena frente a un 98 % obtenido en 2017. El 94 % de los padres consideró la información previa a la cirugía clara o muy clara, resultado similar al obtenido en el periodo pre-pandemia con un 92 %. El 99 % calificó como muy bueno o bueno el trato recibido por el personal médico, así como el 98 % opinó del mismo modo sobre el trato recibido por enfermería en 2017. En 2022, el 100 % calificó de esta manera el trato médico, así como el de enfermería. El 98 % afirmó que las instrucciones al alta fueron claras y comprensibles en 2017, mientras que el 100 % afirmaba lo mismo sobre estas en 2022. En ambos periodos, el 100 % de los padres respondió que recomendaría la asistencia a nuestra unidad. La puntuación media (sobre 10) obtenida por la unidad fue de 9,24 en 2017 y de 9,6 en 2022.

DISCUSIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es especialmente beneficiosa en la población pediátrica, al ser generalmente pacientes sanos y sometidos a procedimientos de corta duración. Gracias a la ambulatorización de las cirugías, se evita el impacto psicológico que supone un ingreso hospitalario, se minimiza la alteración de la dinámica familiar y se reduce el riesgo de infecciones nosocomiales (2).

En nuestra unidad, el índice de ambulatorización de las operaciones electivas durante los meses de pandemia COVID alcanzó el 65,51 % (57,83 % en 2017), cifra comparable con la de los centros de países desarrollados que realizan este tipo de cirugía. En nuestra serie, se observa un predominio del sexo masculino, representando el 65,21 % de los casos (63,56 % en 2017), debido con alta probabilidad a la mayor incidencia de afectaciones relacionadas con intervenciones en el área peneano-escrotal. Estas afecciones quirúrgicas suelen abordarse durante los 6 primeros años de vida, lo que explica que el grupo de edad de entre 4-6 años sea el más numeroso.

En este estudio se puede observar que hay 4 especialidades que son las más propicias para la ambulatorización, y tienen mayor potencial de mejora en el futuro, entre las que se

encuentra Oftalmología, con un índice de ambulatorización del 93,75 % (89,47 % en 2017), seguida por Cirugía Pediátrica con un 76,69 % (62 % en 2017), Traumatología con un 54,65 % (47,76 % en 2017) y finalmente Otorrinolaringología que desciende respecto a los datos previos con un 37,25 % frente al 46,09 % en 2017. Este descenso está causado por el aumento de las enfermedades agudas intercurrentes durante el periodo de pandemia, ya que los pacientes de Otorrinolaringología son los más susceptibles al contagio de estas infecciones debido a su patología de base y motivo de su intervención.

En cuanto al riesgo anestésico, observamos que la mayoría de los pacientes presentaron un riesgo bajo (ASA I) lo cual representa un 74 % (54,46 % en 2017) del total de la actividad asistencial de la unidad (incluyendo intervenciones con ingreso y ambulatorias).

La hernia inguinal es una afección común considerada un indicador de calidad en la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de adultos. En nuestra unidad, logramos un índice de sustitución del 100 % durante la época de la COVID manteniendo los resultados obtenidos en 2017, tanto en herniorrafia inguinal unilateral como bilateral, superando claramente el promedio de alrededor del 70 % en otros centros hospitalarios.

En cuanto a la actividad de CMA en el periodo a estudio no hubo cambios respecto a 2017 en relación a ingresos no previstos (0,67 %), manteniéndose por debajo de los estándares generales (1,2 % en 2011) (6).

La tasa de cancelación en CMA en el 1.º semestre de 2022, durante la época de la pandemia, fue del 4,8 % (frente al 1,98 % recogido en periodo pre-pandemia) con 29 cancelaciones justificadas y 1 sin justificación, mientras que la tasa de suspensión fue del 2,89 % frente al 0,70 % en 2017. Estos resultados, aunque superiores a los obtenidos en 2017, son explicables debido al contexto epidemiológico de mayor incidencia de COVID en población pediátrica en el momento de realizar el estudio. Aun así, a pesar de encontrarse dentro de un rango medio según la bibliografía, sigue superando los estándares deseables. Esto se debe fundamentalmente a que disponemos de un servicio de admisión especializado en niños. Este se pone en contacto con los padres tanto una semana antes, cuando se realiza un *checklist* en el que se pregunta por infecciones recientes o motivos que puedan suponer la cancelación de la intervención, como 48-72 horas antes para asegurarse de que el paciente sigue cumpliendo los criterios del *checklist*. Además, se aprovecha la llamada para darle cita para la realización de la PCR previa a la cirugía. Otro de los motivos que contribuyen a la baja tasa de cancelaciones y suspensiones es el protocolo implementado para minimizar el contagio de COVID entre pacientes, en el que se hace hincapié en el uso de mascarillas, una correcta higiene de manos... Por último, se preavisa a un paciente, además de aquellos incluidos en el parte de quirófano, con el propósito de que mantenga

el ayuno, y se le informará en caso de que hubiese alguna suspensión ese día, con el fin de poder aprovechar la disponibilidad del quirófano. En caso de no producirse ninguna suspensión, se notifica al paciente y se le cita para su intervención en las siguientes 72 horas.

La satisfacción de los padres es uno de los principales objetivos de la calidad asistencial en pacientes pediátricos intervenidos en régimen ambulatorio. En el estudio de satisfacción, es importante tener en cuenta que el tiempo de estancia del paciente en la unidad es breve, de solo unas horas, y que el postoperatorio y la mayoría de los cuidados se realizan en el domicilio. Por lo tanto, es crucial considerar los temores y preocupaciones tanto de los padres como de los pacientes, como muestra un estudio realizado sobre la perspectiva de los padres en relación con la atención domiciliaria en pacientes pediátricos intervenidos en unidades de CMA (7).

Mediante una encuesta se les permite a los padres expresar su satisfacción de forma directa acerca de los servicios prestados. Los resultados obtenidos permiten mantener o actualizar las pautas de actuación encaminadas a la mejora de la calidad en la prestación de los cuidados. Más del 98 % de los padres respondieron a esta encuesta (99 % en 2017), que manifestaron su grado de satisfacción, mostrándose muy satisfechos con la asistencia obtenida, calificando a la unidad como muy buena, con una puntuación de 9,12 sobre 10.

Con todo ello, podemos afirmar que nuestra unidad de CMA Pediátrica es un método seguro, eficaz, y que a pesar de las complicaciones ocasionadas por la pandemia ha conseguido mantener unos estándares de calidad a la altura.

CONCLUSIONES

Los indicadores de calidad de la cirugía mayor ambulatoria permiten conocer y analizar el funcionamiento y los resultados de las distintas unidades de gestión. Durante la pandemia COVID-19 la CMA pediátrica ha supuesto una oportunidad de mejora en la atención a nuestros pacientes. Pese a la situación de crisis mundial, hemos conseguido

mantener e incluso mejorar indicadores como el índice de ambulatorización, la tasa de ingresos no previstos o la satisfacción global de las familias; únicamente aumentando en este contexto las tasas de cancelación respecto a los datos prepandemia, debido fundamentalmente al gran porcentaje de pacientes con PCR positiva en las 72 horas previas a la intervención quirúrgica.

Pese a esto, podemos confirmar que en nuestra unidad pediátrica, la pandemia COVID-19 no ha reducido la calidad asistencial en régimen de CMA.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España; 2008.
2. Patil V, Brennan LJ. Day surgery for children. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 2007;8(5):176-9.
3. Montero PT. Análisis de las suspensiones por enfermedad intercurrente en intervenciones quirúrgicas programadas en edad pediátrica. Estudio multicéntrico [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018.
4. Lemos P, Regalado AM. Patient outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. *Day Surgery. Development and Practice* [Internet]. International Association for Ambulatory Surgery; 2006. p. 257-80.
5. Mira JJ, Ruiz P, Alcalde J, Landa. Calidad de la atención percibida por el paciente. *Manual Gestión Clínica en Cirugía. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos*; 2005. p. 297-315.
6. The Australian Council of Healthcare Standards. *Day Surgery version 4. Retrospective data in full Australasian Clinical Indicator Report 2004-2011*.
7. Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heierle Valero C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria: Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):613-25.