

## Índices de calidad en cirugía ambulatoria Quality standards in ambulatory surgery

L. Verde Remeseiro<sup>1</sup> y E. López-Pardo y Pardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gerente Área Sanitaria Integrada de Santiago de Compostela. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

<sup>2</sup>Subdirectora de Calidad y Atención al Paciente de la Gerencia Integrada de Santiago de Compostela.

Autor para correspondencia: Luis.verde.remeseiro@sergas.es

### INTRODUCCIÓN

Tras más de 20 años de implantación progresiva, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una realidad en la práctica totalidad los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS). Su modelo organizativo, que ha venido contribuyendo en gran medida al liderazgo y al desarrollo de la gestión clínica de los equipos quirúrgicos, ha demostrado su capacidad para garantizar una alta seguridad y satisfacción del paciente, en un marco de eficiencia clínica.

No obstante, a pesar del fuerte incremento experimentado en los últimos años, todavía deben abordarse algunos retos que mejoren su amplia cobertura y consoliden esta modalidad como primera alternativa en determinados procedimientos, disminuyendo la variabilidad de su aplicación. Ello teniendo en cuenta que cada unidad de CMA debe definir su oferta de prestación de servicios, en función de las necesidades asistenciales del área sanitaria, de las características organizativas del hospital y de la capacidad profesional. Además, será necesario desarrollar todo su potencial patologías de alta prevalencia, teniendo en cuenta las circunstancias laborales y sociales del paciente y su familia y el tiempo de espera quirúrgica en la especialidad.

Los sistemas de indicadores son un instrumento más de ayuda a la superación de las posibles barreras en su implantación y pueden indicar los problemas en el cuida-

do de un paciente. Medidos de forma periódica, y registrados de forma sistemática, facilitan a gestores y profesionales la evaluación y la comparación externa de sus resultados, permitiéndoles tomar decisiones dentro de un marco de referencia enfocado a la mejora continua. Además, contribuyen a la mejora de los sistemas de información y la calidad de los datos, refuerzan la credibilidad y confianza en los sistemas de medición y promueven la transparencia en la gestión.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se procede a la selección de indicadores orientados a evaluar la consolidación de infraestructuras, circuitos y sistemas organizativos, la correcta selección de los pacientes, la adecuada selección de los procesos, la disminución de la morbilidad, la mejora del funcionamiento de las unidades, la coordinación profesional y al incremento de la satisfacción del paciente.

Se toman como marco de referencia de calidad el documento de recomendaciones de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en su Plan de Calidad y las recomendaciones del Australian Council on Healthcare Standards dentro del Australian Day Surgery Council, revisión año 2004 de indicadores de calidad en CMA.

## RESULTADOS

Se priorizan y relacionan los siguientes indicadores para la evaluación de las unidades de CMA, teniendo en cuenta:

- **Estructura.** El modelo organizativo e infraestructura profesional y tecnológica, coordinador, protocolos quirúrgicos y de profilaxis antibiótica y tromboembólica, capacitación y formación continuada.
- **Eficiencia y calidad.** El 14 de marzo del 2007, la agencia de calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo presentó ante del Consejo Interterritorial los indicadores clave del SNS, capaces de proporcionar información integrada y sistemática del sistema sanitario. Dentro de ellos se encuentra la tasa de ambulatorización de los procedimientos quirúrgicos y el índice de sustitución para determinados procedimientos seleccionados, ambos están incluidos en estadísticas internacionales (Eurostat, European Health Care Indicators y OCDE).
  - *Tasa de ambulatorización:* mide el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del hospital. Es la proporción de procedimientos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria sobre el total de procedimientos quirúrgicos urgentes o programados (ambulatorios y hospitalizados). Para el SNS, año 2010, fue del 43,04 %. La tendencia temporal de los últimos 5 años ha sido creciente, con un incremento anual promedio del 1,73 %. Este es un indicador de eficiencia, relacionado con la tipología del hospital, ya que los de tercer nivel presentan los índices más bajos y los del primer nivel, los más elevados y la participación de las especialidades quirúrgicas.
  - *Índice de sustitución por procedimiento:* proporción de episodios o GRD correspondientes a intervenciones quirúrgicas mayores sin ingreso sobre el total de episodios o GRD quirúrgicos con ingreso programado potencialmente ambulatorio, definidos en función de una relación del Manual de Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad. En relación al listado “A” mide la eficacia de la unidad en la captación de procesos potencialmente ambulatorios y al “B”, mide la eficacia de la unidad en el desarrollo de técnicas y procedimientos de cirugía de día y mínimamente invasiva. El estándar sería el 100 % en todos los procedimientos seleccionados. La cirugía oftalmológica, de la mano y del pie, suelen situarse en un rango de 80 a 95 %. Otras como la cirugía de la hernia inguinal o la colecistectomía laparoscópica se sitúan en un rango que va del 5 al 30 %.
- **Funcionamiento interno.**
  - *Tasa de intervenciones suspendidas:* porcentaje de intervenciones programadas que no se realizan tanto

por causa del paciente o de la organización y que no son sustituidas por otras. Puede ser por incomparecencia del paciente o por cancelación tras acudir el paciente. Miden la calidad de la información o selección incorrecta por patología asociada o aparición de procesos agudos que obligan a posponer las intervenciones. Es el indicador que más influye en la insatisfacción del paciente y en la utilización inadecuada de recursos. Aproximadamente el 50 % son evitables.

- *Rendimiento quirófanos:* el aprovechamiento de las horas disponibles de quirófano, la agilidad a la hora de sustituir un paciente por otro, el blindaje de la unidad evitando interferencias del resto del bloque quirúrgico, junto con una mejor preparación del paciente son aspectos claves de la eficiencia.

- **Morbilidad.**

- *Tasa de morbilidad global:* porcentaje de complicaciones y todo tipo de incidencias que sucedan en el postoperatorio en relación a intervenciones realizadas. Suele situarse en el 6 %.
- *Tasa de pernocta:* porcentaje de pacientes que no causan alta por motivos clínicos, anestésicos o administrativos y pernoctan en el hospital. Es el más utilizado porque mide como pocos la eficiencia y calidad técnica de las mismas. Un valor bajo indica un buen funcionamiento de los protocolos de la selección de pacientes, intervención quirúrgica, readaptación al medio y alta (5-1,5 %). Es capaz de detectar problemas relacionados con la selección de pacientes, la complejidad del procedimiento y el riesgo quirúrgico.
- *Tasa de consulta, ingreso inmediato e ingreso diferido:* porcentaje de pacientes de alta que ingresa de urgencia por haber surgido una complicación postoperatoria en su domicilio, a las 24 horas o en menos de 28 días. Los valores están por lo general por debajo del 1 %. Las causas inmediatas más frecuentes son la hemorragia de la herida operatoria, la infección de la misma o la aparición de fiebre.
- *Tasa de infección herida:* porcentaje de pacientes con presencia de exudado purulento o sero-purulento en herida, sin que sea necesaria la confirmación microbiológica. Los estándares reconocidos se sitúan en torno al 1 %. Las infecciones suelen relacionarse con la cirugía de partes blandas, general y traumatológica y la cirugía anal.

- **Coordinación profesional.**

- *Informe de alta:* porcentaje de historias clínicas con el informe al alta, a ser posible en la historia clínica electrónica.
- *Informe de enfermería:* porcentaje de informes de enfermería al alta con recomendaciones postoperatorias, con el contacto para las primeras 24-48 horas,

fecha, hora y lugar de la primera cura o visita y la prescripción de medicamentos.

- **Calidad percibida.**

- *Grado de satisfacción del paciente:* medida mediante encuestas específicas y validadas que ayuden a conocer los aspectos en los que se debe incidir para mejorar.
- *Reclamaciones y agradecimientos:* porcentaje de reclamaciones/agradecimientos orales o escritas recibidas en atención al paciente.

## DISCUSIÓN

La importancia de los indicadores radica en su capacidad para inducir acciones de mejora de un proceso que se está midiendo. Es fundamental disponer de un conjunto de indicadores susceptibles de ser aplicados para evaluar y comparar las diferentes unidades de CMA. Su definición e implantación en el marco del SNS exige partir de un marco referente de calidad que defina una cartera común básica. Por otra parte, supone unificar criterios y conceptos al hablar de CMA, implicando a todos los actores que participan en su organización (gestores, personal de CMA, personal de cirugía con ingreso, servicios clínicos, enfermería, etc.).

En cuanto a la definición de indicadores es fundamental garantizar su rigor mediante la homogeneidad, el registro oficial y normalizado de datos de datos y la definición de estándares, teniendo presentes las particularidades organizativas de los servicios de salud autonómicos. Es importante ajustar ciertos indicadores a la gravedad y condiciones del paciente, a los procedimientos de mayor riesgo y a las características de los hospitales, de modo que sea factible realizar comparaciones entre hospitales y/o servicios quirúrgicos.

En este sentido, la dirección del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la participación de las sociedades científicas y los expertos se hace imprescindible. Asimismo, es importante mencionar también que los informes de gestión hospitalaria deben ser emitidos y publicados por cada hospital de una manera uniforme, de modo

que permita la comparación entre centros y sea un punto de partida para que los interesados puedan comenzar a hacer preguntas en cuanto a la gestión y la eficiencia.

De todos los indicadores mencionados en la Asamblea General de la IAAS, de 2003 en Boston, se seleccionaron como los 5 indicadores de calidad más importantes, la suspensión de procedimientos, la no comparecencia del paciente, la cancelación de la intervención, la reintervención no planificada el mismo día, la pernocta no planificada, la consulta urgente y los reingresos.

En definitiva, medir para mejorar y poder garantizar calidad y seguridad para los procedimientos realizados en cirugía ambulatoria.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad del SNS. Manual "Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento". Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.
4. Aranaz JM. 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.
5. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, McKee M, with the collaboration of IAAS Executive Committee Members. Policy brief. Day surgery: Making it happens. Brussels: WHO European Centre for Health Policy; 2007.
6. Health Building Note 52. Vol. 1. "Accommodation for day care. Day surgery unit". HMSO: London; 1993.
7. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, 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.
8. Australian Council on Healthcare Standards. ASA. American Society of Anaesthesiology.
9. 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.
10. 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.
11. AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Research Activities, March 2010, No. 355.