INSPIRA NETWORK

cma
cirugía mayor ambulatoria
www.asecma.org

ARTÍCULO ESPECIAL

Recibido: Marzo 2018. Aceptado: Junio 2018

Auditoría de la CMA en los procesos quirúrgicos de las áreas III y IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria

Audit of Day Surgery in the surgical procedures of areas III and IV of the Autonomous Community of Cantabria

J. C. Cagigas[1], P. Ruíz Álvarez[1], P. Cagigas-Roecker[2], E. Gutiérrez Calero[1], M. Ochoa[1], C. R. Lavín[1]

[1]Hospital Sierrallana-Tres Mares. Cantabria. [2]Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

Autor para correspondencia: usass1000@gmail.com

RESUMEN

Se realiza una auditoría para detectar errores o problemas y proponer mejoras de los circuitos actuales, para ello se tomará como referencia el manual de estándares y recomendaciones de las unidades de cirugía mayor ambulatoria del Ministerio de Sanidad (1) (Tabla I). La unidad integrada es la utilizada con mayor frecuencia, y en su caso se aplica en el hospital comarcal Sierrallana y Tres Mares, distanciados 40 km y a 800 metros de altura sobre el nivel del mar.

Palabras clave: Auditoría, Cirugía Mayor Ambulatoria.

ABSTRACT

An audit is carried out to detect errors or problems and propose improvements of the current circuits, for this purpose the manual of standards and recommendations of the ambulatory major surgery units of the Ministry of Health (1) (Table I). The integrated unit is the one used with more frequently, and where applicable, it is applied in the regional hospital Sierrallana and Tres Mares, spaced 40 km away and 800 meters above sea level.

Keywords: Audit, Ambulatory Surgery.

AUDITORÍA DE CALIDAD DEL PROCESO CMA

Este estudio comprende el área III y IV de la Comunidad de Cantabria, con una población de pacientes estudiados de 6296 en total (Tabla II). En la Figura 1 observamos la evolución de los procesos con la edad que aumenta a partir de los 50 años y que coincide con el aumento de los procedimientos de cataratas. En las edades finales este es el único procedimiento. Hay una pirámide clara desde los 40 años a los 90 para la CMA, muy paralelos en 2013 y 2014. Hay una disminución en todos los tramos de edad en 2014. Se plantea el circuito de mejora asistencial (Figura 2 y 3).

ÍNDICE DE CANCELACIÓN

En 2013 es del 3,92 % y en 2014 el valor es 3,62 %. (< 0,3 %). Los motivos son: contraindicación médica, decisión del paciente y falta de tiempo quirúrgico. En 2014 aumentaron las cancelaciones por la falta de tiempo de quirófano, y disminuyendo en los otros dos. El servicio quirúrgico con más cancelaciones fue oftalmología, en 2013 con el 39,53 % del total, bajando al 35,77 % en el 2014 (Tabla III).

Este artículo ha sido presentado en el 12º Simposio Nacional CMA.

TABLA I

INDICADORES CMA

DIMENSIÓN DE LA CALIDAD	INDICADOR
Eficiencia y calidad científico-técnica	Cancelación de procedimientos
Eficiencia y calidad científico-técnica	Reintervención no planificada en el mismo día
Eficiencia y calidad científico-técnica	Pernocta no planificada
Eficiencia y calidad científico-técnica	Consulta urgente
Eficiencia y calidad científico-técnica	Reingresos hospitalarios
Eficiencia del sistema	Índice de sustitución
Eficiencia del sistema	Índice de ambulatorización
Calidad percibida por el usuario	Índice de satisfacción

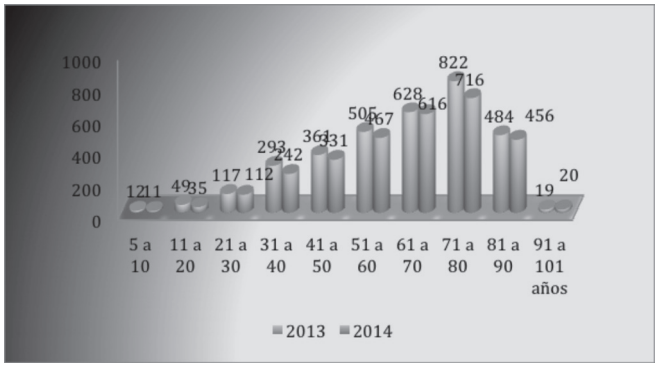

Fig. 1. EDAD por grupos 2013 y 2014. Fuente: elaboración propia.

TABLA II

ESTUDIO DE 18 PROCEDIMIENTOS GRD Y CIE 9 DE CMA

GRD	ALTAS	FRECUENCIA	EDAD MEDIA	PESO	GRDS. CÓDIGO GRD
Intervención CIE9-80.26: artroscopia					
232 – Artroscopia	53	100,00 %	48	1,35	232
Intervención CIE9-67.2: conización					
363 – Dilatación y legrado, conización y radio-implante por neo.	10	52,63 %	41	1,08	363
364 – Dilatación y legrado, conización excepto por neoplasia mal.	9	47,37 %	45	0,79	364
Intervención CIE9-82.35: aponeurectomía					
229 – Proc. sobre mano o muñeca, excepto proc. mayores s. articul.	25	100,00 %	68	0,94	229
Diagnóstico CIE9-553.21: eventración: media					
160 – Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral ed.	36	100,00 %	54	1,00	160
Intervención CIE-9: 13.71: FACO					
39 – Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	1,279	100,00 %	75	1,05	39
Diagnóstico CIE9-565,0: fisura anal crónica					
158 – Procedimientos sobre ano y enterostomía sin CC	29	100,00 %	50	0,75	158
Intervención CIE)-53.05: hernioplastia inguinal					
162 – Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad < 17	224	100,00 %	58	0,82	162
Intervención CIE9-53.41: hernioplastia umbilical					
160 – Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral ed.	55	100,00 %	56	1,00	160
Intervención CIE)-66029: LGT (ligadura de trompas)					
362 – Interrupción tubárica por endoscopia	16	100,00 %	38	0,61	362
Intervención CIE9-85.21: mama					
262 – Biopsia de mama y excisión local por proceso no maligno	43	64,18 %	43	0,94	262
260 – Mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin CC	24	35,82 %	59	1,08	260

(Continúa en la página siguiente)

TABLA II

ESTUDIO DE 18 PROCEDIMIENTOS GRD Y CIE 9 DE CMA

GRD	ALTAS	FRECUENCIA	EDAD MEDIA	PESO	GRDS. CÓDIGO GRD
Intervención CIE9-30.09: MCL					
55 – Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	25	92,59 %	51	0,87	55
77 – Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio	2	7,41 %	75	1,86	77
Diagnóstico CIE9-621.0: pólipo endometrial					
359 – Proc. sobre útero y anejos por ca. *in situ* y proceso no malig.	43	89,58 %	53	1,01	359
369 – Trastornos menstruales y otros problemas aparato genit.	4	8,33 %	52	0,64	369
364 – Dilatación y legrado, conización excepto por neoplasia mal.	1	2,08 %	55	0,79	364
Intervención CIE9-68.29: resectoscopia					
359 – Proc. útero y anejos por ca. *in situ* proceso no malig.	60	100,00 %	52	1,01	359
Intervención CIE9-38059: safenectomía					
119 – Ligadura y stripping de venas	171	100,00 %	52	1,03	119
Diagnóstica CIE9-724.8: síndrome facetario					
243 – Problemas médicos de la espalda	113	100,00 %	64	0,77	243
Diagnóstico CIE9-685.1: sinus pilonidal					
267 – Procedimientos de región perianal y enfermedad pilonidal	60	96,77 %	30	0,71	267
278 – Celulitis edad > 17 sin CC	2	3,23	37	0,69	278
Diagnóstico CIE9-354.0: liberación túnel carpo.					
6 – Liberación del túnel carpiano	51	100,00 %	57	0,74	6
Intervención CI9-3,43: MCL					
73 – Otros diagnósticos de oído, nariz, boca y garganta edad > 17	27	64,29 %	57	0,70	73
69 – Otitis media y ITRS edad > 17 sin CC	9	21,43 %	56	0,47	69
82 – Neoplasias respiratorias	5	11,90 %	61	1,81	82
64 – Neoplasia maligna de oído, nariz, boca y garganta	1	2,38 %	60	1,61	64

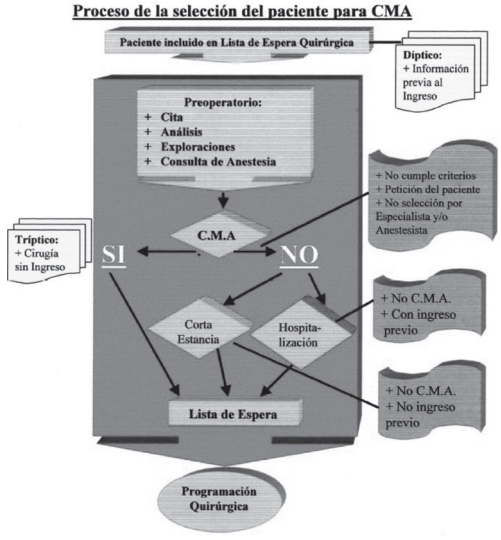

Fig. 2. Circuito de CMA.

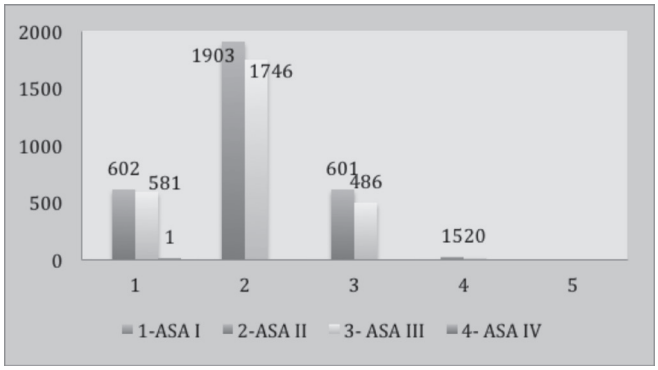

Fig. 3. Tipos de ASA.

INGRESOS Y REINGRESOS TRAS CMA

Se han detectado un total de 164 y 116 pacientes que habían tenido un ingreso o pernocta no prevista tras CMA en el hospital Sierrallana y Tres Mares durante los años 2013 y de 2014 respectivamente (Tabla IV). Las causas de ingreso por **motivos anestésicos** supusieron el 49,4 % en 2013 y el 32,8 % en 2014. Por **motivos quirúrgicos** son el aumento de la complejidad y/o del tiempo quirúrgico, el control de heridas y drenajes postoperatorios, las complicaciones quirúrgicas o las reintervenciones no planificadas. Las causas quirúrgicas han supuesto el 38,7 % de los ingresos en 2013 y el 51,5 % en 2014 (Figura 4). Los ingresos por **motivos médicos** eran pacientes que se les había suspendido la anticoagulación para la cirugía y necesitaban su reajuste. Hubo algún paciente en el que empeoró alguna patología médica preexistente. Supusieron el 6,3 % en 2013 y el 5,5 % en 2014. Las **otras causas de ingreso** fueron insignificantes en 2013 y ascendieron al 6,2 % en 2014. En nuestro estudio **el índice de pernocta** ha sido de un 4,3 % durante el año 2013 y de 3,6 % durante el 2014. La cirugía general fue la que más pacientes ingresó, aunque descendió su porcentaje de forma considerable en 2014 (Figuras 5 y 6). Por especialidad, en el año 2013 como 2014 fue ginecología la especialidad que más pacientes ingresó. La especialidad de cirugía general disminuyó un 2,5 % los ingresos en el 2014 respecto al año 2013. Las Figuras 5 y 6 muestran en porcentaje las distintas anestesias suministradas a los pacientes ingresados. La IOT ha sido la más empleada en 2013 (32,4 %) como en 2014 (33 %). La mascarilla laríngea (24,6 % en 2013 y 22 % en 2014) y la anestesia general fue por tanto un 56 % de los pacientes que pernoctan. **La tasa de ingresos imprevistos o no planificados** es el indicador más empleado en la mayoría de las UCMA, pues detecta los problemas relacionados con la selección de pacientes, con la complejidad del procedimiento y el riesgo excesivo quirúrgico para CMA (1-3). En nuestro caso se encuentra en un 4,3 % y 3,6 % según

TABLA III

CANCELACIONES

		TRAUMA	UROLOGÍA	OFTALMOLOGÍA	CIRUGÍA	GINECOLOGÍA	OTORRINO	TOTALES
CMA SUSPENDIDA 2013	CONTRAINDICACIÓN	10	0	34	18	5	3	70
	DECISIÓN DEL PACIENTE	2	0	5	3	6	5	21
	OTROS (TIEMPO QUIRÚRGICO)	10	0	12	14	1	1	38
	TOTALES	22	0	51	35	12	9	129
CMA SUSPEDIDA 2014	CONTRAINDICACIÓN	12	0	24	12	2	6	56
	DECISIÓN DEL PACIENTE	2	0	3	0	5	1	11
	OTROS (TIEMPO QUIRÚRGICO)	12	0	12	13	4	1	42
	TOTALES	26	0	39	25	11	8	109

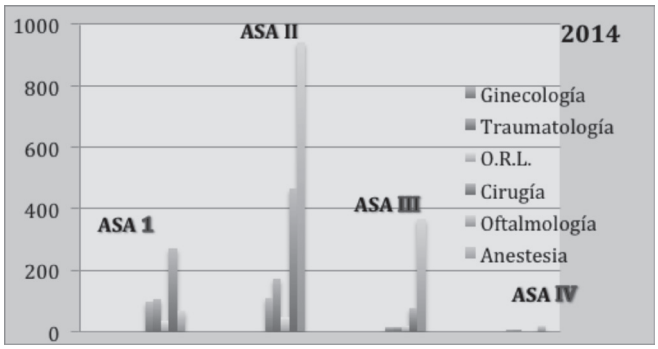

Fig. 4. ASA y especialidad quirúrgica de CMA.

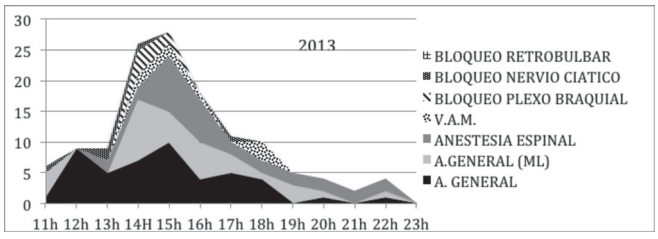

Fig. 5. Pernocta no deseada en términos de la anestesia administrada en 2014. Horarios de salida de salida de la URPA (7).

EI: intubación endotraqueal con anestesia general. ML: máscara laríngea con anestesia general. VAM: vigilancia con anestesia monitorizada (VAM).

TABLA IV

CAUSAS DE INGRESO DE CMA

	2013		2014	
	N.º PACIENTES	%	N.º PACIENTES	%
Orden médica sin especificar causa	18	12,7	18	16,5
Náuseas/Vómitos	5	3,5	5	4,6
Alteraciones de la micción	1	0,7	2	1,8
Disnea	1	0,7	-	0
Arritmia cardiaca	-	0	2	1,8
Alteraciones de conciencia/mareo	5	3,5	3	2,8
Broncoaspiración	-	0	1	0,9
Bloqueo anestésico extremidad	4	2,8	-	0
Control dolor postoperatorio	5	3,5	8	7,3
Necesidades de control medio	9	6,3	6	5,5
Aumento complejidad y/o tiempo quirúrgico	10	7	8	7,3
Complicaciones quirúrgicas	5	3,5	5	4,6
Control drenajes, taponamientos o sangrado	18	12,7	18	16,5
No readaptación al medio	26	18,3	2	1,8
Reintervención no planificada	3	2,1	-	0
Selección inadecuada de CMA	22	15,5	19	17,4
Otros motivos	1	0,7	4	3,7
Historias clínicas no revisadas	9	6,3	8	7,3

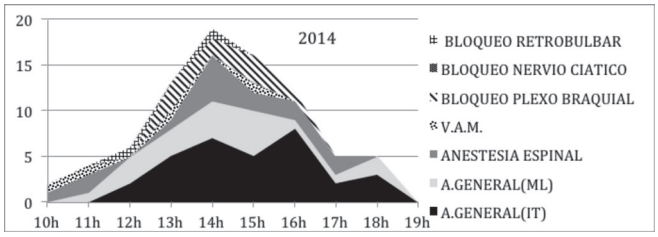

Fig. 6. Pernocta no deseada en términos de la anestesia administrada en 2014. Horarios de salida de la URPA (7).

EI: intubación endotraqueal con anestesia general. ML: máscara laríngea con anestesia general. VAM: vigilancia con anestesia monitorizada (VAM).

analicemos 2013 y 2014 respectivamente. Un aspecto a mejorar son los pacientes preingreso con alteración de la coagulación que son una media del 12 %. La presencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) en nuestro estudio ha sido de 3,5 % (año 3013) y 4,6 % (año 2014). Respecto a las NVPO hay que resaltar que la mitad de las veces sobrevienen tras la 6ª hora postoperatoria, por lo que pueden pasar desapercibidas. El dolor postoperatorio con el 3,5 % (2013) y el 4,3 %(2014) es una causa importante de ingresos. El uso de anestésicos locales perioperatorios enlaza con lo que se conoce como analgesia multimodal. Los porcentajes mayores de ingresos fueron la no adaptación al medio (18,3 % en 2013) y la selección inadecuada (16,4 % de media) (Tabla IV). Hemos observado en el año 2013 que 32 pacientes ingresados (22,5 %) fueron sometidos a raquianestesia, cifra muy superior a la media de la CMA para ese año que se encuentra en el 13,8 %. También la IOT (33,8 %) y la ML (26,7 %) están por encima de la media con 12,7 % y 9 %, respectivamente. Cifras similares se recogen en el año 2014, aunque la raquianestesia y la ML se han acercado más a sus medias respectivas, permaneciendo la IOT muy elevada (7).

Reintervenciones no planificadas en el mismo día (2)

El índice es 0,09 % en 2013 y 0 % en 2014.

Reingresos hospitalarios

Fueron detectadas en total 6 pacientes que necesitaron reingreso después de someterse a un programa de CMA (0,95 %).

Visitas hospitalarias urgentes

El índice de consultas urgentes (4), a las 24 horas fue de 1,3 % (2013) y 1% (2014); el de 24 horas a menos de 28 días fue de 0,7 % (2013) y 0,4 % (2014). El 100/93,2 % de los pacientes que visitó urgencias lo hizo en las primeras 48 horas. La principal causa de consulta urgente fue el sangrado del sitio quirúrgico y el dolor postoperatorio.

Índice de sustitución

El dato global fue 90,12 % en 2014 y 88,68 % en 2013 (Tabla V).

Índice de ambulatorización

En 2013, fue del 38,85 % y en 2014 el 37,53 %.

Tiempos de espera (TE)

La media general es 4,95 meses para el año 2013 y 4,43 el 2014. El servicio con más espera es traumatología. El TE menor es para ginecología, con 1,54 meses. El TE máximo medio para la CMA auditada es de 21,16 meses. Para traumatología es de 41 meses, y cirugía de 31 meses. Con menor TE máximo está ORL, con 9 meses.

Programación de quirófanos: coste-oportunidad

Esto puede ayudar a la planificación del quirófano, siempre teniendo en cuenta que los tiempos tomados dependen del ASA y de la técnica (Figura 7).

Tiempo de cirugía, según ASA (TC)

El TC medio es bajo, con mayor coste oportunidad. En el 2014 el TC fue similar, con ligera disminución, hasta

TABLA V

ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN

CMA/IQ INGRESADOS + CMA X 100				
	3291/3291 + 420 X 100	**88,68**	**3006/3006 + 329 X 100**	**90,13 >**
	2013		**2014**	
13,71	1457/1457 + 47 x 100	96,8	1282/1282 + 33 x 100	97,4 >
366,9	1107/1107 + 46 x 100	96,1	981/981 + 30 x 100	97,0 >
366,16	343/343 + 2 x 100	99,4	304/304 + 4 x 100	98,7 <
38,59	210/210 + 16 x 100	92,9	172/172 + 6 x 100	96,6 >
53,41	64/64 25 x 100	71,9	57/57 + 22 x 100	72,1 >
53,05	183/183 + 48 x 100	79,2	231/231 + 44 x 100	84,0 >
565,0	42/42 + 8 x 100	84	35/35 + 9 x 100	79,5 <
685,1	71/71 + 1 x 100	98,6	59/59 + 2 x 100	96,7 <
553,21	30/30 + 71 x 100	29,7	35/35 + 45 x 100	43,7 >>
30,09	27/27 + 1 x 100	96,4	49/49 + 3 x 100	94,2 <
31,43	38/38 + 8 x 100	82,6	44/44 + 7 x 100	86,2 >
724,8	67/67 + 0 x 100	100	113/113 + 0 x 100	100
66,29	24/24 + 13 x 100	51,0	19/19 + 6 x 100	76 >>
68,29	65/65 + 16 x 100	80,2	62/62 + 19 x 100	16,5 <
67,2	24/24 + 2 x 100	92,3	19/19 + 6 x 100	76 <<
85,21	77/77 + 28 x 100	73,3	78/78 + 35 x 100	69 <<
621,0	75/75 + 7 x 100	91,4	49/49 + 5 x 100	90,7
80,26	57/57 + 30 x 100	65,5	56/56 + 16 x 100	77,7 >
354,0	121/121 + 12 x 100	90,9	50/50 + 11 x 100	81,9 <
82,35	16/16 + 39 x 100	29,0	27/27 + 26 x 100	50,9 >>
	420 potenciales CMA		329 potenciales CMA	

Índice de sustitución medio en 2014 > que en 2013 (90,13 *versus* 88,68). Este es el mayor porcentaje posible de CMA sobre los ingresados, realizado como auditoría desde la Guía Oficial del Ministerio de 2008.

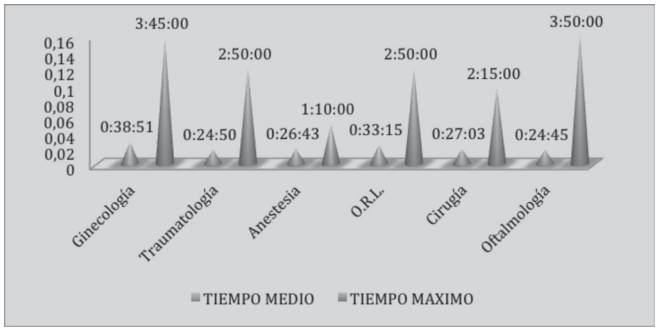

Fig. 7. PCoste-oportunidad: tiempo quirúrgico.

posiblemente llegar a un límite, pero dependiendo siempre del ASA, e influido por la técnica.

Reclamaciones

El motivo general de reclamación en los años 2013 y 2014 son las listas de espera. Fueron un total de 37 reclamaciones en 2013 y 21 en 2014. Esto supone el 6,3 % y el 3,2 % de las reclamaciones sobre el total del hospital. En relación con la actividad de la CMA en ese periodo, es el 1,1 % de la realizada en 2013 y el 0,7 % de la realizada en 2014.

Anestesia

La vigilancia anestésica monitorizada (VAM), con un 65,2 % de la casuística, ha sido el tipo de anestesia más empleado en nuestros pacientes durante los años 2013 y 2014. El segundo en frecuencia ha sido la anestesia general (AG) con un 23,2 % de los casos, repartiéndose en porcentajes prácticamente iguales la intubación orotraqueal (IOT) con un 11 % y la mascarilla laríngea (ML) con un 11,4 %. La raquianestesia ha supuesto el 6,9 % y las anestesias regionales: plexo braquial (2 %), nervio ciático (0,5 %), regional endovenosa (0,4 %) y retrobulbar para cirugía ocular el 0,3 %. anestesia local supuso un 0,3 % en ambos años. En 6 pacientes no se suministró ningún tipo de anestesia (6) (Figura 8).

La vigilancia anestésica monitorizada (VAM) en la CMA es en oftalmología, con el 65 % en el 2013 y el 64,1 % en el 2014. Le siguen la mascarilla laríngea, anestesia general y raquianestesia, con el 11, 11,7 y 6,6 %, respectivamente. En el año 2014 disminuyó la mascarilla laríngea un 0,8 %, cuando debería estar aumentando. Por el contrario, la anestesia general y la raquídea han aumentado un 0,1 y 0,2 %, lo que deberían ir disminuyendo. Actualmente se están potenciando la anestesia local con sedación en procesos de CMA de cirugía general como las hernias inguinales, umbilicales y eventraciones o flebectomías localizadas. En el servicio de cirugía se utiliza más la anestesia general, la ML, la general sin intubación y la raquianestesia, tanto en el 2013 como en el 2014. Sin embargo, no hay todavía una disminución de la raquianestesia en la cirugía del 2014 frente al 2013 (4,34 *vs*. 4,1 %), sobre todos en los ASA I y ASA II. Traumatología ha disminuido mucho la VAM (casi el 50 %) y la anestesia del plexo braquial otro 50 %; en el resto se mantiene igual en 2013 y 2014. En ORL la que más se utiliza es la anestesia general. En general hay una disminución de la anestesia general en todos los servicios de CMA, salvo en cirugía general, donde también ha disminuido la ML en 2014. La **geografía del proceso** se incluye como nuevo indicador de localización (Tablas VI, VII y VIII)**. Gripe y CMA** puede ser indicador de organización en proceso integrado de CMA y periodo de falta de camas y gestión CMA (Figura 9).

Marketing: encuesta a pacientes

Se ha obtenido respuesta de 444, un 7,5 % del total de los 6296 pacientes intervenidos por CMA en ese periodo. El grado de confianza es de 1,95 y de error 4,5 %. La edad media

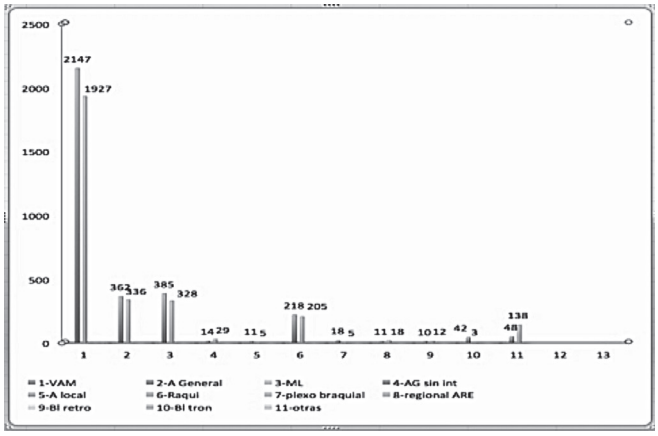

Fig. 8. Tipos de anestesia.

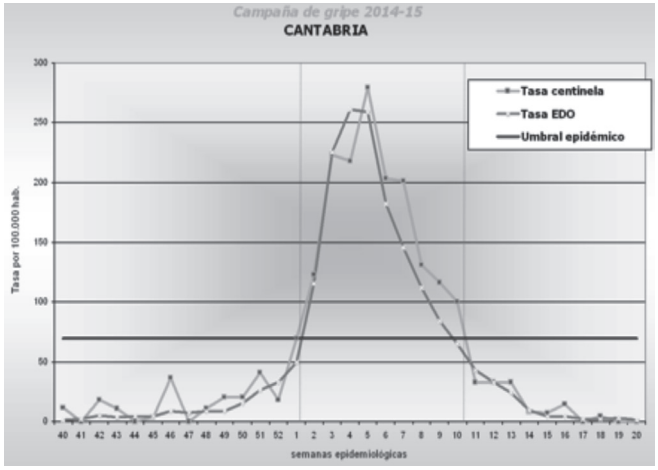

Fig. 9. Tiempo de gripe y planificación de CMA.

TABLA VI

GEOGRAFÍA DE UN PROCEDIMIENTO DE CMA DE CATARATAS CORTICAL

DIAGNÓSTICO 366,9: CATARATA CORTICAL 2014			
POBLACIÓN	**NÚMERO**	**EDAD**	**SEXO**
876 Torrelavega	239	73,1 (34-97)	M: 131; H: 107
128 Cabezón	19	69,4	M: 8; H: 11
250 Los Corrales	51	75,3	M: 32; H: 11
801 San Vicente de la Barquera	19	75,5	M: 12; H: 7
591 Reinosa	84	73,1	M: 51; H: 33
18380 Puente San Miguel	21	76,1	M: 11
759 Santander	9	70,6	M: 6
857 Suances	19	76,6	M: 6; H: 13
28590 Barreda	13	73,5	M: 8
699 San Felices de Buelna	13	75,8	M: 4; H: 11
553 Potes	2	80,5	H: 2
21410 Tanos	28	73,5	M: 16 más alto
540 Polanco	8	76,6	M: 7

En la geografía de la salud del proceso, se observa que la población con más habitantes del área III-IV, presenta mayor cantidad de procedimientos de CMA, en este caso la catarata cortical.

TABLA VII

GEOGRAFÍA DE UN PROCEDIMIENTO DE CMA DE CATARATAS NUCLEAR

DIAGNÓSTICO 366,16: CATARATA NUCLEAR 2014			
POBLACIÓN	**NÚMERO**	**EDAD**	**SEXO**
876 Torrelavega	99	77 (58-92)	M: 62; H: 37
128 Cabezón	11	76,7 (63-86)	M: 6
250 Los Corrales	23	76,4	M: 15
801 San Vicente de la Barquera	6	79,3	M: 4
591 Reinosa	6	77,5	M: 2; H: 4 pocas cataratas nucleares
18380 Puente San Miguel	9	77,5	M: 5
759 Santander	8	75,1	M: 6
857 Suances	5	70,8	M: 8; M: 2; H: 3 Se mantiene diferencias
28590 Barreda	8	80,1	M: 6
699 San Felices de Buelna	1	78	M: 1
553 Potes	2	75,5	H: 2
21410 Tanos	7	74,1	M: 3; H: 4
540 Polanco	6	77,5	M: 6 Todas

TABLA VIII

TIPOS DE ASA PARA CMA Y POBLACIÓN. GEOGRAFÍA DE LA SALUD 2014

CÓDIGO	ASA	I	II	III	IV
876	Torrelavega	156	461	14	7
128	Cabezón	21	44	18	0
250	Los Corrales	43	104	20	2
801	San Vicente de la Barquera	7	26	15	1
591	Reinosa	50	143	10	1
18380	Puente San Miguel	13	38	18	0
759	Santander	14	20	3	0
857	Suances	18	50	10	0
28590	Barreda	8	23	10	
699	San Felices de Buelna	4	12	10	
553	Potes	1	6	0	1
21410	Tanos	16	51	13	
540	Polanco	12	20	6	
22410	Viernoles	3	14	2	1

En la población que se realizó la CMA observamos que el ASA II es mayoritaria en aquellas zonas donde hay más población. El ASA I es el segundo más frecuente y sigue la misma evolución. Esto se observa tanto en 2013 (como en 2014).

es de 61,57 años, con un rango entre 14 y 90 años. Más del 80 % considera que menos de 3 meses es el tiempo máximo de espera para la CMA. El grado de satisfacción percibido fue de 9,0856 sobre 10 puntos y la desviación típica fue de 8,8981. En la percepción de seguridad, la confianza es > de un 50 % percibida positiva, mientras que la confianza esperada fue de un 29,3 % (130), fue peor un 1,1 %. La percepción negativa en las explicaciones dadas fueron en un 1,1 %, y percepción positiva fue mejor de lo que esperaba 54,7 %. La valoración percibida igual a la esperada fue del 28,2 % (125) pacientes. El 86,7 % considera que se ha hecho todo lo posible para aliviar su dolor (8) (Figuras 10 y 11).

CONCLUSIONES

Medir los resultados, para cada paciente, mediante indicadores de calidad. Es necesaria una monitorización detallada de los

Fig. 10. Encuesta de satisfacción. Confianza del paciente esperada/percibida (8).

Fig. 11. Alivio del dolor (8).

indicadores y registrados de forma sistemática para ayudar al paciente y comparar externamente los resultados de CMA. Establecer estrategias de mejoras. Es necesario reorientar los sistemas sanitarios de la CMA hacia la atención primaria y a la población y establecer forma de marketing (10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F y Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp 2004;76(5):325-30.
2. Martínez Ródenas F, Codina Grifell J, Deulofeu Quintana P, Garrido Corchón J, Blasco Casares F, Gibanel Garanto X, et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). Revista de Calidad Asistencial 2014;29(3):172-79. DOI: 10.1016/j.cali.2014.01.006.
3. Remeseiro LV, López-Pardo y Pardo E. Índices de calidad en cirugía ambulatoria. Cir May Amb 2013;18(3):114-6.
4. Majholm B, Engbaek J, Bartholdy J, Oerding H, Ahlburg P, Ulrik AM, et al. Is day surgery safe? A Danish multicentre study of morbidity after 57,709 day surgery procedures. Acta Anaesthesiol Scand 2012;56(3):323-31. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2011.02631.x.
5. Real Decreto 1277/2003, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios: Manual CMA. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. Año 2008 http: //www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf
6. Bóver C, Velasco R, Gómez J, Cagigas JC, Díez-Aja S, Cagigas-Roecker P, et al. Estudio de los procedimientos de anestesia en CMA utilizados en Área III y IV de la Comunidad de Cantabria en 2013-14. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas 2016;19(1):13-9.
7. Cagigas JC, Gómez J, Eloy Gutiérrez, Ruíz JL, Bolado M, Cagigas-Roecker P, et al. Ingresos y reingresos en CMA. Análisis en el área III-IV de la Comunidad de Cantabria. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas 2016;19(2):63- 8.
8. Pino L, Cagigas JC, Gutiérrez E, Bolado M, Ruíz, JL, Cagigas-Roecker P, et al. La calidad percibida y esperada como marketing en la Cirugía Mayor Ambulatoria del área III-IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas 2016;19(4):143-51.
9. Cagigas JC, Gutiérrez E, Cagigas-Roecker P, Ruíz JL, Gonzalo R, Bolado M, et al. Geografía de la atención sanitaria para la CMA en el área III-IV de la Comunidad de Cantabria, España. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas 2017;20(2):43-9.
10. Cagigas JC, Martín B, Gonzalo R, Cagigas P, Mozo M, Ruíz Alvarez P. La CMA en el marketing sanitario. Cir May Amb 2017;22(3):39-47.