

Incidencia de ingresos en pacientes intervenidos de la especialidad de oftalmología en CMA. Análisis y resultados del primer año de funcionamiento

M. L. Bellido Castro, J. M. Capitán Vallvey, I. Garbín Fuentes¹

Servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria, ¹Oftalmología. Complejo Hospitalario de Jaén

RESUMEN

Objetivo: Analizar las causas que motivaron el ingreso hospitalario a pacientes intervenidos de la especialidad de Oftalmología en régimen de CMA en el primer año de funcionamiento y la influencia que de ello se deriva como indicador de calidad.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo con todos los pacientes intervenidos por la especialidad de Oftalmología durante el año 2006. Se han analizado: edad, sexo, diagnósticos quirúrgicos, técnicas quirúrgicas y causa que motivó el ingreso. Se programaron un total de 1.412 pacientes: hombres 699 (49,50%), mujeres 713 (50,49%), edad media 58,5 años, rango de edad 15-104 años. Se intervinieron 1.337 (94,68%) pacientes: cataratas 1.053 (78,75%), glaucoma 31 (2,31%), catarata + glaucoma 11 (0,82%), dacriocistitis 52 (3,88%), pterigium 95 (7,10%), tumor conjuntiva-verruca párpado 32 (2,39%), chalazión 27 (2,01%) y miscelánea 36 (2,69%).

Resultados: Suspensiones 75 (5,31%). Ingresos postquirúrgicos 8 (0,6%), hombres 6 (75%), mujeres 2 (25%), rango de edad 34-83 años. Intervenciones realizadas: 4 cataratas (FACO + LIO), 1 vitrectomía, 3 glaucomas (trabeculectomía). ASA II en 6 casos, ASA III en 2. Se utilizó anestesia local en 2 pacientes, local-asistida en 2, tópica en 3, retrobulbar en 1. Patologías concomitantes: silicosis, HBP (73 años). Meningioma (55 años). HTA, ACV, diabética insulino dependiente, en tratamiento con antiagregante (67 años). Epilepsia. VHC, neurolisis alcohólica (34 años). Linfoma (62 años). HTA, diabético insulino dependiente, bloqueo intraventricular rama derecha, en tratamiento con antiagregante (77 años). Dos casos HTA (83 y 74 años). Las causas que motivaron el ingreso tras la cirugía fueron: presentar cuadro de esputos hemoptoicos; paciente en tratamiento en unidad del dolor; bloqueo pupilar y crisis glaucomatosa aguda; ojo ciego doloroso, crisis epiléptica; hemorragia en globo ocular; luxación de cristalino durante el acto quirúrgico; y HTA mal controlada en 2 casos.

Indicadores de calidad: índice de sustitución (87,90%), índice de ingresos (0,5%), índice de reingresos por complicaciones mayores (0,2%), frecuentación a servicio de urgencias por complicaciones menores sin ingreso (2-3%), índice de suspensión (5,31%).

Conclusiones: Nuestra tasa de ingresos de la especialidad de Oftalmología en régimen de CMA demuestra la buena modalidad de gestión quirúrgica que se realiza a nuestros pacientes.

Como indicador de calidad en dicho estudio, nos encontramos con un índice de ingresos postoperatorios altamente satisfactorio en el primer año de funcionamiento.

El porcentaje de ingresos postoperatorios está en relación con las patologías concomitantes y las complicaciones postoperatorias.

Los indicadores estudiados cumplen con los estándares de calidad admitidos en CMA.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria. Oftalmología. Indicadores de calidad. Enfermería.

ABSTRACT

Objective: To analyse the causes for which different patients undergoing ophthalmologic ambulatory surgery were admitted to hospital and the influence this has as a quality indicator.

Material and method: Retrospective descriptive study of all the patients operated on by the Department of Ophthalmology during the year 2006. The data analysed was the following: age, sex, diagnosis, surgical techniques and the cause for admission. A total of 1,412 patients were scheduled to be operated on, out of whom 699 (49.50%) were men, 713 (50.49%) were women, with an average age of 58.5 years and ages ranging from 15 to 104. 1,337 (94.68%) patients were operated on for: cataracts 1,053 (78.75%), glaucoma 31 (2.31%), cataracts + glaucoma 11 (0.82%), dacryocystitis 52 (3.88%), pterygium 95 (7.10%), conjunctive verruca eyelid tumour 32 (2.39%), chalazion 27 (2.01%), miscellanea 36 (2.69%). Suspended operations were 75, post-surgical admissions, 8.

Results: Post-surgical admissions were 8 (0.5%): men, 6 (75%), women, 2 (25%), age range 34-83 years old. Operations performed: 4 cataracts (Phacoemulsification + IOL), 1 vitrectomy, 3 glaucoma (trabeculectomy). ASA II in six cases, ASA III in two. Local anaesthetic was employed on two patients, local-assisted in two, topical in three, retrobulbar in one. Concomitant pathologies were: silicosis, high blood pressure HBP (73 years old); meningioma (55 years old); HBP, CVA, insulin-dependent diabetic undergoing treatment with a platelet anticoagulant (67 years old); epilepsy, virus C hepatitis, alcoholic neurolisis (34 years old); lymphoma (62 years old); HBP, insulin-dependent diabetic, intraventricular blockage of the right branch, under treatment with anticoagulants (77 years old); two cases of HBP (83 and 74 years old). The reasons for admission after surgery were the following: bloody sputum, one patient undergoing treatment for pain in the Pain Unit; pupil blockage and acute

Recibido: junio de 2008.

Aceptado: diciembre de 2008.

Correspondencia: María Luisa Bellido Castro. Granada, 18, Puente Tablas. 23009 Jaén. e-mail: mabeca8283@andaluciajunta.es

glaucomatous crisis; painful blind eye, epileptic seizure; haemorrhage in the eyeball; luxation of the crystalline during the surgery; un-controlled HBP in both cases.

Quality indicators: Substitution index 87.90%; admission ratio 0.5%; index of re-admissions for major complications 0.2%; visits in the emergency department for minor complications without admission, 2-3%; suspension ratio 5.31%.

Conclusions: Our ratio of admissions in the ophthalmology wing for ambulatory surgery shows good surgical management of our patients. As a quality indicator in this analysis, we can boast a highly satisfactory ratio of postoperative admissions after the first year of operation.

The percentage of postoperative admissions is directly related to concomitant pathologies and postoperative complications.

The quality indicators studied comply with standards for ambulatory surgery.

Key words: Major ambulatory surgery. Ophthalmology. Quality indicators. Nursing.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, debido a la limitación de recursos hospitalarios y la implantación de la CMA cada vez a más amplio nivel, es remarcable el alto grado de aceptación de los pacientes con esta modalidad de cirugía. Ello se demuestra a través de diferentes estudios realizados sobre CMA.

Una de las especialidades que más casos aporta a la CMA es sin lugar a dudas la oftalmología. La CMA en oftalmología es una modalidad de gestión quirúrgica eficaz que mejora la calidad asistencial de los pacientes; entre otros beneficios mencionaremos una reducción de las listas de espera quirúrgicas, que aporta un elevado grado de satisfacción por parte de nuestros usuarios y un aumento del índice de sustitución (1,2). Esto ha supuesto una adaptación del papel de enfermería con estos pacientes y sus familiares y un cambio de mentalidad en nuestros usuarios, acostumbrados hasta ahora a recibir los cuidados sin necesidad de colaborar activamente en los mismos (3).

La CMA supone un esfuerzo común en la educación sanitaria al paciente y familia para hacerles partícipes en todo momento de tan valiosa ayuda en el autocuidado y cuidados domiciliarios.

Podríamos definir a la CMA en sí misma como un indicador de calidad, ya que por todos es conocida la influencia que tiene hoy en día en todo el ámbito hospitalario, (reducción de listas de espera, reducción de costes, nulo o menor riesgo de infecciones hospitalarias, incorporación pronta a la vida laboral, etc.); además, podríamos identificar la tasa de incidencia de ingresos como el mayor indicador de calidad en CMA. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una prestación asistencial de mucha mayor seguridad para el paciente comparada con la cirugía convencional. Mediante el presente estudio nos proponemos analizar las causas que motivaron el ingreso hospitalario a pacientes intervenidos de la especialidad de oftalmología en régimen de CMA en el primer año de funcionamiento y la influencia que de ello se deriva como indicador de calidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo con todos los pacientes (1.337) intervenidos en nuestro servicio de CMA durante el año 2006. Los datos se recogieron en una base de datos Access. Se han analizado: edad, sexo, diagnósticos/técnicas quirúrgicas (Tabla I), pacientes programados no intervenidos (Tabla II) y causas que motivaron el ingreso a pacientes tras la cirugía, estas últimas confrontadas mediante auditoría de historias clínicas.

Se programaron un total de 1.412 pacientes, hombres 699 (49,50%), mujeres 713 (50,49%), con una edad media de 58,5 años y un rango de edad de 15-104 años, de los cuales se intervinieron 1.337 (94,68 %) pacientes.

TABLA I

INTERVENCIONES REALIZADAS POR PROCESOS (n = 1.337; 94,6%)

Diagnóstico/técnica quirúrgica	Nº de intervenciones	Porcentaje
Catarata-facoemulsificación e implante de LIO a saco capsular	1.053	78,75
Glaucoma-trabeculectomía	31	2,31
Catarata + glaucoma: facoemulsificación-trabeculectomía	11	0,82
Dacriocistitis: dacriocistectomía	52	3,88
Pterigiun: exéresis	95	7,10
Vitrectomía (cirugía del vítreo)	2	0,14
DMAE (degeneración macular asociada a la edad). Inyección intravítrea (Macugen)	6	0,44
Ectropión: tira tarsal	6	0,44
Blefarochalasia: blefaroplastia	2	0,14
Retirada de puntos corneales	15	1,12
Triquiiasis	1	0,07
Tumor conjuntiva-verruca párpado: exéresis	32	2,39
Chalazión-quiste sebáceo: exéresis	27	2,01
Implante secundario de lente: LIO	4	0,29

RESULTADOS

Mediante la auditoría de historias clínicas se establece la relación entre cada uno de los ingresos postquirúrgicos y las causas que lo motivaron, así como la anestesia utilizada y riesgo ASA.

1. Vitrectomía OI, ingreso tras cirugía por presentar cuadro de esputos hemoptoicos. Se realiza Rx de tórax, aparece infiltrado cavitado derecho. Silicosis. HBP. Anestesia local, ASA II (73 años).

TABLA II
PACIENTES PROGRAMADOS NO INTERVENIDOS
(n = 75; 5,31%)

Diagnósticos-causas	Nº de pacientes	Porcentaje
No presentados	22	1,55
Cataratas (HTA no controlada, falta de lente, conjuntivitis, bronquitis, precisar anestesia general, etc.)	23	1,62
Dacriocistitis (no estar indicada la cirugía, reacción alérgica, HTA, falta de tiempo, etc.)	10	0,70
Solución del problema	6	0,42
Pterigium (no suspender antiagregantes plaquetarios)	3	0,21
Diagnóstico erróneo	1	0,07
Catarata (por patología cardíaca importante, precisa anestesia general)	1	0,07
Por hiperglucemia	4	0,28
Por falta de lente y consentimiento informado	1	0,07
No intervenido (a petición del paciente por solución del problema y confirmado por oftalmólogo)		
Quiste de párpado	4	0,28

2. Glaucoma OD, trabeculectomía OD. Dislipemia. Meningioma, anestesia local-asistida, ASA II, paciente en tratamiento en Unidad del Dolor (55 años).

3. Catarata OD. Bloqueo pupilar y crisis glaucomatosa aguda tras cirugía de extracción extracapsular de cristalino OD, con implante de lente en cámara anterior. HTA, ACV, diabética insulín dependiente, retinopatía diabética, tratamiento con antiagregantes. Anestesia tópica, ASA III (67 años).

4. Glaucoma absoluto OD. Ojo ciego doloroso. Neurolisis alcohólica. Epilepsia. VHC. Anestesia retrobulbar. ASA II (34 años).

5. Catarata OI. Paciente con proceso oncohematológico (síndrome linfoproliferativo crónico). Anestesia local, ASA II. Ingreso por hemorragia en globo ocular (62 años).

6. Catarata brunesciente OI. Diabético insulín dependiente, HTA. Bloqueo intraventricular rama derecha. En tratamiento con antiagregantes. Ingreso por luxación de cristalino durante el acto quirúrgico de catarata. Anestesia local asistida. ASA III (77 años).

7. Trabeculectomía OI. HTA mal controlada. Anestesia tópica-asistida. ASA II (83 años).

8. Catarata OI. HTA mal controlada. Anestesia tópica. ASA II (74 años).

Los indicadores de calidad que se contemplan en nuestro estudio y sus resultados son: índice de sustitución (87,90%), índice de ingresos (0,6%), índice de reingresos por complicaciones mayores (0,2%), frecuentación a servicio de urgencias complicaciones menores sin ingreso

(2-3%), índice de suspensión (5,31%). La estancia mínima de los reingresos por complicaciones mayores (D.R, endoftalmitis) oscila entre 3-5 días. Tanto la frecuentación al Servicio de Urgencias, como la estancia mínima hospitalaria de reingresos, son valores estimables (no nos consta registro en ambos indicadores).

DISCUSIÓN

En la actualidad gran parte de las intervenciones quirúrgicas de la especialidad de oftalmología, especialmente la cirugía de cataratas, se realiza mediante modelos de cirugía ambulatoria, siendo en nuestra serie el índice de sustitución en 2006 del 87,90%, el Servicio de Oftalmología no está adscrito a la Unidad de CMA, aunque se utilizan dos quirófanos de la Unidad para los procesos de oftalmología incluidos en la cartera de servicios del SAS como CMA. El índice de sustitución de nuestro estudio cumple con los estándares de calidad admitidos (4).

Tratándose de pacientes generalmente longevos y pluripatológicos, tras la experiencia que se va ganando en CMA, el paso del tiempo ha permitido que los criterios de selección de pacientes en relación con la patología asociada sean ahora menos restrictivos. Esta modalidad quirúrgica se puede aplicar a pacientes con riesgo ASA III y IV que tengan controladas sus patologías y se encuentren en situación estable; siempre que el paciente se mantenga colaborador/a durante todo el proceso. Es clave para el paciente la técnica anestésica (Fig. 1), que unida a la técnica quirúrgica (facoemulsificación) los devuelve a

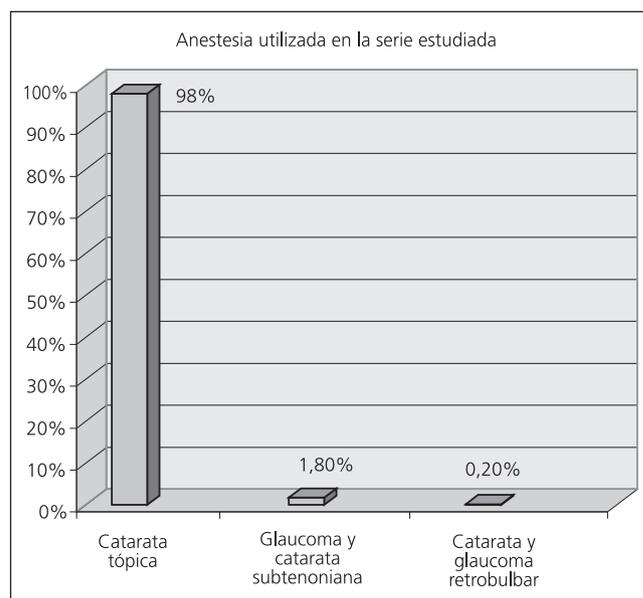


Fig. 1. La técnica anestésica más utilizada en la intervención de catarata es la tópica (98%), le sigue en utilización la subtenoniana (1,8%), con prioridad en el glaucoma seguida de catarata. La menos utilizada es la técnica anestésica retrobulbar (0,2%), utilizada en catarata seguida de glaucoma. Para las intervenciones de párpado, pterigium, vía lacrimal, etc., se utiliza anestesia local.

su vida habitual en el menor tiempo posible. La cirugía oftalmológica tradicional con anestesia general ha quedado relegada para pacientes no colaboradores o con patología asociada mal controlada.

La facoemulsificación es el procedimiento más moderno para el tratamiento de las cataratas. Permite la extracción del cristalino a través de una incisión de sólo 3 mm. Utiliza una sonda de ultrasonido para fraccionar el cristalino y posteriormente aspirarlo. En la mayoría de intervenciones no se requiere sutura, ya que la incisión es pequeña y puede sellarse por sí sola. Se trata de un procedimiento tan seguro que se procede a la intervención bajo anestesia tópica, técnica utilizada en el 98% de los casos intervenidos en nuestra unidad. La recuperación de la visión es muy rápida, el paciente no requiere hospitalización ni vendaje y el ojo mantiene sus características normales de resistencia (5,6).

El porcentaje de complicaciones que presentan los pacientes que pasan por nuestra unidad, lo consideramos un índice bajo, tanto en las complicaciones intraoperatorias (Fig. 2), como en las postoperatorias (Fig. 3), sin que se encuentre diferencia apreciable con otros estudios realizados (7,8). La comparación con las series de otros autores se presenta en la tabla III.

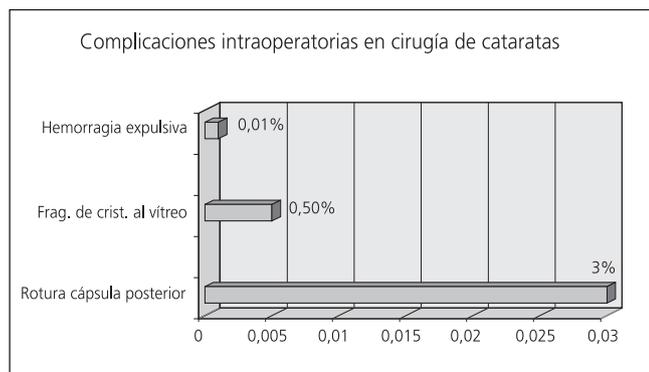


Fig. 2. Complicaciones de mayor a menor incidencia: rotura cápsula posterior (3%), fragmento de cristalino al vítreo (0,50%) y hemorragia expulsiva (0,01%).

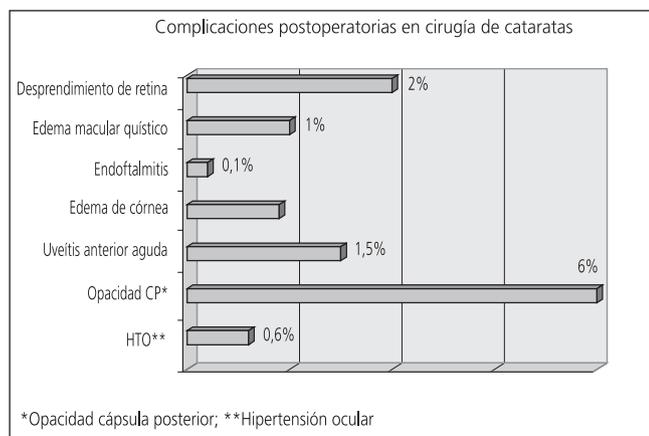


Fig. 3.

TABLA III

COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES CON OTROS AUTORES

Intraoperatorias	Autor	Sánchez (8)	Romero (7)
Rotura cápsula posterior	3%	1,5%	2,76%
Fragmento de cristalino al vítreo	0,5%	-	-
Hemorragia expulsiva	0,01%	-	-
Postoperatorias	Autor	Sánchez (8)	Romero (7)
Hipertensión ocular	0,6%	12,4%	6,45%
Opacidad cápsula posterior	6%	-	5,99%
Uveítis anterior aguda	1,5%	1,9%	3,68%
Edema de córnea	0,9%	0,6%	0,90%
Endoftalmítis	0,1%	0,1%	0,46%
Edema macular quístico	1%	-	0,00%
Desprendimiento de retina	2%	-	0,00%

La difusión de la cultura de la calidad entre todos los profesionales ha conducido al desarrollo de programas de calidad por parte de los hospitales, y de los servicios, entre ellos los Servicios de Oftalmología, constituyendo una de las líneas estratégicas básicas de las organizaciones sanitarias. La Unidad de CMA de nuestro hospital, integrada dentro del mismo y ubicada en la zona del área quirúrgica, dispone de admisión propia para la recepción del paciente, así como personal sanitario propio de la unidad.

De esta manera al implicarse Enfermería en el control pre- y postoperatorio, nos permite un mejor control de los pacientes y que estos se sientan más protegidos. Antes del alta hospitalaria se les entrega un cuestionario para que lo cumplimenten con ayuda de un familiar. La recogida, revisión y evaluación de los cuestionarios se lleva a cabo por el personal de enfermería, sacando de ello todas aquellas conclusiones para contribuir a las mejoras necesarias tanto para el paciente como para la unidad (Fig. 4), siendo el grado de satisfacción con la resolución del proceso del 99% y asegurando que volverían a repetir el mismo sistema de cirugía el 99,2% (9,10-12).

Durante el proceso intraoperatorio, el paciente está monitorizado y controlado por el anestesiólogo. En algunos casos se requiere sedación, al margen de la anestesia ocular suministrada por el oftalmólogo. Tras la cirugía, el paciente vuelve a la sala de readaptación al medio, se valora al paciente y se registra en la hoja correspondiente la TA, FC, glicemia y dolor (si lo hubiere); en tal caso se suministra la pauta analgésica correspondiente. Si hay mantenimiento de constantes hemodinámicas estables y se cumplen todos los criterios para el alta de la unidad, se procede a ello transcurridos aproximadamente entre 45 minutos y una hora desde la llegada del paciente a la sala de readaptación al medio. Se entrega el informe de alta médica con cita para revisión a las 24 h de la intervención. También se entregan los colirios que ha de utilizar y el informe de continuidad de cuidados de enfermería que se



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Este cuestionario es anónimo. Su finalidad es conocer el grado de satisfacción de los usuarios que han sido atendidos en este Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria. Su opinión es importante para nosotros y de enorme interés, pues nos servirá para desarrollar una mejora continua en la atención que prestamos. Por ello le rogamos que dedique unos minutos a rellenarlo, lo más completo posible. Debe entregarlo en el momento del alta. Si tiene alguna duda, por favor pregunte al personal.

Gracias por su colaboración.

Edad	Fecha de intervención:	Especialidad que lo atendió: (si no lo sabe, pregunta al personal)
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Actividad laboral:	

- Desde su llegada a la Unidad, ¿ha tenido que esperar mucho tiempo para la preparación previa a la cirugía?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	-----------------------------
- ¿Qué le han parecido las instalaciones durante su estancia en la Unidad?

<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------
- ¿Se ha sentido cómodo en ellas?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------
- ¿Se ha respetado su intimidad durante su estancia?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------
- Su opinión respecto a la comida:

<input type="checkbox"/> Muy Bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------
- El trato personal recibido (respeto, amabilidad, etc.) ha sido:

– En el área de recuperación (antes y después de la cirugía):				
<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
– En el quirófano:				
<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
- Su opinión sobre la información recibida:

– Por los médicos				
<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
– Por enfermería				
<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
– Por el personal auxiliar				
<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
- ¿Cómo valoraría la actitud o disposición del personal para atenderle cuando lo ha necesitado?

– a) Médicos	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
– b) Enfermeros/as	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
– c) Auxiliares de enfermería	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
– d) Personal no sanitario	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Muy mal
- ¿Ha estado bien controlado el dolor con los calmantes recomendados?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	----------------------------------	-----------------------------

Fig. 4.

(Continúa en pág. siguiente)



UNIDAD de CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA y de CORTA ESTANCIA
CH
COMPLEJO HOSPITALARIO
JAÉN



JUNTA DE ANDALUCÍA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA (continuación)

10. ¿Ha tenido alguna complicación o suceso imprevisto?

Sí ¿Cuál?

No

11. En caso de alguna complicación o suceso imprevisto, ¿ha sido bien informado y atendido?

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal

12. En general su grado de satisfacción con esta Unidad ha sido:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal

13. ¿Repetiría este sistema de cirugía sin ingreso en caso de tener que volver a operarse o lo recomendaría a familiares?

Sí No

14. La impresión de sus familiares sobre la resolución de su proceso quirúrgico en este Servicio ha sido:

Muy bien Bien Regular Mal Muy mal

15. Comentarios/sugerencias

Fig. 4.

remite también a atención primaria vía intranet. Se procede al alta hospitalaria acompañado/a de un adulto responsable, a quien se habrá informado de los cuidados a realizar, así como de los autocuidados al paciente.

La calidad, que en la asistencia sanitaria puede definirse como la actitud de un servicio para satisfacer las necesidades del paciente receptor del mismo, o simplemente como el trabajo bien hecho, tiene este componente de calidad percibida que valora el trato y la percepción de la atención sanitaria recibida por el paciente.

En cuanto a la satisfacción, que se puede equiparar a calidad percibida, son conocidas las dimensiones que más valoran los pacientes/usuarios que pasan por nuestro Servicio de CMA para ser intervenidos por la especialidad de oftalmología: el trato humano y personalizado, la accesibilidad, la empatía, la calidad de la información y el confort de las instalaciones. Como causas de insatisfacción destacan la falta de atención e información en el

área de consulta y el tiempo prolongado de espera desde la preparación previa a la cirugía y la entrada a quirófano, lo cual queda reflejado en las encuestas de satisfacción (9,11-13).

Es evidente que cada día se avanza en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, se dispone de una tecnología actualizada y como otros hospitales, disponemos de objetivos para disminuir al máximo las listas de espera. ¿Es suficiente con esto? Cada vez es mayor el número de personas que se quejan de falta de humanidad en la atención hospitalaria. El contacto humano como forma de comunicación no verbal, tal y como lo define la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), es la mejor manera de percepción que tiene el paciente para recibir y percibir calidad asistencial. Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado (coger la mano del paciente para dar apoyo emocional), les minimiza el miedo y la ansiedad durante el proceso quirúrgico

y tranquilidad y confianza con el equipo que les atiende. El contacto físico, como intervención de enfermería para mejorar el estado de ánimo del paciente, se ha demostrado como una herramienta muy eficaz para disminuir los miedos y temores ante la cirugía. La humanización en los cuidados de enfermería se ha mostrado un buen indicador de calidad asistencial. En nuestro estudio es evidente, a través de las encuestas de satisfacción, la percepción que tiene el paciente de cercanía y trato humano y personalizado con el personal tanto sanitario, facultativo y no sanitario del servicio, haciéndose visible en la alta puntuación que le dan a cada uno de los ítems de los que se compone el cuestionario (11-12,14).

Las complicaciones que surgen en los pacientes intervenidos de la especialidad de oftalmología en nuestra unidad están en relación con las patologías asociadas, pudiéndose controlar y estabilizar al paciente antes de proceder al alta hospitalaria de esta manera, el paciente vuelve a su domicilio tranquilo, se le facilita información verbal y escrita y recomendaciones de cuidados y autocuidados postoperatorios. En caso de necesidad se le recomienda que acuda al Servicio de Urgencias del hospital. En nuestro estudio consideramos que el porcentaje de complicaciones es bajo y similar a otros estudios, puesto que a lo que se hace mención es al primer año de funcionamiento (este porcentaje va mejorando en los dos años sucesivos de apertura del servicio), lo que podemos considerar como un buen indicador de calidad (15,16).

Se han analizado los diferentes factores que influyen en la formación de cataratas, siendo los más habituales aquellos derivados de patologías asociadas (diabetes, HTA, etc.) y el más influyente la edad (17). Con un buen control de patologías conseguiríamos evitar posibles problemas oculares. En nuestro servicio es muy numeroso el volumen de pacientes que ingresan para ser intervenidos de cataratas, la mayoría de ellos con edades superiores a 65 años y con múltiples patologías asociadas. Además, con frecuencia no hacen uso correcto del tratamiento prescrito, siendo este hecho más frecuente en hombres que en mujeres; ello nos debe hacer reflexionar sobre la manera de impartir una buena educación sanitaria.

Los indicadores de calidad estudiados en nuestra serie se encuentran dentro de los estándares de calidad admitidos en CMA. El índice de ingresos en el transcurso del primer año de funcionamiento de nuestra unidad es altamente satisfactorio; 8 ingresos tras cirugía (0,6%) de 1.337 pacientes. Los ingresos postoperatorios están en re-

lación con las patologías concomitantes y las complicaciones postoperatorias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Anula J, Luque Barona R, Capitán Valvey JM. Estudio de los indicadores de calidad en el tratamiento de la hernia inguinocrural en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2008; 13: 119-23.
2. Cortiñas M, Martínez LI, Parra R, Ayelo A, Jerónimo M. Experiencia de siete años e indicadores de calidad en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* 2006; 11: 28-32.
3. Méndez Aragón C, García-Carpintero Muñoz MA, Granados Jiménez MJ. Cirugía Mayor Ambulatoria. Cataratas. *Enfer Científ* 1999; 212-3: 56-8.
4. Cortiñas M, Martínez LI, Granados JM, Puerto N, Méndez M, Lizán-García M, et al. Resultados de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria en Oftalmología. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2006; 81: 701-8.
5. Cano Montesinos E, Jiménez Rubio C. Cirugía de la catarata: facoemulsificación. *Enferm Integral* 2004; 68: 6-13.
6. Sánchez Beorlegui J, Clúa J, Cayetano M, Cerezo MM, Usieto R, Jat AI. Anestesia tópica y facoemulsificación en la cirugía mayor ambulatoria de la catarata. *Annals d'Oftalmología* 2002; 10: 152-6.
7. Romero Aroca P, Espeso Sentís O, Martínez Salcedo I, del Castillo Dejardín D. Protocolo y Resultados de la Cirugía Mayor Ambulatoria de Cataratas. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 1998; 6: 27-30.
8. Sánchez Beorlegui J. Resultados y evaluación por los mayores de un programa de cirugía sin ingreso de la catarata. *Rev Mult Gerontol* 2005; 15(4): 222-6.
9. Quirós E, Porrero JL, Sánchez-Cabezudo C, Alonso MT, Castillo MJ, Garaulet P. Encuesta de calidad percibida en cirugía mayor ambulatoria. Análisis de resultados. *Cir May Amb* 2008; 13: 27-30.
10. Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* 2004; 76(5): 325-30.
11. Galafate Andrades Y, Navarro García V. Estudio de satisfacción en cuidados de enfermería y opinión de los usuarios en CMA. *Cir May Amb* 2007; 12: 157-62.
12. Bellido Castro ML. Valoración de la satisfacción del paciente intervenido de cataratas en la Unidad de CMA. *Inquiet* 2007; 36: 21-8.
13. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Rodríguez Torres MC, Rodríguez Torres MA, Alcázar Iglesias M, Pereira Becerra F. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clínica* 2001; 11(4): 146-54.
14. García Carrera C, Gómez Marín MP. El contacto humano en cirugía ambulatoria. *Enferm Anest* 2006; 14: 6-8.
15. Mateo Cerdán CM, Cortiñas Sáenz M, López Pérez A, García Blasco O, González Martínez E, Martínez García LI. Análisis de complicaciones e indicadores de calidad en una unidad de CMA. *Cir May Amb* 2007; 12: 71-4.
16. Moral González M, Cuberes Monserrat R, Blázquez Martín A, Picardo Nieto AL, Fernández Acereño MJ, García-Blanch de Benito G. Incidencia de ingreso hospitalario en pacientes de CMA. *Cir May Amb* 2006; 11 (4): 212-5.
17. Sancho Moscardó R, Guillamón Estornell L, Fernández de Córdoba P. Investigación estadística en quirófano. *ROL Enferm* 2002; 25(5): 61-6.