

Mesa Redonda. Cirugía Mayor Ambulatoria.

¿Tenemos planes de calidad? ¿Qué indicadores evaluamos? ¿Satisfacción del paciente?

Do we have quality plans? What indicators do we evaluate? Patient satisfaction?

Capitán Vallvey JM

Hospital Universitario de Jaén. Jaén.

PLANES E INDICADORES DE CALIDAD EN CMA

La preocupación por la calidad asistencial en los Servicios de Cirugía ha sido progresiva a lo largo del siglo XX y, en la actualidad es una parcela obligada en la gestión de la actividad quirúrgica hasta el punto de forjarse el concepto y el desarrollo de la propia gestión de la calidad.

Aunque existen antecedentes en lo concerniente a la calidad asistencial (Nightingale, 1859; Grooves, 1908; Wetherill, 1915), no es hasta los postulados de Ernest Avery Coodman (1869-1940), cirujano del Hospital General de Massachusetts, cuando se desarrolla el concepto de estandarización de la asistencia hospitalaria, según aspectos como la estructura, la organización de personal, los sistemas de trabajo, la documentación clínica y los equipos. Su primer programa de estandarización de la asistencia hospitalaria marcará un hito en la calidad asistencial y fue el germen de los programas de acreditación hospitalarios.

Los planteamientos de Codman darán lugar, en 1951, a la constitución de la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (y más tarde a la Joint Commission on Accreditation of Hospitals y a la Joint Commission International), tras la alianza entre el American College of Surgeons, el American College of Physicians, la American Medical Association, la Canadian Medical Association y la American Hospital Association.

A lo largo del siglo XX la preocupación por la calidad asistencial hospitalaria, y en concreto por la calidad de la asistencia quirúrgica, ha propiciado el desarrollo de indicadores por parte de gobiernos, asociaciones profesionales e instituciones.

La Cirugía Mayor Ambulatoria se ha consolidado en los sistemas sanitarios como un modelo de gestión que aporta múltiples ventajas, tanto para el paciente como para la organización sanitaria. Las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria desarrollan un gran volumen de procedimientos quirúrgicos cada vez más complejos y con menos limitaciones en pacientes más complejos, y como en toda actividad asistencial es trascendental saber cómo se hace y qué resultados proporciona. Para ello se establecen los indicadores de calidad.

Las bases para la calidad asistencial en CMA podemos resumirlas en:

CORRESPONDENCIA

José María Capitán Vallvey
Hospital Universitario de Jaén
23007 Jaén.
jcapitanv@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Capitán Vallvey JM. ¿Tenemos planes de calidad? ¿Qué indicadores evaluamos? ¿Satisfacción del paciente? Cir Andal. 2025;36(3):300-303. DOI: 10.37351/2025363.08

a)- Buen nivel científico-técnico, que radica en realizar correctamente las indicaciones, la selección de pacientes, las técnicas quirúrgicas y anestésicas, la actuación de enfermería y el seguimiento de los pacientes.

b)- La eficiencia y la efectividad, que se refleja en mantener el adecuado nivel coste/eficiencia y, por tanto, el correcto consumo de recursos y la agilidad en la resolución de las listas de espera, contemplando la innovación en los procedimientos.

c)- La seguridad del paciente, consiguiendo el menor riesgo posible.

d)- Obtención del máximo grado de satisfacción, no solo para los usuarios del sistema, sino también para los profesionales de la Unidad, y como no para las expectativas sociales.

Avedis Donabedian, médico y académico armenio (1919-2000) es considerado como el padre de la calidad asistencial en materia de salud. Sus contribuciones a la gestión de la calidad en el ámbito sanitario han sido fundamentales para el desarrollo de esta disciplina.

Para evaluar la calidad de la atención médica y garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible, Donabedian definió los 7 pilares de la calidad asistencial, todos ellos aplicables a la Cirugía Mayor Ambulatoria:

- **Eficacia:** La capacidad de la atención sanitaria para lograr los resultados deseados.
- **Efectividad:** La capacidad de la atención para producir los mejores resultados posibles.
- **Eficiencia:** La capacidad de la atención para utilizar los recursos de manera óptima.
- **Optimización:** La capacidad de la atención para lograr la mejor combinación de resultados y recursos.
- **Aceptabilidad:** La percepción que el paciente tiene sobre la calidad de la atención, incluyendo aspectos como el confort y la comunicación.
- **Legitimidad:** Conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y familiares.
- **Equidad:** La distribución justa de los recursos y la atención, sin discriminación ni desigualdades.

Las Unidades de CMA deben implementar diversas estrategias de calidad en su quehacer diario, que podemos resumir en:

1.- Disponer de un Plan de Calidad.

La norma UNE-EN ISO 9001:2015, define un Plan de Calidad como aquel documento que especifica qué procedimientos y qué recursos deben emplearse para lograr una atención de calidad, quién debe cumplirlos y cuando se deben realizar.

El establecimiento de un Plan de Calidad en las Unidades de CMA debe orientarse a al usuario y conseguirá reducir la variabilidad asistencial no deseada, la mejora de los resultados asistenciales, aumentar la eficiencia, la seguridad de los pacientes y la satisfacción de los profesionales.

En Andalucía son contadas las Unidades de CMA que disponen de un Plan de Calidad (en general Unidades de hospitales regionales), aunque es habitual que las Unidades específicas de CMA dispongan de algún indicador de calidad. Sin embargo, las Unidades integradas tipo I suelen disponer únicamente de los indicadores comunes de su hospital.

Por tanto es prioritario promover la realización de un Plan de Calidad en todas las Unidades de CMA, independientemente del tipo de estructura y organización.

En Andalucía aproximadamente la mitad de las intervenciones quirúrgicas se realizan en régimen de CMA. Así los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud cifran el porcentaje de cirugía ambulatoria en el 51,15% en 2023. Pese a tal elevado volumen de intervenciones ambulatorias, a nivel institucional no se ha definido un Plan de Calidad específico para Cirugía Mayor Ambulatoria, aunque es posible que se contemple en la próxima 1ª Estrategia de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía anunciada por el gobierno autonómico.

2.- Disponer de Indicadores de Calidad.

La calidad asistencial se puede y se debe medir, y para ello se han identificado múltiples indicadores. Su monitorización nos permite medir lo que estamos haciendo y analizar las posibles desviaciones respecto al objetivo que nos hemos propuesto. Por tanto un indicador es una medida cuantitativa cuyo análisis periódico nos permite conocer la calidad de aquello que mide.

En las últimas décadas en nuestro país son diversos los estudios que aportan experiencias concretas de Unidades de CMA, (Giner, 199; Rivas, 2001, 2004; Jiménez, 2002, 2004; Moral, 2006; Linares, 2005; Porrero, 2007; Mateo, 2007; Cabadas, 2015; Moreno, 2015; Palos, 2017; Docobo, 2008, 2013, 2018, 2022; García, 2020; Muñoz, 2024), aunque no permiten definir los estándares a nivel nacional.

La International Association of Ambulatory Surgery, tras el proyecto europeo Day Surgery Data Project -financiado por la Comisión Europea-, asume que uno de sus principales objetivos ha sido establecer los indicadores de calidad universales para Cirugía Ambulatoria y recomienda el siguiente panel de indicadores básicos de calidad:

- Tiempo medio de lista de espera para cada proceso.
- Porcentaje de pacientes con estudio preoperatorio.
- Índices de Ambulatorización y de Sustitución.
- Tasa de complicaciones a los 30 días tras el procedimiento.
- Porcentaje de pernoctas no planificadas.

- Porcentaje de ingresos no planificados en los 7 días tras el procedimiento.
- Porcentaje de pacientes con error en la identificación, en el lado quirúrgico o en el procedimiento.
- Porcentaje de infección del sitio quirúrgico.
- Porcentaje de pacientes satisfechos con el proceso.
- Porcentaje de no comparencias en la Unidad.
- Porcentaje de suspensiones tras el ingreso en la Unidad.

Con criterios similares, más recientemente la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) recomienda a la Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria establecer sus propios indicadores en función de sus características estructurales, organizativas y funcionales.

ASECMA contempla como indicadores esenciales aquellos que miden la eficiencia del sistema, la calidad científico-técnica y la calidad percibida. Entre ellos se deben destacar:

- Índice de Ambulorización (% intervenciones realizadas en CMA).
- Índice de Sustitución (% intervenciones potencialmente ambulorizables del total).
- Índice de cancelaciones (% que no acuden a la Unidad el día previsto).
- Índice de Suspensiones (% no intervenidos por algún motivo).
- Índice de Reintervenciones en el mismo día.
- Índice de pernocta no planificada (Indicador clave. % no dados de alta en el día).
- Índice de Visitas urgentes (72 horas tras el alta).
- Índice de Reingresos (72 horas tras el alta).
- Índice de Satisfacción (encuesta de satisfacción).
- Nº de quejas y reclamaciones (Nº y motivo de queja y/o reclamación).
- Puntuación neta del promotor (Recomendación a familiar o amigo del sistema CMA).

También ASECMA recomienda, en Unidades más experimentadas, emplear otros indicadores avanzados, tales como el Índice de ocupación de quirófano y de complejidad quirúrgica, lista de espera y demoras de intervención, dolor postoperatorio, Índice de infecciones y complicaciones, índice de mortalidad, horas de estancia postoperatoria y gestión económica.

En cualquier caso siempre se debe tener en cuenta que la importancia de cualquier indicador radica en su empleo para instaurar acciones de mejora.

3.- Disponer de un Cuadro de Mandos.

El Cuadro de Mandos de la Unidad se debe entender como un método de control de la actividad que se realiza y debe estar adaptado a las características funcionales y organizativas de la Unidad. Debe contemplar todos aquellos indicadores que se hayan establecido. Su empleo permitirá la evaluación periódica y la evolución de cada uno de los indicadores contemplados y facilitará que los responsables de la Unidad puedan establecer acciones no solo de mejora sino también de benchmarking.

4.- Acreditación de la Unidad.

La acreditación en calidad se entiende como aquel proceso por el cual una Unidad de CMA se supedita con carácter voluntario a un procedimiento de verificación externo, para evaluar el grado de cumplimiento de criterios y estándares previamente establecidos por un órgano independiente.

Su utilidad no solo va a ser la mejora continua de la calidad asistencial de la UCMA, sino que además va a garantizar a los usuarios que la Unidad acreditada cuenta con los recursos y la capacidad de gestión adecuada para ofrecer una asistencia eficaz, eficiente y efectiva.

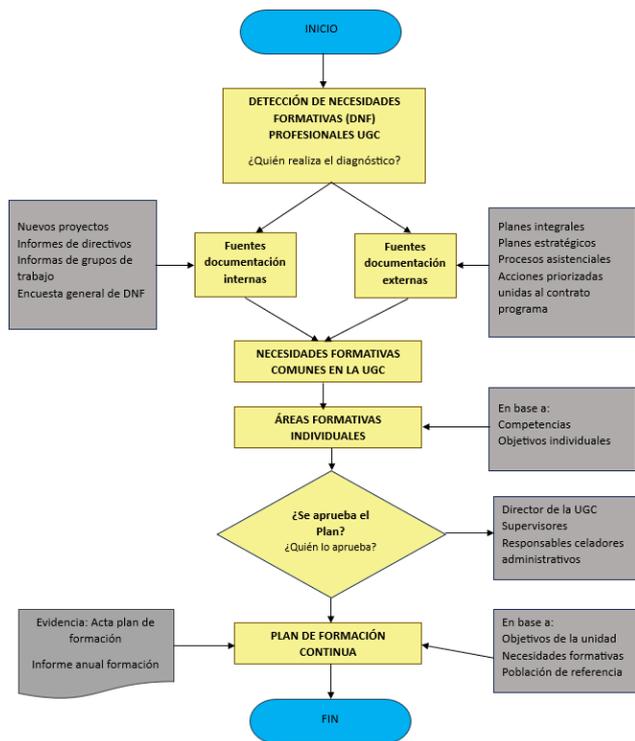
La acreditación en calidad conlleva una serie de efectos a veces de difícil medida o evaluación, pero que sin duda contribuyen al mejor funcionamiento de la Unidad. El proceso de acreditación genera un estado de ánimo común que estimula a luchar contra la desmotivación y la rutina y potencia el trabajo en equipo permitiendo la participación en la gestión. La acreditación permite identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, facilitando como organizar, ordenar, definir y actualizar cuestiones pendientes mediante la protocolización de toda la actividad. También conduce a la mejora de la comunicación interna entre los distintos profesionales y estimula la innovación y la creatividad. La acreditación reduce los costos de la “no calidad” y la ineficiencia y, por supuesto, mejora la imagen y la credibilidad de la Unidad.

5.- Apostar por la formación continuada.

La Unidad de CMA debe establecer su propio Plan de Formación Continuada, en el que se contemple no solo las necesidades formativas comunes sino también, y de un modo especial, las necesidades individuales de cada uno de los profesionales.

El siguiente esquema establece los puntos fundamentales del Plan de Formación Continua en CMA.

Las actividades formativas deben incluir la asistencia a sesiones clínicas, webinar específicos, la participación en cursos on-line de CMA (como los organizados por la Asociación Española de Cirugía) o los máster de CMA (como los organizados por la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria) y la asistencia a congresos, reuniones y jornadas específicas.



BIBLIOGRAFÍA

1. International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Data Project [Internet]. Disponible en: <https://theiaas.net/day-surgery-data-project1>
2. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Indicadores de calidad [Internet]. Disponible en: <https://www.asecma.org/Documentos/Blog/NUEVA%20PROPUESTA%20INDICADORES%20CALIDAD.pdf>
3. Capitán del Río I, Capitán Vallvey JM. Seguridad del paciente e indicadores de calidad en CMA. Cir Andal. 2022;33(4):451-61. doi: 10.37351/2021334.10
4. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Rev Calid Asist. 2001;16(1):18-21. ISSN: 1134-282X.

Figura 1 Procedimientos y Protocolos Generales de la UGC CMA.