

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Hugo Daniel Ruiz

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA, DESDE ENERO 2016 HASTA DICIEMBRE 2019, COMO MODELO DE GESTIÓN, EN UN HOSPITAL NACIONAL DE ALTA COMPLEJIDAD

2020

Directora: Mg. Ruth Litmanovich

Citar como: Ruiz, H. D. (2020). Evaluación de la implementación de una unidad de cirugía ambulatoria, desde enero 2016 hasta diciembre 2019, como modelo de gestión, en un Hospital Nacional de alta complejidad. [Trabajo final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/741>



Índice

RESUMEN	4
SUMMARY	6
ABREVIATURAS	8
1. INTRODUCCION	9
1.1 Presentación.....	9
1.2 Tema	9
1.3 Contexto	9
1.4 Relevancia y Justificación.....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.1 Formulación del Problema de la Tesis.....	15
2.2 Objetivos: General y Específicos.	15
2.2.1 - Objetivo General	15
2.2.2 - Objetivo Especifico	15
3. MARCO TEORICO	15
3.1 Marco Teórico.	15
3.1.1 Generalidades de las Unidades de Cirugías Ambulatorias	16
3.1.2 Breve reseña histórica de la cirugía ambulatoria.....	17
3.1.3 Tipos de cirugías practicables según modalidad de funcionamiento.....	18
3.1.4 Clasificación según funcionamiento: Tipos de unidades.....	20
3.1.5 El objetivo del Servicio de Cirugía Ambulatoria	21
3.1.6 Modelo Prestacional.....	21
3.1.7 Criterios de Calidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	23
3.1.8 Indicadores de calidad en CMA.....	23
3.2 Hipótesis de trabajo.....	26
4. METODOLOGIA	26
4.1 Tipo de estudio.	26
4.2 Descripción del lugar de trabajo – contexto	26
4.2.1 Hospital Nacional Alejandro Posadas.	27
4.2.2 Recursos institucionales	28
4.2.3 Modalidad de la Cirugía mayor ambulatoria en la institución.....	29
4.3 Dimensiones, variables, indicadores.	30
4.4 Universo y características de la muestra.	32

4.5 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos.	33
5. DESARROLLO	35
5.1 ESTADÍSTICA UCA ADULTOS AÑO 2016.....	35
5.2 ESTADÍSTICA UCA ADULTOS AÑO 2017.....	39
5.3 ESTADISTICA UCA ADULTOS AÑO 2018.....	42
5.4 ESTADISTICA UCA ADULTOS AÑO 2019.....	46
5.5 RESULTADOS.....	50
5.6 ENCUESTA DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO Y ENCUESTA DE SATISFACCION Y CALIDAD.....	59
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXO 1 – Checklist prequirúrgico.....	81
ANEXO 2 - Control telefónico –Scoring ASI.....	82
ANEXO 3 - Criterios de Encuesta Satisfacción.....	84
ANEXO 4 - Encuesta de satisfacción.....	85
ANEXO 5 - Guías de procedimiento UCA Hospital Posadas.....	87
ANEXO 6 - Cirugías convenidas a realizar por servicios	101
ANEXO 7 - Imágenes de la Unidad de Cirugía Ambulatoria.....	104

RESUMEN

El incremento de los costos de hospitalización, la falta de camas y de turnos quirúrgicos constituye uno de los cuellos de botella en la mayoría de las instituciones públicas y privadas. En búsqueda de nuevas estrategias que permitan la realización de mayor número intervenciones quirúrgicas, surgieron las unidades de cirugías ambulatorias.

El objetivo de la cirugía ambulatoria es minimizar la hospitalización o ingreso con internación, una mayor satisfacción del paciente y un ahorro económico sin pérdida de calidad asistencial.

En octubre del año 2015 se implementó en un hospital Nacional de alta complejidad en el oeste del conurbano Bonaerense, una unidad de cuidados ambulatorios, independiente en su gestión del quirófano central, para el manejo pre y post quirúrgico. Hasta esa fecha la cirugía ambulatoria mediana y mayor se realizaba controlada por los servicios, pero no existía un lugar adecuado, recurso humano comprometido para tal fin, ni guías de manejo o procesos de gestión de dicha práctica asistencial.

Los resultados de la implementación de la unidad de cirugía ambulatoria, se desconocen por lo que la presente tesis propone la siguiente pregunta de investigación: Cuál es el resultado de la implementación de la unidad de cirugía ambulatoria y el nivel de satisfacción del usuario respecto de la misma, en un hospital Nacional de alta complejidad entre el 1 enero de 2016 al 31 de diciembre del 2019?

La creación de la unidad de cirugía ambulatoria con una gestión diferente a la tradicional existente en el hospital, busco la contención de los usuarios en un ambiente seguro, eficiente y con alta calidad humana.

El objetivo general fue: evaluar los resultados de la implementación de una unidad de cirugía ambulatoria (UCA) como modelo de gestión y el nivel de satisfacción del usuario, en un Hospital Nacional de alta complejidad desde enero 2016 a diciembre del 2019.

La evaluación es de tipo no experimental, basada en estudio de casos y toma como herramienta tres indicadores: porcentaje de ambulatoriedad e Índice de internación no prevista y grado de satisfacción del paciente.

Cabe destacar además que la evaluación pretende ser de tipo formativa y está centrada en la recolección de datos de todos los pacientes que se internaron en la

UCA, para evaluar los cambios o modificaciones que se pueden realizar sobre la misma, a fin de potenciar sus fortalezas y oportunidades.

Los análisis se realizaron comparando el valor histórico del cuatrienio 2011-2014 y el cuatrienio 2016-2019, y para el control de calidad asistencial post quirúrgico, se utilizó el scoring telefónico (Score ASI) y la encuesta de satisfacción durante el año 2019.

El universo de la tesis corresponde a 5197 pacientes que se internaron en la UCA, constituyendo el 25,85% del total de las cirugías ambulatorias medianas y mayores realizadas desde 1 de enero 2016 al 31 diciembre 2019.

El universo de la encuesta de satisfacción y scoring telefónico ASI, corresponde a 1619 pacientes internados en UCA desde 1 de enero al 31 diciembre 2019.

Los resultados de la presente tesis muestran que la implementación de una unidad de cirugía ambulatoria con un programa de gestión, tuvo un efecto positivo en las tres variables evaluadas, por lo que se puede afirmar que:

Existe un aumento en el índice de Ambulatorización de 15.30% del cuatrienio 2011-14 al 30.50% en 2016-19, siendo estadísticamente significativo.

Que el Índice de internación no prevista fue del 1.54 %, dentro de parámetros de máxima calidad.

La encuesta de satisfacción presenta alto índice de respuesta y excelente grado de satisfacción para las variables estudiadas.

Debiendo informar otros resultados hallazgos no previstos, como fue la utilización del score telefónico, que es un instrumento que sirve para evaluar objetivamente el estado de la recuperación domiciliar del paciente con cirugía ambulatoria y la herramienta del WhatsApp en la comunicación.

Palabras claves: Gestión hospitalaria - unidad de cirugía ambulatoria - optimización de recursos satisfacción del usuario.

SUMMARY

The increase in hospital cots, the lack of beds and surgical shifts constitute one of the bottlenecks in most public and private institutions, in search of new strategies that allow more surgical procedures to be carried out, outpatient surgery units emerged. The objective of ambulatory surgery is to minimize hospitalization or admission with hospitalization, greater patient satisfaction and economic savings without loss of quality of care. In October 2015, an outpatient care unit, independent in its management of the central operating theater, was implemented in a highly complex National hospital in the western suburbs of Buenos Aires, for pre and post-surgical management. Until that date, medium and major outpatient surgery was performed controlled by the services, but there was no adequate place, human resources committed for this purpose, or management guides or management processes of said healthcare practice. The results of the implementation of the ambulatory surgery unit are unknown, so this thesis proposes the following research question: what is the result of the implementation of the ambulatory surgery unit and the level of user satisfaction regarding the same, in a highly complex National hospital from January 1, 2016 to December 31, 2019?

The creation of the ambulatory surgery unit with a different management than the traditional one existing in the hospital, sought the containment of the users in a safe, efficient and high-quality human environment.

The general objective was: to evaluate the results of the implementation of an ambulatory surgery unit (UCA) as a management model and the level of user satisfaction, in a highly complex National Hospital from January 2016 to December 2019. The evaluation is of a non-experimental type, based on a case study and uses three indicators as a tool: outpatient percentage and rate of unexpected hospitalization and degree of patient satisfaction. It should also be noted that the evaluation aims to be formative in nature and is focused on the collection of data from all the patients admitted to the UCA, in order to evaluate the changes or modifications that can be made to it, in order to enhance its strengths and opportunities. The analyzes were carried out comparing the historical value of the 2011-2014 and the 2016-2019 four-year period, and for post-surgical care quality control, telephone scoring (Score ASI) and the satisfaction survey during 2019 used. The universe of the thesis corresponds to 5.197 patients who were admitted to the UCA, constituting 25.85% of the total of

medium and major outpatient surgeries performed from January 1, 2016 to December 31, 2019. The universe of the ASI satisfaction survey and telephone scoring corresponds to 1619 patients admitted to the UCA from January 1 to December 31, 2019. The results of this thesis show that the implementation of an ambulatory surgery unit with a management program had a positive effect on the three variables evaluated, so it can be stated that: There is an increase in the Outpatient rate from 15.30% in the 2011-2014 four-year period to 30.50% in 2016-2019, being statistically significant. That the rate of unanticipated hospitalization was 1.54%, within parameters of the lightest quality. The satisfaction survey presents a high response rate and an excellent degree of satisfaction for the variables studied. Unplanned findings should report other results, such as the use of the telephone score, which is an instrument that serves to objectively assess the status of the patient home recovery with ambulatory surgery and the WhatsApp tool in communication. The satisfaction survey presents a high response rate and an excellent degree of satisfaction for the variables studied. Unplanned findings should report other results, such as the use of the telephone score, which is an instrument that serves to objectively assess the status of the patient's home recovery with ambulatory surgery and the WhatsApp tool in communication.

Key words: Hospital management - ambulatory surgery unit - optimization of resources user satisfaction

ABREVIATURAS

1. **UCA** Unidad de Cuidados ambulatorios
2. **CMa** Cirugía Menor ambulatoria
3. **CMA** Cirugía Mayor Ambulatoria
4. **UCSI** Unidad de Cirugía Sin Ingreso
5. **UCMA** Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria
6. **HTA Hipertensión** arterial
7. **DBT** Diabetes
8. **CG Cirugía** General
9. **O y T** Ortopedia y traumatología
10. **GINE** Ginecología
11. **URO** Urología
12. **OFTA** Oftalmología
13. **NEURO Neurocirugía**
14. **QX** Quirófano
15. **UGI** Unidad de gestión de internación
16. **Dto.** Departamento
17. **HC** Historia Clínica
18. **ASI** Ambulatory Surgery Incapacity

1. INTRODUCCION

1.1 Presentación.

La presente tesis consiste en una evaluación no experimental, estudio de casos de la implementación de una unidad de cirugía ambulatoria, como modelo de gestión, en un Hospital Nacional de alta complejidad del AMBA, desde enero del 2016 a diciembre del 2019.

Se utilizan indicadores para la evaluación de desempeño de la unidad, dos indicadores principales y 4 indicadores secundarios.

1. Indicadores principales: Índice de ambulatoriedad e Índice de internación no prevista.
2. Indicadores Secundarios: Porcentaje de suspensión de cirugías mayores ambulatorias, tasa de re ingreso temprano, tasa de re ingreso tardío, índice de infección de heridas.

La satisfacción del usuario se evaluó mediante encuesta telefónica y por WhatsApp, luego de la internación en dicha unidad durante el año 2019, realizada con el mismo llamado del control telefónico con el Scoring ASI (grado de incapacidad post quirúrgica luego de una cirugía ambulatoria).

Se pretende que esta tesis sea una evaluación de la gestión de esta unidad, buscando mayores números de cirugías mayores ambulatorias, a fin de conocer sus resultados y contribuir con posibles mejoras. Tener una línea de base de la satisfacción de los clientes en dicha unidad es importante, ya que a la fecha no existe información previa en el departamento quirúrgico, para poder implementar intervenciones, logrando de esta manera mayor calidad asistencial en el ámbito de la salud pública.

1.2 Tema.

Se realizó la evaluación de la implementación de una unidad de cirugía ambulatoria en el departamento quirúrgico de un hospital nacional de alta complejidad, como modelo de gestión, desde enero 2016 hasta diciembre del 2019.

1.3 Contexto.

El aumento de los costos en salud y su financiamiento constituyen un grave problema en todos los países que obliga a optimizar los recursos disponibles. El incremento de los costos de hospitalización, la falta de camas y de turnos quirúrgicos constituye uno de los cuellos de botella en la mayoría de las instituciones públicas y privadas. En

búsqueda de nuevas estrategias que permitan la realización de mayor número intervenciones quirúrgicas, surgieron las unidades de cirugías ambulatorias (Massia 2004).

Antares en el libro Blanco del bloque quirúrgico informa que en el 2002 el número de intervenciones de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) realizadas en España era de 782.974 elevándose en el 2012 a 1.444.804 intervenciones, lo que determinó un incremento del 84.5%. Pero al analizar estos números los pacientes que requirieron hospitalización aumentaron solo 1.24% por año y la tasa de crecimiento anual de la UCA fue del 6.32%, es decir que en 10 años aumentó el 84,53%. De esta forma, se puede afirmar el crecimiento de la cirugía ambulatoria, permitió aumentar el número de cirugía mayores con menor número de hospitalizaciones, ya que el número de cama solo aumentó un 12.4% en 10 años en España (Antares 2015).

Según, es el desplazamiento de gran cantidad de procedimientos operatorios de los hospitales a centros de cirugía ambulatoria. Este método de atención quirúrgica resulta peculiar, porque beneficia a todos los implicados, reduce los costos, ofrece mayor comodidad y no implica más riesgos para los pacientes (Falcón H. 2015).

Mateo Cerdán refiere que los procedimientos de cirugía ambulatoria pueden agilizar las listas de espera quirúrgicas sin disminuir la calidad de la atención y la seguridad del paciente, aminorando la problemática que supone para la sociedad el binomio "demanda asistencial-disponibilidad de recursos" (Mateo Cerdán 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud, calidad en salud es "el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento".

Montgomery define el término calidad como "las características deseables que un producto o servicio debe poseer de acuerdo con las exigencias o expectativas del cliente o usuario" (Alvarado Gay 2006)

En la actualidad, Numpaque Pacabaque afirma que la ausencia de calidad en salud se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes; acceso limitado a los servicios; incremento de costos; quejas médicas; insatisfacción de los usuarios y de los profesionales; afectación de la credibilidad de los servicios, y lo peor, pérdidas de vidas.

La mejoría de la calidad percibida se puede lograr mediante el perfeccionamiento de la eficacia y la eficiencia en la prestación del servicio, es decir mejorar el sistema de orden de atención en función de la gravedad del paciente, mejorar el servicio de farmacia y suministro de medicamentos, optimizar la atención prestada por el personal encargado del área a los pacientes y familiares, y reducir los tiempos de espera en la atención, ya que así se podrá transmitir seguridad, responsabilidad y empatía y se mostrará una preocupación real por el bienestar y la recuperación del paciente que es atendido en un área específica de un centro de salud (Numpaqué Pacabaque 2019).

El trabajo de Pacabaque expresa el concepto de calidad percibida adquiere nuevas definiciones y el interés por medir la calidad percibida en la atención de salud por los usuarios aumenta cada día más. Como resultado, se observa que en países desarrollados el punto de vista de los pacientes ha contribuido en los procesos de la gestión sanitaria, actuando en concordancia con un modelo de calidad total.

Como expresara Donabedian: "la satisfacción del paciente es una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente" (Donabedian 2001).

La satisfacción de los pacientes es tan importante que ha conseguido cambiar el concepto de calidad, siendo inseparable de la satisfacción. Tanto en el ámbito empresarial como en el sanitario, el éxito depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de los receptores de servicios.

Para García Blanch (2013) una manera de medir calidad son las encuestas postoperatorias, *es un instrumento válido para la introducción de mejoras en todo el proceso asistencial, ante la dificultad para encontrar el tipo ideal de encuesta, ya que, en su opinión, la encuesta postoperatoria, más que un indicador de calidad del servicio, es un instrumento válido para la introducción de mejoras en todo el proceso asistencial. Refiere que hay dificultad para encontrar el tipo ideal de encuesta, ya que los resultados pueden ser criticados por adolecer de fiabilidad, ante la ausencia de respuestas o el condicionamiento en las contestaciones* (García Blanch 2013).

Las encuestas de calidad realizadas mediante entrevista personal o telefónica, podrían criticarse por la posibilidad de introducir un factor de presión sobre el paciente y condicionar las respuestas como lo afirma García Blanch (2013). Pero como refiere

habitualmente Carlos Díaz (2018) lo que no se mide, se desconoce y sin información no pueden introducirse mejoras o cambios, apoyado en los conceptos de Lord Kelvin (Clase Teórica, octubre 2018).

La forma de comunicación del personal sanitario afecta a la satisfacción del paciente ambulatorio. Sus relaciones interpersonales e interacciones con los miembros de la Unidad, incluyendo la capacidad de respuesta de los administrativos, cortesía, competencia y comunicación son evaluadas favorablemente.

La renovación edilicia y la creación de mayor número de quirófanos en el hospital Nacional Alejandro Posadas durante el 2012 al 2014 no tuvieron en cuenta la creación de unidades de cirugías ambulatorias (UCA). A partir de la necesidad de aumentar el número de procedimientos, poder dar respuesta a la creciente demanda de turnos quirúrgicos y a la utilización de camas de manera más adecuada, se impulsó la creación de una unidad de cirugía ambulatoria en octubre del 2015 dependiente del departamento quirúrgico. El hospital no poseía unidad de cirugía ambulatoria y las cirugías ambulatorias que se realizaban no tenía el control adecuado, la calidad asistencial no era evaluada y no existía un lugar y personal entrenado específicamente para dicha prestación.

Según las estadísticas históricas del departamento quirúrgico, el porcentaje de ambulatoriedad histórico fue del 15.3% oscilando del 12 al 17.5 % en el quinquenio 2007-2012, para cirugía medianas y mayores. En los servicios quirúrgicos de centros públicos y privados de excelencia en el USA, Canadá y Europa el índice de ambulatoriedad es del 65 al 72 % de todas las cirugías programadas (García Blanch 2013).

La implementación de esta unidad de cirugía ambulatoria constituye una herramienta para la gestión de camas y de cirugías mayores y medianas programadas ambulatorias, en relación a la demanda insatisfecha y además agrega calidad institucional, ya que representa un sistema de gestión, donde el recurso humano se capacitó de manera específica, se crearon guías de procedimientos, se normatizó y adecuó al medio, los pacientes elegibles para ingresar en dicha unidad y desde su creación se empezó a volcar en una base de datos toda la información de manera digital.

Es importante señalar que el paciente de cirugía ambulatoria, es parte del proceso de atención quirúrgico, debe ingresar para ser evaluado antes de la operación, se le educa en relación a su cirugía y se prepara para su postoperatorio en domicilio.

Esto permite una mejor adaptación a todo su peroperatorio y evita suspensión o cancelación del procedimiento. Luego de operarse y habiendo cumplido criterios de recuperación, es dado de alta, pero continúa bajo vigilancia por el mismo equipo de la UCA, realizándose un seguimiento postoperatoria vía telefónico. Debe entenderse a la CMA como un modelo formal y estructurado según afirma Luis Pino (2016).

No todos los pacientes son candidatos a operarse en forma ambulatoria ni toda cirugía es posible de ser realizada bajo esta modalidad. Un adecuado programa de CMA debe incluir criterios de inclusión y exclusión, tomando en cuenta las características del lugar y la experiencia del equipo tratante.

La CMA ha mostrado ser más costo-efectiva y segura que la cirugía con hospitalización, cuando se siguen en forma estricta las guías y normas de procedimiento de la unidad. Davis en 1987 ya decía que el objetivo de la cirugía ambulatoria es minimizar la hospitalización o ingreso con internación, una mayor satisfacción del paciente y un ahorro económico sin pérdida de calidad asistencial (Davis 1987). La actitud ligada a la calidad asistencial y no la hospitalización es la base de la seguridad para el enfermo.

Los principales criterios son:

- Mantener a las personas en su medio natural, especialmente niños y ancianos.
- Realizar cirugía humanizada, que el paso por dicha unidad sea lo menos estresante posible, que sea realice como un proceso natural.
- Optimizar el uso de las camas.
- Aumentar el acceso a los servicios quirúrgicos de los pacientes seleccionados, disminuir lista de espera.
- Disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.
- Disminuir la estadía media pre y post-operatoria.
- Aumentar número de intervenciones

La evaluación de la satisfacción de los usuarios de la asistencia que se presta en los servicios quirúrgicos requiere herramientas que contemplen sus aspectos más

importantes que hacen a la gestión de pacientes, camas, número de cirugías y calidad asistencial.

La utilización de indicadores es un instrumento útil para la evaluación de ésta última. El autor observa que los indicadores de calidad son una herramienta fundamental para aprovechar los recursos disponibles y contar con esta información podría dar un aporte relevante para la gestión hospitalaria.

El autor considera que un estudio de casos no experimental con los datos propios de la institución es lo más adecuado, no puede compararse con otras unidades de cirugías ambulatorias de otras instituciones, ya que unidades públicas en el país, solo existe el Hospital de Día Presidente Kirchner de Tucumán, que fue creado en 2008 directamente con ese fin, la unidad estudiada es integrada al hospital y se utilizan los quirófanos centrales, con lo cual la modalidad de trabajo es diferente y no puede ser comparable tampoco.

Para la Evaluación se tomará como parámetro el índice histórico de Ambulatorización de 15.3 % que corresponde a la mediana del cuatrienio 2011-2014 del departamento quirúrgico del hospital Nacional Alejandro Posadas.

1.4 Relevancia y Justificación.

La trascendencia de esta tesis consiste en analizar la utilidad de dicha unidad, que permite realizar cirugías programadas medianas y mayores ambulatorias sin necesidad de camas de internación, optimizando la utilización de los recursos públicos.

La creación de la unidad de cirugía ambulatoria con una gestión diferente a la tradicional existente en el hospital, busco la contención de los usuarios en un ambiente seguro, eficiente y con alta calidad humana.

No existe ningún tipo de registro oficial hasta la fecha sobre el nivel de satisfacción de los usuarios en el departamento quirúrgico del hospital, por lo que constituye una herramienta fundamental, para una evaluación de la actividad prestacional y la calidad de dicha área.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.1 Formulación del Problema de la Tesis. Pregunta de investigación

¿Cuál es el resultado de la implementación de la unidad de cirugía ambulatoria y el nivel de satisfacción del usuario respecto de la misma, en el departamento quirúrgico de un hospital Nacional de alta complejidad entre el 1 enero de 2016 al 31 de diciembre del 2019?

2.2 Objetivos: General y Específicos:

2.2.1 - Objetivo General

- Evaluar los resultados de la implementación de una Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA) como modelo de gestión y el nivel de satisfacción del usuario, en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas desde enero 2016 a diciembre del 2019.

2.2.2 - Objetivo Especifico

- Evaluar la demanda y evolución de los servicios que utilizaron la UCA desde el 2016 al 2019
- Evaluar índice de Ambulatorización, Tasa de ingreso no prevista, Tasa de re ingresos, e índice de suspensiones de la UCA como indicadores de calidad asistencial.
- Examinar el nivel de satisfacción del usuario que utilizaron la unidad de cirugía ambulatoria.

3. MARCO TEORICO

3.1 Marco Teórico.

Fundamentación teórica y práctica dentro del campo amplio de la investigación socio sanitario

Las unidades de cirugía ambulatorias son unidades que responden a un tipo de modelo prestacional, que otorga competitividad, calidad asistencial, favorece la calidad médico-

quirúrgica, la relación médico-paciente, es una modalidad que en la Argentina está muy poco desarrollada en el sector público.

La creación de una unidad de cirugía ambulatoria en un hospital público agrega calidad asistencial y la evaluación de su gestión desde su creación y el nivel de satisfacción de los usuarios, es muy importante para saber calidad percibida y valoración de la unidad por parte de los pacientes.

3.1.1 Generalidades de las Unidades de Cirugías Ambulatorias.

Las Unidades Cirugía Ambulatoria (UCA) son un tipo de unidad donde se realiza el pre y post operatorio inmediato, en la cual el paciente es operado y enviado el mismo día a su hogar, es decir, que requiere poco tiempo de estadía en el establecimiento después de efectuado el procedimiento. Existen dos tipos de Cirugías Ambulatorias: la Cirugía Menor ambulatoria (CMA) que es realizada con anestesia local y alta inmediata y la Cirugía Mayor Ambulatorio (CMA), que incluye un período de observación y monitoreo del paciente antes de su alta (Ferraina 1991).

Menéndez Gac 2007 afirma que la gran diferencia de la cirugía mayor ambulatoria, es que la recuperación del paciente se hace en el domicilio, sin pasar la noche hospitalizado. Se puede decir que es un sistema alternativo a la hospitalización que permite atender a más pacientes con menor número de camas.

La UCA es un modelo de gestión sanitaria multidisciplinaria en la que a los pacientes se les da el alta el mismo día de una cirugía electiva, evitando la necesidad de utilizar la cama de internación. Se las ha denominado también, Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), "Cirugía de Día", de "Hospitalización Transitoria o abreviada"; "Cirugía de 23 horas", referido por Recard (2017).

En la Resolución 1712/2005, el Ministerio de Salud de la República Argentina define la Cirugía Ambulatoria de la siguiente forma:

Art. 2º - Entiéndase por Cirugía Menor Ambulatoria a los procedimientos quirúrgicos menores que se realizan con anestesia local y que, sin ningún período de recuperación, permiten al paciente retirarse del consultorio o centro en forma inmediata.

Art. 3º - Entiéndase por Cirugía Mayor Ambulatoria a la modalidad de prestación del servicio quirúrgico realizada con anestesia local, regional o general, que requiere que el paciente reciba cuidados post operatorios poco intensivos, y cuya duración no

podrá ser mayor a SEIS (6) horas, por lo que no necesitan internación y que cumplido el período de recuperación son derivados a su domicilio.

Estos procedimientos son realizados dentro de un horario establecido en la Resolución 911/04 del ministerio de salud y ambiente.

El 75 % de las cirugías electivas pueden realizarse de manera ambulatoria y bajo esta modalidad, según Menéndez Gac (2007).

3.1.2 Breve reseña histórica de la cirugía ambulatoria.

La cirugía es una de las profesiones más antiguas en la evolución de la sociedad, y ésta inicialmente era de manera ambulatoria. Pedro Ferraina para el relato oficial del LXII Congreso Argentino de Cirugía, afirma que, en la primera publicación conocida de una intervención quirúrgica, escrita por el médico egipcio Imhotep, se relatan 48 casos quirúrgicos con tratamiento racional y ambulatorio. El mismo autor refiere que en Susruta Samhita, el gran libro de la medicina india donde se relatan este tipo de cirugías realizadas entre los años 800 a.C. hasta el año 400 d.C., donde muchos de los procedimientos quirúrgicos descritos por Hipócrates, respondían al tratamiento ambulatorio (Ferraina 1991).

El carácter ambulante no solo era del paciente si no del médico también, por lo que se dice que la cirugía ambulatoria es una de las prácticas médicas más antiguas. Hosped que significa huésped, era lugares donde se asistían enfermos pobres o se los asistía hasta su muerte, las personas ricas o pudientes eran tratadas en sus domicilios. Esto origino el origen de los hospitales según Goerke en 3000 años historia de la medicina. Hasta fines del siglo XIX sólo los pobres se atendían en hospitales, el resto lo hacía en sus casas. A partir de la aparición de la técnica quirúrgica aséptica en 1880, estas prácticas se concentraron en los hospitales. James Nicolls fue quien en la reunión de la British Medical Association en 1909, presento 8.988 operaciones en niños realizadas durante el período 1.899-1.908 en el Glasgow Royal Hospital, sin admisión de los pacientes y con excelentes resultados (ferraina 1991).

Las conclusiones de su trabajo *fueron que los buenos resultados permitieron que los chicos permanecieran con sus madres luego de la operación en casas cercanas a los hospitales. También concluyó que la internación en las intervenciones en adultos era muy prolongada y abogó por la deambulacion precoz y el alta temprana. Sostuvo que en las operaciones de hernia su estadística había demostrado que la modalidad ambulatoria era segura y eficiente* (Ferraina 1991)

En Escocia, probablemente por falta de camas de internación y a las limitadas condiciones económicas, prosperó esta idea. En 1938, Gertrude Herzgeld publicó 1.000 hernias operadas en menores de 12 años en el Royal Edinburg Hospital For Sick Children, todas con anestesia general, y sus conclusiones fueron que los resultados fueron iguales a los tratados en forma internada, evitando los trastornos de esta última modalidad.

Ferraina Pedro (1991) afirma que el primer programa moderno en Estados Unidos de esta modalidad fue la unidad abierta en 1961 en Grand Rapids (Michigan), en el hospital Butterworth. Pocos años después, en 1965 un centro de cirugía ambulatoria fue establecido por James Treloar y P. Klassen en Vancouver.

Cohen y Dillon de la universidad de los Ángeles en 1968 concluyen que la calidad y seguridad de los pacientes no está en la internación, sino que está dada en la correcta selección de los pacientes, adecuada técnica quirúrgica y anestésica (Cohen 1996).

En 1988 Rivera J. y Gines M. publican en España el primer trabajo de una unidad de cirugía sin ingreso. En 1991 el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, crea las guías de cirugía sin ingreso y reglamenta el funcionamiento (Rivera 1988).

En la Argentina numerosas instituciones privadas han desarrollado UCA específicas en prepagas y hospitales de comunidad, como el Hospital Privado de Mar del Plata, Hospital Británico, Centro Medicus y Hospital Italiano de Buenos Aires quienes desde hace varios años lo implementaron como unidades de gestión, y solo unos pocos hospitales públicos como el hospital Garrahan y más recientemente el Hospital de Día Néstor Kirchner de Tucumán en 2008 poseen esta modalidad prestacional.

3.1.3 Tipos de cirugías practicables según modalidad de funcionamiento.

Ferraina (1991) afirma que en realidad cualquier procedimiento que no requiera penetrar en una cavidad corporal puede considerarse compatible con cirugía ambulatoria. Dice Davis (1987) que la complejidad de los procedimientos quirúrgicos debe ser compatible con el estado físico y emocional del paciente, su vida habitual en su domicilio, y otros factores. De todas maneras, considerando estos parámetros, los profesionales de la salud siguen expandiendo, en todas las especializaciones quirúrgicas, los tipos de procedimiento que pueden realizarse con esta modalidad de atención médica.

La siguiente enumeración de procedimientos realizables en un UCA es un extracto de la Resolución 1712/2005 – Anexo 4:

Construir un sistema de estandarización de la calidad de los servicios implica un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes y para el efector, con los menores riesgos.

La metodología básica de evaluación para lograr la Acreditación es la confrontación de la realidad con una serie de criterios de calidad, denominados estándares, que generalmente son el resultado del consenso entre científicos, especialistas, administradores y expertos en calidad. Dice Ferraina las normas (estándares) pueden ser definidas como el nivel o grado de excelencia. Algo usado por un acuerdo general para determinar si algo está bien o mal hecho. Existen normas tanto para el plantel profesional, para evaluar la calidad del programa en marcha y para el registro y documentación médica. En el Manual de Acreditación emitido por la OPS en conjunto con la Federación Latinoamericana de Hospitales, se afirma que: La Acreditación es un método de consenso, racionalización, y ordenamiento del Hospital. El primer instrumento de evaluación técnica, explícita, objetiva de la calidad es el propio Manual de Acreditación, y el segundo, de gran importancia, es la Comisión de Acreditación, que deberá ser apolítica, de representación múltiple y realizar su tarea silenciosa y periódicamente.

Opina Ferraina lo siguiente: *Es por eso que el valor que tiene esta acreditación es que al ser voluntaria implica que el plantel médico de dicho centro expuso su conformidad para que una Institución Privada evalúe su trabajo y exprese su opinión sobre el nivel de calidad.* Finalmente, la implementación de un Centro de Cirugía Ambulatoria deberá tender a formar parte de un sistema de salud de una comunidad y no una fragmentación del mismo (Otero 2011)

En nuestro país, para habilitar cualquier institución de salud, se requiere cumplir con las reglamentaciones del Ministerio o Secretaría de Salud de cada provincia, que se rigen por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, dictadas por la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, del Ministerio de Salud del Gobierno Nacional. Éstas son normas que sólo establecen el umbral mínimo necesario para un correcto funcionamiento. Los funcionarios de Fiscalización, dependientes de las respectivas Secretarías de Recursos Físicos en Salud de cada Ministerio son los encargados de autorizar, categorizar y habilitar los establecimientos (Itaes 2008).

3.1.4 Clasificación según funcionamiento: Tipos de unidades

La clasificación más amplia presenta dos opciones fundamentales:

1) UNIDAD INTEGRADA: Se comparten los quirófanos y salas de recuperación del hospital. En un área especialmente destinada dentro del hospital se realiza evaluación pre-quirúrgica y control post operatorio.

a) UNIDAD CONTROLADA POR EL HOSPITAL: ubicada en el área del hospital, pero su funcionamiento es autosuficiente. Brinda toda la atención en forma independiente de los demás servicios del hospital.

b) UNIDAD SATÉLITE DEL HOSPITAL: unidad localizada fuera del área geográfica del hospital, pero es patrocinada y administrada por él. Basada en el Hospital o Office Based.

2) UNIDAD AUTÓNOMA: es independiente. No forma parte de otra institución de salud, ni geográfica ni administrativamente. Llamada Freestanding o independiente.

Si bien las denominaciones son diferentes, ambas clasificaciones son equivalentes por definición según (Ardizzone 2013). La normativa vigente en nuestro país clasifica a las UCA según complejidad de la cirugía a realizar en tres categorías:

1) Quirófanos anexos a consultorios

2) Centros Médicos que realicen Cirugía Menor Ambulatoria

3) Centros Médicos que realicen Cirugía Mayor Ambulatoria

Según Jaramillo Mejía 2005 el objetivo primordial de la atención ambulatoria no es reducir los costos, sino prevenir el sufrimiento que puedan ocasionar la cirugía y la internación (cirugía humanizada, cirugía centrada en el paciente y en sus vivencias).

Dado que la mayor fuente de sufrimiento es el miedo a lo desconocido, el personal de salud debe educar al paciente y a su familia. Además, la cirugía ambulatoria requiere auto-cuidado en casa, evaluación del curso postoperatorio por la familia, aplicación de medicamentos y curaciones en el hogar, como desventaja el usuario se hace cargo del traslado y los costos (Jaramillo Mejia 2005).

Davis en 1987 afirma que el éxito de un UCA depende de los siguientes parámetros:

- Flexibilidad del programa (posibilidad de modificaciones según las necesidades del cuerpo médico, circunstancias socio-económicas, discapacidades, edades de los pacientes, tipos de procedimientos a efectuar, volumen de pacientes y necesidades post-operatorias);
- Participación (por parte del cuerpo médico, instrucción de pacientes, personal administrativo, equipo de seguimiento postoperatorio);

- Competencia y ofertas de servicios (mediante la incorporación de tecnología)
- Satisfacción del paciente
- Estructura de organización (información y comunicación entre las partes)
- Políticas y procedimientos (manual de procedimientos, planilla de horarios, historia clínica digital).

3.1.5 El objetivo del Servicio de Cirugía Ambulatoria.

El objetivo de la cirugía ambulatoria es minimizar la hospitalización o ingreso con internación, una mayor satisfacción del paciente y un ahorro económico sin pérdida de calidad asistencial (Davis 1987). La actitud ligada a la calidad asistencial y no la hospitalización es la base de la seguridad para el enfermo.

- Mantener a las personas en su medio natural, especialmente niños y ancianos.
- Realizar cirugía humanizada, que el paso por dicha unidad sea lo menos estresante posible, que sea realice como un proceso natural.
- Optimizar el uso de las camas.
- Aumentar el acceso a los servicios quirúrgicos de los pacientes seleccionados, disminuir lista de espera.
- Disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.
- Disminuir la estadía media pre y post-operatoria.
- Aumentar número de intervenciones

Existe cierto grado de resistencia a su implantación como modelo asistencial ya que otros países hacen más de 20 años que la utilizan; puede deberse a la inercia organizativa tradicional, falta de instalaciones adecuadas y a falta de flexibilidad administrativas de las autoridades. Los cirujanos están en la vanguardia de cambios e innovación técnica, pero infravaloran lo organizativo y los gastos, pudiendo ser una barrera también para el desarrollo de las mismas según Alegre (Alegre Massia 2004).

3.1.6 Modelo Prestacional.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo prestacional, es un modelo organizativo y de gestión de asistencia quirúrgica multidisciplinario que permite tratar de forma segura y eficiente a pacientes seleccionados, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización convencional. De este modo, los pacientes pueden volver a su

domicilio el mismo día de la intervención, sin generar consumo de una cama o ingreso hospitalario (Ardizzone 2013).

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) 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. Al realizar la intervención y el alta hospitalaria en el mismo día se genera una mayor comodidad para paciente y familia, pero para ello es necesaria una protocolización rigurosa de todas las fases del proceso y proporcionar una información exhaustiva a los usuarios.

La UCA promueve las relaciones entre niveles asistenciales al transferir el control postoperatorio del paciente a los equipos de atención primaria y a los familiares, y por tanto genera mayor eficiencia en la gestión de los procesos asistenciales. Además, aporta ventajas sociales derivadas de una más pronta incorporación a la actividad cotidiana y laboral. La ausencia de estancias hospitalarias conlleva una disminución importante de las complicaciones quirúrgicas.

Por otro lado, la cirugía mayor ambulatoria evita los costes derivados del ingreso hospitalario –disminuyendo los costes por proceso- y por tanto juega un papel trascendente en la sostenibilidad del sistema sanitario, en especial en la actual situación de crisis económica.

Las unidades de cirugía ambulatoria desarrollan un gran volumen de procedimientos quirúrgicos, y como en toda actividad asistencial es trascendental saber qué y cómo se hace, para ello se establecen indicadores de calidad.

La noción de calidad se sustenta en diversos conceptos, que con frecuencia se confunden:

CRITERIO

Es aquella condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación, proceso o práctica para ser considerada de calidad.

Un criterio válido debe tener las siguientes cualidades: Ser explícito, ser aceptado por los diferentes interesados, participativos, comprensibles, cuantificables y flexibles.

INDICADOR

Es la medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades, (normalmente numérica) en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios.

Los indicadores como instrumento de medida cuantitativa de un criterio nos van a permitir detectar defectos en la calidad asistencial que prestamos, pero deben cumplir

una serie de requisitos. Los fundamentales son: validez, fiabilidad, sensibilidad, comunicable, específico, útil, concreto, eficiente, accesible y debe resistir la manipulación (Massia 2004).

Por tanto, un buen indicador debe ser relevante, estar claramente definido, aportar un beneficio práctico, ser de fácil obtención y medir diversos aspectos asistenciales y no asistenciales de nuestra práctica.

3.1.7 Criterios de Calidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

La Cirugía Mayor Ambulatoria constituye un proceso de gestión complejo en el que intervienen múltiples actores durante todas sus fases. Este proceso debe sustentarse en diversos criterios generales que garanticen la calidad asistencial.

Verde Remiseiro (2013) establece numerosos criterios, en función de las características de la unidad y del esquema organizativo de la misma, pero los más importantes y obligatorios son:

1. Adecuación del sistema de selección de pacientes, la selección de pacientes para CMA debe incluir a todos aquellos que cumplan criterios de CMA y excluir del proceso a quienes no los cumplan.
2. Adecuación de la programación: la programación quirúrgica realizada debe responder a las necesidades y los recursos existentes, minimizando las cancelaciones y las suspensiones quirúrgicas.
3. Idoneidad del proceso quirúrgico: el proceso quirúrgico debe cumplir los requisitos de calidad científico-técnica exigibles.
4. Idoneidad del proceso anestésico: el proceso anestésico debe cumplir los requisitos de calidad científico-técnico exigible.
5. Idoneidad del resultado quirúrgico: el resultado del procedimiento quirúrgico debe cumplir los estándares establecidos.

3.1.8 Indicadores de calidad en CMA.

En cualquier caso, los indicadores de calidad deben contemplar los aspectos fundamentales de la estructura de la unidad, la eficiencia y calidad asistencial, el funcionamiento interno, la morbilidad, la coordinación profesional y la calidad percibida según Capitán Vallvey (2015).

La International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) definió en 2006 a los 6 indicadores clínicos básicos:

- A- Cancelación de procedimientos programados.
- B- Re intervención no planificada en el mismo día de la cirugía.
- C- Ingreso no previsto el mismo día de la intervención.
- D- Consulta no prevista del paciente a la unidad o al hospital:
- E-. Reingreso no previsto en la unidad o en el hospital:
- F- Satisfacción del paciente.

Indicadores de Calidad de la UCA imprescindibles:

- 1.- Tasa de cancelaciones.
- 2.- Tasa de suspensiones.
- 3.- Satisfacción del paciente

El grado de satisfacción del paciente resulta del balance entre el nivel de asistencia esperado frente a lo que sucede realmente, mientras que la calidad percibida es el resultado de la diferencia entre las expectativas y las percepciones.

El grado de satisfacción del usuario y la calidad percibida son indicadores clave en UCA y su valoración depende de múltiples aspectos, que van desde el nivel cultural al cumplimiento de las expectativas puestas en la intervención. Incidirá de modo determinante la estructura física de la Unidad y la comodidad de las instalaciones, el tiempo de espera, la agilidad burocrática, la información recibida, la adecuación de la anestesia y analgesia, el respeto a la intimidad y privacidad, la competencia profesional y la efectividad de la intervención y ausencia de complicaciones, el hotelería, el control del dolor postoperatorio, el trato recibido y el correcto control postoperatorio (Capitan Valley 2015).

La valoración que los pacientes tienen de las unidades de CMA es, en general, muy positiva. A esto contribuye de forma directa el hecho de recibir el tratamiento quirúrgico adecuado y los cuidados específicos en el contexto de una unidad cuya correcta organización, seguimiento de protocolos y profesionalidad del personal sanitario son percibidos por el paciente.

Pero el grado de satisfacción no es de fácil medición. Sin embargo, las encuestas de satisfacción constituyen una herramienta que nos acerca a conocer cómo valoran los pacientes la asistencia recibida. Permiten identificar los "puntos débiles" de asistencia, que generan insatisfacción en los pacientes y opiniones negativas, a fin de desarrollar estrategias de mejora.

La validez de los indicadores de calidad empleados en Cirugía Mayor Ambulatoria está en función de su capacidad para inducir modificaciones tendientes a su mejora o corrección.

El control de calidad se basa en técnicas de monitorización y control estadístico de procesos. Los modelos de calidad se basan en mejora continua o calidad total, cuyo objetivo es conseguir mejora progresiva de calidad para alcanzar Cero Defectos. El círculo de calidad: se logra con un ciclo de autoevaluación, con mejora de calidad asistencial, mayor grado de satisfacción y motivación profesional.

En el modelo de calidad médica de Avedis Donabedian (2001) se evalúan 3 dimensiones, totalmente aplicables a las unidades de cirugía ambulatoria (UCA) o cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Dimensión de Estructura: Planta fija, cantidad y calidad RRHH, equipamiento, normas, reglamentos y procedimientos, sistema de información.

Dimensión de Procesos: Acciones del personal, acciones de los pacientes, proceso de comunicación, aplicación de procedimientos, precisión y oportunidad.

Dimensión de Resultados: evaluación de la unidad, gastos, eficiencia y efectividad quirúrgica, conocimiento del usuario sobre el servicio, satisfacción del usuario / paciente.

Marjamaa 2008 refiere que el quirófano es muy costoso y debe ser administrado eficientemente. La mejora de la eficiencia, se logra acortando la duración de los procedimientos, entrenando al personal y realizando monitoreo de los procesos. Los cambios deben tener objetivos claros y los resultados que se obtienen deben informarse al grupo de trabajo. Hay nueva tecnología en la gestión de quirófanos, las organizaciones apoyan la eficiencia, el personal de ser motivado con una gestión clara y liderada por los máximos referentes.

Siguiendo lo expresado por Moyla (2014) el diseño no experimental se caracteriza por no manipular deliberadamente las variables que están relacionadas con el fenómeno a estudiar, sino que se estudia el fenómeno tal cual es, por lo cual los individuos a estudiar se observan en su contexto natural.

El diseño antes-después o estudio de casos dentro de las evaluaciones no experimentales, pueden tener cierto problema de validación interna, pero permite en muchos casos mostrar evidencia sobre la efectividad de una intervención, proceso, cambio o medida introducida, especialmente si se complementa con otra información.

3.2 Hipótesis de trabajo.

La hipótesis de esta investigación es que el resultado de la implementación de la unidad de cirugía ambulatoria es positivo y el nivel de satisfacción del usuario respecto de la misma, en el departamento quirúrgico de un hospital Nacional de alta complejidad entre el 1 enero de 2016 al 31 de diciembre del 2019 ya que mejoran la demanda y evolución de los servicios que utilizaron la UCA, el índice de Ambulatorización, la Tasa de ingreso no prevista, la Tasa de re ingresos, e índice de suspensiones de la UCA como indicadores de calidad asistencial así como también el nivel de satisfacción del usuario que utilizaron la unidad de cirugía ambulatoria.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudio.

El estudio se realizó en el departamento quirúrgico del hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. La metodología propuesta es un diseño no experimental, basado en un estudio de casos, de tipo cuantitativa, retrospectiva y descriptiva respecto de los indicadores de producción de la unidad según los manuales de la sociedad americana de cirugía ambulatoria y la evaluación de calidad asistencial a través de encuestas de satisfacción.

La metodología propuesta es de tipo cuantitativa, retrospectiva y descriptiva respecto de los indicadores de producción de la unidad.

El período de evaluado comprende de enero de 2016 a diciembre 2019.

Para la evaluación de la satisfacción del usuario se utilizaron encuestas telefónicas o escritas por WhatsApp.

El período de relevamiento de la encuesta de satisfacción y control postquirúrgico, con score telefónico ASI con 7 parámetros básicos (estado general, grado de dolor, tolerancia oral, sangrado, cumplimiento del tratamiento, fiebre y estado de la zona operada) y la encuesta de Satisfacción durante el periodo 1 de enero de 2019 a 31 de diciembre 2019.

4.2 Descripción del lugar de trabajo – contexto.

4.2.1 Hospital Nacional Alejandro Posadas.

El hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas surgió como iniciativa de la Fundación Eva Perón y fue proyectado por el Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la República Argentina.

En 1958 el edificio fue inaugurado como "Instituto Nacional de la Salud" con el objetivo de desarrollar tareas de investigación, se establecieron once Institutos que funcionaron como centros de investigación científica y servicios técnicos especializados. Durante esta etapa, se cumplieron tareas asociadas a la investigación experimental y a la investigación clínica, sin desarrollo de actividades asistenciales.

En 1960 se incorporó el Centro Panamericano de Zoonosis. En 1968, atendiendo a estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud, que determinó que el crecimiento demográfico del Partido de La Matanza no estaba cubierto por cantidad suficiente de Centros Asistenciales, se disolvieron los Institutos y se comenzó a organizar un Hospital General Nacional de Agudos dependiente del Ministerio de Salud.

A partir del año 1971, se fue concretando una apertura progresiva del Hospital a la Comunidad. Se autorizó la habilitación de 360 camas con una dotación de personal de 1969 agentes y se amplió la estructura para constituir un Hospital General de Agudos.

En 1972 se inauguró como "Policlínico Profesor Alejandro Posadas", desde ese entonces, se fueron habilitando progresivamente los servicios de Pediatría, Cirugía, Tocoginecología, Clínica Médica, traumatología y diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas.

Durante la década del '90, el Hospital pierde su condición de Institución Nacional y pasa a una administración compartida entre la Provincia de Buenos Aires y la Nación, generando una situación de incertidumbre y anomia, que perjudicó su óptimo funcionamiento.

En el año 2007, el Hospital Profesor Alejandro Posadas, es nuevamente nacionalizado, y pasa por ley nuevamente a la órbita del Gobierno Nacional, donde se dispone su reformulación como Hospital de alta complejidad de referencia nacional para la atención de pacientes agudos en todas las etapas de su vida (Hospital Posadas 2019).

El Hospital Nacional Prof. A. Posadas, es una institución de salud, donde se desarrollan actividades de prevención, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de la salud en las personas, así como actividad de docencia e investigación. Dependiente del ministerio de Salud de la Nación, descentralizada e incluida en el régimen de Hospitales Públicos

de Autogestión, se encuentra ubicado en el oeste del conurbano bonaerense, en la localidad de El Palomar, partido de Morón, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Sobre una extensión de 16 hectáreas tiene 56.000 m² de superficie cubierta, distribuidos en cuatro placas de 7 pisos divididos de apares (sector A-B y C-D), donde se desarrollan actividades preferentemente referidas a la consulta externa e internación, unidos por un edificio central (H), se agregaron 23.000 m² en tres plantas sector E y F donde alberga aéreas de tratamiento, diagnóstico y administrativas, siendo aproximadamente 90.000 mts². A este, deben anexarse 9 edificios distribuidos en su predio, casa albergue Hospital Posadas, jardín maternal, escuela de enfermería, iglesia, depósitos, vacunatorio, talleres de mantenimiento, etc.

Su área de influencia cubre una población de 4.400.000 habitantes aproximadamente, comprende los partidos de: Morón, Ituzaingó, 3 de Febrero, Hurlingham, La Matanza, Merlo, San Miguel, José C. Paz y Moreno, extendiéndose en menor medida a General Rodríguez, Marcos Paz, General Las Heras y General San Martín.

El actual indicador de disponibilidad de 0,6 camas/1000 habitantes en el conurbano oeste de la provincia (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), demuestra la magnitud en que es escaso el recurso camas de internación en esta región, considerando una media de 6 camas/1000 habitantes en países desarrollados y de 3 camas/1000 habitantes en los de desarrollo intermedio, como indicador deseable. Este factor se constituye en un nudo crítico que afecta la posibilidad de gestión de camas planificada, en relación a la demanda insatisfecha.

4.2.2 Recursos institucionales.

Los recursos con los que cuenta la Institución son:

- 488 camas (de las cuales 118 son destinadas a Cuidados Intermedios e Intensivos, tanto de adultos como pediátricos.). El índice de ocupación ronda el 88,8%.
- 200 consultorios externos de especialidades clínicas y quirúrgicas.
- 12 quirófanos donde se realizan intervenciones de todas las especialidades, excepto trasplantes de órganos. La mayoría de sus servicios han desarrollado características de excelencia y complejidad, convirtiendo al establecimiento en centro de derivación de influencia regional.
- Fueron creadas dos Unidades de Cirugía Ambulatorias una de adulto y otra de pediatría, por iniciativa del departamento quirúrgico en octubre del 2015.

Tiene una producción anual de 700.000 consultas de las cuales 500.000 son consultas programadas y 200.000 consultas por emergencias, 20.000 egresos, 4500 partos y 12.500 cirugías. El quirófano posee 12 quirófanos, con 4 torres de laparoscopias y un centro obstétrico independiente con 2 quirófanos, 4 salas de partos y salas de dilatantes.

El Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas se financia fundamentalmente con recursos del Estado Nacional, al que se suman los recursos obtenidos por facturación de servicios a la Seguridad Social y otras entidades. Durante 2014 se trasladó la mitad de los Consultorios Externos del sector antiguo al nuevo, que junto con la extensión de la franja horaria de 8 a 20 horas se aumentó la disponibilidad de atención ambulatoria. Además, se informatizó el sistema de otorgamiento de turnos, historia clínica digital extendiéndose a Admisión y Consultorio externo, continua vigente la HC en papel en las salas de internación.

Trabajan en el lugar 4850 trabajadores en total, siendo 1700 profesionales aproximadamente.

Se crearon dos Unidades de Cirugía Ambulatorias una de adulto y otra pediátrica, por iniciativa del departamento quirúrgico, que se inauguró en octubre del 2015.

La unidad de Cirugía Ambulatoria de Adultos posee una superficie de 210 metros cuadrados, conformado por sala de ambulantes con 10 puestos, 8 camas y 2 sillones, 2 oficinas administrativas, puesto de enfermería y baños. El RRHH está conformado por 5 enfermeras, 2 médicos cirujanos, 3 ayudantes o camilleros y 1 administrativo. Es una unidad integrada al hospital con independencia de manejo al quirófano central.

4.2.3 Modalidad de la Cirugía mayor ambulatoria en la institución.

Desde el 1974 hasta el 2015, la cirugía mayor ambulatoria, se realizaba en la institución, sin una adecuada gestión, ni controles adecuados. Los pacientes que se intervenían se recuperaban en un pasillo o sala de quirófano, y cada servicio era responsable de alta, indicaciones y seguimiento de los pacientes (está prestación se realizaba sin ningún tipo de control de calidad, atención pre o post quirúrgica).

La implementación de la unidad con un espacio físico propio e independiente, personal de enfermería, colaboradores o camilleros, auxiliar administrativo y médico cirujano supervisando el área, determinó un cambio en el modelo prestacional. Esta unidad buscó realizar la prestación de manera humanizada, segura y eficiente. La unidad de cirugía ambulatoria tiene una modalidad integrada a los quirófanos centrales, pero con

independencia y autarquía en su manejo. Con un sistema de prestación determinado desde su inicio con guías clínicas prequirúrgicas, peroperatorio y postoperatorio, checklist (anexo 1), control telefónico ASI o Scoring ASI post quirúrgico (anexo 2), criterios y consentimiento de encuesta (anexo 3), encuesta de satisfacción (anexo 4), Guías clínicas para el manejo de la unidad (anexo 5), listado de operaciones ambulatorias pactados por servicio (anexo 6).

Se utilizó y adecuó un espacio edilicio existente, el personal se capacito y entró para dicha unidad, optimizando el recurso humano existente de la institución. Solo la coordinadora del área realizó un entrenamiento previo para poder gestionar e iniciar un proceso de crecimiento de dicha área.

4.3 Dimensiones, variables, indicadores.

Se evaluó la gestión de la unidad a través de indicadores clínicos básicos que permite el análisis de producción y calidad de la Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA)

Se utilizaron indicadores de gestión para analizar el porcentaje de cirugías medianas y mayores ambulatorias sobre el total de cirugías realizadas por año. Los Indicadores principales son: porcentaje de ambulatoriedad e Índice de internación no prevista.

El indicador principal de este trabajo es **porcentaje de ambulatoriedad** que es aquel que relaciona las cirugías medianas y las cirugías mayores ambulatorias con el total de cirugías producidas, y su resultado indica la proporción de cirugías ambulatorias respecto al total de cirugías.

Porcentaje de ambulatoriedad:

$$\text{Porcentaje de ambulatoriedad: } \frac{\text{cirugías medianas y mayores ambulatorias} \times 100}{\text{Total de Cirugías producidas}}$$

Índice de internación no prevista o índice de ingresos: Este índice o tasa indica al paciente que se eligió para el proceso ambulatorio, pero que luego de operado debe permanecer internado, por diferentes motivos. Esta tasa de ingreso es sumamente

importante porque habla del posible fracaso de la selección del proceso ambulatorio, y de la calidad de gestión del área.

$$\text{Índice de ingresos: } \frac{\text{Pacientes que ingresan luego de la intervención}}{\text{Total de Cirugías internadas en UCA}} \times 100$$

Como indicadores secundarios: se utilizó porcentaje de suspensión de cirugías, índice de reingreso temprano, índice de reingresos tardíos e índice de infección de herida.

El indicador **porcentaje de suspensiones de Cirugías busca** evaluar el número total de suspensiones y el motivo de la suspensión del total de las cirugías que se internaron en la unidad de cuidados ambulatorios, permitiendo jerarquizar los más significativos para trabajar sobre las causas (causa de gestión, causa del paciente, causa médica y causa del quirófano).

$$\text{Porcentaje de suspensiones: } \frac{\% \text{ de suspensiones}}{\text{Total de cirugías producidas}} \times 100$$

El indicador **Índice de reingreso temprano** busca evaluar el número total de reingresos y el motivo del mismo. **(Son los reingresos dentro de las primeras 24 hs).**

$$\text{Índice de Reingresos Tempranos: } \frac{\text{Reingresos tempranos}}{\text{Total de altas producidas}} \times 100$$

El indicador **Índice de reingresos tardíos** busca evaluar el número total de reingresos y el motivo del mismo, permitiendo jerarquizar las causas más significativas. **(Son los reingresos dentro de la primera semana).**

$$\text{Índice de Reingresos Tardíos: } \frac{\text{Reingresos tardíos}}{\text{Total de altas producidas}} \times 100$$

El indicador ***Índice de infección de herida*** busca evaluar el número de infecciones de pacientes tratados en UCA sobre el total de cirugías realizadas. (Calidad).

$$\text{Índice de Infección Heridas de UCA: } \frac{\text{Infección de Heridas de UCA}}{\text{Total de Cirugías}} \times 100$$

Evaluación de satisfacción:

La evaluación fue a través de una encuesta telefónica que se realiza durante el control telefónico a las 24, 48 o 72 hs luego de haber utilizado el servicio o mediante textos de WhatsApp.

4.4 Universo y características de la muestra.

El universo de la presente investigación son todos los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en la institución, constituyendo 65.752 intervenciones, de las cuales 20.100 fueron cirugías mayores ambulatorias y la muestra investigada en esta tesis corresponde a 5197 pacientes que se internaron en la UCA, constituyendo el 25,85% del total de las cirugías ambulatorias realizadas desde 1 de enero 2016 al 31 diciembre 2019.

Muestra:

Enfoque cuantitativo: Se analizó la producción de la unidad desde 1 de enero 2016 al 31 de diciembre 2019 y se compara con el total de la producción del departamento quirúrgico en igual período.

Encuesta de satisfacción de enero a diciembre 2019 telefónica y escrita por WhatsApp, el universo corresponde a 1619 pacientes internados en UCA.

Enfoque cuantitativo: Se estudió la producción de la unidad de cirugía ambulatoria, número total de pacientes que fueron asistidos e internados en dicha unidad durante los primeros 4 años de existencia.

Encuesta de control post quirúrgico con Scoring ASI con 7 parámetros básicos (estado general, grado de dolor, tolerancia oral, sangrado, cumplimiento del tratamiento, fiebre y estado de la zona operada) y la satisfacción telefónicas o

escritas por WhatsApp fueron realizadas a las 24, 48 o 72 hs en pacientes asistidos en la unidad durante todo el 2019, el interrogado podía ser al paciente o familiar directo que lo asistió.

La misma fue validada y autorizada por las autoridades de la institución y posee criterios de inclusión y exclusión de la cirugía ambulatoria y en el consentimiento médico informado, se le informa del reclutamiento de datos y de la encuesta telefónica que se realizara en el post operatorio.

El índice de ambulatoriedad del cuatrienio 2011-2014 fue de 15.3%, osciló entre el 14.08% al 17.5 % del total de las cirugías mayores que se realizan anualmente, en el departamento quirúrgico, y será el valor histórico de referencia para comparar con los resultados obtenidos desde la creación de la unidad de cirugía ambulatoria.

El año 2015 no fue evaluado, porque en octubre se creó la unidad de cirugía ambulatoria, para evitar oblicuidad.

4.5 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos.

a- Revisión historia clínica digital y papel con:

- 1- Identificación del paciente con DNI o Historia clínica (HC digital igual número de DNI). En la institución todavía coexisten ambas HC, ya que en la internación hay HC en papel.
- 2- Información demográfica: edad y género.
- 3- Servicio que indico internación.
- 4- Procedimiento quirúrgico.
- 5- Ejecución de consentimiento y foja quirúrgica correcta y firmada.

b- El indicador **porcentaje de suspensiones de Cirugías y tasa de internación no prevista** busca evaluar el número total de suspensiones y el motivo de la suspensión del total de las cirugías que se internaron en la unidad de cuidados ambulatorios, al igual que el motivo de internación no previsto, permitiendo jerarquizar los más significativos para trabajar sobre las causas:

1. Edad y género
2. Servicio al que se le suspendió la intervención.

3. Causa de la suspensión (médicas, del paciente, del quirófano, o de gestión (turnos, falta implantes / descartables).
 4. Porcentaje de internación no Prevista.
- c- Revisión de Encuestas telefónicas o vía WhatsApp de base datos de los pacientes internados en Unidad de Cuidados Ambulatorios desde 1 de enero al 31 de diciembre del 2019.
 - d- Recopilación de la información en planillas Excel.
Evaluación de base de datos.

5. DESARROLLO

5.1 ESTADÍSTICA UCA ADULTOS AÑO 2016

Pacientes recibidos de manera mensual: 1033 – CMA 812

Pacientes internados mensualmente:

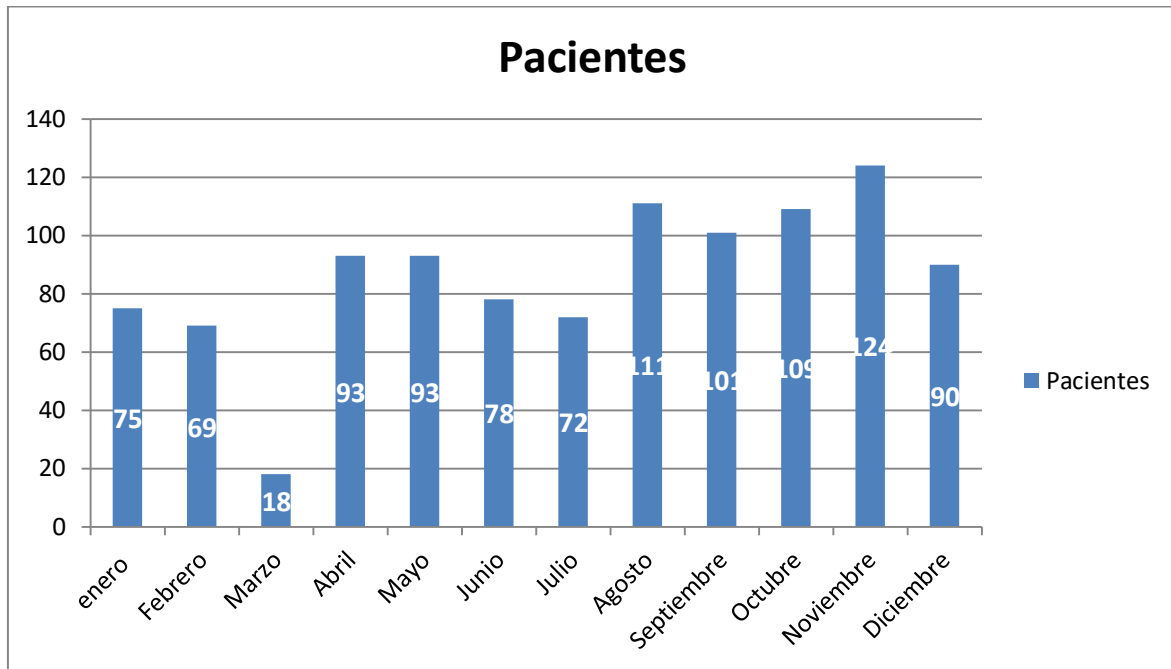


Gráfico 1. Pacientes internados en UCA 2016 (Elaboración propia).

Desde 1 de enero 2016 al 31 de diciembre 2016 se internaron en la UCA, 1033 pacientes, de los cuales 812 fueron pacientes con cirugías medianas o mayores ambulatorias. El resto de los pacientes que corresponden 221 pacientes, que ingresaron al área por la UGI (unidad de gestión de internación), hasta que se consiguió cama para la internación en el servicio correspondiente. Durante los días 11/3/16 al 6/4/16 el área se utilizó para la epidemia de Dengue. En noviembre del mismo año, durante 11 días se suspendieron las cirugías ambulatorias por ser utilizada la UCA para emergencias de adultos. Se utilizó para cirugía ambulatorias la unidad en el 79.6% de los pacientes recibidos (812) y 20.4% para la UGI (221), constituyendo las 1033 internaciones en la UCA (gráfico 1).

Pacientes internados por servicio:

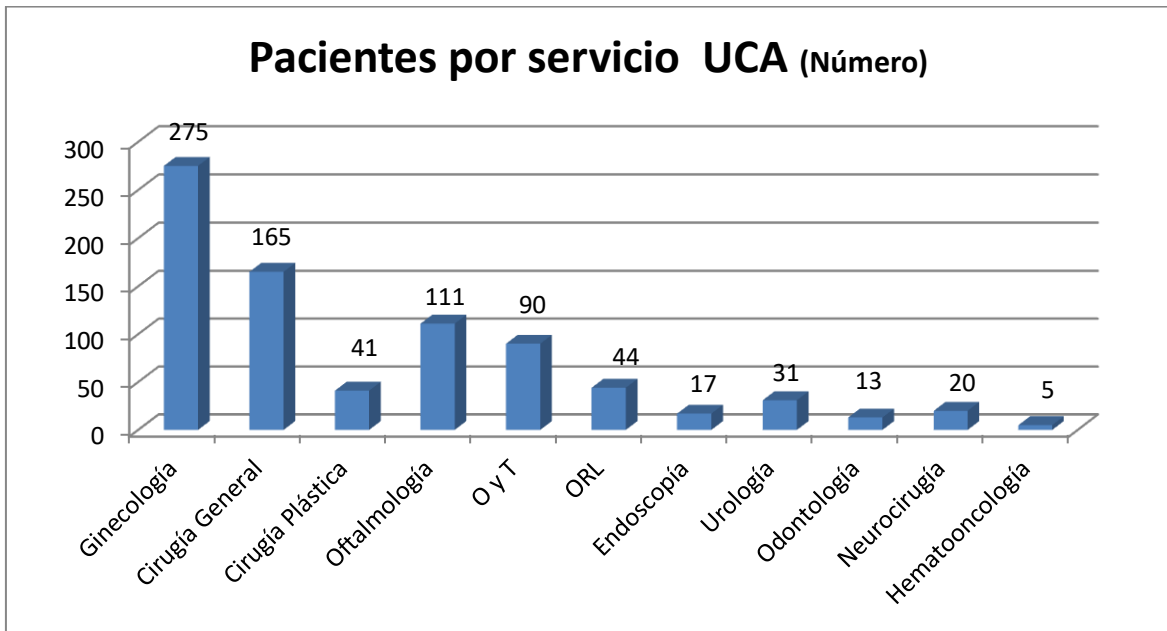


Gráfico 2. Pacientes por Servicio UCA en número. (Elaboración propia).

En el primer año los clientes internos (servicios que utilizaron el área), fueron principalmente ginecología, cirugía general, oftalmología, Ortopedia y traumatología, ORL, plástica, urología, neurocirugía, endoscopia, odontología y hemato-oncología. (gráfico 2).

Pacientes por servicio en porcentaje de internados en UCA:

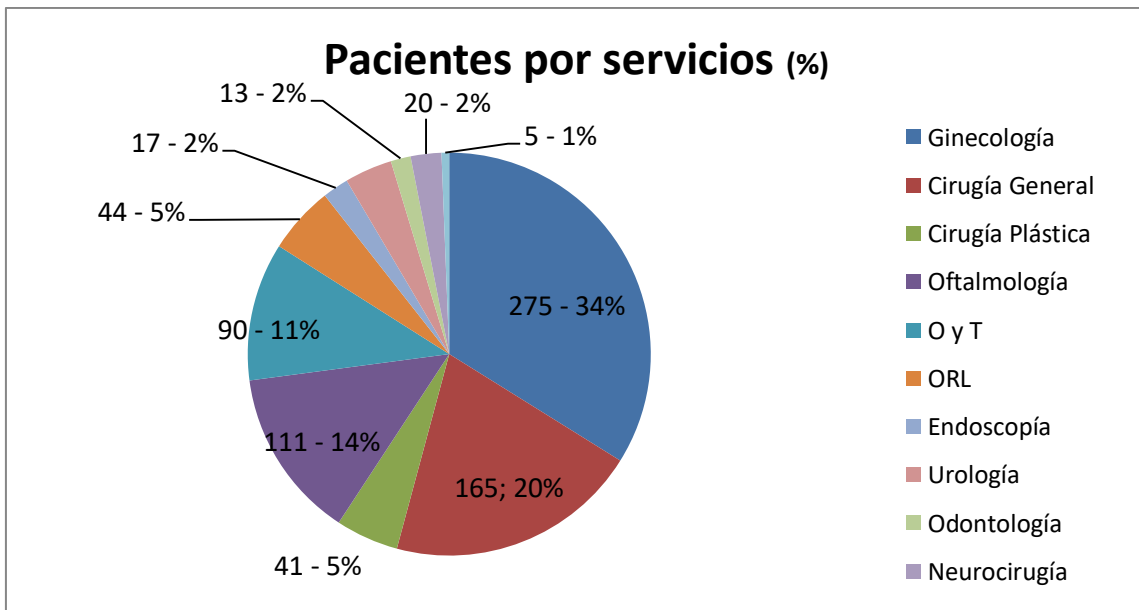


Gráfico 3. Pacientes por Servicio en 2016 en porcentaje. (Elaboración propia)

En el gráfico 3, se evidencia que el 34% de la demanda interna fue del servicio de ginecología, 20 % cirugía general, 14 % oftalmología y el 11 % traumatología, constituyendo estos 4 servicios el 79% de la demanda interna durante el año 2016.

Distribución por género:

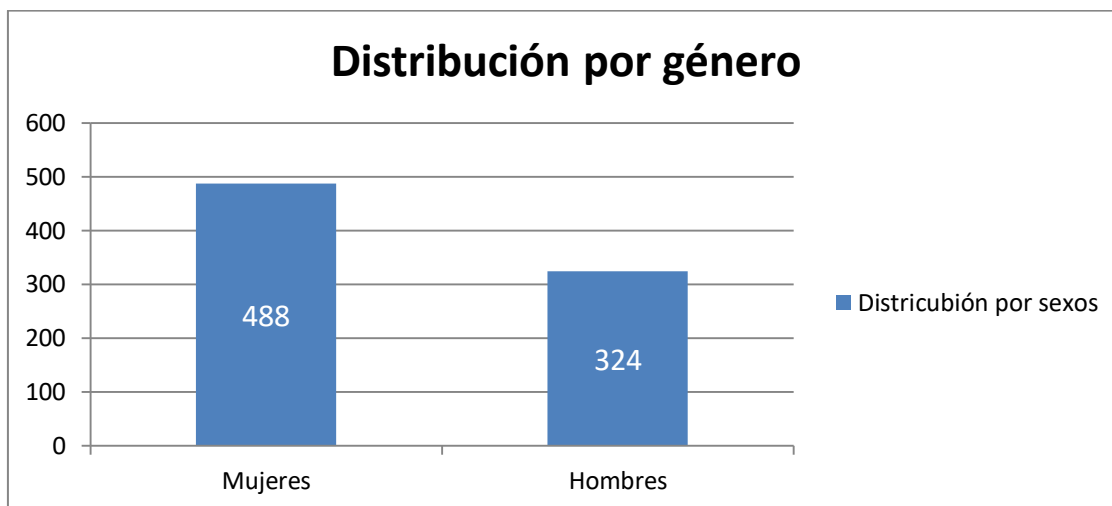


Gráfico 4. Distribución por género en 2016. (Elaboración propia).

En el gráfico 4 se observa que de los 812 pacientes que se internaron en la UCA, con una cirugía mediana o mayor, el 60 % fueron mujeres (488) y 40% hombres (324).

Promedio de edad: 49.5 años (15-91)

Suspensiones causas y servicios:

- Enero- febrero- Marzo: no hubo
- Abril: 4 (4 por falta de tiempo quirúrgico / 3 O y T y 1 CG)
- Mayo: 2 (2 por HTA/ 2 OFT)
- Junio: 4 (1 por falta de tiempo QX / O y T, 1 por cambio de paciente /URO, 1 por enfermedad aguda/ CG, 1 HTA /OFT)
- Julio: 2 suspensiones (por HTA /OFT)
- Agosto: 9 suspensiones (4 HTA /1 OFT Y 3 O y T, 2 falta de prótesis O y T, 1 ausencia del paciente /Plástica, 1 falta de tiempo QX /URO)
- Septiembre:4 suspensiones (HTA 2 OFT, ORL y O y T)
- Octubre: 5 suspensiones (3 HTA 2 OFT/1ORL, 1 Falta de tiempo QX/ O y T, 1 falta de prótesis O y T)

- Noviembre: 11 suspensiones (4 por falta de material 3OyT y 1 URO, 2 falta de instrumentadora GINECO Y Plástica, 1 falta de presión en aire comprimido central CG, 1 falta de tiempo QX O y T, 2 por HTA / OFT y O y T, 1 falta de ayuno/ URO)
- Diciembre: 2 suspensiones (1 falta de tiempo QX /CG, 1 HTA / O y T)

SUSPENSIONES ANUALES: 43 pacientes

INDICE DE SUSPENSION: 5,30 %

Las causas y suspensiones se presentan, de manera mensual, por servicios y por motivo que obligó a suspender el procedimiento quirúrgico, esto es evaluado a los fines prácticos durante todo el cuatrienio en estudio. La suspensión anual 2016 fue de 43 pacientes corresponde a un Índice de Suspensión del 5,30 %.

Datos generales de toda la actividad de la UCA en 2016:

TOTAL DE CIRUGIAS EN EL DEPARTAMENTO QUIRUGICO: 14953

TOTAL CIRUGÍAS AMBULATORIAS 2016: 5988

TOTAL CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): 3189

TOTAL Cirugía menor ambulatoria (cma): 2799

TOTAL DE CIRUGIA AMBULATORIA EN LA UNIDAD: 1033

- Pacientes recibidos de la UGI: 221 (20.4%)
- **Ambulatorios: 812 (79.6%)**

Índice de Ambulatorización año 2016: $3189 \times 100 / 14953 = 21,32\%$

Índice de internación no prevista o índice de ingresos: 2,70% (22 pacientes)

Índice de reingreso temprano 2016: 1.48% (12 pacientes)

Índice de reingreso tardío: 0.74 (6 pacientes)

Índice de suspensión: 5.30 % (43 pacientes)

Índice de infección de herida: 7.02 % (57 pacientes)

5.2 ESTADÍSTICA UCA ADULTOS AÑO 2017

Pacientes recibidos de manera mensual: 1651 / CMA 1291

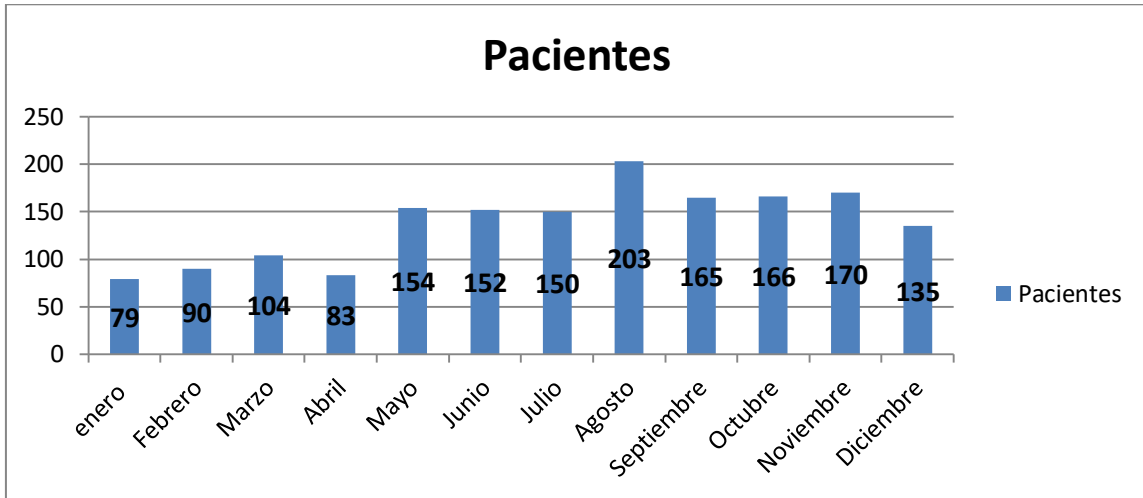


Gráfico 5. Pacientes internados en UCA 2017. (Elaboración propia).

Desde 1 de enero 2017 al 31 de diciembre 2017 se internaron en la UCA, 1651 pacientes, de los cuales 1291 fueron pacientes con cirugías medianas o mayores ambulatorias. El resto de los pacientes que corresponden 360 pacientes, que ingresaron al área por la UGI. Se utilizó para cirugía ambulatorias la unidad en el 78.2% de los pacientes recibidos (1291) y 21.8% para la UGI (360), constituyendo las 1651 internaciones en la UCA.

Paciente por servicios:

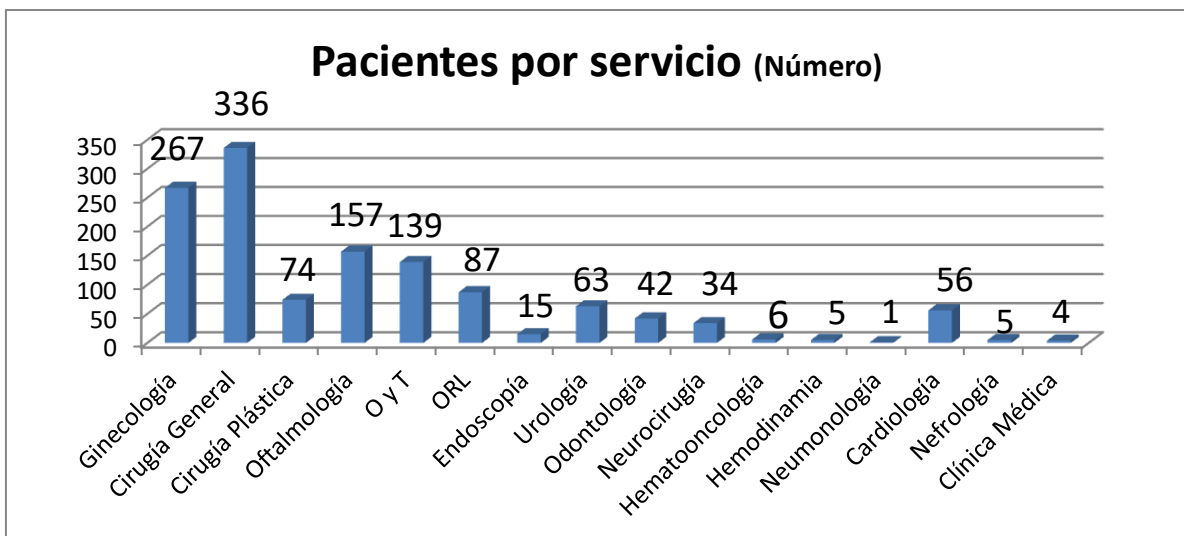


Gráfico 6. Pacientes por servicio 2017 en número. (Elaboración propia).

En el gráfico 6 se observan los clientes internos en el 2017 por servicios que utilizaron el área, convirtiéndose cirugía general el principal cliente interno, en segundo lugar, ginecología, luego oftalmología y en cuarto lugar Ortopedia y traumatología.

Pacientes por servicios en porcentaje: 1291 pacientes.

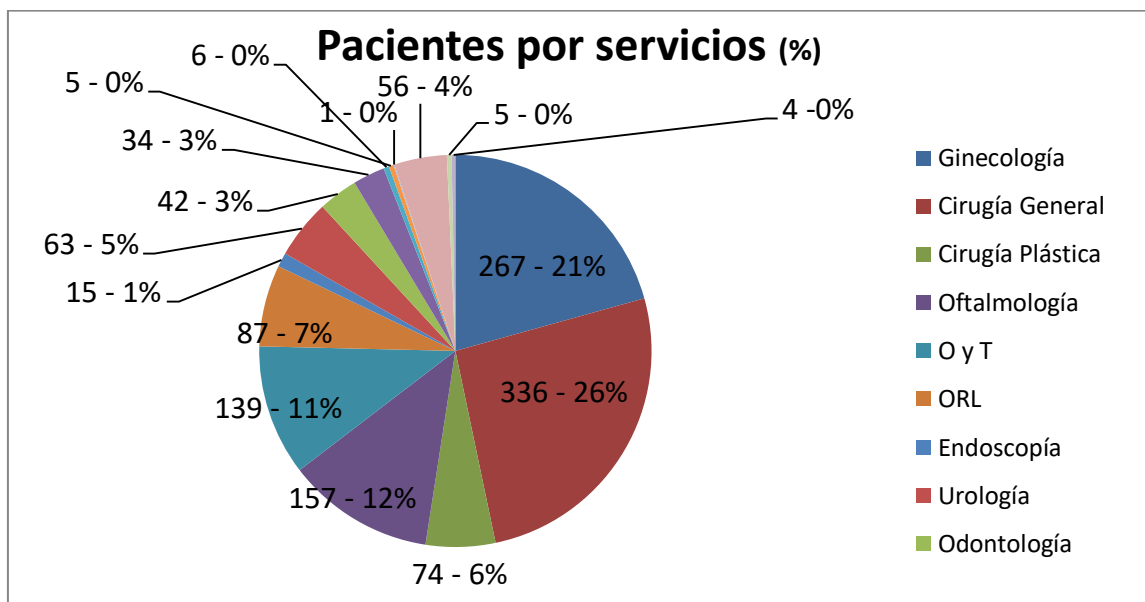


Gráfico 7. Pacientes por servicio en 2017 en porcentaje. (Elaboración propia).

En el gráfico 7, se evidencia que el 26% de la demanda interna fue del servicio de cirugía general, 21 % ginecología, 12 % oftalmología, el 11 % traumatología, 7% ORL y 6 % cirugía plástica, constituyendo estos 6 servicios el 83% de la demanda interna durante el año 2017.

Distribución género:

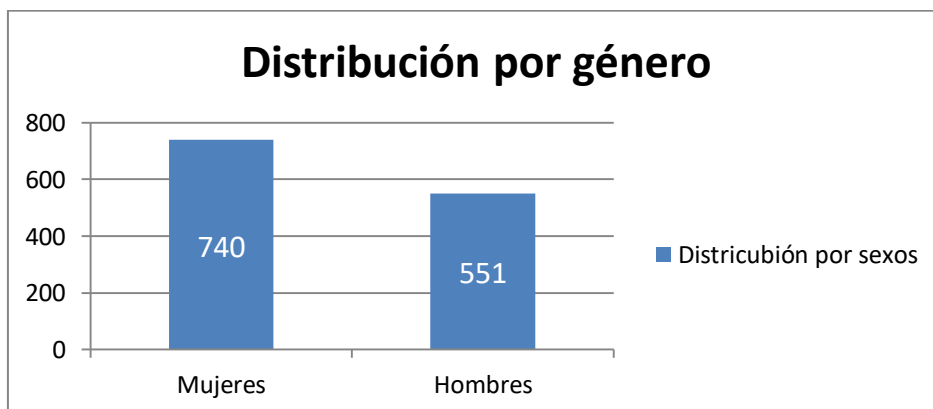


Gráfico 8. Distribución UCA por género. (Elaboración propia)

La distribución por genero fue de 57.31% mujeres (740) y 42.69% hombres (551), para un total 1291 internados en UCA. (Gráfico 8)

Promedio de edad: 47. 44 años

Suspensiones causas y servicios:

- Enero: 2 (1 falta prótesis, 1 HTA / O y T)
- Febrero: 3 (1 falta prótesis y 1 HTA O y T, 1 hiperglucemia /OFT)
- Marzo: 6 (3 HTA /2OFT y O y T; 1 por hiperglucemia OFT; 2 falta de tiempo QX/ CG / GINECO)
- Abril: 3 (2 HTA/ ORL-OFT; 1 por falta de CO2/ CG)
- Mayo: 7 (4 por HTA /2 OFT, 1 CG y 1Oyt, 1 falta de ayuno/GINECO, 1 falta de prótesis /O y T, 1 por falta de tiempo QX /O y T)
- Junio: 4 (1 error administrativo/ Plástica, 1 por falta de material /O y T, 2 por arreglo de quirófano/ plástica Y CG).
- Julio: 7 (4 por falta de tiempo QX, 2 CG/2 O y T, 3 HTA / 2 O y T / 1 OFTA)
- Agosto: 10 (6 HTA /3 OFTA/1CG/O y T/1URO; 2 falta de tiempo QX CG Y O y T, 1 falta de anestesia URO)
- Septiembre: 4 (3 por HTA /2 OFTA y 1 de O y T y 2 problema de QX/ GINECO).
- Octubre: 5 (3 por HTA / 1 OFTA, 1 ORL y 1 O y T, y 2 por falta de tiempo QX / CG Y GINECO).
- Noviembre: 7 (2 por HTA O y T; 3 por falta de tiempo QX /2CG y 1 Plástica; 2 por falta de prótesis /O y T).
- Diciembre: 3 (1 por HTA / GINECO, 1 por falta de tiempo/ Plástica, 1 por falta de prótesis / O y T)

SUSPENSIONES ANUALES: 61

INDICE DE SUSPENSION: 4.73%

Las causas y suspensiones están presentada, de manera mensual, por servicios y por motivo que obligó a suspender el procedimiento quirúrgico, esto es evaluado a los fines prácticos durante todo el cuatrienio en estudio. La suspensión anual 2017 fue de 61 pacientes corresponde a un Índice de Suspensión del 4,73 %.

Datos generales de toda la actividad de la UCA en 2017:

TOTAL DE CIRUGIAS EN EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO 2017: 15105

TOTAL CIRUGÍAS AMBULATORIAS: 7795

TOTAL CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): 4996

TOTAL Cirugía menor ambulatoria (cma): 2799

TOTAL DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN LA UNIDAD: 1651

- Pacientes recibidos de la UGI: 360 (21.8%)
- **Ambulatorios: 1291 (78.2%)**

Índice de Ambulatorización año 2017: $4996 \times 100 / 15105 = 33.07 \%$

Índice de internación no prevista o índice de ingresos: 1,93% (25 pacientes)

Índice de reingreso temprano 2017: 0.77 % (10 pacientes)

Índice de reingreso tardío: 0.62 % (8 pacientes)

Índice de suspensión: 4.73 % (61 pacientes)

Índice de infección de herida: 3.33 % (43 pacientes)

5.3 ESTADISTICA UCA ADULTOS AÑO 2018

Pacientes recibidos de manera mensual: 1989 / CMA 1475

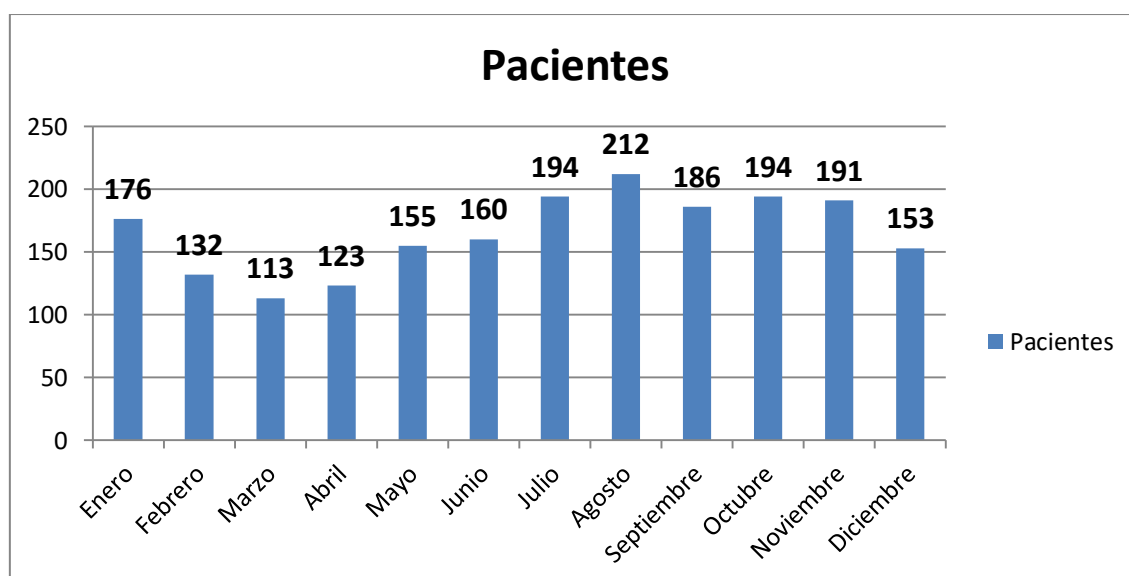


Gráfico 9. Pacientes internados en UCA mensualmente en 2018. (Elaboración propia).

Desde 1 de enero 2018 al 31 de diciembre 2018 se internaron en la UCA, 1989 pacientes, de los cuales 1475 fueron pacientes con cirugías medianas o mayores ambulatorias. El resto de los pacientes que corresponden 514 pacientes, que ingresaron al área por la UGI. Se utilizó para cirugía ambulatorias la unidad en el 74.2% de los pacientes recibidos (1475) y 25.8% para la UGI (514), constituyendo las 1989 internaciones en la Unidad (gráfico 9).

Pacientes por servicio:

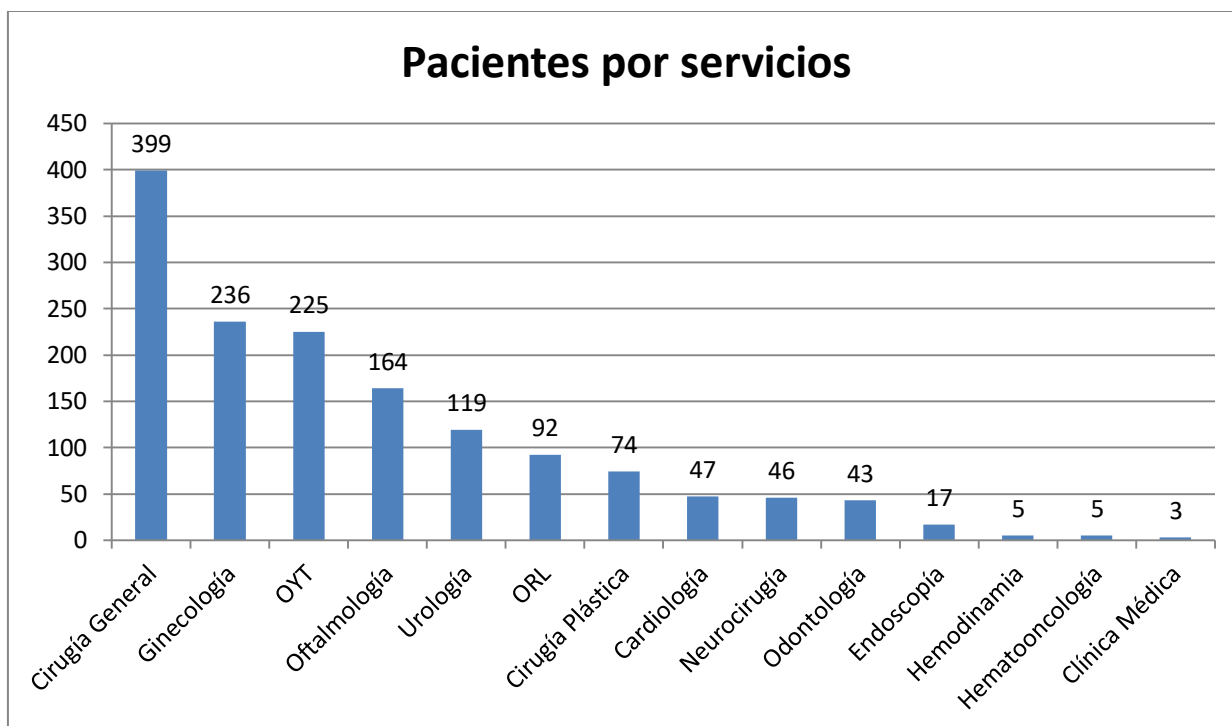


Gráfico 10. Pacientes por servicio en UCA en 2018. (Elaboración propia).

En el gráfico 10 se observan los clientes internos en el 2017 por servicios que utilizaron el área, siendo cirugía general el principal cliente interno, en segundo lugar, ginecología, en tercer lugar, Ortopedia y traumatología, luego oftalmología, urología y ORL.

Pacientes por servicio:

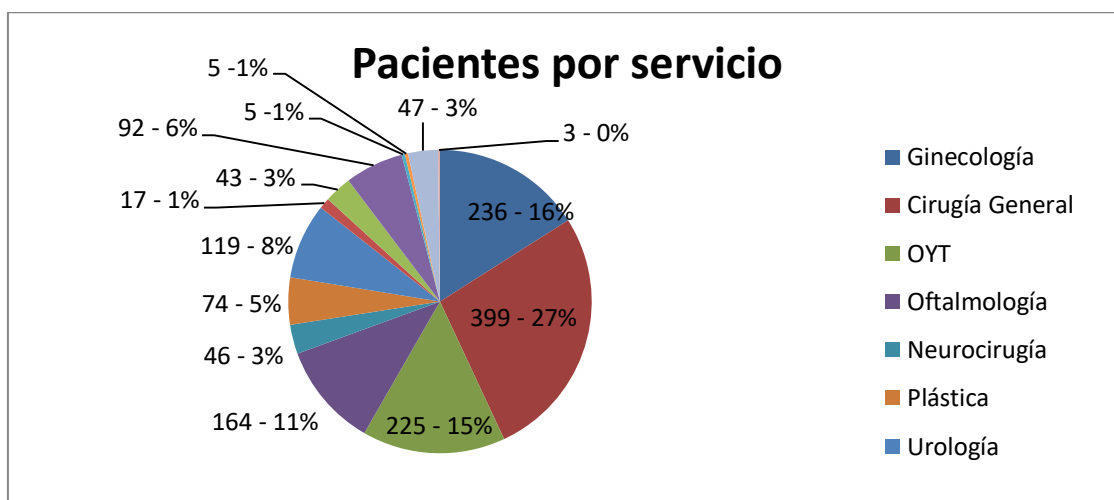


Gráfico 11. Pacientes por servicio en 2018 (Elaboración propia).

En el gráfico 11, se observa que el 27% de la demanda interna fue del servicio de cirugía general, 16 % ginecología, el 15 % traumatología, 11 % oftalmología, 8% urología, 5% cirugía plástica constituyendo estos 6 servicios el 82% de la demanda interna durante el año 2018.

Distribución por género:

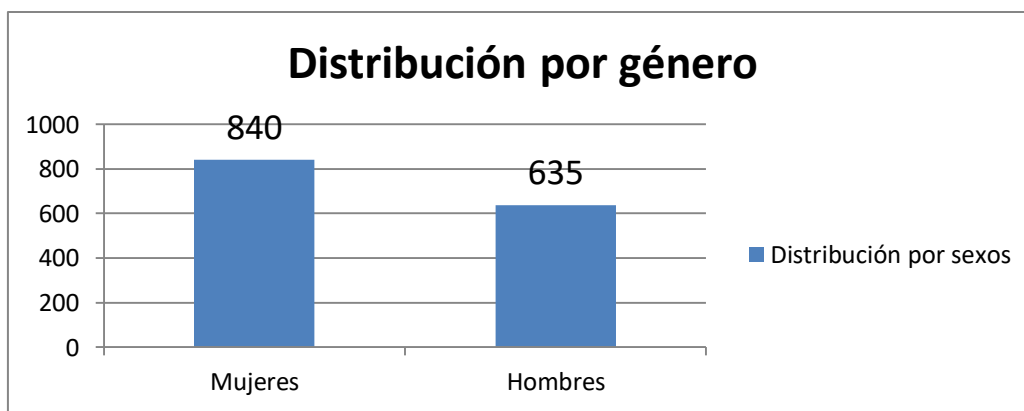


Gráfico 12. Distribución por género 2018 (Elaboración propia).

La distribución por género fue de 57 % (440) mujeres y 43 % hombres (635), para un total 11475 internados en UCA. (Gráfico 12)

Promedio de edad: 46 años

Suspensiones causas y servicios:

- Enero: 2 (1 falta prótesis, 1 HTA / O y T)
- Febrero: 3 (1 falta material; 1 HTA, 1 hiperglucemia/2 O y T Y 1 OFTA)
- Marzo: 6 (2 HTA /O y T -OFTA; 2 por hiperglucemia OFTA-URO; 2 falta de tiempo QX / CG/O y T)
- Abril: 3 (HTA /2 OFTA Y 1 O y T)
- Mayo: 7 (3 por HTA /ORL, OFTA, GINECO, 2 falta de ayuno Plástica /URO, 2 falta de material / O y T)
- Junio: 4 (2 por falta de material /O y T, 2 por arreglo de quirófano/ CG/URO).
- Julio: 8 (5 por falta de tiempo QX / 2 O y T/ 2 CG y 1 Plástica, 3 HTA / 2 OFTA Y NEURO)
- Agosto: 10 (7 HTA / 2 OFTA, 2 CG, 2 O y T y 1 GINECO, 3 por falta tiempo QX /1 URO Y 2 O y T)
- Septiembre: 4 (3 por HTA/ 1 OFTA, NEURO, URO y 1 falta de CO2 / CG).
- Octubre: 7 (5 por HTA 3 OFTA/1 ORL/NEURO y 2 por falta de tiempo QX CG Y O y T).
- Noviembre: 7 (2 por HTA 1 OFTA/1 O y T; 3 por falta de tiempo QX /2CG Y Plástica; 2 por falta de prótesis /2 O y T).
- Diciembre: 3 (1 por HTA /OFTA, 1 por falta de tiempo/ O y T, 1 por falta de prótesis / O y T)

SUSPENSIONES ANUALES: 64

INDICE DE SUSPENSIÓN: 4.34 %

Las causas y suspensiones están presentada, de manera mensual, por servicios y por motivo que obligó a suspender el procedimiento quirúrgico, esto es evaluado a los fines prácticos durante todo el cuatrienio en estudio. La suspensión anual 2018 fue de 64 pacientes corresponde a un Índice de Suspensión del 4,34 %.

Datos generales de toda la actividad de la UCA en 2018:

TOTAL DE CIRUGIAS EN EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO 2018: 16279

TOTAL CIRUGÍAS AMBULATORIAS: 7687

TOTAL CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): 5318

TOTAL Cirugía menor ambulatoria (cma): 2369

TOTAL DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN LA UNIDAD: 1989

- Pacientes recibidos de la UGI: 514 (25.8%)
- **Ambulatorios: 1475 (74,2%)**

Índice de Ambulatorización año 2018: $5318 \times 100 / 16279 = 32.66 \%$

Índice de internación no prevista o índice de ingresos: 1,83% (27 pacientes)

Índice de reingreso temprano 2018: 0.75 % (11 pacientes)

Índice de reingreso tardío: 0.61 % (9 pacientes)

Índice de suspensión: 4.34 % (64 pacientes)

Índice de infección de herida: 1.97 % (29 pacientes)

5.4 ESTADISTICA UCA ADULTOS AÑO 2019

Pacientes recibidos de manera mensual: 1982 / CMA 1619

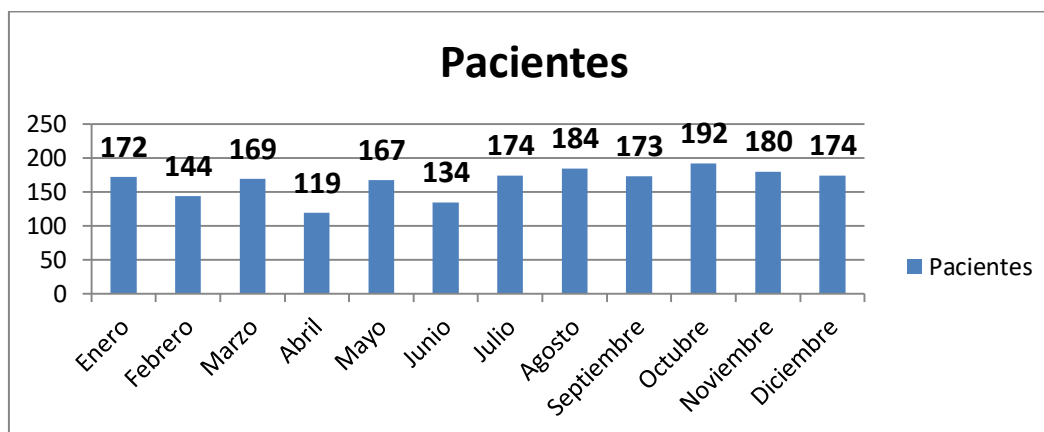


Gráfico 13. Pacientes recibidos en UCA mensualmente en 2019 (Elaboración propia).

Desde 1 de enero 2019 al 31 de diciembre 2019 se internaron en la UCA, 1982 pacientes, de los cuales 1619 fueron pacientes con cirugías medianas o mayores ambulatorias. El resto de los pacientes que corresponden 363 pacientes, que ingresaron al área por la UGI. Se utilizó para cirugía ambulatorias la unidad en el 81.68% de los pacientes recibidos (1619) y 18.31% para la UGI (363), constituyendo las 1989 internaciones en la UCA (Gráfico 13).

Durante abril sólo hubo 14 días de actividad quirúrgica, restringido por reformas de quirófano por reformas más feriados.

Pacientes por Servicio:

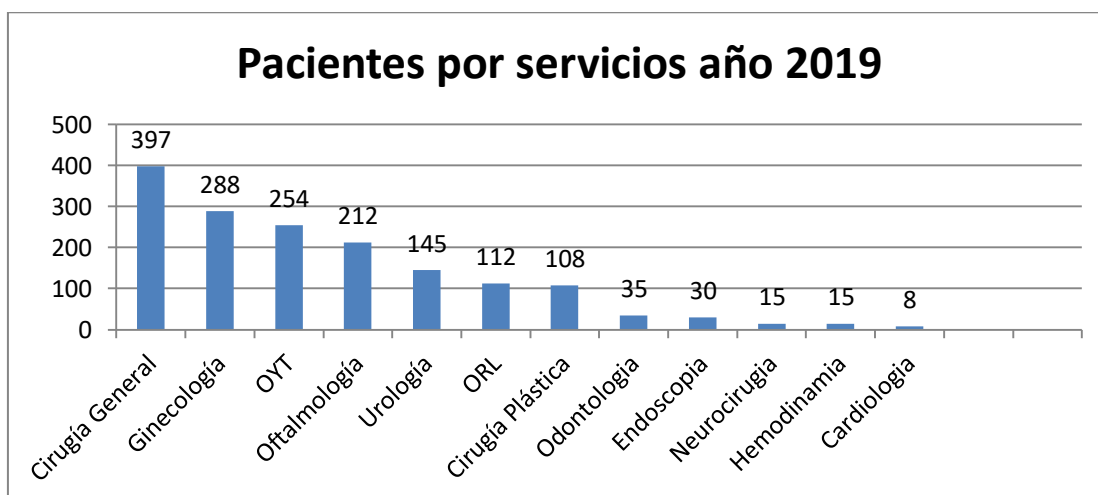


Gráfico 14. Pacientes por Servicio 2019 (Elaboración propia).

En el gráfico 14 se observan los clientes internos en el 2017 por servicios que utilizaron el área, siendo cirugía general el principal cliente interno, en segundo lugar, ginecología, en tercer lugar, Ortopedia y traumatología, luego oftalmología, urología y ORL y cirugía plástica.

Pacientes por servicio en porcentaje:

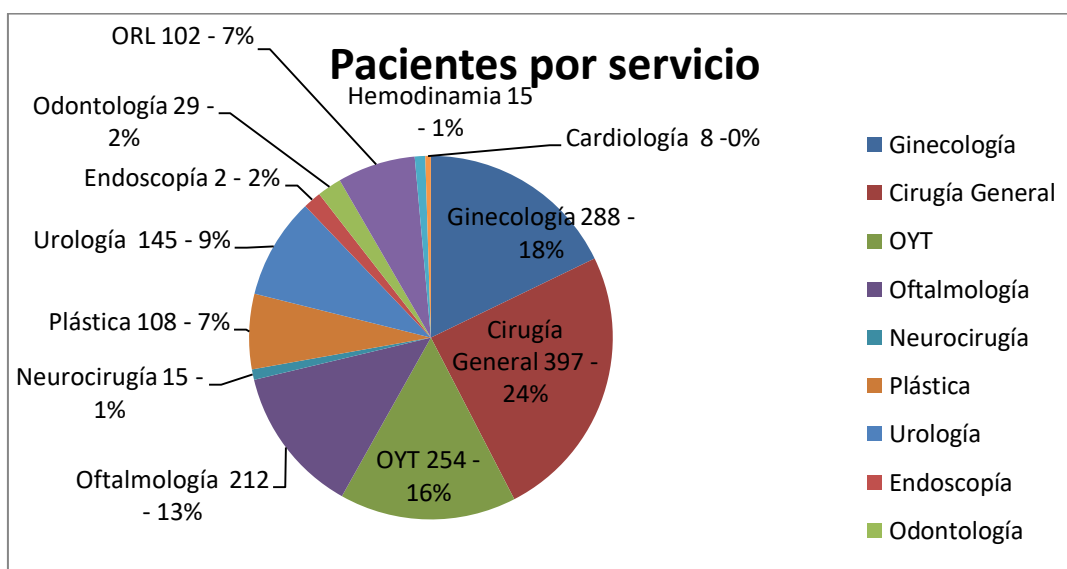


Gráfico 15. Pacientes por servicio en porcentaje (Elaboración propia).

En el gráfico 15, se observa que el 24% de la demanda interna fue del servicio de cirugía general, 18% ginecología, el 16% traumatología, 13% oftalmología, 9%

urología, 7% cirugía plástica constituyendo estos 6 servicios el 87% de la demanda interna durante el año 2019.

Distribución por género:

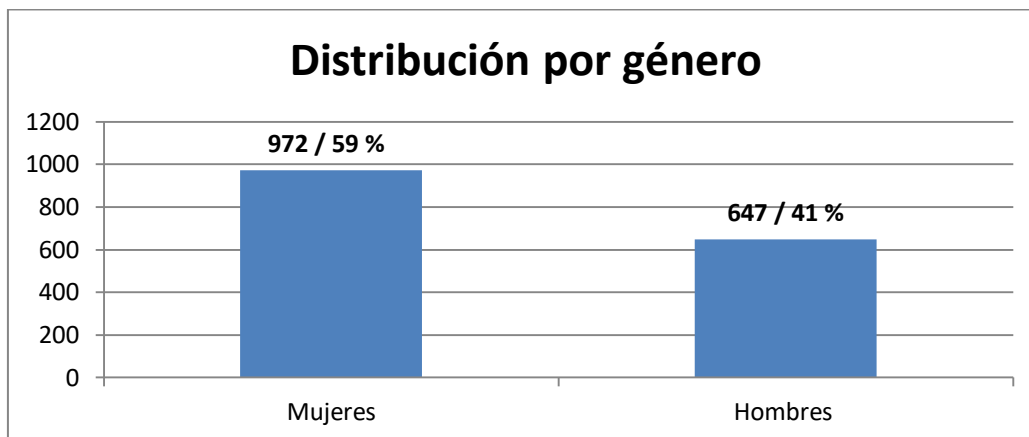


Gráfico 16. Distribución por género 2019 (Elaboración propia):

La distribución por género fue de 59 % (972) mujeres y 41 % (647), para un total 1619 internados en UCA (Gráfico 16).

Promedio de edad: 46 años (14-89 años)

Suspensiones causas y servicios:

- Enero: 7 (2 falta tiempo QX /CG, 4 HTA OFTA 2- 2 de T y O, 1 se negó a operarse / URO)
- Febrero: 7 (3 falta tiempo QX / 2 O y T y 1 NEURO; 3 por HTA / 2 OFTA y 1 NEURO, 1 hiperglucemia / OFTA)
- Marzo: 2 (1 HTA/ GINECO; 1 falta de tiempo QX /URO)
- Abril: 2 (1 HTA /ORL; 1 falta de tiempo QX /NEURO)
- Mayo: 7 (2 por HTA /OFTA, 3 falta tiempo QX CG/ O y T y 2 por hipertermia / 1 uro y ODONTO)
- Junio: 5 (4 HTA / 2 URO /1ORL /OFTA) y 1 por rush cutáneo /GINECO)
- Julio: 7 (2 HTA / ODONTO y ORL, 2 cuadro respiratorio 1URO y 1 ORL y 3 falta de tiempo QX / 2 GINECO Y CG)
- Agosto: 7 (4 HTA / 2 OFTA/1ORL/Plástica, 3 por falta tiempo QX / 1CG/1 O y T y 1 GINECO)
- Septiembre: 6 (4 falta de tiempo 2 CG/1 O y T/1 OFTA y 2 x prótesis / O y T).
- Octubre: 5 (3 por HTA GINECO/CG/ORL y 2 por falta de tiempo GINECO/ CG).

- Noviembre: 7 (2 por HTA /OFTA y O y T; 2 por falta de tiempo CG/ PLASTICA; 3 por falta de prótesis / O y T).
- Diciembre: 4 (2 por HTA OFTA/Plástica, 1 por falta de tiempo QX GINECO, 1 por falta de material / O y T)

SUSPENSIONES ANUALES: 61

ÍNDICE DE SUSPENSIÓN: 3.77%

Las causas y suspensiones están presentada, de manera mensual, por servicios y por motivó que obligó a suspender el procedimiento quirúrgico, esto es evaluado a los fines prácticos durante todo el cuatrienio en estudio. La suspensión anual 2019 fue de 61 pacientes corresponde a un Índice de Suspensión del 3,77%.

Datos generales de toda la actividad de la UCA en 2019:

TOTAL DE CIRUGIAS EN EL DEPARTAMENTO QUIRURGICO 2019: 19415

TOTAL CIRUGÍAS AMBULATORIAS: 8912

TOTAL CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): 6597

TOTAL Cirugía menor ambulatoria (cma): 2315

TOTAL DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA EN LA UNIDAD: 1982

- Pacientes recibidos de la UGI: 363 (18.31 %)
- **Ambulatorios: 1619 (81.68 %)**

Índice de Ambulatorización año 2019: $6597 \times 100 / 19.415 = 33.97 \%$

Índice de internación no prevista o índice de ingresos: 0,86% (14 pacientes)

Índice de reingreso temprano 2019: 0.80 % (13 pacientes)

Índice de reingreso tardío: 0.93 % (15 pacientes)

Índice de suspensión: 3.77 % (61 pacientes)

Índice de infección de herida: 2.29 % (37 pacientes)

5.5 RESULTADOS

CIRUGIAS DEL DEPARTAMENTO QUIRURGICO 2016-2019

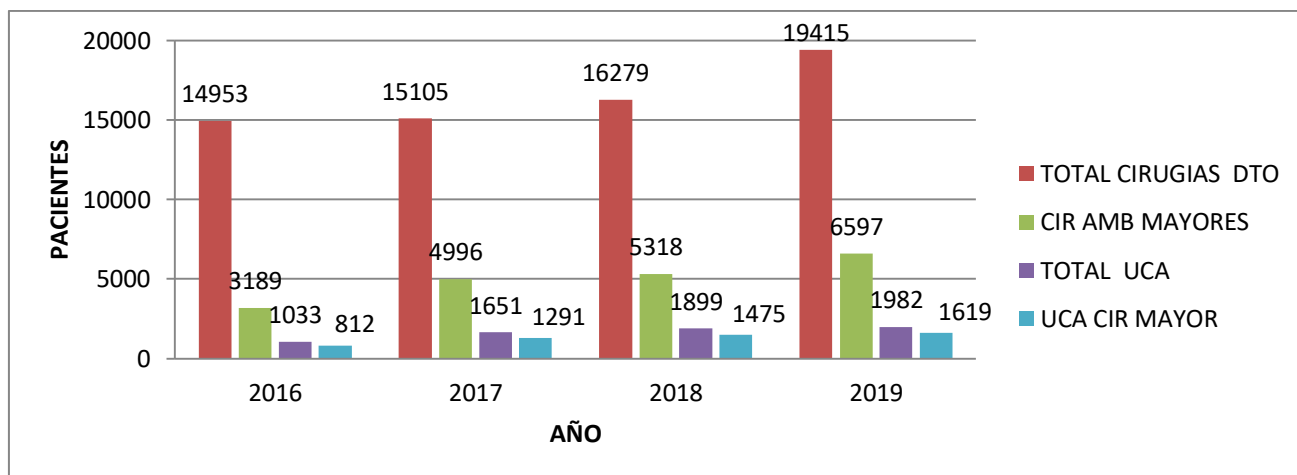


Gráfico 17 Cirugías Dto. Quirúrgico 2016-2019. (Elaboración propia).

En el gráfico 17 presenta el total de las cirugías realizadas durante el cuatrienio 2016 al 2019, en el departamento quirúrgico. Se realizaron en dicho cuatrienio 65.752 intervenciones entre cirugías programadas y urgencias. De las cuales 20.100 intervenciones fueron cirugías mayores ambulatorias programadas, correspondiendo el 29,66% del total, de las cirugías mayores ambulatorias 5197 pacientes fueron internados en la UCA, constituyendo el 25,85% del total de las cirugías mayores ambulatorias. Siendo una muestra representativa de las cirugías mayores ambulatorias que se realizaron con internación breve en la unidad creada para tal fin.

TOTAL DE CIRUGIAS AMBULATORIA DE UCA

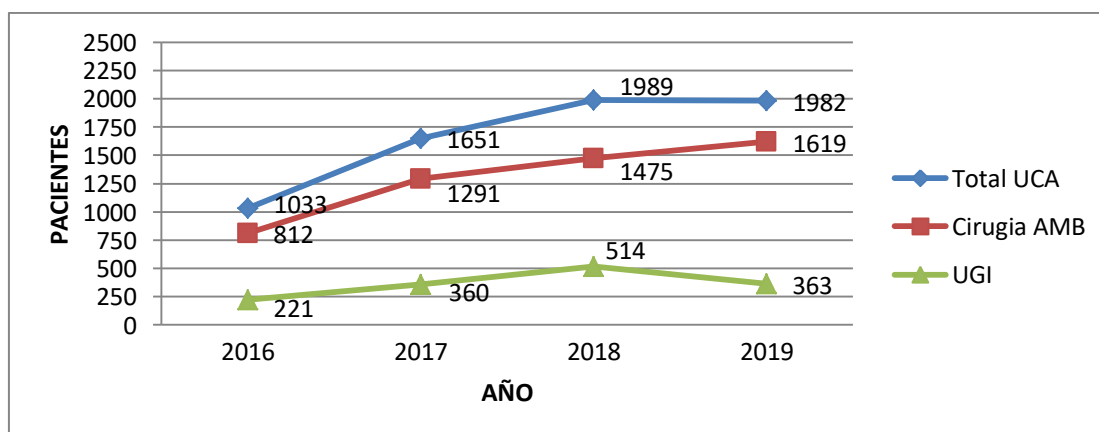


Gráfico 18. Cirugías UCA entre 2016-2019. (Elaboración propia).

En el gráfico 18 se observa el total de internaciones en la unidad, de manera anual, y a su vez las internaciones realizadas por la UGI, que fueron internaciones en el área de manera transitoria, hasta obtener una cama de internación en la sala, o para realizar un procedimiento ambulatorio de otro servicio, que igual utilizo cama y todas las prestaciones de la UCA. Se observa un crecimiento sostenido por parte de los clientes internos (servicios que utilizan la UCA). Desde el año 2016 con 812 pacientes al año 2019 con 1619 pacientes, lo que representa un crecimiento mayor al 50% de utilización de la unidad.

INDICE DE AMBULATORIZACION

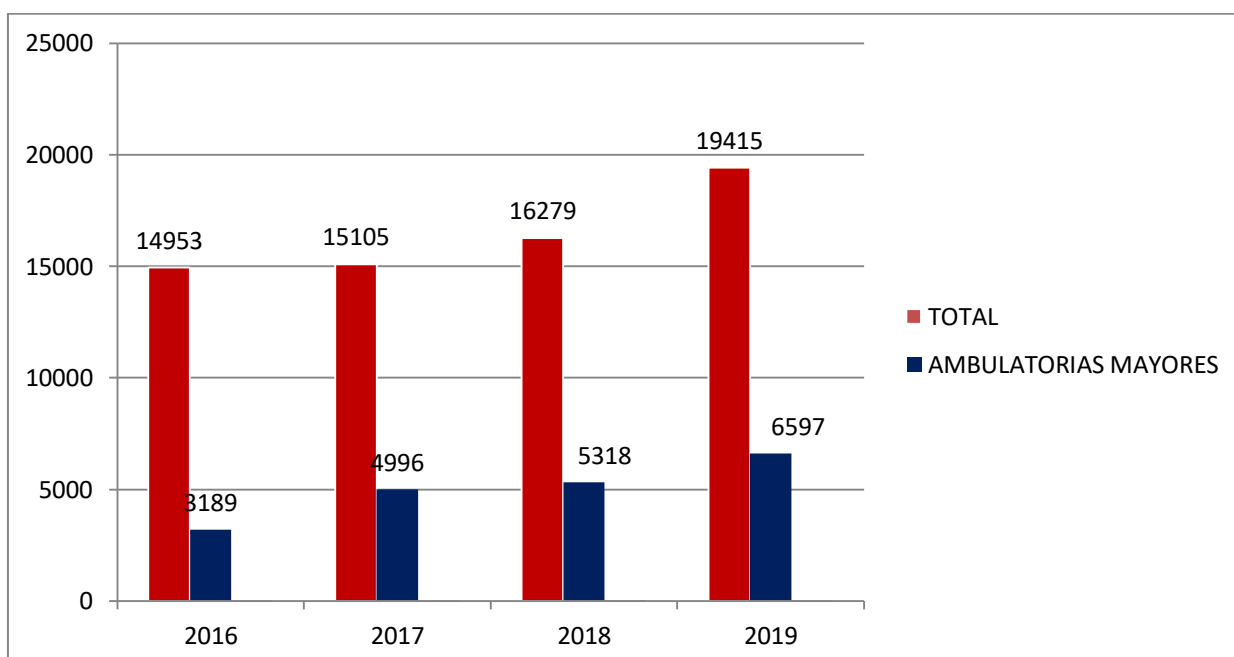


Gráfico 19. Índice Ambulatorización 2016-2019 (Elaboración propia).

El Índice de Ambulatorización es un indicador que utilizan los servicios quirúrgicos, para evaluar el número de cirugías menores, medianas y mayores de manera ambulatoria, en el gráfico 19 se observó el crecimiento en número totales de las cirugías y las cirugías mayores ambulatorias de manera anualizada. Observando que para el 2016 fue de 3189 pacientes y en el 2019 de 6597.

INDICE DE AMBULATORIZACIÓN - evaluado en porcentaje-

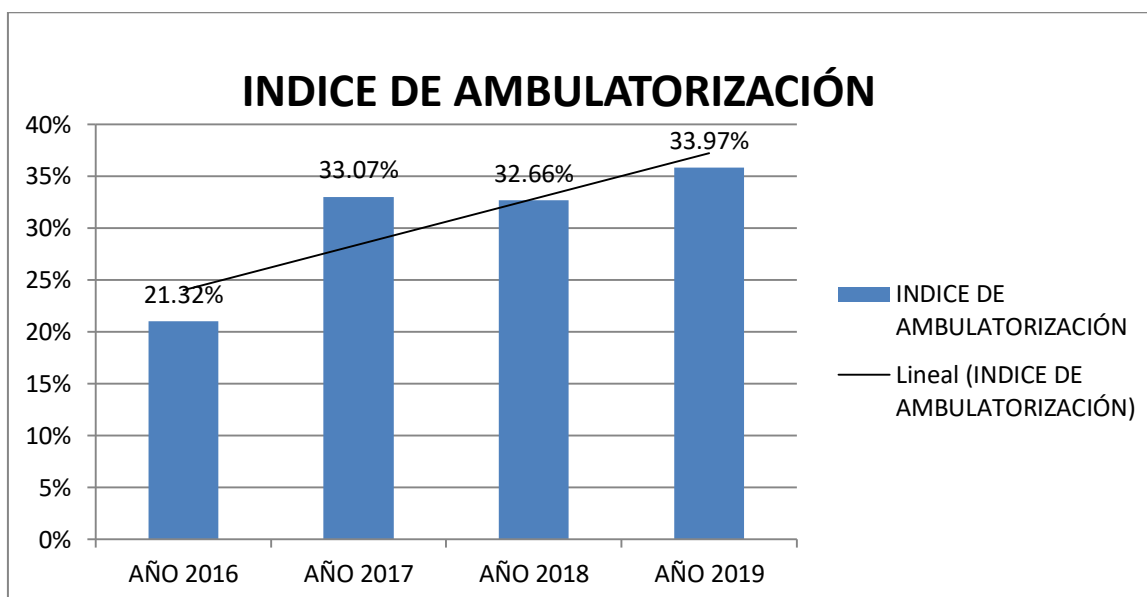


Gráfico 20. Índice Ambulatorización en Porcentaje (Elaboración propia).

La evaluación de los datos de cirugía mayor ambulatoria reveló para el cuatrienio control 2010-2014 que se trataron con esta modalidad 50318 pacientes (15,39%) sobre el segundo cuatrienio 2016-2019 con un total 65.752 pacientes (30,50%). De esta manera se evidencia un crecimiento significativo de cirugía mayor ambulatoria en la institución ($P < 0,0001$). Realizado por test de comparación de proporciones.

Cuando se evaluó el cuatrienio 2016-2019 dividido en 2 bienios, en el bienio 2016-17 se realizaron 30058 pacientes con CMA (27,23%) y en el bienio 2018-19 se realizaron 35694 pacientes (33,38%), con un nivel de significancia ($P < 0,0001$). Desde la creación de la unidad de Cirugía Ambulatoria se evidencia un crecimiento significativo entre ambos bienios, lo que permite expresar que en la institución existe crecimiento sostenido de la cirugía mayor ambulatoria.

Índice de ingreso no previsto o de internación no prevista: Desde la creación de la unidad la tasa de internación no prevista o tasa de ingreso no previsto fue para el 2016 de 2,7% y para el 2019 del 0,86, teniendo como estándares de calidad un valor menor al 1%.

AÑO	Internación UCA	INGRESOS NO PREVISTO	PORCENTAJE
2016	812	22	2,7
2017	1291	10	0,77
2018	1475	27	1,83
2019	1619	14	0,86

Tabla 1: Tasa de Ingreso no previstos Fuente: (Elaboración propia)

Podemos decir que en la tabla 1 se observa, que la tasa de Internación no prevista o de ingreso no previsto, en el primer año de creación de la unidad, es decir 2016 fue del 2,7%, siendo un valor de máxima calidad igual o menor al 1% y para otros autores hasta del 6%. Con una tasa 1,54% en el cuatrienio se puede afirmar que se cumplió dicho objetivo. Esta tasa es muy importante porque nos informa del fracaso del proceso ambulatorio, por lo que muestra mala selección de pacientes para el proceso ambulatorio, mostrando de esta manera la gestión de la unidad y de los servicios.

UTILIZACION UCA POR SERVICIO:

Servicio	2016	2017	2018	2019	total
Otros	55	168	166	103	492
Cirugía Plástica	41	74	74	108	297
ORL	44	87	92	112	335
Urología	31	63	119	145	358
Oftalmología	111	157	164	212	644
O y T	90	139	225	254	708
Ginecología	275	267	236	288	1066
Cirugía General	165	336	399	397	1297
Total Anual	812	1291	1475	1619	

Tabla 2: Utilización de UCA por servicios (Elaboración Propia). El servicio Otros representa a los servicios de clínica médica, cardiología, hemodinamia, oncohematología, odontología, endoscopia y neurocirugía.

En la tabla 2 se observa que servicios fueron los que utilizaron la UCA, constituyen los clientes internos, permite ver números totales por servicio y por año.

UTILIZACION UCA POR SERVICIO / CRECIMIENTO ANUAL:

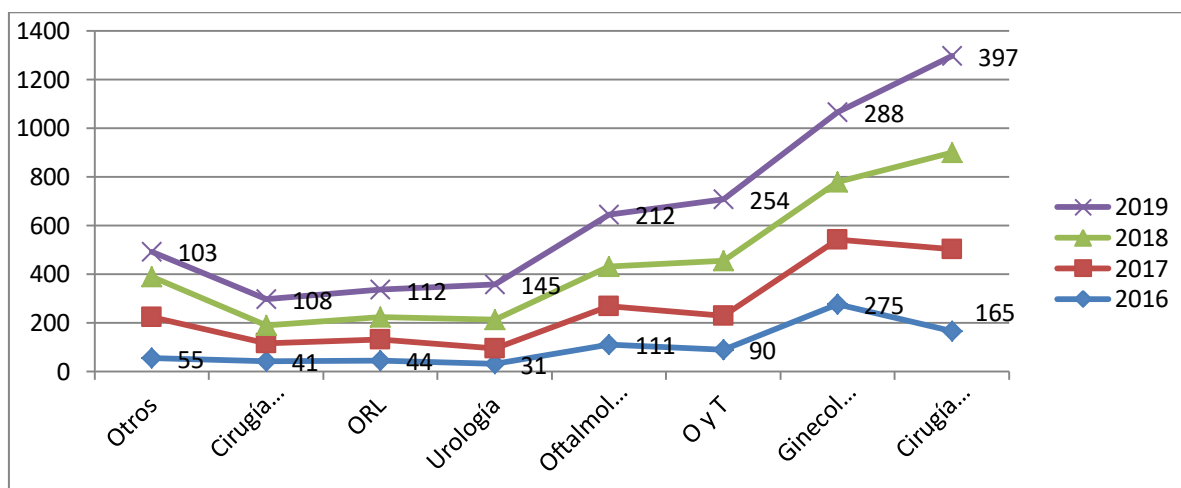


Gráfico 21. Utilización por servicio crecimiento anual (Elaboración propia).

En el gráfico 21 representan los servicios que utilizaron la unidad, con los números totales para el año 2016 y 2019, identificando los 7 servicios que más demandan la utilización de la misma.

UTILIZACION POR SERVICIOS QUE MÁS REQUIRIERON UCA EN EL PRIMER CUATRIENIO:

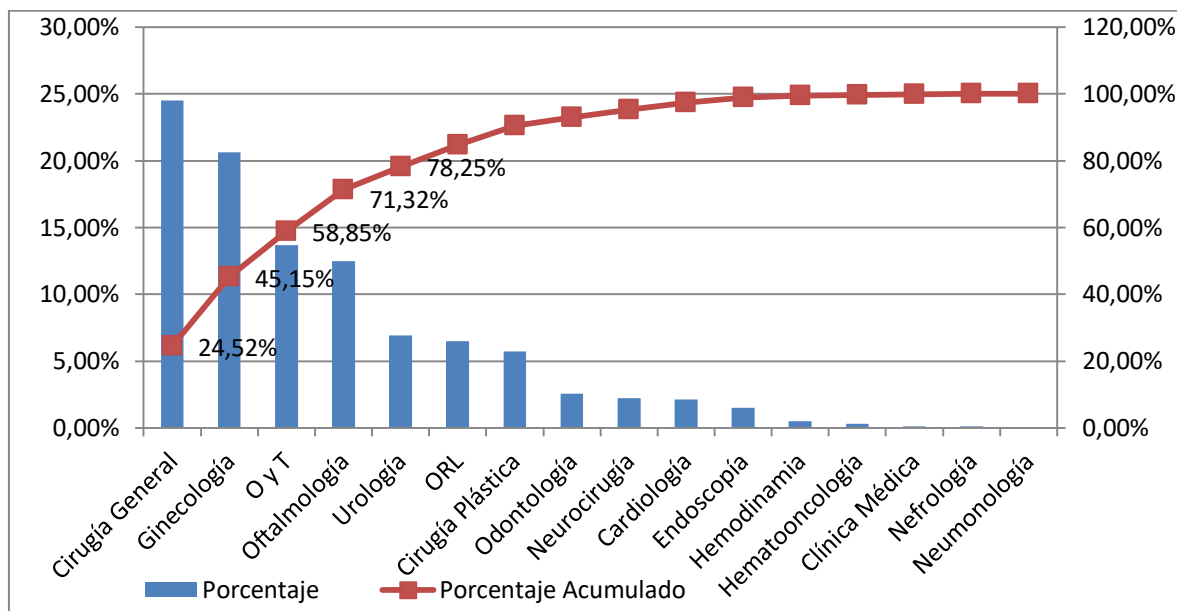


Gráfico 22. Utilización de UCA por servicio que más lo utilizó (Elaboración propia).

El gráfico (22) permite identificar a 6 servicios que utilizan el 80% de la oferta de la unidad, por orden de frecuencia de pacientes internados son cirugía general, ginecología, ortopedia y traumatología, oftalmología y urología, existiendo servicios con mínima o nula utilización de la misma.

COMPARACIÓN SUSPENSIONES ANUALES EN NUMEROS TOTALES

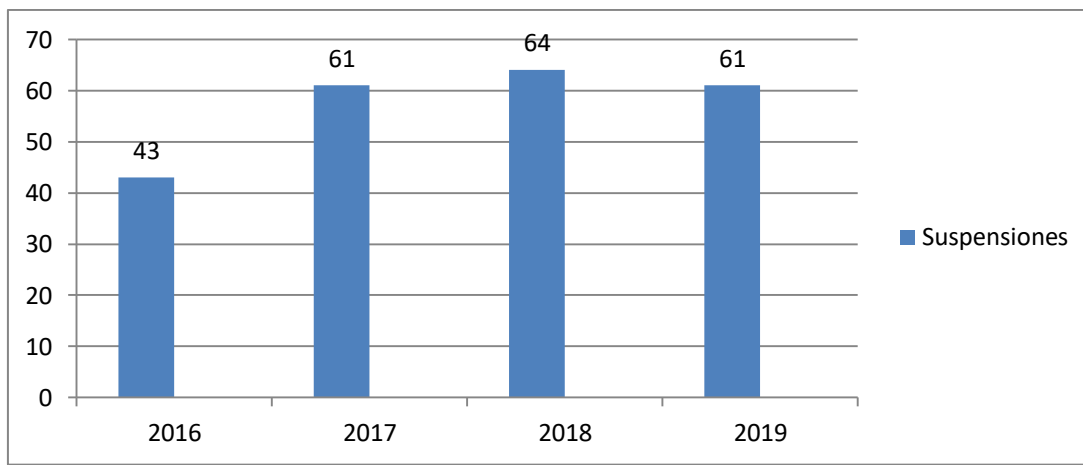


Gráfico 23. Suspensiones anuales en número (Elaboración propia).

En el gráfico 23 se observa la cantidad de pacientes suspendidos anualmente, observado de esta manera, no se puede inferir ninguna conclusión.

COMPARACIÓN SUSPENSIONES ANUALES EN PORCENTAJE

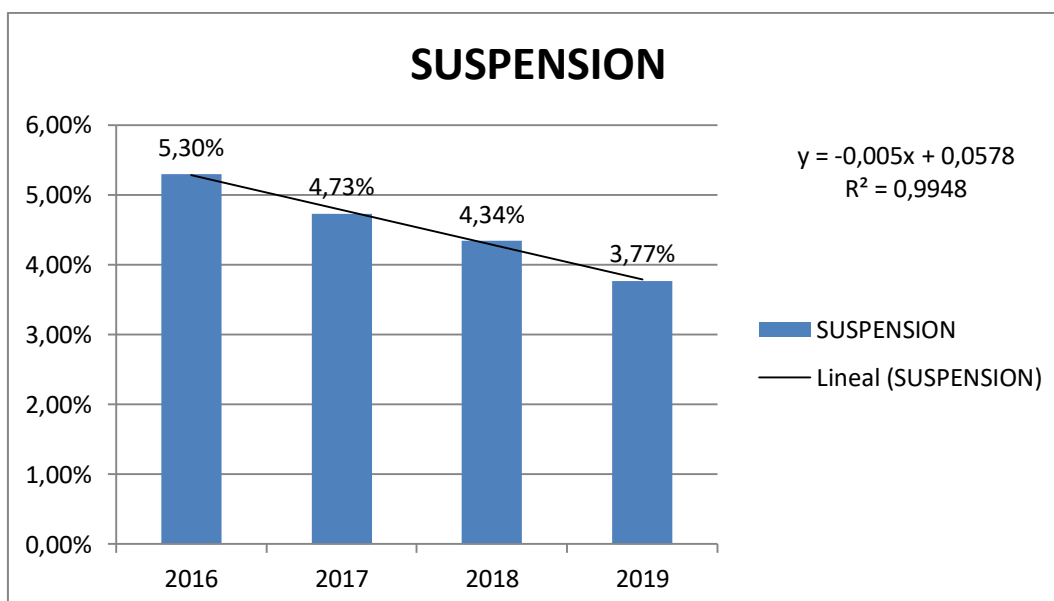


Gráfico 24. Suspensiones anuales en porcentaje (Elaboración propia).

Evaluada la suspensión anual en porcentaje, el gráfico 24 muestra una línea decreciente del índice de suspensiones, de manera anual, claramente representado por un $R^2 = 0,9948$. Esto permite afirmar que a pesar que hay mayor demanda del uso de la unidad, el índice de suspensión de cirugía en la unidad desciende progresivamente. Esto permite afirmar que este indicador, pone de manifiesto una mejora de los procesos y la calidad del servicio.

Causas de suspensión:

AÑO		2016	2017	2018	2019
Problema de gestión	Falta de tiempo QX	10	15	16	22
	Falta de implante	7	7	9	4
Problema médico	HTA	18	26	28	28
	Falta de Ayuno	1	2	2	0
	Hiper glucemia	0	3	3	1
Problema de Quirófano	Falta CO2	2	2	2	0
	Error administrativo	1	1	0	0
	Falta de personal	1	1	0	0
	Arreglo QX		2	2	0
Problema del paciente	Fiebre	1	0	2	2
	Patología aguda	1	0	0	3
	Ausencia del paciente	1	0	0	0
	Negación cirugía	0	0	0	1
Total de Suspensiones		43	61	64	61

Tabla 3: Causas de suspensiones (Elaboración propia).

Evaluadas la causa de suspensiones en la tabla 3, fueron divididas en 4 grupos:

- Problemas de gestión: Suspensión por falta de tiempo QX.
Falta de implante.
- Problemas médicos: HTA
Hiper glucemia
Falta de ayuno

- Problemas de quirófano: Falta de CO 2
 - Falta de personal
 - Error administrativo
 - Arreglos de quirófano
- Problemas del paciente: Ausencia del paciente
 - Negación del procedimiento
 - Fiebre / patología aguda.

Suspensiones en porcentaje en el cuatrienio 2016-19 según el problema o causa que determino la suspensión de la intervención, determinado en porcentaje.

Suspensión en porcentaje.

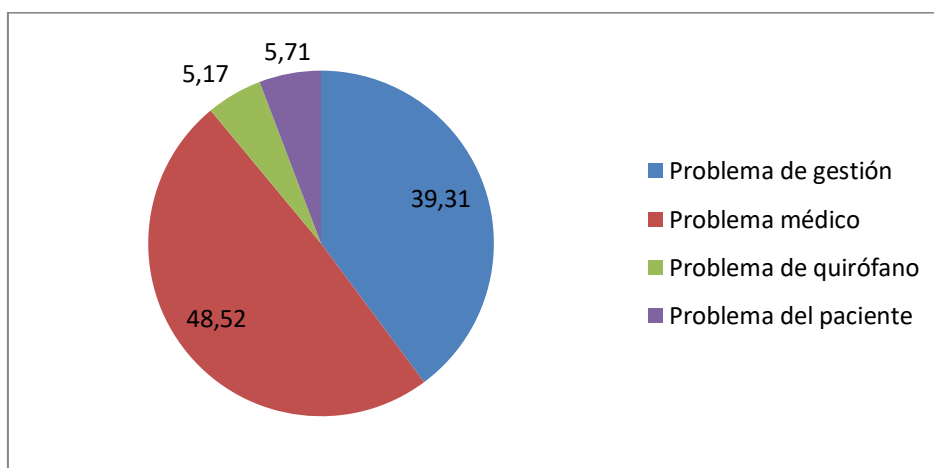


Gráfico 25. Suspensiones en porcentaje (Elaboración propia).

Evaluados los problemas de suspensión en porcentaje promedio dividido según los cuatros grupos, representa el promedio de los cuatros años de actividad, constituyendo el 87,83% de causas relacionadas a problemas médicos del paciente como la presencia de HTA, Hiperglucemia o falta de ayuno y problemas de gestión de quirófano/dirección como es la falta de prótesis / implante o la falta de tiempo quirúrgico por demora en la intervención previa. Conocer la causa de la suspensión permite introducir una intervención, enviar desde el servicio requirente al paciente a conocer la unidad y llevarse un folleto con la preparación pre-quirúrgica adecuada; ej: insistir en la ingesta del antihipertensivo antes de concurrir al hospital y del ayuno pertinente (gráfico 25).

INDICE DE REINGRESOS TEMPRANOS

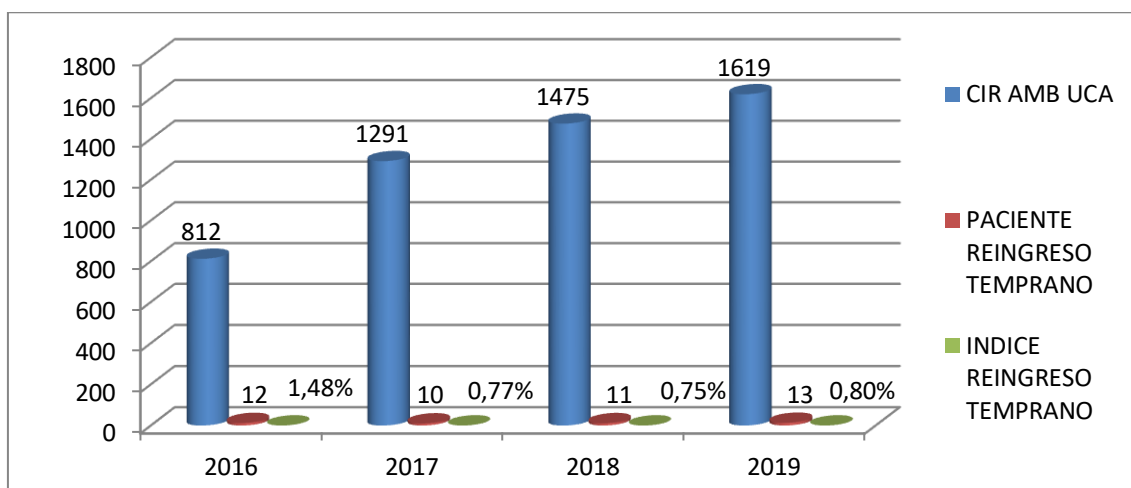


Gráfico 26. Indicé de reingresos tempranos (Elaboración propia).

Evaluado el índice de reingreso temprano fue de 1.48 % para el 2016, para luego mantenerse menor al 1 % en los años 2017-18-19. Las causas de reingreso fueron dolor que no cedió con analgésicos orales, hematoma o hemorragia de herida, hipertensión arterial e imposibilidad de orinar espontáneamente. Las unidades de cirugía ambulatoria deben tener un índice de reingreso temprano < 1%, como indicador de calidad (gráfico26).

INDICE DE REINGRESOS TARDIOS

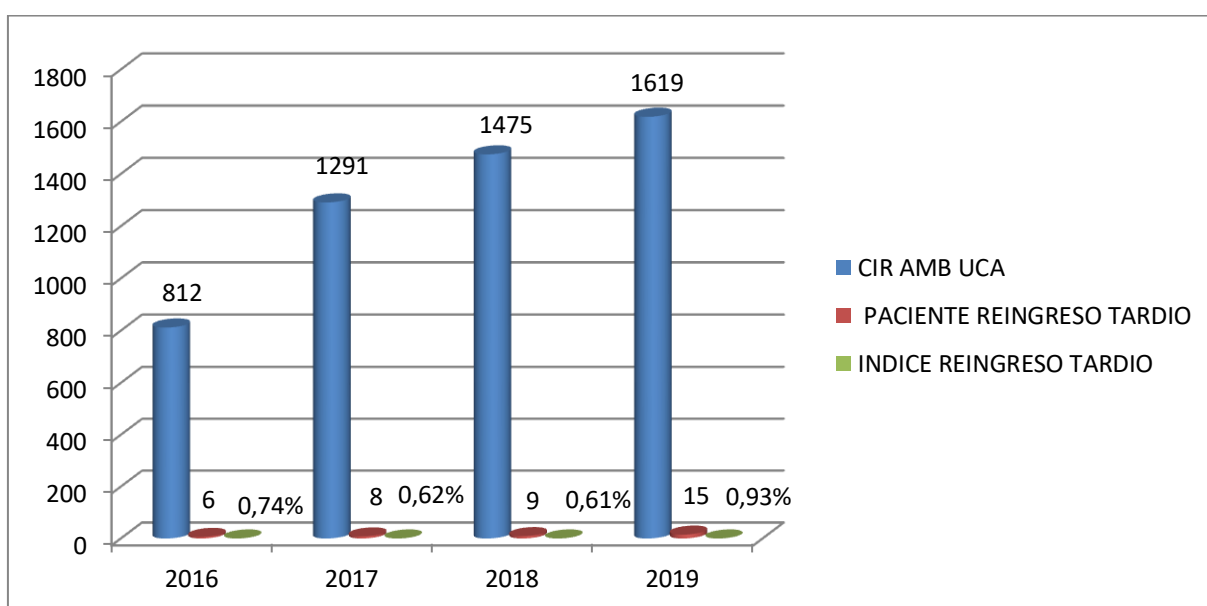


Gráfico 27. Indicé de reingresos tardíos (Elaboración propia).

Evaluado el índice de reingreso tardío fue menor al 0,93 % desde la creación de la unidad de cirugía ambulatoria. Las causas de reingreso tardío fueron hematoma complicado, infección de herida, hipertermia e impotencia funcional del miembro operado. Este indicador debe ser < 1%, para afirmar que existe gestión y procesos asistenciales adecuados (Gráfico 27).

INDICE DE INFECCION DE HERIDAS

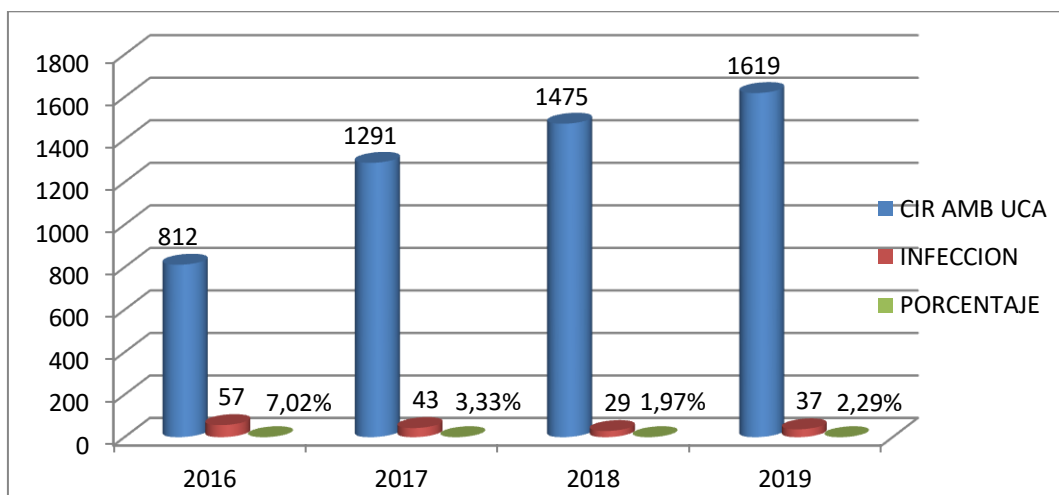


Gráfico 28. Índice de infección de herida (Elaboración propia).

El índice de infecciones en cirugías programadas ambulatorias fue del 7,02% en el 2016 y el 2,29% en el 2019. En el primer bienio 2016-17 el porcentaje de infección fue del 5,17 % y en el segundo bienio 2018-19 el porcentaje fue del 2,13 %, existiendo más del 50% de descenso del índice de infecciones en la unidad. Como indicador de calidad asistencial el índice de infección de herida limpias en cirugías mayores ambulatorias debe ser < al 3%. Podemos afirmar que en el bienio 2018-2019 se cumplió el objetivo, y que se redujo más del 50 % el índice de infecciones (gráfico 28).

5.6 ENCUESTA DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO Y ENCUESTA DE SATISFACCION Y CALIDAD

5.6.1 ENCUESTAS TELEFÓNICAS DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO O SCORING TELEFONICO.

Este scoring telefónico ASI consta de 7 preguntas con puntaje máximo de 8 y los pacientes con puntaje de 4 o < a 4 son los que no cumplen criterios de alta hospitalaria y si está en el control post-alta en su casa, se requiere mayores números de llamados telefónicos para el control del mismo o incluso reingreso a la unidad. La sigla ASI se refiere a la variable Ambulatory Surgery Incapacity, definida como el nivel de incapacidad postoperatoria como consecuencia de la intervención quirúrgica estimada antes de la intervención. **(Anexo 2).**

Existen múltiples score, guías o test de seguimiento postoperatorio en pacientes ambulatorios, los dos más conocidos son el test de Alderete modificado que utilizamos durante los años 2016-18 y a partir de enero del 2019 se empezó a utilizar el Scoring ASI telefónico.

Se realizó sobre un total 1619 pacientes ambulatorios internados en la unidad de cirugía ambulatoria desde 1 de enero a 30 de diciembre 2019. Para el alta se les realizó al 100% de los pacientes.

LLAMADOS CON RESPUESTA: 1413 pacientes (87.27%). A partir de mayo de 2019 se comenzó con las encuestas por WhatsApp.

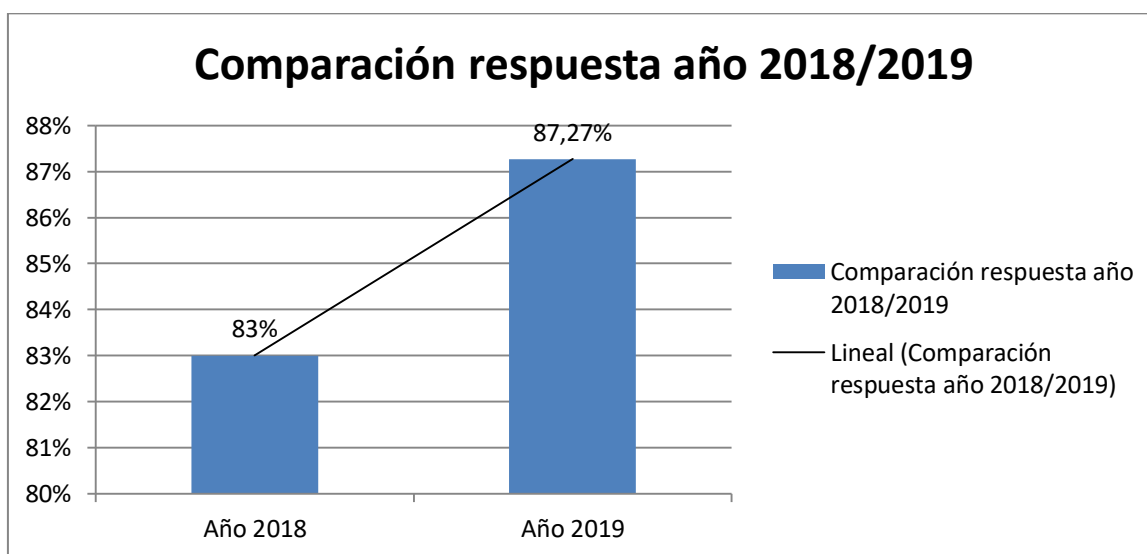


Gráfico 29. Comparación de respuestas 2018-19 (Elaboración propia).

En el gráfico 29 se observa que el índice de respuestas al scoring telefónico de control, fue del 83% en el 2018, mientras que la respuesta en el 2019 fue 87,27 %.

Sobre 1619 pacientes internados en la unidad respondieron 1413 pacientes (87,27%).

Incremento de respuesta del 4.27%

FALTA DE RESPUESTA: 116 pacientes (7.16%) Determinado por dos contactos por WhatsApp y dos llamadas telefónicas realizadas en días consecutivos al 1º y 2º día postoperatorio.

NUMEROS EQUIVOCADOS: 78 números equivocados.

PACIENTES SIN TELÉFONO: 12 pacientes.

QUIENES RESPONDIERON LA ENCUESTA:

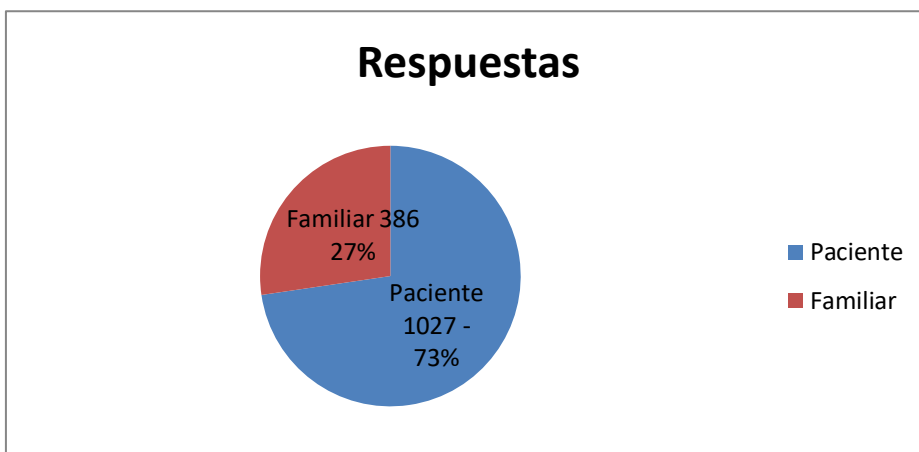


Gráfico 30. Quienes respondieron la encuesta (Elaboración propia).

Evaluado el gráfico 30 de quienes respondieron los 1413 controles telefónicos, el 73 % (1027) respondió el paciente y el 27 % (386) respondió un familiar directo.

RESPUESTA POR GÉNERO:

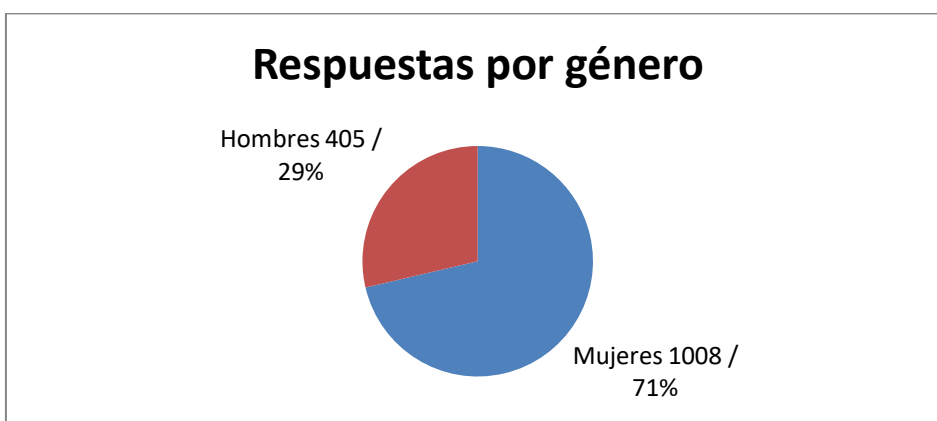


Gráfico 31. Porcentaje por género de respuesta (Elaboración propia).

En el gráfico 31 se observa que el 71% de los pacientes que respondieron fueron mujeres (1008) y el 29 % hombres (405). Este porcentaje se relaciona con las características etarias y de género, de los pacientes que se internan.

Respuestas mensuales en 2019 (llamados, WhatsApp, Falta de respuesta)

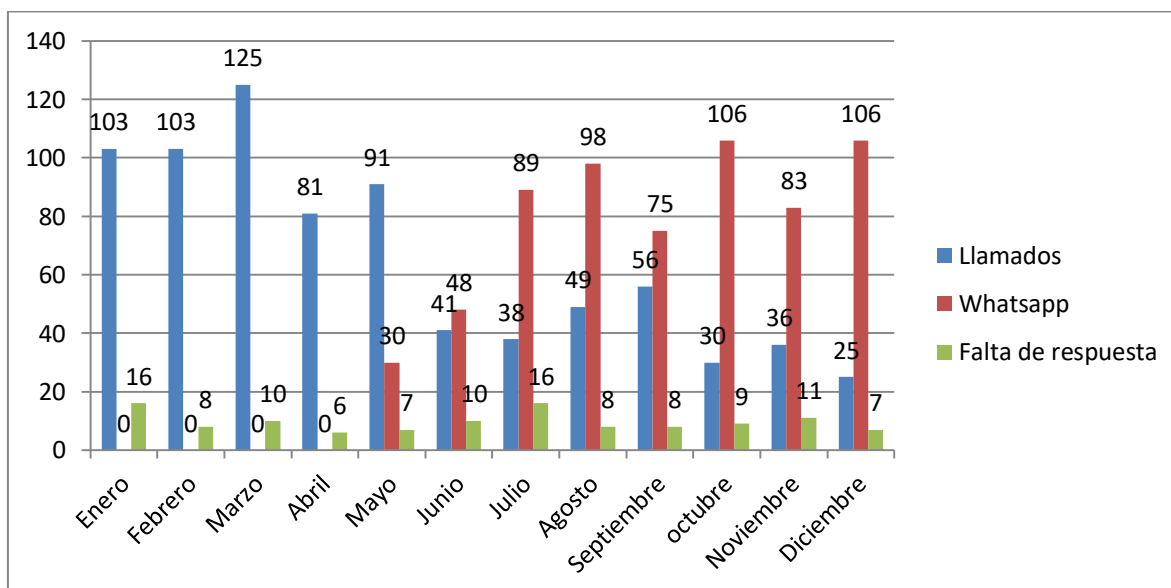


Gráfico 32. Respuestas mensuales a los llamados (Elaboración propia).

En el gráfico 32 se observa en azul llamados realizados, en verde la falta de respuesta y en rojo mensajes por WhatsApp. Claramente se observa el crecimiento y el índice de respuesta con esta, nueva herramienta que se introdujo, a partir de mayo 2019.

Progresión de respuesta por WhatsApp desde mayo a diciembre

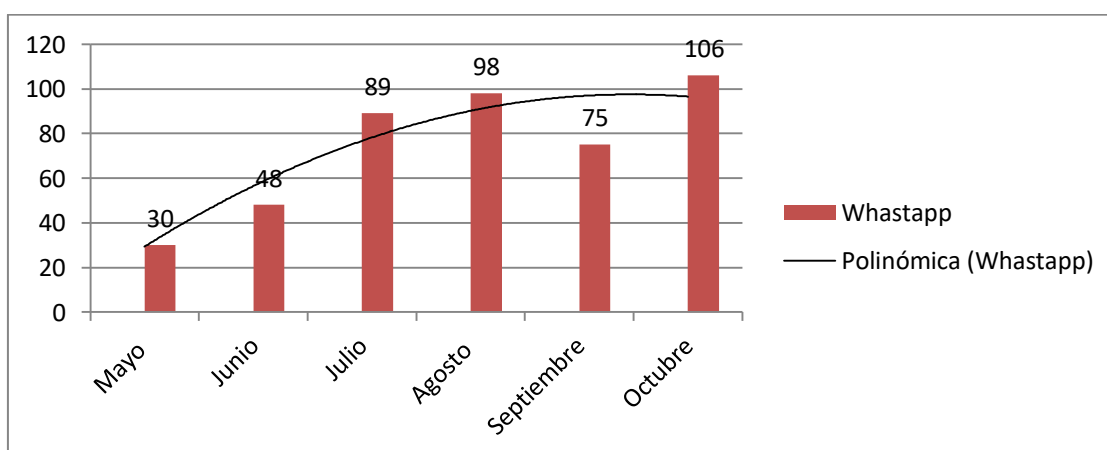


Gráfico 33. Respuestas WhatsApp (Elaboración propia).

Se observa el crecimiento exponencial de esta nueva herramienta desde mayo a diciembre del 2019 (gráfico 33), se observa que, de 30 respuestas en el mes de mayo, se triplico a 106 respuestas para el mes de octubre del 2019.

Llamados telefónicos: 967 (55.44%)

Respuestas por WhatsApp: 446 (44.55%)

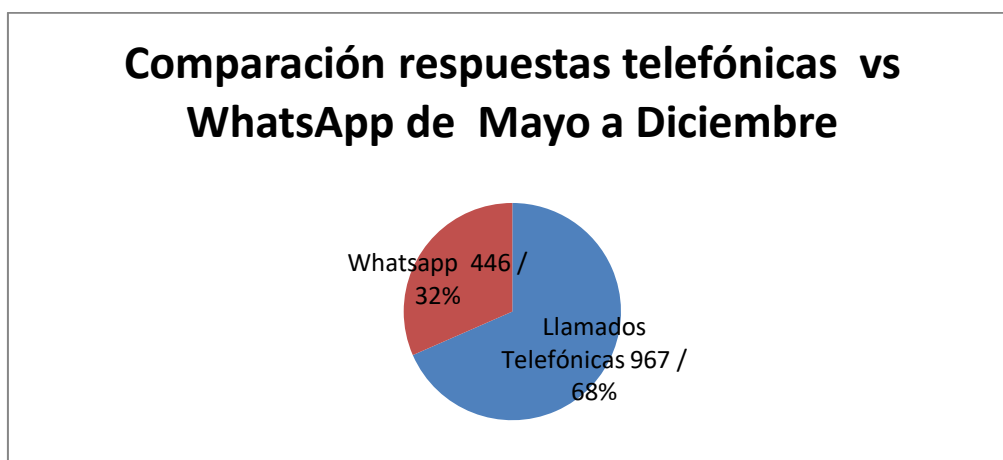


Gráfico 34. Comparación teléfono y WhatsApp (Elaboración propia).

En el gráfico 34 se observa que de los 1413 pacientes que respondieron al Scoring telefónico, 68 % (967) lo realizaron por teléfono, y un 32% (446) vía WhatsApp.

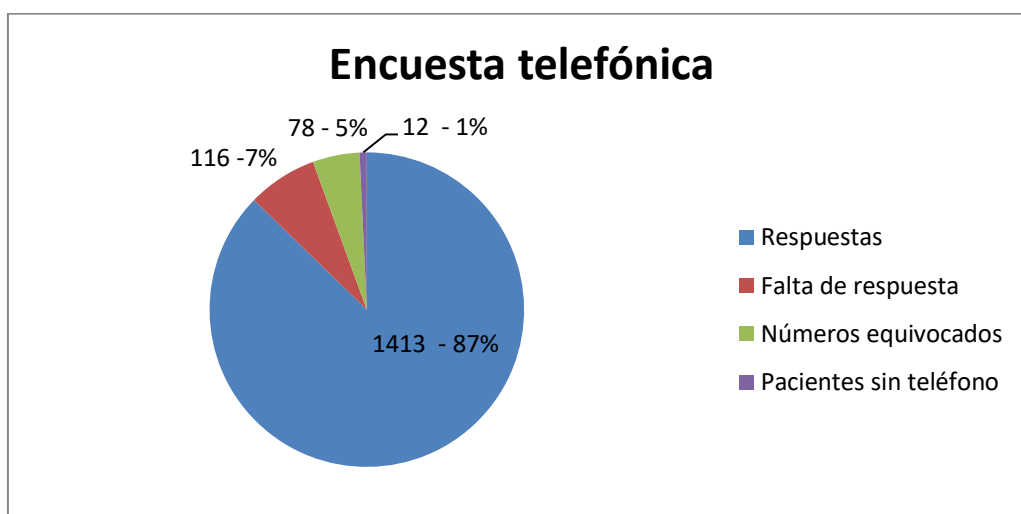


Gráfico 35. Encuesta telefónica (Elaboración propia).

En el gráfico 35 se observa que de los 1619 pacientes que fueron asistidos en el área en 2019, el 87% (1413) pacientes respondieron al control telefónico.

La falta de respuesta fue en 116 pacientes (**7.16%**). (Determinado por dos contactos por WhatsApp y dos llamadas telefónicas realizadas en días consecutivos al 1º y 2º día postoperatorio). **Números equivocados 78 números equivocados y 12 pacientes sin teléfono.**

Esta información es muy importante, a pesar de que el porcentaje de respuesta es elevado, debería ser cercano al 100%. La falta de respuesta debe ser < al 5% y otros autores refieren < al 2%, por lo que es un parámetro a mejorar, es algo que depende de los pacientes. Los 78 pacientes con número equivocados, habla de falla administrativa en la carga de la información y la imposibilidad de contactarlos.

Los 12 pacientes sin teléfono no recibieron control telefónico post quirúrgico, y nos indica que no eran elegibles para ser asistido con la modalidad ambulatoria.

Resultado del Scoring telefónico (ASI) ambulatory surgery incapacity:

La encuesta de incapacidad después de una cirugía ambulatoria evaluada preoperatoriamente (ASI), busca con 7 parámetros básicos (estado general, grado de dolor, tolerancia oral, sangrado, cumplimiento del tratamiento, fiebre y estado de la zona operada). Clasificándose nivel 1 para los asintomáticos o manifestaciones leves, nivel 2 moderados y nivel 3 incapacidad severa o muy sintomáticas.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Total
8	67	54	56	56	75	78	83	96	87	84	86	96	918
7	19	28	37	11	22	25	27	24	14	13	17	22	259
6	10	17	6	12	14	8	8	14	15	14	7	9	134
5	5	15	5	3	3	3	4	7	6	5	2	2	60
4				3	2	1		5	3	3	4	2	23
- 4	2			6		2		3	2	1	3		19
													1413

Tabla 4: Scoring telefónico (Elaboración propia).

Evaluada la tabla 4 del Scoring telefónico ASI, se muestra de manera mensual los resultados, con puntaje de 8 para máxima capacidad post-quirúrgica, siendo el paciente totalmente auto válido, independiente y asintomático. El puntaje de 4 o < 4 represente la incapacidad del paciente en el post quirúrgico de realizar una vida normal.

Scoring telefónico según tipo de respuesta:

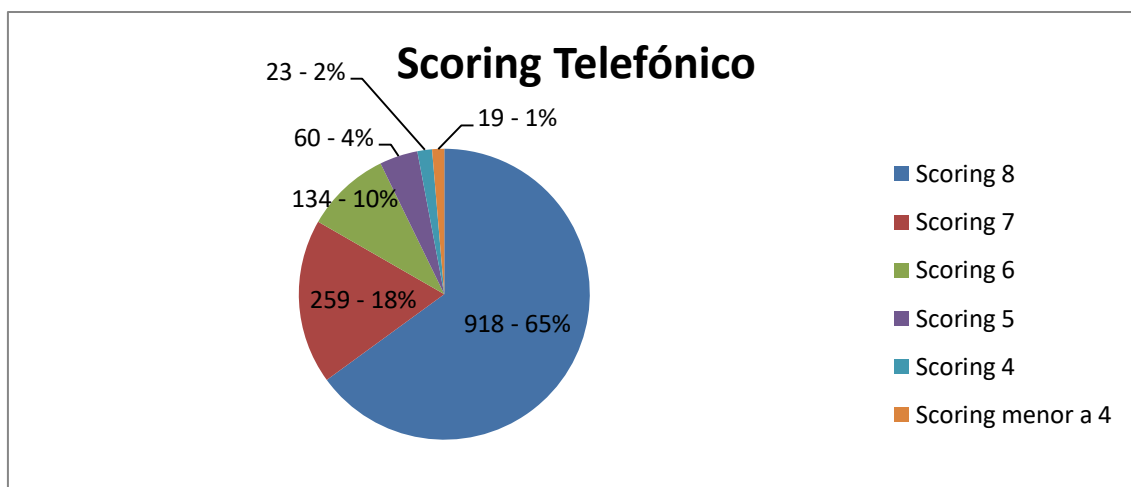


Gráfico 36. Scoring telefónico (Elaboración propia).

Evaluado el gráfico 36 se observa los diferentes porcentajes de respuesta, representado en 65 % para el puntaje 8, 18% para el puntaje 7, 10% para el puntaje 6, constituyendo el 93% de los pacientes asintomáticos o con mínimos síntomas. Mientras 4% fueron puntaje 5, 2 % puntaje 4 y 1 % puntaje < a 4. Scoring telefónicos % ASI < a 4 puntos: 19 pacientes (1.17 %), de los cuales 13 pacientes requirieron ingreso no previsto (0.80%).

Las causas más frecuente de scoring ASI < a 4 o de 4 que requirieron ingreso no previsto o reingreso temprano fueron, la primer causa en 7 pacientes fue hemorragia del sitio operatorio que implico en 4 pacientes re operación, 2 osteosíntesis de traumatología, 1 post- quirúrgico de Hemorroidectomía de cirugía general y 1 Amigdalectomía de ORL, y otros 3 pacientes vendaje compresivo del sitio sangrante. El segundo motivo fue dolor post quirúrgico en 5 pacientes, que no fue resultado con analgésico orales y requirieron medicación endovenosa. La tercera causa fue un paciente con perdida urinaria en post quirúrgico de prolapso genital. Se podría agregar el índice de re -intervenciones constituyendo el 0,24 % del total de los pacientes, internados en UCA en 2019.

5.6.2 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN POSTOPERATORIAS.

TOTAL ENCUESTAS RESPONDIDAS: 1159 (58% de respuesta)

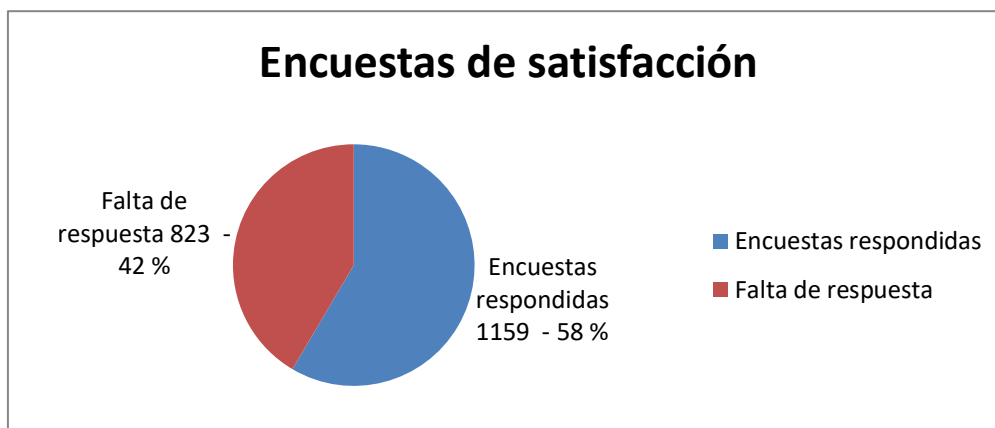


Gráfico 37. Encuesta de satisfacción (Elaboración propia).

El gráfico 37 representa el porcentaje de respuesta a la encuesta de satisfacción, que, de los 1982 pacientes internados en la UCA, el 58 % (1159) respondieron las misma y el 42 % (823) no respondieron. Se comparamos el índice de llamados del Scoring telefónico fue de 1413 pacientes y el número de respuestas de la encuesta de satisfacción telefónica de 1159 pacientes, el porcentaje es del 82 %, con IC del 99% y un margen de error del 2.5%.

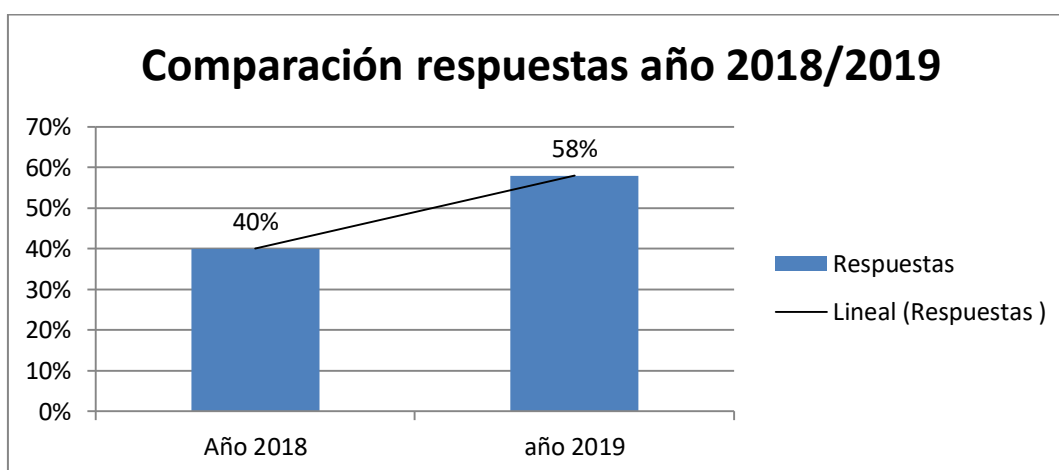


Gráfico 38. Comparación de respuestas (Elaboración propia).

Incremento de respuesta del 18%

Promedio de edad de respuesta: 43 años

Respuestas por género

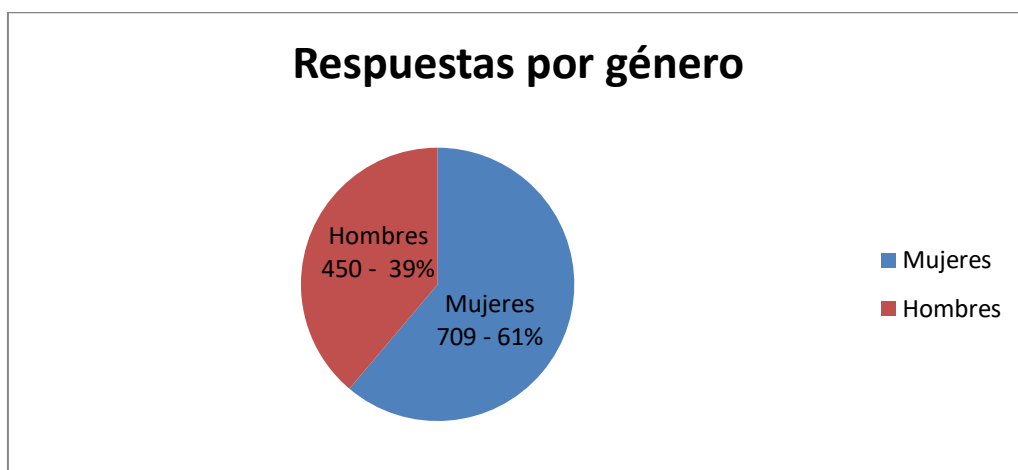


Gráfico 39. Respuesta por género (Elaboración propia).

En el gráfico 39 se observa que el porcentaje de respuesta por género fue del 61% para las mujeres y 39 % para los hombres. Comparable a los datos de respuestas totales y también al porcentaje mujer / hombre que se internan en la unidad.

Quien respondió la encuesta:

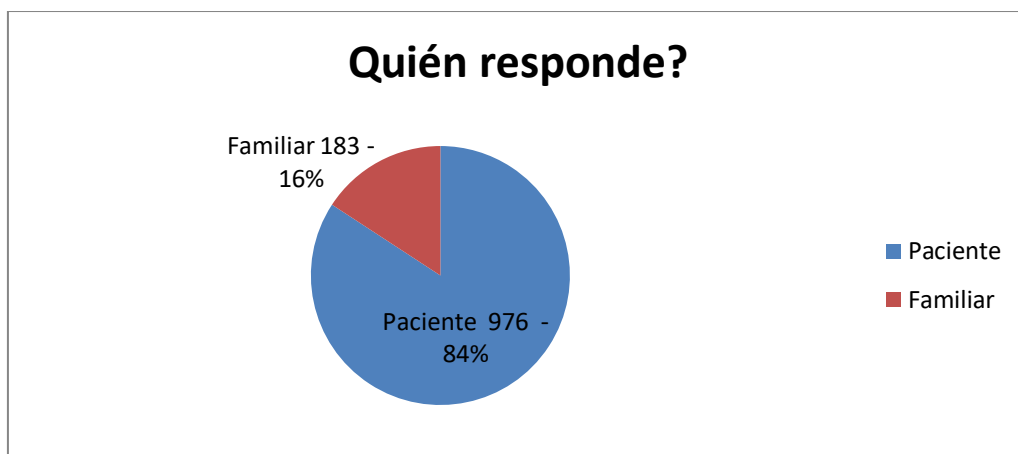


Gráfico 40. Quien respondió encuesta (Elaboración propia).

El gráfico 40 se observa que el porcentaje de respuesta fue en 84 % el propio paciente y un 16 % un familiar directo. En la encuesta del Scoring postquirúrgico el 73 % la respondió el paciente y el 27 % el familiar. Por lo que se interpreta que, al momento de la encuesta de satisfacción, un 11 % de los pacientes quisieron responder la misma de manera personal.

Tiempo que tuvo que esperar hasta ser atendido:

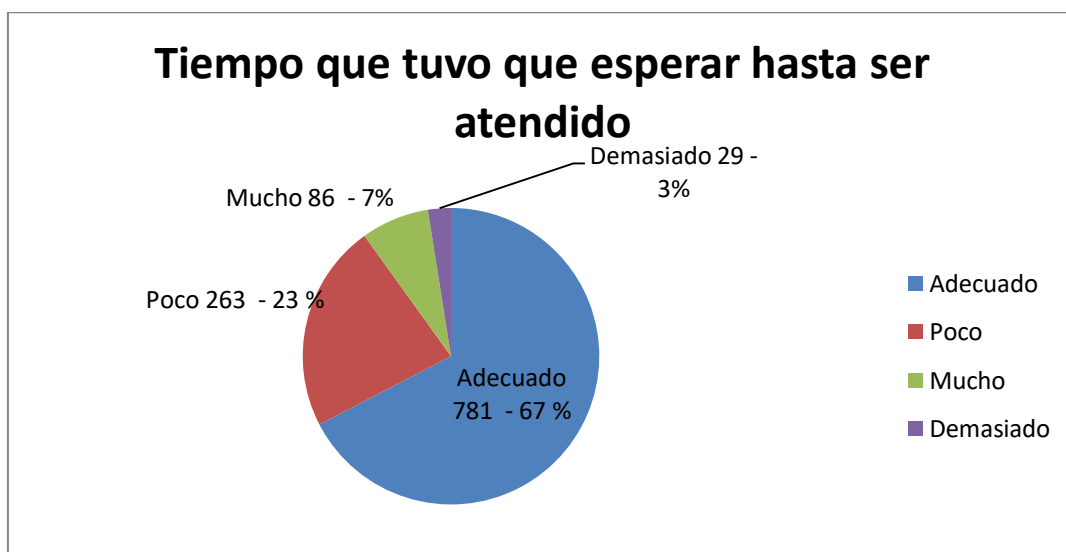


Gráfico 41. Tiempo de espera de atención (Elaboración propia).

Evaluado el tiempo de espera de la unidad, fue del 67 % adecuado y 23 % poco, siendo del 90% y mucho 7% o demasiado 3% tiempo de espera, existiendo solo el 10% de insatisfacción de los usuarios con respecto al tiempo de espera. (gráfico 41).

Información recibida:

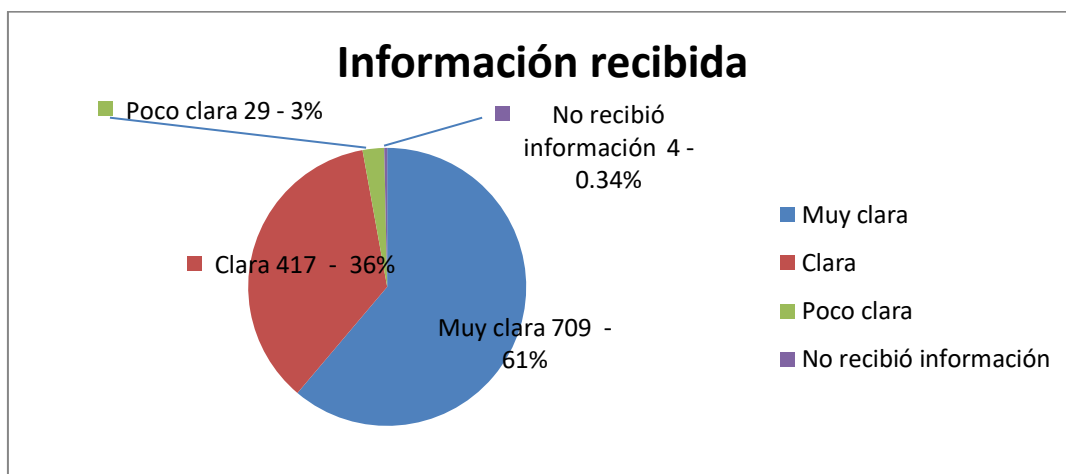


Gráfico 42. Tipo de información recibida (Elaboración propia).

Evaluado el porcentaje de respuesta fue muy clara en 61% y clara en el 36%, constituyendo el 97 % de la información, siendo solo poco clara en el 3 % y siendo poco clara en el 0,34%, los que constituyen 4 pacientes que no recibieron información. (gráfico 42).

Atención del personal administrativo:

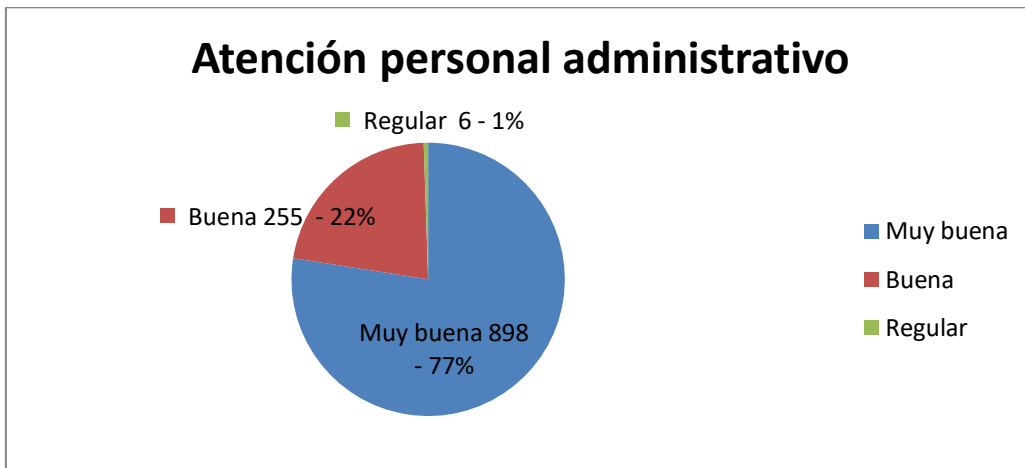


Gráfico 43. Atención del personal administrativo (Elaboración propia).

La atención del personal administrativo fue muy buena 77% y buena el 22% constituyendo el 99 % de resultados, con solo 1 % de respuesta regular a la atención del personal (gráfico 43).

Atención personal de enfermería:

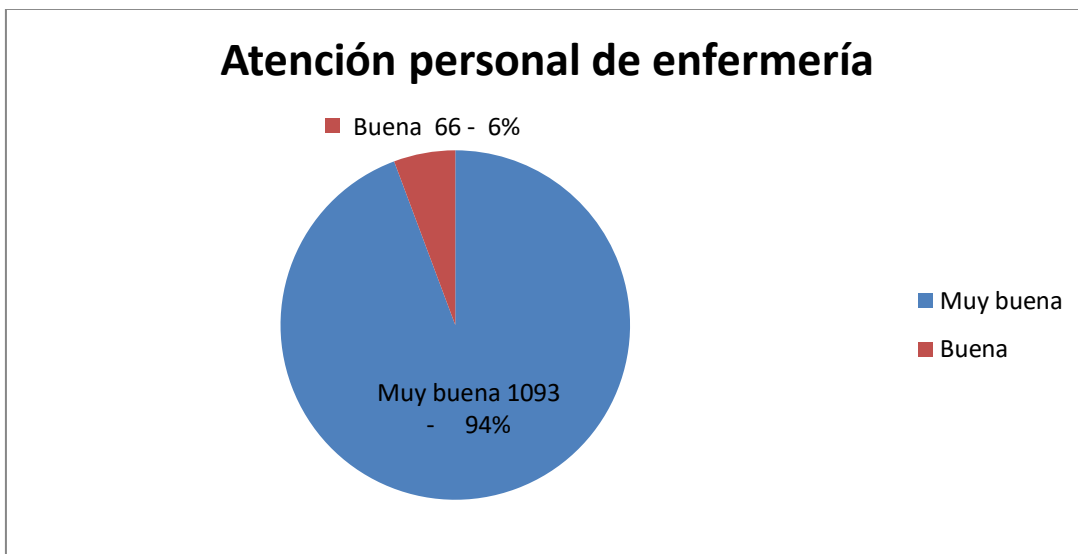


Gráfico 44. Atención de enfermería (Elaboración propia).

La atención del personal de enfermería fue muy buena 94%, y buena del 6 % constituyendo el 100 de resultados positivos (gráfico 44).

Atención del personal médico:

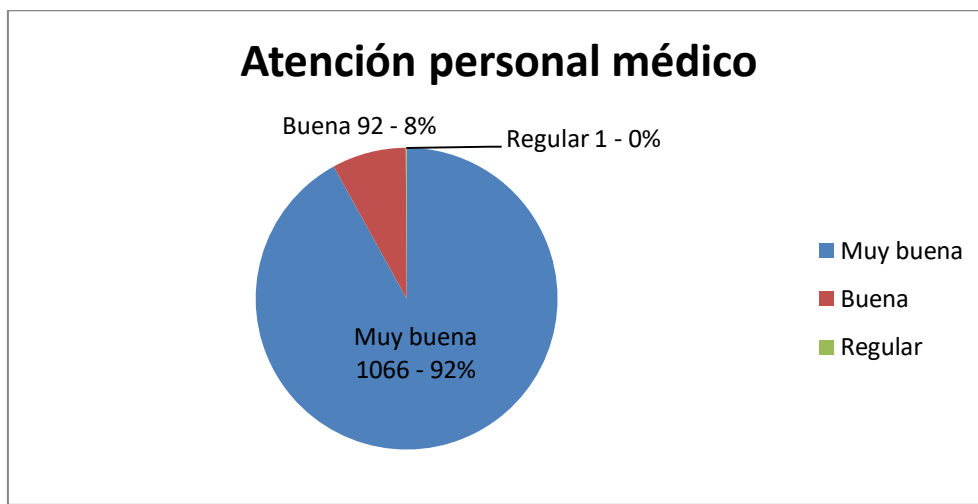


Gráfico 45. Atención del personal médico (Elaboración propia).

La atención del personal médico fue muy buena 92%, buena del 8 %, solo 1 paciente se quejó de la atención de su cirujano tratante (gráfico 45).

Grado de satisfacción con la atención general:



Gráfico 46. Grado de Satisfacción (Elaboración propia).

El grado de satisfacción general fue de muy satisfecho en el 91% y satisfecho en el 9% (gráfico 46).

Calificación promedio de la UCA en una escala del 1 al 10: 9.70

Calificación Mensual de la Unidad:

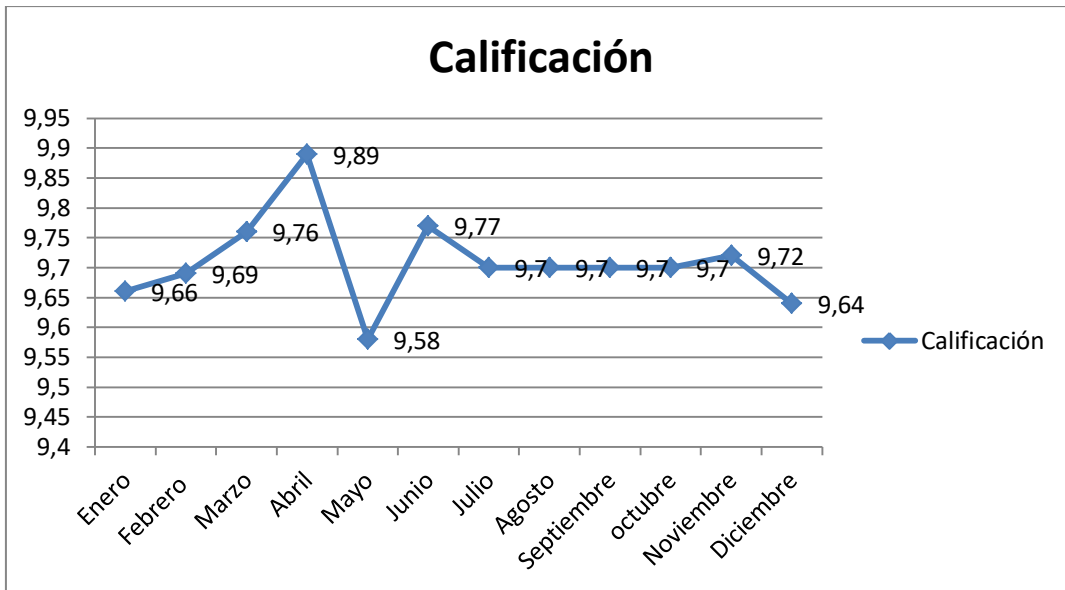


Gráfico 47. Calificación de la UCA 2019 (Elaboración propia).

En el gráfico 47 se observa el índice de satisfacción de manera mensual, constituyendo 9.70 el promedio anual. Con un puntaje mínimo en mayo de 9.58 y un máximo de 9.89 para abril del 2019.

- **Volvería a atenderse en la UCA: SI (100%)**
- **Recomendaría la Unidad: SI (100%)**

DISCUSIÓN

Antares (2015) afirma que en España la cirugía mayor ambulatoria se incrementó un 84.5%, entre los años 2002 y 2012, las tasas de crecimiento anual de la cirugía ambulatoria fueron del 6.34%, mientras que la cantidad de camas anuales aumento solo 1,24%. Se puede afirmar que el crecimiento de la cirugía ambulatoria, permitió aumentar el número de cirugías mayores con menor número de hospitalizaciones, con este concepto se creó la unidad ambulatoria del hospital Nacional Alejandro Posadas.

La evaluación de los datos de la cirugía mayor ambulatoria revelo para el cuatrienio control 2011-2014 era del 15,30% y para el segundo cuatrienio 2016-2019 fue del 30,50%, se evidencia un crecimiento significativo de cirugía mayor ambulatoria en la institución ($P < 0,0001$).

Cuando se evaluó el cuatrienio 2016-2019 dividido en 2 bienios, en el bienio 2016-17 se realizaron 30058 cirugías siendo cirugías mayores ambulatorias 27,23% y en el bienio 2018-19 se realizaron 35694 cirugías de las cuales fueron cirugías mayores ambulatorias el 33,38%, con un nivel de significancia ($P < 0,0001$). Desde la creación de la unidad de Cirugía Ambulatoria se evidencia un crecimiento significativo entre ambos bienios, lo que permite expresar que en la institución existe crecimiento sostenido de la cirugía mayor ambulatoria. A pesar de un claro crecimiento de la cirugía mayor ambulatoria y de las internaciones en la unidad, todavía existe un largo camino para crecer a valores cercanos al 65% de cirugías medianas y mayores programadas que se podrían llegar a realizar, es la situación ideal según plantea Arqueda (2016).

Desde la creación de la unidad la tasa de internación no prevista o tasa de ingreso no previsto fue para el 2016 de 2,7% y para el 2019 del 0,86%, con una media de 1,54% en el cuatrienio, se puede afirmar que se cumplió dicho objetivo. Esta tasa es muy importante porque nos informa del fracaso del proceso ambulatorio, debe ser $< 5\%$ y algunas instituciones su indicador es $< 1\%$.

Se identificaron 6 servicios que utilizan el 80% de la oferta de la unidad, que por orden de frecuencia son cirugía general, ginecología, ortopedia y traumatología, oftalmología y urología, existiendo servicios con mínima o nula utilización de la misma. Esto permite evaluar la oferta de más turnos, o permite la búsqueda de nuevos clientes internos y descartar a otros.

El porcentaje de suspensiones en el año 2016 fue del 5.3% y en el 2019 del 3.77 %, con una línea decreciente del índice de suspensiones claramente representado por un $R^2 = 0,9948$. A pesar de la mayor demanda del uso de la unidad, el índice de suspensión de cirugía fue descendiendo progresivamente. Esto permite enunciar que existe una mejora de los procesos y la calidad del servicio.

Evaluada las causas de las suspensiones el 90% fueron los problemas de gestión (atraso o demora de la cirugía previa y falta de implante) y los relacionados al paciente (en el prequirúrgico por HTA, Hiperglucemia, falta de ayuno). Las relacionadas al paciente son solucionables con simples intervenciones, pero la relacionada a la gestión de prótesis o la suspensión de cirugía, por demora en la cirugía previa es de más difícil resolución.

El índice de reingreso temprano fue de 1.48 % para el 2016, para luego mantenerse < al 1 % en los años 2017-18-19. Las causas de reingreso fueron dolor que no cedió con analgésicos orales, hematoma o hemorragia de herida, hipertensión arterial e imposibilidad de orinar espontáneamente. (Estas se diagnostican a través de scoring telefónico ASI). Las unidades de cirugía ambulatoria deben tener un índice de reingreso temprano < 1%, como indicador de calidad.

Evaluated el índice de reingreso tardío fue menor al 0,93 % desde la creación de la unidad de cirugía ambulatoria. Las causas de reingreso tardío fueron hematoma complicado, infección de herida, hipertermia e impotencia funcional del miembro operado. Este indicador debe ser < 1%, para afirmar que existe gestión y procesos asistenciales adecuados.

El índice de infecciones en cirugías programadas ambulatorias fue del 7,02% en el 2016 y el 2,29% en el 2019. En el primer bienio 2016-17 el porcentaje de infección fue del 5,17 % y en el segundo bienio 2018-19 el porcentaje fue del 2,13 %, existiendo más del 50% de descenso del índice de infecciones en la unidad. Como indicador de calidad asistencial el índice de infección de herida limpias en cirugías mayores ambulatorias debe ser < al 3%. Podemos afirmar que en el bienio 2018-2019 se cumplió el objetivo y que se redujo más del 50 % el índice de infecciones.

Existen otros indicadores como el Índice de sustitución (porcentaje de una determinada cirugía que se realizaba con internación y que se sustituye con la modalidad ambulatoria) y el índice de Puestos o Giro cama (determinado por intervenciones por estancias medias sobre el tiempo disponible por 85%). Estos dos indicadores no fueron evaluados en la unidad (García Arance 2006).

El porcentaje de Scoring ASI de respuesta al control post quirúrgico, con un porcentaje del 87% de respuestas sobre el total de internaciones es muy satisfactorio, debe evaluarse el 13% de falta de respuestas, y los 12 pacientes sin teléfono no deberían haber sido elegibles para el proceso ambulatorio o haber creado un mecanismo para lograr el adecuado control postquirúrgico. La falta de respuesta debe ser < al 5% y otros autores refieren < al 2%, por lo que es un parámetro a mejorar, es una variable dependiente del paciente.

El Scoring ASI habla de calidad de atención médica, demostrado por la mayor cantidad de pacientes con un 93% de incapacidad leve (pacientes auto valido y con leve dolor), 4% con incapacidad moderada y solo 3% con incapacidad severa, que requirieron en 19 casos (1,17%) ingreso no previsto y 4 pacientes el 0.24% una re intervención.

El porcentaje de respuesta a la encuesta de satisfacción fue del 58% sobre el total de internaciones en el año 2019 y un 82% de los pacientes que respondieron al Scoring ASI o control telefónico post quirúrgico, con IC 99% y un margen de error 2.5%. Es decir que 1159 pacientes respondieron la encuesta de satisfacción sobre 1413 que respondieron al control postquirúrgico. El alto porcentaje de respuesta, habla del compromiso del personal y de los pacientes en este proceso médico-quirúrgico. El 84 % de la encuesta de satisfacción fue respondida por el usuario y solo el 16 % un familiar directo. Las encuestas de calidad realizadas mediante entrevista personal o telefónica, podrían criticarse por la posibilidad de introducir un factor de presión sobre el paciente y condicionar las respuestas como lo afirma García Blanch (2013). Pero los resultados de la encuesta son muy satisfactorias, con un 100% de los encuestados que afirman que volverían a utilizar la unidad o recomendarían la internación en la misma (9, 29, 30).

CONCLUSIONES

La presente tesis demuestra que la implementación de una unidad de cirugía ambulatoria integrada a los quirófanos centrales, pero con autarquía y un programa de gestión tuvo un efecto positivo en las evaluaciones realizadas para los indicadores principales, Índice de Ambulatorización e índice de internaciones no prevista. Evaluados el índice de reingreso tardío, temprano, e infección de herida, los resultados también son muy satisfactorios, dentro de los estándares internacionales. Los resultados de la encuesta de satisfacción son sorprendentes. La simple introducción del instrumento WhatsApp aumentó considerablemente el número de respuestas en los controles post quirúrgico y también de la encuesta de satisfacción. La existencia de un Score Telefónico estructurado (ASI), que permite diagnosticar síntomas y complicaciones postquirúrgico, siendo un resultado no evaluado, resultó ser una excelente herramienta.

La cirugía ambulatoria es probadamente una práctica científica eficiente que logra resultados equivalentes o mejores que la cirugía convencional a menor costo, con satisfacción de los pacientes, sin disminución de la calidad asistencial. Uno de los principios filosóficos del modelo ambulatorio es ubicar al paciente en un lugar central, evitarle sufrimientos, cuidarlo integralmente, darle protagonismo en su recuperación y brindarle un entorno amigable y familiar en sus cuidados postoperatorios. La incorporación del scoring telefónico y la encuesta de satisfacción, que permite seguir al paciente en su domicilio y diagnosticar o evitar complicaciones, ha aumentado la calidad asistencial. La recuperación domiciliaria permite ocupar recursos y camas de internación en beneficio de la atención de los más vulnerables, tanto por sus patologías como por sus recursos. Son una nueva propuesta, un modelo instalado y de alta efectividad que da respuesta a una demanda concreta que genera la dinámica de la atención sanitaria.

Uno de los principales motivos de la tímida aceptación del modelo en Argentina, pareciera ser que se pensaron como unidades autónomas, independientes similares al modelo español, con importante crecimiento en nuestro país en el sistema privado a expensas de importantes prepagas, pero no así en el sistema público. Se piensa que la inercia organizativa tradicional de los sistemas públicos, la falta de instalaciones adecuadas y la falta de flexibilidad administrativa y mental de los directivos y jefes de servicios, son las principales trabas que podrían ir en contra del desarrollo de las mismas. Se observa que la modalidad de unidad integrada, con autarquía de

procesos y gestión, dentro de las instituciones públicas puede originar excelentes resultados.

Es importante optimizar y difundir la creación de centros destinados a este fin para que puedan realizarse cada vez más cirugías ambulatorias siempre que sea posible. Es importante que las UCA deban cumplir con criterios de eficiencia y calidad para brindar respuestas adecuadas a profesionales y pacientes evitando gastos innecesarios y disminución de infecciones.

Federico Tobar (2007) afirma "Sabemos que, hasta el presente, la inversión más poderosa para salvar vidas no ha sido ni un medicamento, ni ninguna tecnología médica, sino involucrar a las personas en el cuidado de su propia salud". Esto requiere de un profundo cambio de paradigma sanitario: convertir en activo y protagonista a quien, desde hace siglos, se lo llama paciente. Sin dudas que la recuperación postquirúrgica en el domicilio luego de una cirugía ambulatoria, cumple con la totalidad de esta afirmación.

La verdadera importancia de la CMA radica en gran medida en una nueva actitud y comportamiento, por un lado, ante las expectativas de los pacientes que quieren una atención cada vez más ágil, rápida y eficaz y por otro, ante la necesidad de mejorar el uso de los recursos limitados. La CMA proporciona el marco ideal para satisfacer estas aspiraciones, permitiendo un microcosmos donde pasar de la teoría a la práctica, reorientando la atención hospitalaria hacia las necesidades de los pacientes. El enorme aumento de la demanda y la necesidad de reducir los altos costos de la hospitalización han contribuido al desarrollo de esta innovadora estructura de trabajo.

Como conclusiones finales se puede sintetizar de la siguiente manera:

1. Se registró un Aumento del índice de Ambuladorización de 15.30% del cuatrienio 2011-14 al 30.50% en 2016-19.
2. El Índice de internación no prevista fue del 1.54 %.
3. Se registró un descenso en el Índice suspensiones de cirugía siendo de 5.3% para el 2016 bajando al 3.77% en el 2019, siendo estándar de calidad < al 5% del total de las cirugías ambulatorias.
4. El Índice de re internaciones tempranas y el de re internaciones tardías están dentro de los parámetros internacionales
5. El Índice de infecciones se redujo al 50% en bienio 2018-2019 con 2.13%.
6. El score telefónico es un instrumento que sirve para evaluar objetivamente el estado de la recuperación domiciliaria del paciente con cirugía ambulatoria.

7. El scoring Telefónico fue del 93% para el tipo 1 (paciente totalmente auto válido, con leve dolor y que realiza tareas habituales en las primeras 24 / 48 hs del postquirúrgico).
8. La encuesta de satisfacción presenta alto índice de respuesta y excelente grado de satisfacción para las variables estudiadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegre Masiá Antonio. Cirugía mayor ambulatoria. Experiencia, valoración y resultados de la unidad de cirugía sin ingreso del servicio de cirugía general del hospital Arnau de Vilanova. Tesis doctoral. Universitat de Valencia. Servei de Publicacions 2004
2. Alvarado Gay F., Vega Silva E., La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la atención. Experiencia de 15 años. Revista de Especialidades médico-quirúrgica. 2006; 11(3): 34-37.
3. Antares Consulting y General Electric Healthcare (2015) Libro Blanco de la Actividad y Gestión del Bloque Quirúrgico en España. Obtenido de: <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/356f8ea46ff1e222fbcddafb4415c0363c9c9aa.pdf>
4. Ardizzone Victoria, Sosa Susana. Centro de cirugía ambulatoria modelo "a la medida" de su tiempo. Curso de Posgrado de planificación de recursos físicos en Salud. Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Marzo 2013.
5. Arqueda M. J, Alcántara J. , Viñoles A., Santisteban R. y E. Gosalbez Seguimiento postoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria Postoperative telephone follow-up in ambulatory surgery. Cir May Amb 2013; 18 (3): 105-112.
6. Capitán Vallvey J.M. Indicadores de calidad actuales en Cirugía Mayor Ambulatoria. Revista Médica de Jaén 2015; 3: 14-19.
7. CMA. Guía de organización y funcionamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección general de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio sanidad y consumo. España 1993
8. Collen D. and Dillon J. B. Anesthesia for outpatient surgery. JAMA 1966; 196: 1114-1116.
9. Davis, J. E. The major ambulatory surgical center and how it is developed. The Surgical clinics of North América, 1987; 67(4), 671.
10. Donabedian Avedis. Evaluación de la calidad de la atención médica. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: S11- S27.
11. Falcón Hernández Arelys, Navarro Machado V., Molina Lois R., Morejón Barroso O., Araña Hernández Y., Reyes Cabrera H. Primer Centro

- Especializado Ambulatorio en Cuba y sus resultados en tres años de trabajo. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41 (1): 130-138
12. Ferraina. P. Cirugía Ambulatoria, Relato Oficial. Rev. Argent. Cirug 1991: Ext; 1-162.
 13. García-Blanch de Benito Gonzalo. Estudio del programa de cirugía mayor ambulatoria en un servicio de cirugía general y aparato digestivo. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid Facultad de Medicina Departamento de Cirugía. 2013.
 14. García Arance M., Pérez Torres M., Martín Gil Parra, Valera López R., Docobo Durántez F. Indicadores de calidad: ingresos no esperados y reingresos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir May Amb 2009; 14(1): 20-24P.
 15. Historia e Infraestructura del Hospital Nacional Alejandro Posadas. Recuperado de página web 2019.<http://www.hospitalposadas.gov.ar/institucional/historia/>
 16. Itaes- Cedim- Cadime– CEDIM – CADIME Manual de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires.2008
 17. Jaramillo Mejía, J. Principios filosóficos de la cirugía ambulatoria. Rev. colomb. anestesiología.2005, .33 (4) Recuperado de www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472005000400001
 18. Mateo Cerdán CM, Cortiñas Sáenz M, López Pérez A, García Blasco O, González Martínez E, Martínez García LL. Análisis de complicaciones e indicadores de calidad en una unidad de CMA. Cir May Amb 2007; 12: 71-74.
 19. Marjamma, R. (2008). Operating room management: why, how and by whom? Wiley Online Library. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01618.x>
 20. Menéndez Gac C. (2007) Cirugía Mayor Ambulatoria - Clínica Quilín - Hospital Clínico U. de Chile. Ponencia en el 18° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria. Buenos Aires. Argentina.
 21. Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Bloque quirúrgico: Estándares y Recomendaciones. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>

22. Numpaqué-Pacabaque A, Buitrago-Orjuela LA, Pardo-Santamaría DF. Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. Rev. Fac. Med. 2019; 67(2):235-9.
23. Otero, R. La Acreditación en Salud. Características, antecedentes internacionales y desarrollo en la República Argentina. Revista ITAES. 2011 13(3), 10-11. Buenos Aires: Base de datos del ITAES. Recuperado de <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/3-2011/ITAES-3-2011-acreditacion.pdf>
24. Pino L., Cagigas J.C., Gutiérrez E., Bolado M., Ruíz, J.L., Cagigas-Roecker P., Gómez J., Gonzalo R., Martínez C., Ochoa M. 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 quirúrgica 2016, 11: 143-151.
25. Recart Alejandro; Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. Rev. Med. Clin. Condes -2017; 28(5): 682-690.
26. Rivera J.; Gines M. Cirugía Ambulatoria. Estudio piloto. Cir Esp 1988; 44: 865-874.
27. Sala Hernández Angela, Pablo Granero Castro, Eva Montalva Orón, Javier Maupoey Ibáñez, y col. Evaluación de la seguridad y satisfacción de los pacientes en un programa de colecistectomía laparoscópica ambulatoria con criterios expandidos. Cir. Esp. 2019; 97 (1): 27-33.
28. Verde Remiseiro L., López Pardo E. Índices de calidad en cirugía ambulatoria. Cir May Amb 2013; 18: 114-116.
29. Viñolez Pérez Juan. Control de calidad postquirúrgico en cirugía ambulatoria. Universidad de Valencia. Servei Publicacions 2007. Deposit Leg. ISBN 978-84-370-6760-5.
30. Tobar Federico, Delia Sánchez. El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del Mercosur. Fundación Carolina. CeAICI 05/07. Informe final. <http://www.ciesu.edu.uy/>
31. William Thompson. Lord Kelvin. Bibliografía. https://en.wikipedia.org/wiki/William_Thomson,_1st_Baron_Kelvin

ANEXO 1 – Checklist prequirúrgico.

CAAHP

Servicio de Cirugía Y Anestesia Ambulatoria
Hospital Posadas

CHECKLIST PREQUIRÚRGICO

Fecha:.....HC.....

Nombre y apellido:.....Edad:.....

Cirugía que se
realizará:.....

Servicio:
.....

Antecedentes:.....
.....
.....

Tensión Arterial	
Frecuencia Respiratoria	
Frecuencia Cardíaca	
% Saturación O2	
ECG Y RIESGO QUIRURGICO	
RX TORAX	
LABORATORIO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
AYUNO	
Temperatura	

OBSERVACIONES:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 2 Control telefónico –Scoring ASI



Unidad de Cirugía Y Anestesia Ambulatoria
Hospital Posadas

HOJA DE CONTROL TELEFÓNICO / Scoring ASI

NOMBRE: FECHA:

.....HC:.....

TELÉFONO:.....

DIRECCIÓN.....

QUIÉN CONTESTA:EDAD.....

CIRUGÍA:.....ESPECIALIDAD:.....

.....

Ingreso: Egreso:.....(Preoperatorio)

Ingreso:Egreso:(Postoperatorio)

1° LLAMADO:.....2° LLAMADO:

3° LLAMADO.....4°

LLAMADO.....

ASI:

SCORE:.....

ESTADO GENERAL	2	Tranquilo. Plena satisfacción de bienestar. Ritmo urinario normal. Sueño normal
	1	Preocupado por su estado, no muy satisfecho, cefalea leve, ha dormido poco pero suficiente, ritmo de diuresis normal.
	0	Ansiedad moderada. Mareado o inquieto. Cefalea intensa. Nada satisfecho. No ha dormido. Le cuesta orinar o no tiene ritmo urinario normal. Constipado o con diarrea.
	-8	Disnea, estupor, palidez. NO ha podido dormir, no ha orinado, malestar intenso por globo vesical.
DOLOR	2	Sin dolor o dolor leve, tanto en reposo como en movimiento

	1	Dolor aceptable que no impide movimiento ni dormir.
	0	Dolor moderado, aceptable en reposo, pero importante en el movimiento, altera sueño
	-8	Dolor intenso incluso en reposo con tto analgésico correcto, con palidez, bradi o taquicardia, hipo o HTA.
TOLERANCIA	2	Sin restricciones en la dieta
	1	La dieta está determinada por la cirugía
	0	N Y V. Se incumple dieta propuesta.
	-8	Vómitos incoercibles, no es posible rehidratación oral
SANGRADO	2	No hay sangrado
	1	Sangrado normal en cantidad y ritmo, según la intervención.
	0	Crece el manchado del apósito
	-8	La herida sangra de forma copiosa, empapa el apósito.
FIEBRE	0	Temperatura corporal menor a 38°
	-8	Temperatura corporal mayor a 38 °
ANOMALÍA HERIDA	0	Normalidad de la herida
	-8	Cambios isquémicos, apertura de puntos, cualquier cambio que requiera atención médica
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	0	Cumplimiento del tratamiento y de las dietas
	-2	Incumplimiento del tratamiento o las medidas higiénicas.

1° CONTROL POSTOPERATORIO.....

ATENCIÓN UCA:

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

ANEXO 3 - Criterios de Encuesta Satisfacción

CRITERIOS PARA REALIZAR LA ENCUESTA DE SATISFACCION

Anónima, puede responder paciente o familiar acompañante, recibe información previa y firma consentimiento para la realización de la misma. Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para la encuesta.

Criterios de inclusión

- a- Masculino o femenino internado en la unidad de cirugía ambulatoria.
- b- Mayor de edad.
- c- Que acepte la internación y el procedimiento ambulatorio.
- d- No poseer medicación que provoque deterioro cognitivo.
- e- Concurrir con familiar o adulto responsable que lo acompañe para la internación y el alta.
- f- Que firme el consentimiento.

Criterios de exclusión

- a- No tener capacidad para consentir.
- b- No aceptar responder la encuesta.
- c- Menor de 18 años.
- d- No aceptar la modalidad prestacional.
- e- Recibir medicación que provoque deterioro cognitivo.

ANEXO 4 – Encuesta de satisfacción

UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA ENCUESTA DE SATISFACCION

Estimado paciente:

A fin de mejorar la atención a los usuarios de esta Unidad de Cirugía ambulatoria, le rogamos que conteste en forma anónima esta encuesta y nos la entregue al recibir el alta médica, en la escrita o se realizara en la primera consulta telefónica.

Contesta la encuesta: El Paciente
 Familiar del paciente Quien? Madre Padre

Otro

Edad:

Sexo del paciente: Femenino Masculino

Mes en que se efectuó la intervención:.....y año 201.....

¿De qué fue intervenido?.....

¿Debieron suspender y reprogramar su cirugía? Sí No

¿Quedo conforme con la explicación del motivo? Sí No

EN EL DIA DE LA INTERVENCION:

Considera que el tiempo que tuvo que esperar hasta ser operado fue:

Demasiado Mucho Adecuado Poco

La información que recibió sobre el procedimiento que le iban a realizar fue:

Muy Clara Clara Poco Clara No recibí información

¿Cómo fue atendido por el personal administrativo?

Muy Bien Bien Regular Mal

¿Cómo fue atendido por el personal de enfermería?

Muy Bien Bien Regular Mal

¿Cómo fue atendido por el personal médico?

Muy Bien Bien Regular Mal

TERMINADA LA INTERVENCION:

Las indicaciones que recibió al momento de su alta fueron:

- Muy Clara Clara Poco Clara No recibí información

¿Cómo se sintió al regresar a su casa?

- Muy Bien Bien Regular Mal

¿Se comunicó por teléfono con nosotros?

- Si No puedo comunicarme No necesite llamarlos

Si usted se comunicó por teléfono con nosotros, ¿Cómo fue atendido?

- Muy Bien Bien Regular Mal

¿Le fue útil nuestra llamada al día siguiente?

- Sí, mucho Más o menos No No me llamaron

¿Tuvo que concurrir a urgencias?

- Si Si pero fui a otro centro No

CONSIDERANDO TODO EL PROCESO DE ATENCION:

¿Está satisfecho con la atención recibida?

- Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho

Su familia ¿Está satisfecha con la atención que usted recibió?

- Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho

Si lo necesitara, ¿Volvería a operarse en esta unidad? Sí No

¿Recomendaría a alguien a esta unidad? Sí No

En general, con que nota calificaría (de 1 a 10) a la Unidad de Cirugía Ambulatoria:

1: Muy Mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10: Excelente

Por favor, déjenos a continuación sus comentarios, observaciones o sugerencias, MUCHAS GRACIAS.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO 5 - Guías de procedimiento UCA Hospital Posadas

1. Objetivos de la guía de procedimientos

- a) Dar a conocer los requisitos básicos para el correcto y uniforme funcionamiento de la U.C.A.
- b) Estandarizar los procesos asistenciales.
- c) Contribuir a ofrecer una atención de calidad para los procedimientos programados.
- d) Contar con personal calificado que satisfaga las necesidades y expectativas del paciente y familiares.
- e) Proporcionar información y educación al paciente en los periodos del pre, intra y postoperatorio.
- f) Promover la utilización de los registros médicos para todos los pacientes atendidos.
- g) Mantener el carácter confidencial de la información.
- h) Estimular y brindar educación continua a todos los integrantes del equipo de salud, para su capacitación.

Unidad de Cirugía Ambulatoria:

2 etapa 1: Selección de pacientes

1. Requisitos que deben cumplir los pacientes.
2. Condiciones psicosociales.
3. Relacionados con la cirugía.
4. Relacionados con exámenes de diagnósticos médicos.

2.1. Requisitos que deben cumplir los pacientes:

2.1.1. **Estado físico:** ASA (American Society Anesthesiology) pueden incluirse como aptos:

- ASA I y II.
- ASA III: cuando la enfermedad sistémica está tratada y controlada adecuadamente, vinculándola con la complejidad de la cirugía.

Todos los pacientes ASA II y ASA III que se programen para Cirugía Mayor Ambulatoria deben tener una entrevista con el anestesiólogo previa a la programación de la cirugía.

2.1.2. Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).

El IMC se calcula dividiendo el peso del paciente en kilos sobre la altura en metros elevado al cuadrado.

- Serán incluidos los pacientes con IMC hasta 45.

- En caso de anestesia regional se aceptarán aquellos pacientes que tengan un IMC hasta 40
- Para aquellas cirugías que se realizarán con anestesia local más sedación, se podrán aceptar pacientes con un IMC mayor de 45, previa evaluación y autorización del anesthesiólogo.
- Los pacientes con IMC >45 podrán ser sometidos a CA si el tipo y tiempo de la cirugía permitiera realizarla con anestesia general, regional y/o local con sedación, luego de criteriosa evaluación conjunta entre cirujano y anesthesiólogo.

2.2. Requisitos relacionados con condiciones o aspectos psicosociales

2.2.1 El paciente debe tener un adulto responsable que lo acompañe durante la entrevista de pre admisión, al ingreso, al egreso y en su casa en el periodo postoperatorio durante las primeras 24 horas.

2.2.2 El adulto responsable debe tener las siguientes características:

- Ser mayor de edad y autovalente.
- Saber leer y escribir.
- Ser capaz de comprender y seguir órdenes simples.
- Ser cooperador.
- Acompañar al paciente en la entrevista de pre admisión para ser acreditado por un profesional.

2.2.3 El paciente debe tener teléfono para realizarle el seguimiento postoperatorio

2.2.4 Distancia del domicilio a la institución no mayor a una hora o 40 km aproximadamente...

6.2.5 El paciente y el adulto responsable deben tener capacidad de comprensión para poder ejecutar correctamente las indicaciones y cuidados postoperatorios en el domicilio.

2.3. Requisitos relacionados con la Intervención Quirúrgica:

2.3.1 Duración del acto quirúrgico: en general se acepta que este tipo de cirugía tenga una duración cercana a los noventa (90) minutos o menos

2.3.2 Ayuno preoperatorio:

- Pacientes Adultos: 8 horas de ayuno de alimentos sólidos y 4 horas de líquidos claros (agua, té, jugos sin pulpa)
- Requerimientos de reposición de volumen: cirugía que no requiera grandes recambios de volumen.

2.3.3 Manejo del dolor post-operatorio: cirugía cuyo dolor post-operatorio sea compatible con el tratamiento ambulatorio y que no requiera de métodos avanzados para su manejo.

Dolor tratable con analgésicos comunes.

2.3.4 Programación: debe ser cirugía electiva. Salvo indicaciones muy específicas de los equipos tratantes. Ej. Cólico biliar que ingresa a primera hora desde urgencia y según hallazgos se otorga alta por la tarde.

2.3.5 Intervenciones quirúrgicas que se realicen por primera vez en la UCA: cualquier cirugía que se incorpore por primera vez al listado de procedimientos (ver etapa 2. Selección de procedimientos) deberá contar con la aprobación del jefe del servicio correspondiente y ser protocolizada

2.3.6 Las Cirugías Ambulatorias deben ser programadas de modo que las mismas finalicen dentro del horario de funcionamiento de la unidad.

2.3.7 Los pacientes programados anestesia regional o anestesia general, deben concurrir 2 horas antes.

3. Etapa 1: Selección de procedimientos

Todas las especialidades quirúrgicas podrán en distinta medida realizar procedimientos quirúrgicos diagnósticos o terapéuticos ambulatorios. De un listado de procedimientos preestablecido por cada unidad de acuerdo a sus normas y capacidades.

La premisa fundamental será la adecuada calidad técnica y asistencial.

Los estándares de seguridad, de morbilidad y de readmisión de pacientes, deberán ser mejores o iguales que las obtenidas con los pacientes internados.

Los procedimientos aptos para ser realizados en la UCA deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Los procedimientos deben tener un riesgo mínimo de hemorragia, considerando así a aquellos en los que no es previsible la necesidad de efectuar transfusiones de sangre.
- b) La duración no debe superar como norma general los 90/150 minutos en los casos de anestesia general, plazo este ampliable cuando el procedimiento se realiza con anestesia loco-regional.
- c) Los procedimientos no deben implicar apertura de cavidades, excepción hecha de procedimientos laparoscópicos, hernias y pequeñas eventraciones.
- d) Los procedimientos no deben requerir la utilización de drenajes con débitos elevados.

- e) El dolor deberá ser fácilmente controlado, tras el alta, con analgésicos comunes, sin requerir de la administración de analgésicos parenterales.
- f) El riesgo de compromiso postoperatorio de la vía aérea debe ser mínimo.
- g) Rápido retorno a la normal ingesta de líquidos y sólidos.
- h) Ayuno preoperatorio según criterios de los equipos.

4. Contraindicaciones en cirugía mayor ambulatoria

- a) Antecedentes personales o familiares directos de hipertermia maligna.
- b) Enfermedades neuro-musculares, por el riesgo de asociación con el síndrome de hipertermia maligna y/o dificultad respiratoria post-operatoria que puede requerir ventilación mecánica en el post-operatorio.
- c) Coagulopatías.
- d) Alteraciones psiquiátricas mayores: depresión grave, esquizofrenia, enfermedad bipolar, etc.
- e) Alcoholismo.
- f) Consumo habitual de cocaína, estupefacientes y otras drogas. Obesidad mórbida Severa (ver IMC).
- g) Malformaciones de la vía aérea y/o antecedentes de dificultad en la intubación en cirugía previas.

5. Formulario de instrucciones preoperatorias

Deben constar instrucciones sobre:

- Día y hora de la cirugía.
- Hora de arribo a la UCA.
- Lugar donde presentarse para la admisión.
- Confirmar el día anterior la cirugía programada.
- Normas de ayuno.
- Régimen de medicación: que suspender... que agregar...
- Traer los exámenes complementarios.
- Traer material extra solicitado.
- No traer objetos de valor, joyas, ni maquillaje las mujeres.
- Concurrir en compañía de un adulto responsable.

Se debe hacer firmar un formulario de consentimiento informado.

6 etapa 1: Evaluación prequirúrgica

El resto de los pacientes serán evaluados según la guía de evaluación prequirúrgica elaborada por Ministerio de Salud de la nación.

6.1. Entrevista de pre admisión

6.2 Definición: Es un conjunto de acciones médicas y de enfermería, orientadas a realizar una evaluación completa e integral del paciente, del adulto responsable y de las condiciones del entorno, desde el punto de vista quirúrgico, anestésico y psicosocial.

Estas acciones se realizan previamente al día en que está programada la intervención quirúrgica.

6.3 Profesional Responsable: Médico / Enfermera capacitada

6.4 Requisitos:

- a) Solicitud de internación escrita por el médico tratante.
- b) Disponer de un ambiente privado y apropiado para realizar la consulta del profesional, del paciente y del adulto responsable.

Objetivos:

- a) Entregar los contenidos educativos generales y específicos sobre Cirugía Ambulatoria.
- b) Realizar una anamnesis clínica del paciente.
- c) Clasificar al paciente según los criterios de la Asociación Americana de Anestesiología (ASA).
- d) Obtener la información considerada relevante para evaluar al paciente desde un punto de vista integral.
- e) Satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y del adulto responsable, para disminuir el nivel de ansiedad e incertidumbre relacionadas con la proximidad del acto quirúrgico.
- f) Preparar al paciente y al adulto responsable con respecto a los cuidados y condiciones que deben cumplir para el egreso de la clínica y el período post-operatorio en el hogar.
- g) Obtener el consentimiento informado de autorización para la cirugía.
- h) Entregar las Instrucciones Preoperatorias en forma escrita.
- i) Derivar al paciente, cuando sea necesario, al anestesiólogo o cirujano tratante.

6.6 Acciones a realizar previas a la entrevista:

- a) Registrar los datos generales de identificación del paciente y la actividad realizada por el personal administrativo.
- b) Registrar los datos de carácter general e instrumentar consulta y autorización de cirugía en pacientes con cobertura de salud.

6.7 Acciones a realizar por la enfermera:

- a) Revisar detalladamente los datos registrados en el formulario por el paciente y/o el adulto responsable.
- b) Realizar el control de los signos vitales.
- c) Controlar que el paciente haya cumplido con las indicaciones médicas preoperatorios.
- d) Acreditar al adulto responsable del paciente.
- e) Aclarar las dudas que tenga el paciente y/o el adulto responsable, en un lenguaje claro, preciso, sin ambigüedades y acorde al nivel de instrucción de los interlocutores.
- f) Registrar las actividades realizadas durante la entrevista.
- g) Registrar las indicaciones pre-operatorias entregadas al paciente.
- h) Avisar inmediatamente al médico tratante la eventualidad de atraso, suspensión de la intervención o cualquier situación que afecte la programación quirúrgica del paciente.

7. Etapa 1: Ingreso y control prequirúrgico – Chek list

El paciente se presentará, en el día y horario establecido y confirmado previamente por el cirujano, para su cirugía habiendo cumplido con las indicaciones médicas prequirúrgicas generales y específicas

7.2 Generales:

- a) Ayuno adecuado.
- b) Higiene adecuada: baño o ducha previa a la cirugía en su domicilio, preferentemente con jabón de iodopovidona; higiene dental.
- c) Vacuna antitetánica actualizada.
- d) Elasto –compresión o vendas para miembros inferiores.
- e) Ropa adecuada: cómoda, práctica y adecuada a la temperatura estacional, evitar alhajas y objetos de valor.
- f) Adulto responsable presente.
- g) Documentación personal en regla.
- h) Autorizaciones de la obra social en orden, cuando sea necesario.
- i) Análisis y evaluación prequirúrgica en orden.

7.3 Específicas:

- a) Serán otorgadas por cada cirujano en particular según la especialidad y tipo de cirugía a realizar.

- b) Dado el carácter específico de la cirugía, estas indicaciones **no** son responsabilidad de la UCA, y deben ser proporcionadas por el cirujano con la debida anticipación para su cumplimiento.

7.4 Control administrativo:

El paciente es invitado a llenar sus datos de identificación personal, los cuales serán controlados por personal administrativo a cargo del área.

7.5 Control clínico:

El paciente será controlado por el médico del área y el personal de enfermería, que se ocuparán de:

- a) Completar la hoja de la historia clínica ambulatoria o protocolo ambulatorio, interrogatorio y anamnesis. (cirujano y anestesiólogo)
- b) Control y registro de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y pulso. (enfermería).
- c) Control de los análisis y de la evaluación prequirúrgica
- d) Control y registro del tipo de ASA., (anestesiólogo).
- e) Control y registro del familiar y del adulto responsable presente. (enfermería).
- f) Control del cumplimiento de las indicaciones prequirúrgicas generales y específicas si las hubiera. (enfermería).
- g) Control y registro del consentimiento informado. (cirujano y anestesiólogo).
- h) Aclarar las dudas que tenga el paciente de manera clara y precisa. (enfermería).
- i) Indicar el cambio de la ropa y la entrega de la ropa específica para la cirugía, (enfermería).
- j) Colocación de la veno-puntura con suero, si fuera necesario. (enfermería).

Todos estos datos serán registrados en la historia clínica ambulatoria y sus protocolos deberán ser revisados y refrendados por el cirujano y el anestesiólogo a cargo.

8. Etapa 1: Intraoperatoria

8.2 Protocolo de quirófano:

Debe ser completado por personal capacitado del quirófano y consiste en registrar el nombre del equipo quirúrgico, del equipo anestesiológico, de los auxiliares de enfermería y anestesia, los suministros, las suturas, los exámenes solicitados durante la cirugía, el instrumental empleado, el tipo de esterilización, los horarios de inicio y finalización de cada cirugía y el consumo.

8.3 Protocolo de anestesia:

Debe ser completado por el anestesiólogo a cargo. Comprende un registro detallado del tipo de anestesia, drogas utilizadas, dosis, formas y vías de administración, monitoreo de los signos vitales durante la anestesia, oximetría y capnografía.

8.4 Protocolo de cirugía:

Debe ser completado por el cirujano a cargo. Comprende el diagnóstico preoperatorio, el diagnóstico postoperatorio, la técnica utilizada, la descripción de la cirugía, el registro de las biopsias y estudios especiales, solicitados durante la cirugía.

8.5 Registro de suspensiones:

Por causas del paciente, médicas o institucionales.

8.6 Registro de atrasos:

Se deberán registrar las causas y las frecuencias de atrasos por parte de los distintos equipos de enfermería, quirúrgicos y anestésicos, para implementar soluciones.

8.7 Registro de complicaciones:

Se debe llevar un registro de las complicaciones médicas y no médicas.

9. Etapa 1: Recuperación postoperatoria inmediata

9.1 Definición:

Es el período comprendido entre la finalización del acto quirúrgico/anestésico y el pasaje del paciente al área de recuperación mediata.

El cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación a estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora.

Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos, equipos y personal especialmente entrenado para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitación cardiopulmonar.

9.2 Requisitos de Ingreso (al área de recuperación postoperatoria inmediata)

- a) El anestesiólogo responsable debe conducir y entregar el paciente en el área de recuperación anestésica inmediata.
- b) El anestesiólogo debe entregar el protocolo de anestesia completo.
- c) Las indicaciones médicas deben estar escritas en el formulario correspondiente.
- d) El personal de enfermería recibirá y cuidará del paciente mientras permanezca en el área de recuperación anestésica inmediata.

10. Normas generales de control y vigilancia de los pacientes

Los estándares y la secuencia en la que debe ser atendido el paciente, se rige por los criterios establecidos para la reanimación cardio-pulmonar-cerebral:

- A. Vía aérea
- B. Ventilación efectiva
- C. Hemodinámica
- D. Drogas a administrar, control de drenajes y otros.
- E. Estado de la piel, temperatura corporal, confort del paciente y otros.

10.1 Acciones tipo "A", deben realizarse controles de:

- a. Vía aérea permeable.
- b. Oxigenoterapia.
- c. Oximetría de pulso.

10.2 Acciones tipo "B", deben realizarse controles de:

- a. Frecuencia ventilatoria
- b. Tipo de ventilación
- c. Saturación de oxígeno

10.3 Acciones tipo "C", deben realizarse controles de:

- a. Frecuencia cardíaca.
- b. Tensión arterial.
- c. Lleno capilar.
- d. Permeabilidad de la vía venosa.
- e. Circulación distal.

10.4 Acciones tipo "D", deben realizarse controles de:

- a. Administración de drogas.
- b. Drenajes.
- c. Herida operatoria.
- d. Posición del paciente.
- e. Accesorios postoperatorios.

10.5 Acciones tipo "E", debe realizarse controles de:

- a. Estado de la piel.
- b. Higiene del paciente.
- c. Confort del paciente.

11. Protocolo de evaluación postoperatoria

11.1 Controles de signos vitales que deben repetirse:

- a. Presión arterial.
- b. Frecuencia cardíaca.
- c. Frecuencia ventilatoria.
- d. Saturación de oxígeno.

11.2 Frecuencias consecutivas en los controles:

- a. Control inicial
- b. Siguiete hora: controles cada 30 minutos.
- c. Luego controles cada 60 minutos hasta el momento del alta del sector.

11.3 Otros controles:

- a. Temperatura corporal al ingreso.
- b. Debe aplicarse una escala que evalúe las condiciones para el alta (Ej. Aldrete), y utilizarla a los 15 minutos del ingreso del paciente a la recuperación. Los criterios de alta deben incluir el valor alcanzado con la escala de recuperación seleccionada. Los pacientes con bloqueos regionales deben ser evaluados de acuerdo a criterios clínicos/anestesiológicos.
- c. Debe aplicarse la ESCALA VISUAL ANÁLOGA para evaluar y tratar el dolor postoperatorio. Es recomendable dar el alta con los valores mínimos de esta escala. Se deben controlar y consignar otros eventos como:
 - Náuseas.
 - Vómitos.
 - Diuresis.
 - Condiciones de la herida quirúrgica.
 - Drenajes.
 - Sangrado.

12. Criterios clínicos de alta del área de recuperación postoperatoria inmediata

12.1 Definición:

Criterios necesarios para autorizar el pasaje del paciente del área de recuperación postoperatoria inmediata hacia el área de recuperación postoperatoria mediata.

Debe ser indicada por el médico responsable del área de recuperación postoperatoria inmediata cumpliendo con las siguientes condiciones:

12.2 Signos vitales estables y en valores normales en los últimos 30 minutos.

12.3 No tener náuseas y/o vómitos en los últimos 15 minutos.

12.4 No haber recibido opiáceos durante los últimos 30 minutos.

12.5 Saturación de oxígeno mayor a 95 %, con aire ambiental durante 15 minutos.

- 12.6 Recuperada la conciencia y estar orientado en tiempo y espacio.
- 12.7 Recuperación de la fuerza muscular y movilidad de los miembros inferiores cuando se realizó anestesia regional de los mismos. En la anestesia regional de los miembros superiores no es necesaria la recuperación total del bloqueo motor.
- 12.8 Herida quirúrgica en condiciones y sin sangrado.
- 12.9 Escala de evaluación con puntaje óptimo. (Ej. Aldrete)
- 12.10 Dolor controlado con AINE y puntuación menor a 4 en la Escala Visual Análoga.
- 12.11 No tener sonda vesical.

13. Normas específicas de funcionamiento del área de recuperación postoperatoria inmediata

- 13.1 El personal profesional de enfermería deberá cumplir con los requisitos mínimos que acrediten su capacidad y formación, para desempeñarse en esta Unidad. Es aconsejable tener al menos dos años de experiencia en unidades de cuidados críticos.
- 13.2 Es recomendable que la institución realice cursos de capacitación con una frecuencia mínima de uno por año, en los que se incluyan temas como recuperación cardio-pulmonar en pacientes adultos y pediátricos, manejo de la vía aérea, manejo de accesos venosos, preparación y administración de medicamentos utilizados, actualización y medidas de control y actualización de infecciones intra-hospitalarias y revisión de normas y protocolos clínicos / quirúrgicos.

14. Etapa 1: Recuperación postoperatoria mediata

- a. Habitación compartida.
- b. Recinto habilitado con varios sillones reclinables, de funcionamiento diurno, que constituyen una alternativa a las habitaciones.

15. Requisitos de ingreso al área de recuperación postoperatoria mediata.

- 15.1 El paciente debe ingresar con los protocolos anteriores en regla, completos, firmados y con la autorización del médico responsable.
- 15.3 El paciente debe ingresar con las indicaciones médicas escritas.
- 15.4 El paciente debe ser recibido por el personal de enfermería permanente.
- 15.5 El paciente debe ingresar lúcido, despierto, orientado en tiempo y espacio y con total control de sus sentidos y de su cuerpo.
- 15.6 El paciente debe ingresar pudiendo deambular o comenzando a mover sus miembros en el caso de bloqueos.

- 15.7 El uso de oxímetro y capnógrafo es opcional.
- 15.8 El paciente debe ingresar con signos vitales normales y estables.
- 15.9 Se debe completar un protocolo específico para esta área, registrando los signos vitales cada 30 minutos.
- 15.10 Se puede retirar la vía de suero si el médico lo autoriza.
- 15.11 Toda alteración de los signos vitales debe ser informada al médico del área responsable.
- 15.12 El paciente debe entrar en contacto con el familiar responsable, el cual debe estar presente en ese momento.
- 15.13 El paciente puede comenzar a deambular bajo el cuidado de la enfermería y del familiar.
- 15.14 El paciente puede iniciar la ingesta de líquidos si el médico lo autoriza.
- 15.15 El personal de enfermería hará un registro en el protocolo, de todo cambio o indicación médica.

16. Etapa 1 Control de egreso: Control de egreso protocolizado

- 16.1 Profesional responsable: Médico, cirujano y/o anesthesiólogo
- 16.2 Requisitos:
 - 16.2.1 Ambiente apropiado para dialogar con el paciente y su acompañante.
 - 16.2.2 Ficha médica de egreso firmada por el médico responsable del área.
 - 16.2.3 Registrar y controlar los signos vitales en el momento del egreso.
- 16.3 Acciones a realizar:
 - 16.3.1 Verificar la comprensión por parte del paciente y su acompañante responsable, de todas y cada una de las indicaciones médicas y/o de enfermería.
 - 16.3.2 Verificar la comprensión del sistema de seguimiento post-operatorio telefónico y la forma de resolver consultas y/o dudas que se le presenten en el domicilio.
 - 16.3.3 Entregar las indicaciones, pautas y recomendaciones escritas, formulario de egreso y teléfonos de consultas legibles para el paciente y el adulto responsable.
 - 16.3.4 Firma del recibo conforme del formulario "Ficha Médica de Egreso", donde se consigne claramente la documentación y las indicaciones que son entregadas en ese momento, al paciente y al adulto responsable.
 - 16.3.5 Obtener la autorización administrativa de salida.
 - 16.3.6 Constatar la posibilidad de una movilización adecuada para el traslado al hogar.
 - 16.3.7 Indicar al personal del servicio, el traslado del paciente desde la unidad al medio de transporte.

17. Control de egreso

17.1 El egreso de la unidad será indicado por el médico responsable.

17.2 El personal de enfermería se ocupará de registrar los signos vitales normales y estables durante la permanencia del paciente en la última área.

17.3 Debe haber una diuresis normal.

17.4 Debe haber ausencia de náuseas y vómitos.

17.5 El dolor debe estar controlado con analgésicos comunes.

17.6 El paciente debe estar orientado, lúcido, con capacidad de responder a las indicaciones y deambulando.

17.7 El familiar/adulto responsable debe estar presente.

17.8 Se entregarán las indicaciones e instrucciones de alta en forma oral y escrita y se registrará.

17.9 Se informará telefónicamente para entrar en contacto con el médico o la institución en caso de complicaciones.

17.10 Se constatará el medio adecuado para el traslado del paciente al domicilio.

17.11 Se entregarán las indicaciones al paciente o a la persona responsable.

Usted debe llamar al teléfono indicado en caso de:

- a. Vómitos en más de tres oportunidades.
- b. Dolor que no cede al tratamiento indicado.
- c. Salida de sangre roja de la herida operatoria.
- d. Aumento de volumen, temperatura o cambios de coloración alrededor de la zona operada.
- e. Cualquier duda con respecto al tratamiento que debe seguir en su casa.
- f. Cualquier duda con respecto al cuidado de la herida operatoria.
- g. Fiebre

18. Etapa 1: Seguimiento domiciliario

Definición:

Conjunto de acciones protocolizadas, realizadas por el personal especialmente entrenado para tal fin, tendientes a evaluar y controlar la evolución de los pacientes operados en la UCA.

18.1 El seguimiento será telefónico.

18.2 La UCA dispondrá de un teléfono destinado a tal fin.

18.3 Dentro de las 24 horas siguientes al acto operatorio, los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria serán llamados telefónicamente por el personal de la unidad con el objetivo de evaluar:

- a. Comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas.
- b. Ausencia de náuseas y vómitos.
- c. Tolerancia digestiva.
- d. Ausencia de dolor o dolor que calma con analgésicos comunes.
- e. Ausencia de sangrado.
- f. Ausencia de temperatura.
- g. Diuresis normal
- h. Sensación de evolución postoperatoria favorable.
- i. Deambulación adecuada para el postoperatorio
- j. Estado de conciencia y lucidez normal.
- k. Se interrogará sobre otras dudas.

ANEXO 6 - Cirugías convenidas a realizar por servicios

Ginecología:

- Histeroscopías
- LEEP
- Raspado biopsia fraccionada
- Ligaduras tubarias por laparoscopia (paridad cumplida)
- Laparoscopías diagnósticas.
- Electrocoagulación por condilomatosis.
- Legrados.
- Biopsias de mama
- Drenaje de abscesos mamarios.
- Tumorectomía de mama.
- Extracción de DIU.
- Ganglio centinela de axila.
- Mastectomía por cáncer.
- Vaciamientos axilares.

Cirugía General:

- Hernioplastias abiertas y laparoscópicas
- Eventroplastías
- Hemorroidectomías.
- Fístulas perianales.
- Fisuras anales
- Electrocoagulación de condilomatosis anal.
- Colectomías laparoscópicas.
- Safenectomías
- Colocación de catéter para diálisis
- Colocación de PORTHACAT
- Cirugía Bariátrica
- Accesos vasculares / bypass A-V para diálisis.
- Biopsia tumor lateral de cuello, mucosa yugal o lengua.
- Quiste branquial, tirogloso.
- Hemitiroidectomía
- Fijamiento mandibulares
- Fracturas faciales simples.

Cirugía Plástica

- Lipolifting
- Colocación de expansor tisular
- Recambio de prótesis
- Exéresis de lesiones cutáneas malignas con reconstrucción con colgajos (epiteliomas, melanomas)
- Exéresis de lesiones cutáneas benignas (fibromas, fibroelastomas)
- Rinoplastia
- Fracturas orbitarias, malares o pirámide nasal.
- Blefaroplastía
- Braquioplastia
- Ginecomastia
- Adenomectomia (mamas)
- Mastoplastia
- Toilette de quemaduras.
- Injertos de úlceras

Oftalmología

- Exotropías (estrabismos)
- Cataratas
- Hemovítreo
- Blefaroplastía
- Exéresis de lesiones (verrugas)
- Fracturas orbitarias

O Y T

- Liberación de túnel carpiano
- Reducción y osteosíntesis de fractura de miembro superior
- Biopsias óseas (osteomielitis, tumores)
- Menisectomías
- Resección de falanges
- Osteodesis
- Toilette quirúrgica
- Punción ósea
- Artroscopia

- Resección ósea
- Retiro de material
- Tenorrafia
- Drenajes de abscesos o punciones oseas.

ORL

- Amigdalectomía
- Microcirugía de laringe
- Septum plastia
- CENS
- Mastoidectomía
- Cierre de traqueotomía
- Biopsias

Urología

- RTU
- Orquiectomía
- Biospias
- Hidrocele
- Varicocele
- Fimosis
- Colocación de doble jota
- Postioplastias
- Uretroplastía

Odontología

- Exodoncias
- Caries en pacientes con retraso madurativo
- Fracturas con implantes.
- Implantes dentarios

Neurocirugía

- Ablación de los ganglios de la base
- Tratamiento del dolor

ANEXO 7 - Imágenes de la Unidad de Cirugía Ambulatoria



Figura 1: Unidad de Cuidados Ambulatorios (UCA). **Fuente:** Elaboración propia



Figura 2: Unidad de Cuidados Ambulatorios (UCA). **Fuente:** Elaboración propia