

# 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



Por Hugo Daniel Ruiz

Médico (UNLP).  
Magister en Economía y  
Gestión de la Salud (ISALUD),  
Especialista en Economía y  
Gestión de la Salud (ISALUD).

Docente Adscripto UBA, Especialista  
en Cirugía Gastroenterológica.

Especialista en Cirugía General.  
Jefe de Servicio de Cirugía,  
Policlínico del Docente, Osplad.

Jefe de Sección de Cirugía  
Bariátrica y Metabólica del Hospital  
Nacional Alejandro Posadas.

**Directora de Tesis:** Mag. Ruth Litmanovich

**Jurados:** Dr. Juan Pekolj  
Mag. Silvia Augusto  
Mag. María Beatriz Araujo

## Introducción

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 (UCA) (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 cirugías, 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 Unidades de Cirugía Ambulatoria (UCA) fue del 6.32%, es decir que en 10 años aumento el 84,53%. De esta forma, se

puede afirmar el crecimiento de la cirugía ambulatoria, permitió aumentar el número de cirugías mayores con menor número de hospitalizaciones, ya que el número de cama solo aumento un 12.4% en 10 años (Antares, 2015).

Uno de los cambios más acertados, económicos y satisfactorios de la práctica quirúrgica actual, 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, 2015).

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 y disponibilidad de recursos” (Mateo Cerdán, 2007).

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

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.

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.

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

Es importante señalar que el paciente de cirugía ambulatoria, es parte del proceso de atención quirúrgico, debe entenderse a la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), como un modelo formal y estructurado (Pino, 2016).

## **Problema que motiva la investigación**

Se evaluó el resultado de la implementación de la unidad de cirugía ambulatoria y el nivel de satisfacción del usuario respecto de la misma. 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.

### **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.

### **Objetivos Específicos**

- Evaluar la demanda y evolución de los servicios que utilizaron la Unidad de Cirugía Ambulatoria.
- Evaluar índice de Ambulatorización, Tasa de ingreso no prevista, Tasa de re ingresos, e índice de suspen-

siones de cirugías como indicadores de calidad asistencial.

- Examinar el nivel de satisfacción del usuario que utilizaron la Unidad de Cirugía Ambulatoria.

## Metodología

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.

El período 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 de enero a diciembre del año 2019.

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).

## Dimensiones, variables, indicadores

El indicador principal de este trabajo es **porcentaje de ambulatorización**, 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.

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

### Índice de internación no prevista o tasa 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.

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

### Indicadores secundarios

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).

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

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.).**

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

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).**

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

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).

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

## 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.

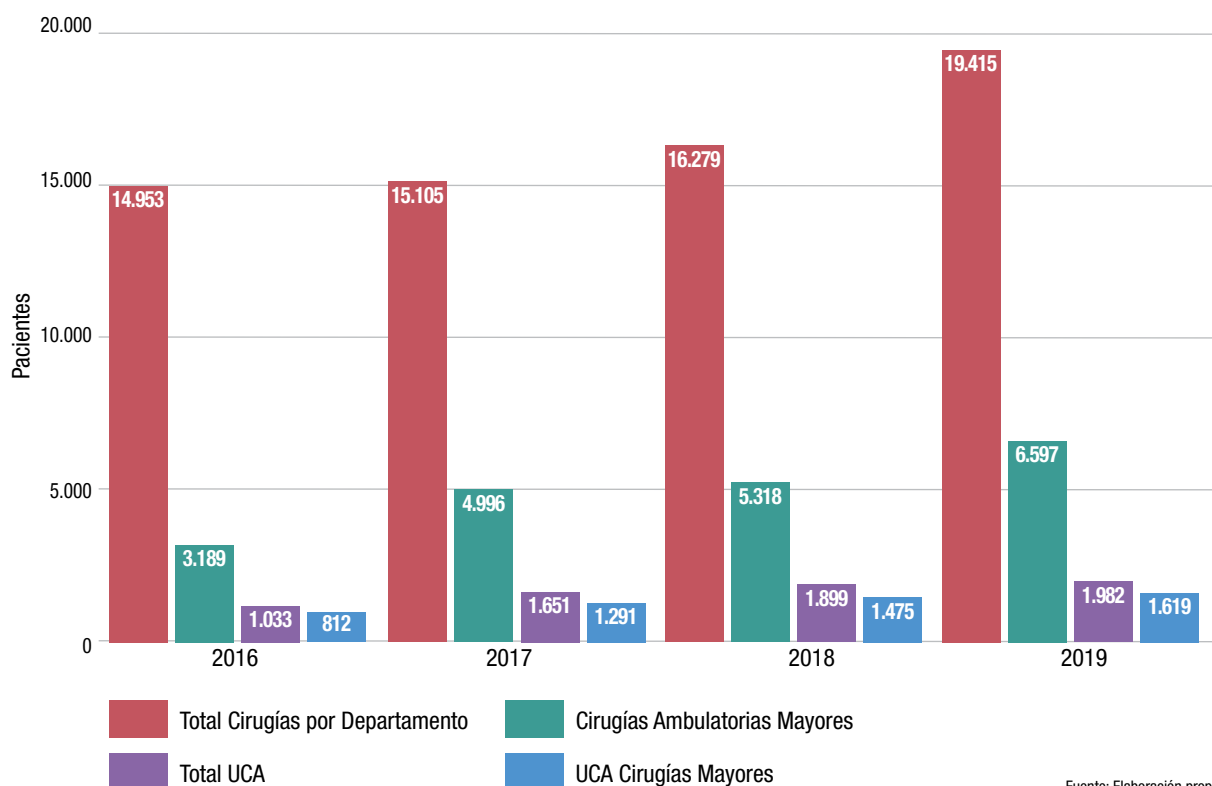
El índice de ambulatorización del cuatrienio 2011-2014 fue de 15.3%, osciló entre el 14.08% al 17.5 % del total de las cirugías mayores que se realizan anualmente, en

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.

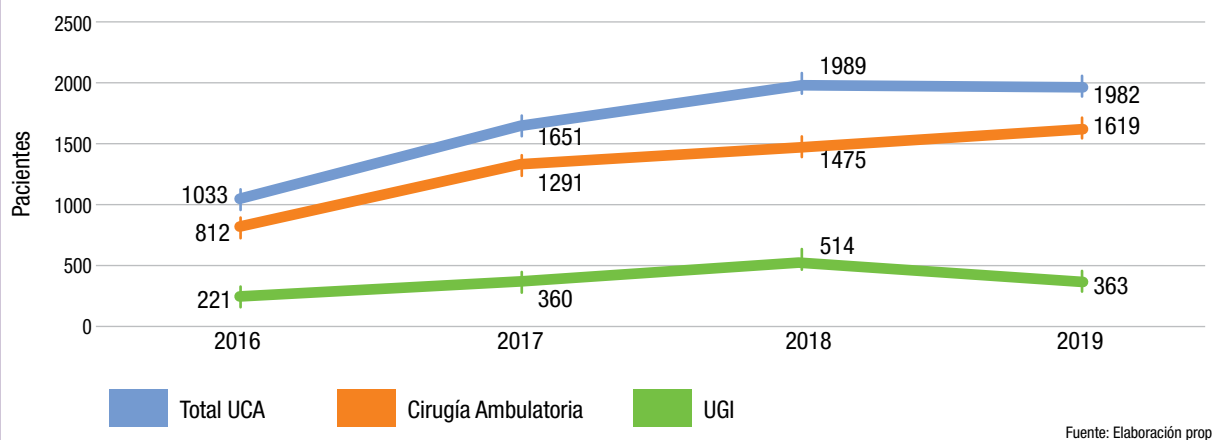
## Resultados

El Gráfico 1 presenta el total de las cirugías realizadas durante el cuatrienio 2016 al 2019, en el departamento quirúrgico. Se realizaron en dicho cuatrienio 65.752

**Gráfico 1. Cirugías Departamento Quirúrgico 2016-2019.**



**Gráfico 2. Cirugías UCA entre 2016-2019**



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 5.197 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.

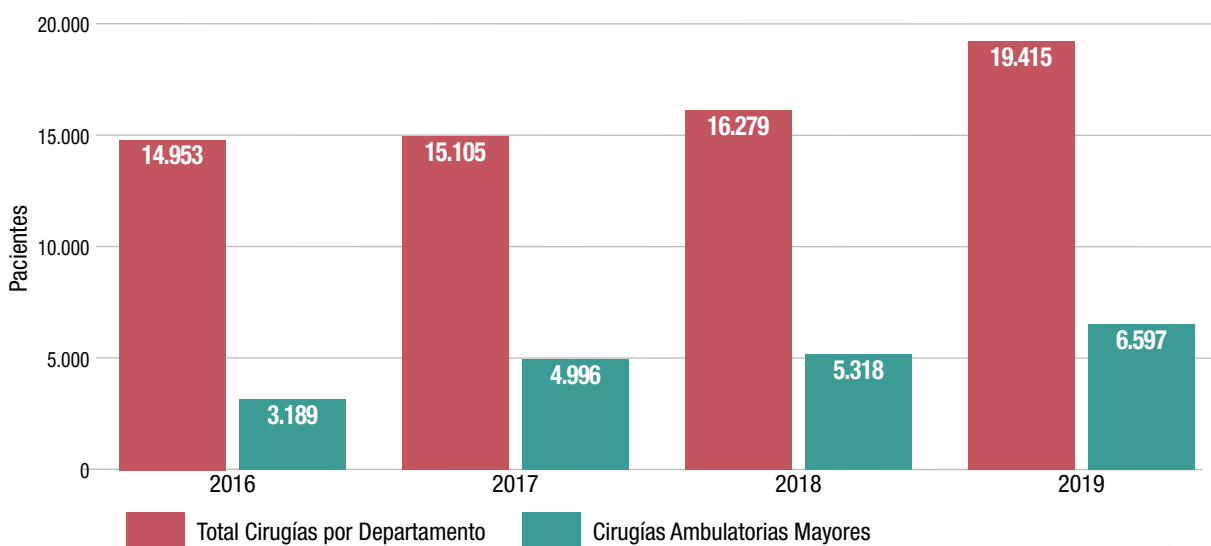
En el Gráfico 2 se observa el total de internaciones en la unidad, de manera anual, y a su vez las internaciones realizadas por la unidad de gestión de internación (UGI), que

fueron internaciones en el área de manera transitoria. Se observa un crecimiento sostenido por parte de los clientes internos (servicios que utilizan la UCA). Del año 2016 al año 2019 existe un crecimiento mayor al 50% de utilización.

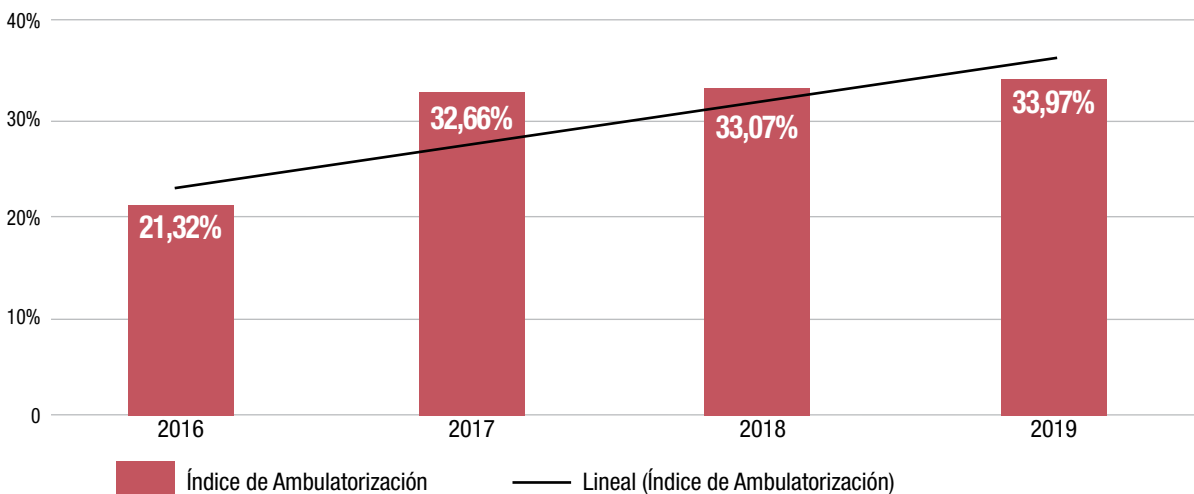
El Índice de Ambulatorización es un indicador que utilizan los servicios quirúrgicos, para evaluar el número de cirugías menores, medianas y mayores de manera ambulatoria; en el Gráfico 3 se observó el crecimiento en número totales de las cirugías y las cirugías mayores ambulatorias de manera anualizada.

La evaluación de los datos de cirugía mayor ambulatoria reveló para el cuatrienio control 2010-2014 que se

**Gráfico 3. Índice de ambulatorización 2016-2019**



**Gráfico 4. Índice de ambulatorización en porcentaje**



trataron con esta modalidad 50.318 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 30.058 pacientes con CMA (27,23%) y en el bienio 2018-19 se realizaron 35.694 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.

Con respecto a la tasa de ingreso no previsto o de internación no prevista (tabla 1), se evidencia desde la creación de la unidad la tasa de internación no prevista o tasa de ingreso no previsto fue para el año 2016 de 2,7% y para el año 2019 del 0,86 %, teniendo como estándares de calidad un valor menor al 1%.

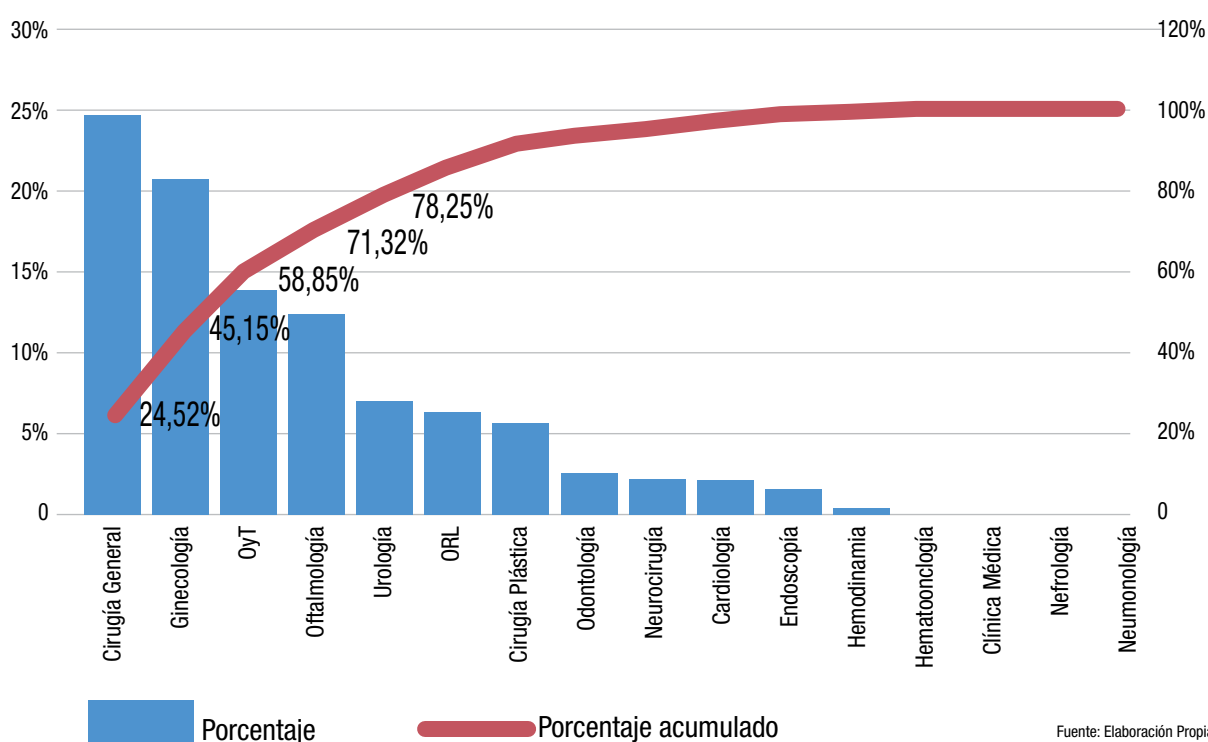
La tasa de Internación no prevista o de ingreso no previsto, en el primer año de creación de la unidad (2016) fue del 2,7%, siendo un valor de máxima calidad igual o menor al 1%. Con una tasa 1,54% en el cuatrienio se puede afirmar que se cumplió dicho objetivo.

**Tabla 1: Tasa de Ingreso no previstos**

| 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       |

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 5. Utilización de UCA por servicio que más lo utilizó**



Fuente: Elaboración Propia

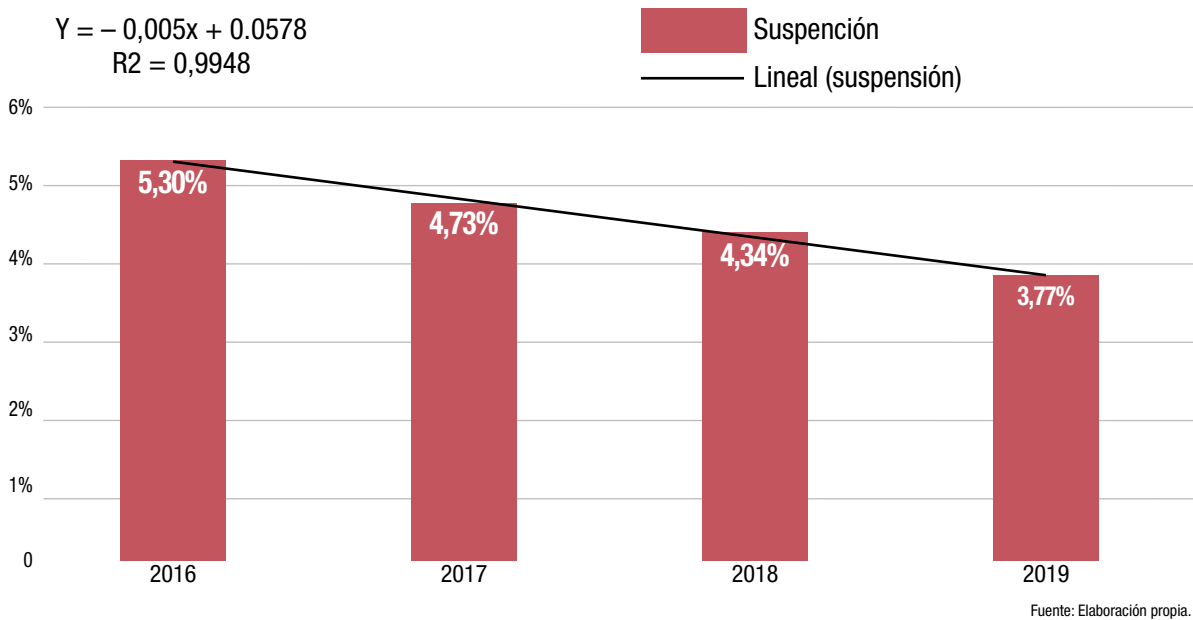
El Gráfico 5 permite identificar los 6 servicios que utilizan el 80% de la oferta de la unidad; por orden de frecuencia de pacientes internados son: cirugía general, ginecología, ortopedia y traumatología, oftalmología y urología, existiendo servicios con mínima o nula utilización de la misma.

Evaluada la suspensión anual en porcentaje, el Gráfico 6 muestra una línea decreciente del índice de suspensiones, de manera anual, claramente representado por

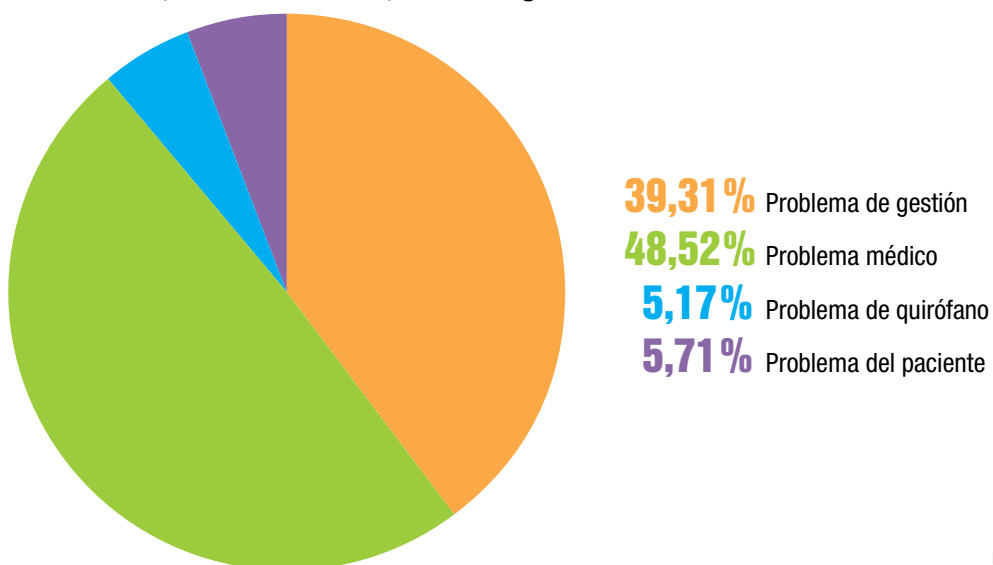
un  $R^2 = 0,9948$ . Esto permite afirmar que a pesar que hay mayor demanda del uso de la unidad, el índice de suspensión de cirugía en la unidad desciende progresivamente.

Evaluados los problemas de suspensión en porcentaje promedio dividido según los cuatros grupos, constituyendo el 87,83% de causas relacionadas a problemas médicos del paciente como la presencia de HTA, Hiper glucemia o falta de ayuno y problemas de gestión de

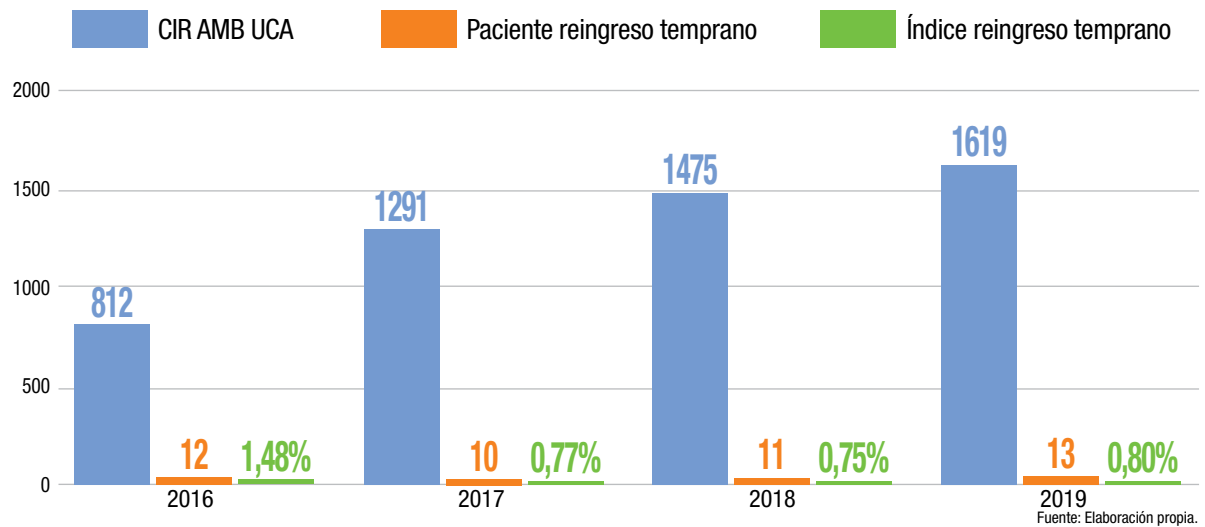
**Gráfico 6. Suspensiones anuales en porcentaje**



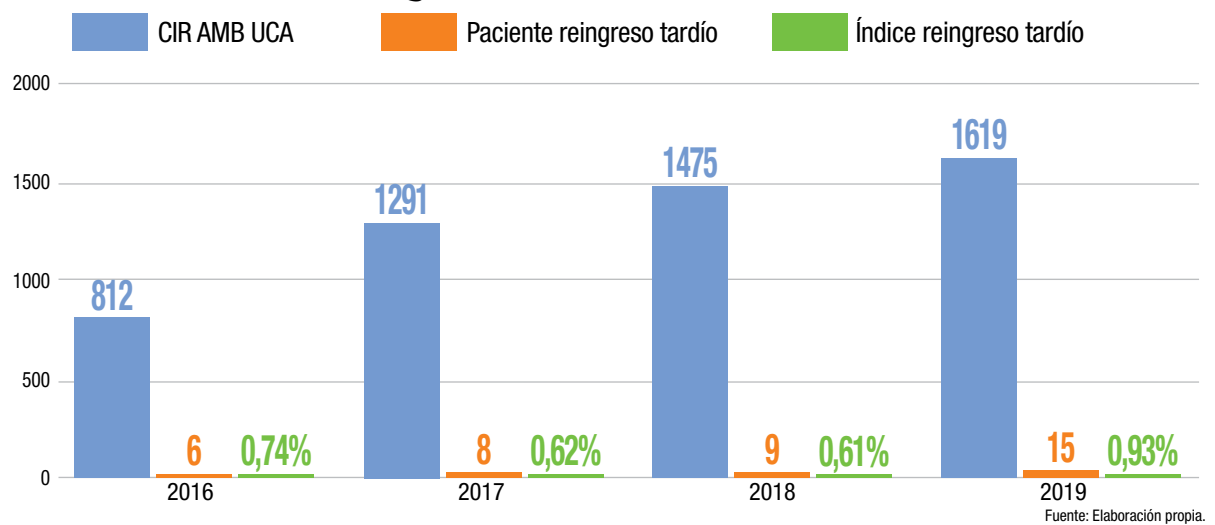
**Gráfico 7 Suspensiones en porcentaje**



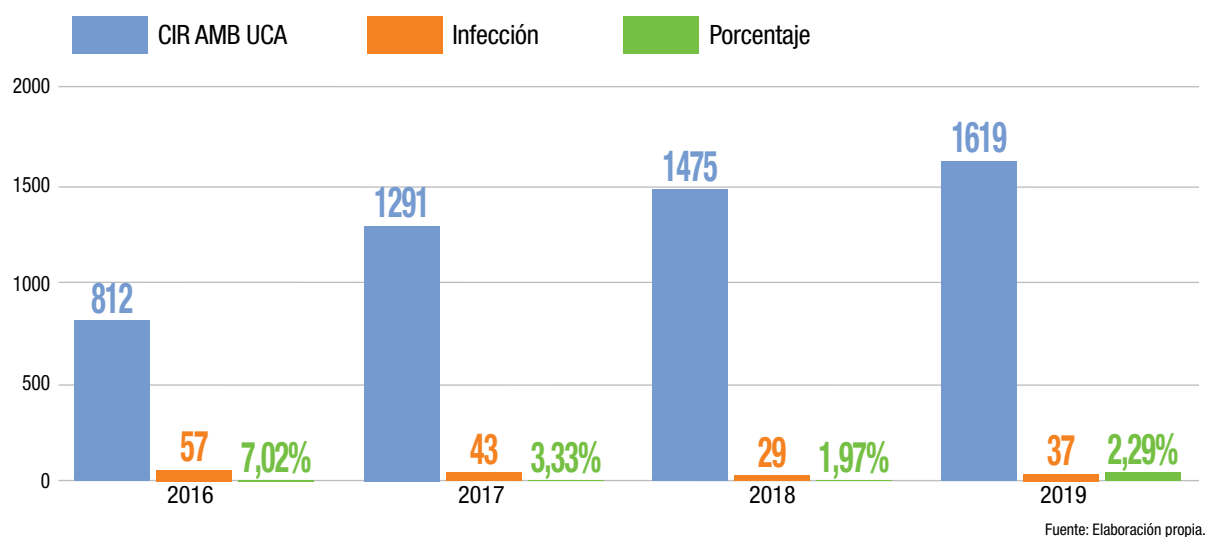
### Gráfico 8. Índice de reingresos tempranos



### Gráfico 9. Índice de reingresos tardíos



### Gráfico 10. Índice de infección de herida





quirófano/dirección como es la falta de prótesis / implante o la falta de tiempo quirúrgico por demora en la intervención previa (Gráfico 7).

Evaluado el índice de reingreso temprano fue de 1.48 % para el 2016, para luego mantenerse menor al 1 % en los años posteriores. 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 (Gráfico 8).

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. (Gráfico 9).

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 2016-2017 el porcentaje de infección fue del 5,17 % y en el segundo bienio 2018-2019 el porcentaje fue del 2,13 %, existiendo más del 50% de descenso del índice de infecciones en la unidad. (Gráfico 10).

## Encuestas telefónicas de seguimiento postoperatorio o scoring telefonico

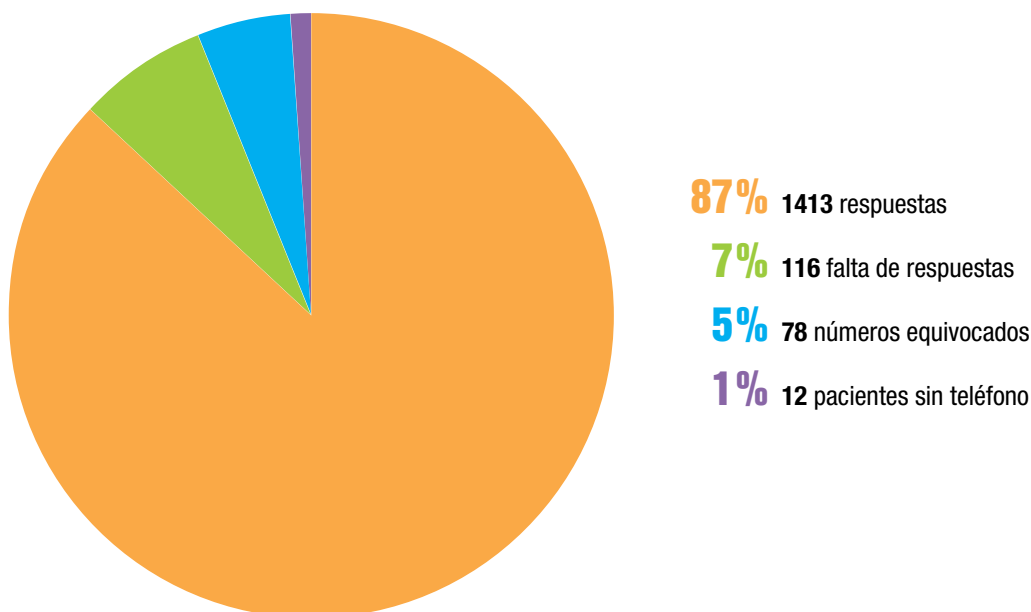
Este scoring telefónico ASI consta de 7 preguntas con puntaje máximo de 8 y los pacientes con puntaje de 4 o < a 4 son los que no cumplen criterios de alta hospitalaria, y si está en el control post-alta en su casa, se requiere mayores números de llamados telefónicos para el control del mismo o incluso 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.

A partir de enero del 2019 se empezó a utilizar el Scoring ASI telefónico, constituye una muestra de 1.619 pacientes. LLAMADOS CON RESPUESTA: fueron 1.413 pacientes (87.27%), a partir de mayo del año 2019 se comenzó con las encuestas por WhatsApp.

El Gráfico 11 muestra los 1.619 pacientes, el 87% (1.413) 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 1° y

**Gráfico 11. Encuesta telefónica**



Fuente: Elaboración propia.

2° día postoperatorio. Números equivocados 78 números equivocados, y 12 pacientes sin teléfono.

El porcentaje de respuesta es elevado, debería ser cercano al 100%, y la falta de respuesta debe ser < al 5%, por lo que es un parámetro a mejorar.

### Resultado del Scoring telefónico (ASI) ambulatory surgery incapacity

La encuesta de incapacidad después de una cirugía ambulatoria evaluada post-operatoriamente (ASI), busca 7 parámetros básicos.

Evaluada la tabla 3 del Scoring telefónico ASI, 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:

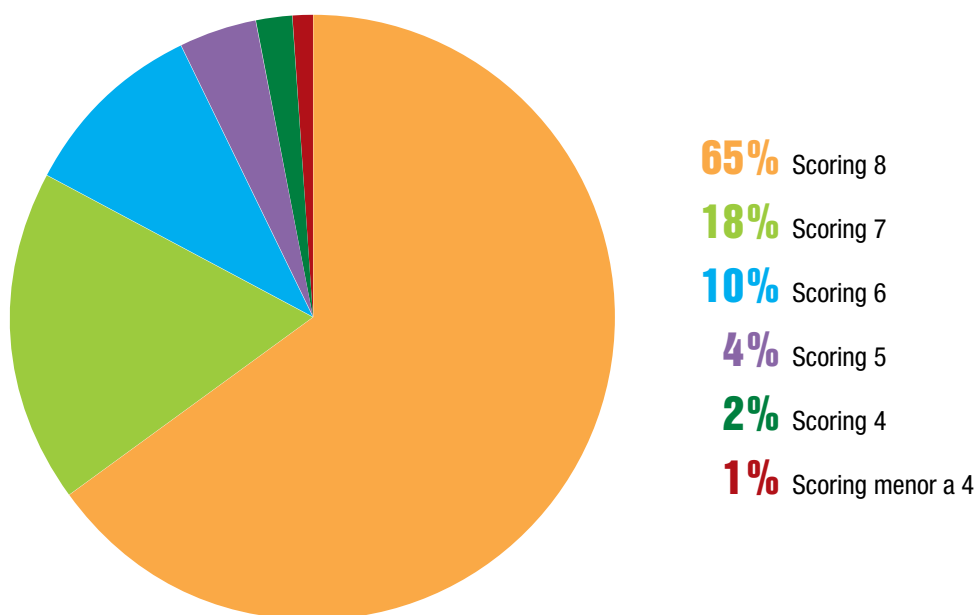
En el Gráfico 12 se observan los diferentes porcentajes de respuesta, representado en 65 % para el puntaje 8, 18% para el puntaje 7, 10% para el puntaje 6, consti-

**Tabla 3. Scoring telefónico**

|    | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | 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          |
|    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | <b>1413</b> |

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 12. Scoring telefónico**



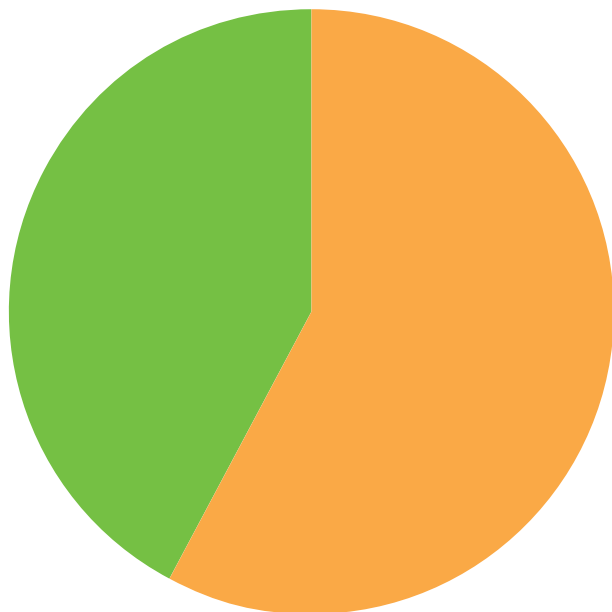
Fuente: Elaboración propia.

tuyendo 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%).

### Encuestas de satisfacción postoperatorias.

El Gráfico 13 representa el porcentaje de respuesta a la encuesta de satisfacción que fue del 58 % (1.159) respondieron y el 42 % (823) no. Si comparamos el índice de llamados del Scoring telefónico fue de 1.413 pacien-

**Gráfico 13**  
**Encuesta de satisfacción**

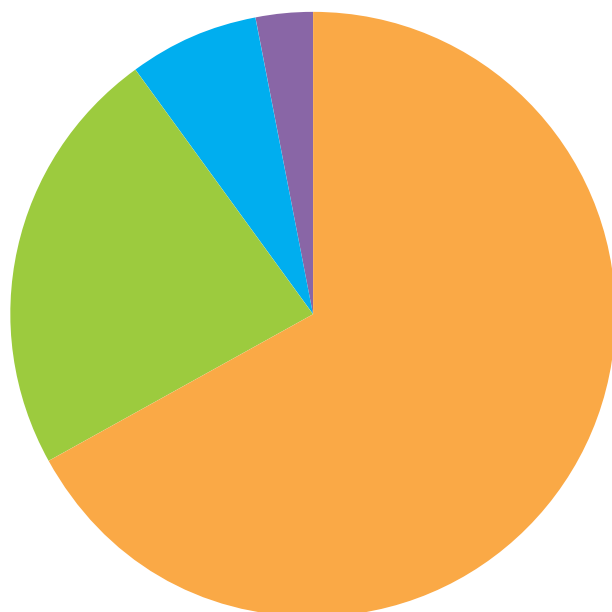


**58%** 1159 respuestas respondidas

**42%** 823 falta de respuestas

Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico 14**  
**Tiempo de espera de atención**



**67%** 781 Adecuado

**23%** 263 Poco

**7%** 86 Mucho

**3%** 29 Demasiado

Fuente: Elaboración propia.

tes y el número de respuestas de la encuesta de satisfacción telefónica de 1.159 pacientes, el porcentaje es del 82 %, con IC del 99% y un margen de error del 2.5%.

**Promedio de edad de respuesta:** 43 años y la respuesta por genero fue 39% (450) hombres y 61% Mujeres (709).

**Quien respondió la encuesta:** El porcentaje de respuesta fue en 84 % el propio paciente y un 16 % un familiar directo.

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 14).

Evaluated 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 15).

**Atención del personal administrativo:** la atención del personal administrativo muy buena 77%, buena el 22% constituyendo el 99 % de resultados, con solo 1 % de respuesta regular a la atención del personal.

**Atención personal de enfermería:** la atención del personal enfermería fue muy buena 94%, buena del 6 % constituyendo el 100 % de resultados positivos.

**Atención del personal médico:** La atención del personal médico fue muy buena 92%, buena del 8 %, solo 1 paciente se quejó de la atención de su cirujano tratante. El grado de satisfacción general fue de muy satisfecho en el 91% y satisfecho en el 9% (Gráfico 16).

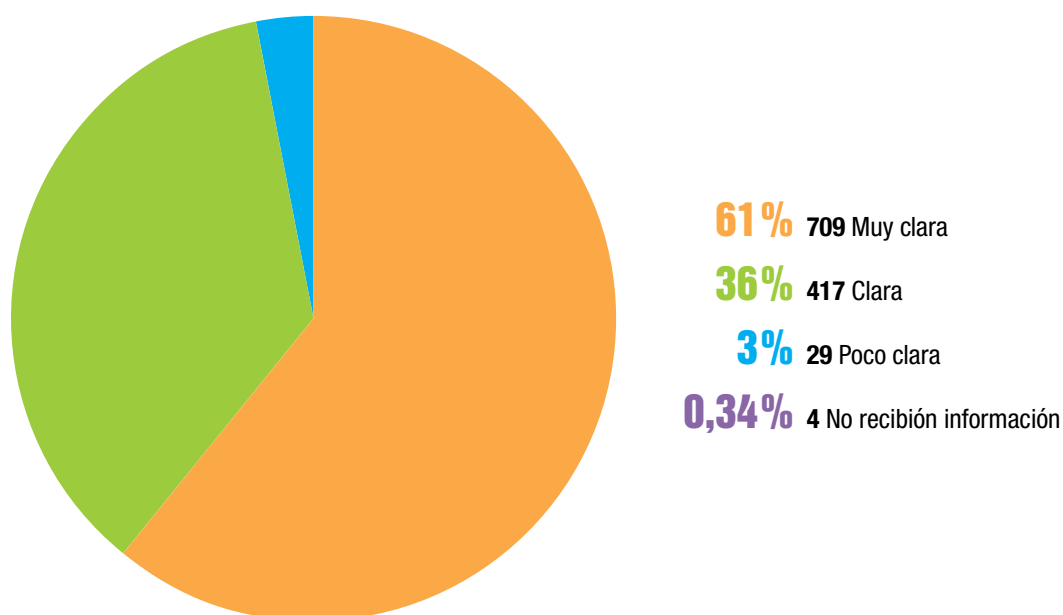
Calificación promedio de la UCA en una escala del 1 al 10: fue 9.70, con un puntaje mínimo en mayo de 9.58 y un máximo de 9.89 para abril del 2019.

## Discusión

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% (Antares, 2015).

La evaluación de los datos de la cirugía mayor ambulatoria reveló que para el cuatrienio control 2011-2014 el valor era del 15,30% y para el segundo cuatrienio 2016-2019 el valor alcanzado fue del 30,50%, se evidencia entonces un

**Gráfico 15. Tipo de información recibida**



Fuente: Elaboración propia.

crecimiento significativo del número de cirugías mayores ambulatorias en la institución ( $P < 0,0001$ ).

Cuando se evaluó el cuatrienio 2016-2019 dividido en 2 bienios, en el bienio 2016-2017 se realizaron 30.058 cirugías siendo cirugías mayores ambulatorias 27,23% y en el bienio 2018-2019 se realizaron 35.694 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. La tasa de internación no prevista o tasa de ingreso no previsto es un indicador muy importante porque informa del fracaso del proceso ambulatorio, debe ser  $< 5\%$  y algunas instituciones este indicador de calidad es  $< 1\%$ . Este indicador fue para el año 2016 de 2,7% y para el año 2019 del 0,86%, con una media de 1,54% en el cuatrienio, se puede afirmar que se cumplió dicho objetivo. 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.

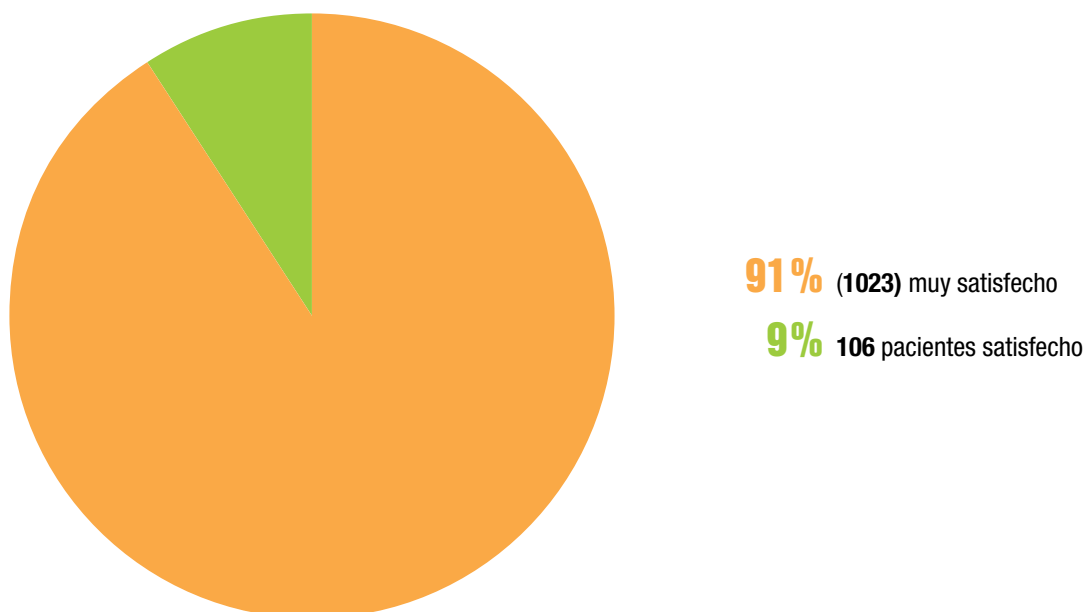
El porcentaje de suspensiones en el año 2016 fue del 5.3% y en el 2019 del 3.77 %, con una línea decreciente del índice de suspensiones claramente representado por un  $R^2 = 0,9948$ . A pesar de la mayor demanda del uso de la unidad, el índice de suspensión de cirugía fue descendiendo progresivamente.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

Evaluadas 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 las relacionadas 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 año 2016, para luego mantenerse  $< 1\%$  en los años 2017-19.

El índice de reingreso tardío fue menor al 0,93 % desde la creación de la unidad de cirugía ambulatoria.

## Gráfico 16. Grado de Satisfacción



Fuente: Elaboración propia.

El índice de infecciones en cirugías programadas ambulatorias fue del 7,02% en el año 2016 y el 2,29% en el año 2019. En el primer bienio 2016-2017 el porcentaje de infección fue del 5,17 % y en el segundo bienio 2018-2019 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.

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%.

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. Los resultados de la encuesta son muy satisfactorios, con un 100% de los encuestados que afirman que volverían a utilizar la unidad o recomendarían la internación en la misma.

## Conclusiones

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 una práctica científica eficiente que logra resultados equivalentes o mejores que la cirugía con internación 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. Es 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 simila-

res 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, re-

orientando 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 Ambulatorización de 15.30% del cuatrienio 2011-2014 al 30.50% en el cuatrienio 2016-2019.
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 año 2016 bajando al 3.77% en el año 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% de los pacientes atendidos en la UCA.
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.

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.

## Bibliografía

– Alegre Masiá, A. (2004) 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 de doctorado]. Universitat de Valencia

- Alvarado Gay, F., Vega Silva E., (2006). La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la atención. Experiencia de 15 años. *Revista de Especialidades médico-quirúrgica*, 11(3), 34-37
- Antares Consulting (2015). Libro Blanco de la Actividad y Gestión del Bloque Quirúrgico en España. Recuperado de: <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/356f8ea46ff1e222fbcdf4415c0363c9c9aa.pdf>
- Ardizzone, V., Sosa, S. (2013). Centro de cirugía ambulatoria modelo “a la medida” de su tiempo. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
- Arqueda, M. J., Alcántara, J., Viñoles, A., Santisteban, R. & Gosalbez, E. (2013). Seguimiento postoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria Postoperative telephone follow-up in ambulatory surgery. *Revista de Cirugía Mayor Ambulatoria*, 18(3), 105-112
- Capitán Vallvey, J. M. (2015). Indicadores de calidad actuales en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Revista Médica de Jaén*, 3, 14-19.
- Dirección general de Aseguramiento y Planificación Sanitaria (2013). CMA: Guía de organización y funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Collen, D. & Dillon J. B. (1966). Anesthesia for outpatient surgery. *JAMA*, 196, 1114-1116
- Davis, J. E. (1987). The major ambulatory surgical center and how it is developed. *The Surgical clinics of North América*, 67(4), 671
- Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista. Calidad Asistencial*, 16: S11- S27
- Falcón Hernández, A., Navarro Machado, V., Molina Lois, R., Morejón Barroso, O., Araña Hernández, Y. & Reyes Cabrera, H. (2015). Primer Centro Especializado Ambulatorio en Cuba y sus resultados en tres años de trabajo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41 (1), 130-138
- Ferraina, P. (1991). Cirugía Ambulatoria: relato oficial. *Revista Argentina de Cirugía*, 1-162
- García Arance, M., Pérez Torres, M., Gil Parra, M., Valera López, R., Docobo Durántez, F. (2009). Indicadores de calidad: ingresos no esperados y reingresos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Revista de Cirugía Mayor Ambulatoria*, 14(1), 20-24P
- García-Blanch, B. G. (2013). Estudio del programa de cirugía mayor ambulatoria en un servicio de cirugía general y aparato digestivo. [Tesis de doctorado]. Universidad Autónoma de Madrid Facultad de Medicina
- Historia e Infraestructura del Hospital Nacional Alejandro Posadas (2019). Recuperado de <http://www.hospitalposadas.gov.ar/institucional/historia/>
- Jaramillo Mejía, J. (2005). Principios filosóficos de la cirugía ambulatoria. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 33(4). Recuperado de [www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472005000400001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472005000400001)
- Manual de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento (2008). Buenos Aires: ITAES
- Marjamma, R. (2008). Operating room management: why, how and by whom? doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01618.x>
- Mateo Cerdán, C. M., Cortiñas Sáenz, M., López Pérez, A., García Blasco, O., González Martínez, E., Martínez García, L. L. (2007). Análisis de complicaciones e indicadores de calidad en una unidad de CMA. *Revista de Cirugía Mayor Ambulatoria*, 12, 71-74
- 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
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Bloque quirúrgico: Estándares y recomendaciones. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
- Numpaque-Pacabaque, A., Buitrago-Orjuela, L. A., Pardo-Santamaría, D.F. (2019). Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario, *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(2), 235-9
- 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>
- Pino, L., Cagigas, J. C., Gutiérrez, E., Bolado, M., Ruíz, J. L., Cagigas-Roecker, P., Gómez, J., Gonzalo, R., Martínez, C. & Ochoa, M. (2016). 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*, 11, 143-151
- Recart, A. (2017). Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 682-690
- Rivera, J., Gines, M. (1988). Cirugía Ambulatoria: estudio piloto. *Cirugía Española*, 44, 865-874
- Sala Hernández, A., Granero Castro, P., Montalva Orón, E. & Maupoey Ibáñez, J. (2019). Evaluación de la seguridad y satisfacción de los pacientes en un programa de colecistectomía laparoscópica ambulatoria con criterios expandidos. *Cirugía Española*, 97(1), 27-33
- Verde Remiseiro, L. & López Pardo, E. (2013). Índices de calidad en cirugía ambulatoria. *Revista de Cirugía Mayor Ambulatoria*, 18, 114-116
- Viñolez Pérez, J. (2007). Control de calidad postquirúrgico en cirugía ambulatoria. Valencia: Universidad de Valencia
- Tobar Federico, D. S. (2007). 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/>