CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):384

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-005 - CRISIS E INDICADORES DE CALIDAD EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA (2011-2015)

Turiño-Luque, Jesús Damián[1]; Blanco Elena, Juan Antonio[1]; Pitarch Martínez, María[1]; Rivas Becerra, José[1]; Nicolás de Cabo, Sara[2]; Cabello Burgos, Antonio[1]; Martínez Ferriz, Abelardo[1]; Santoyo Santoyo, Julio[2]

[1]UGC Cirugía General y Aparato Digestivo. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia; [2]UGC Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Resumen

Introducción: Inicialmente la cirugía mayor ambulatoria (CMA) surge como una forma de tratar patología quirúrgica prevalente sin necesidad de ingreso a la que se le añaden posteriormente procedimientos de corta estancia (colecistectomía, hernia de hiato, eventraciones...). Ésta debe cumplir unos estándares de calidad claramente establecidos. Entre los más importantes destacar: tasa ambulatorización, tasa intervenciones suspendidas y tasa de pernocta no planificada. Estos pueden verse afectados por la situación económica de la sanidad pública y al desencanto (*burnout*) de los profesionales de la salud.

Objetivos: Conocer nuestros resultados de calidad y el efecto de la crisis sobre ellos. Conocer las principales causas de pernocta no planificada y suspensión de la intervención.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes intervenidos desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015. Se generó una base de datos mediante búsqueda a través del soporte informático disponible en nuestro centro (AQUA y DAH) y de los datos proporcionados por RDQ. Se registró: régimen del paciente (ingreso, CMA, fue excluida la cirugía menor), suspensión de la intervención (sí/no), causa de la suspensión, cambio régimen y motivo por el que se produce. Análisis descriptivo de los resultados por sistema SPSS 15.0.

Resultados: En la tabla se muestran los resultados de los cinco años de estudio. Existe una mejoría en la tasa de ambulatorización en el periodo de estudio de forma considerable, así como de la tasa de pernocta no planificada. La tasa de pernocta no planificada ha mejorado igualmente a lo largo del estudio. Si analizamos las principales causas por las que un paciente ingresa tras ser sometido a una intervención potencialmente de régimen ambulatorio destacan: criterios anestésicos –náuseas o vómitos, retención urinaria...- (n = 269; 35,53%); cirugía complicada (drenajes...) (n = 136; 17,46%). En 179 episodios (22,98%) no consta el motivo. La tasa de suspensión se mantiene por encima del estándar de calidad. Entre las principales causas de suspensión de la intervención en el global del estudio fueron: pared abdominal 22,76% (n = 33) por proceso médico que contraindica la intervención; proctología 23,68% (n = 18) por incomparecencia el día de la intervención; patología vesicular 25,33% (n = 19) falta de preparación.

	2011	2012	2013	2014	2015

Total pacientes intervenidos*	897	1.236	1.157	953	997
Tasa ambulatorización	43,26	44,78	54,17	57,1	62,7
Tasa de pernocta no planifica	17,16	15,39	16,33	15,23	13,84
Tasa de suspensión	7,02	7,04	6,06	6,4	7,52
*Excluida la patología de piel y partes blandas realizada en régimen de cirugía menor.					

Conclusiones: Pese a la crisis hemos conseguido una mejora sustancial en la tasa de ambulatorización (62,7%) y en la tasa de pernocta no planificada (13,84%). Las principales causas de pernocta no clasificada son: criterios anestésicos, desconocida o intervención complicada. Entre las principales causas de suspensión de la intervención: procesos médicos, incomparecencia del paciente, falta de preparación.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados