

Índice de sustitución como indicador de calidad en cirugía mayor ambulatoria. Evolución anual en un servicio de cirugía

B. Flores, L. Carrasco, V. Soria, M.F. Candel, E. Pellicer, R. Lirón y J.L. Aguayo*

*FEA Cirugía General. *Jefe del Servicio de Cirugía General. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia.*

Resumen

Fundamento: El índice de sustitución (IS) es uno de los indicadores utilizados para monitorizar la calidad de los programas de cirugía mayor ambulatoria (CMA). El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la evolución en los últimos años de dicho índice en nuestro servicio de cirugía.

Métodos: En el período 1995-2000 fueron intervenidos 5.675 pacientes por patologías incluidas en los programas de CMA. El 37,8% de los pacientes fueron intervenidos sin ingreso. Se analiza el IS anual para cada enfermedad.

Resultados: Observamos una evolución ascendente del IS para cada enfermedad, alcanzando en el año 2000 cifras del 93% para enfermedades como el sinus pilonidal.

Conclusión: El IS como medida del impacto de la CMA en nuestro servicio ha presentado un incremento anual para la mayor parte de los procesos hasta equipararse con los estándares establecidos actualmente.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria. Índice de sustitución.

Summary

Background: The substitution index (SI) is one of the indicators used to monitor the quality of outpatient surgery (OPS) programs. The aim of this study was to evaluate the evolution of this index in our department during the last few years.

Methods: From 1995-2000, 5675 patients underwent surgery for diagnoses included in the OPS program. Of these, 37.8% underwent ambulatory surgery. We analyzed the annual SI in each diagnostic group.

Results: The SI index increased for each diagnostic group. In 2000 values reached 93% for diagnostic groups such as pilonidal sinus.

Conclusion: Used as a measure of the impact of OPS in our department, the SI has increased annually in most surgical procedures and is similar to currently established standards.

Key words: Outpatient surgery. Substitution index.

Introducción

Diversos factores han condicionado la difusión de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en nuestro país. Entre ellos destaca, por un lado, el aumento de las listas de espera para intervenciones susceptibles de ser realizadas en régimen ambulatorio y, por otro, la necesidad de aumentar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. En el año 1997 se introduce, como indicador de monitorización del desarrollo de la CMA, el índice de sustitución (IS), definido como la proporción de intervenciones realizadas por CMA respecto al total de intervenciones programadas para cada procedimiento¹.

El objetivo de este trabajo es estudiar el impacto de la CMA en nuestro servicio de cirugía mediante el análisis de la evolución del IS en los últimos 6 años antes de entrar en el siglo XXI.

Pacientes y método

En el período enero de 1995-diciembre de 2000 fueron intervenidos por el Servicio de Cirugía General del Hospital Morales Meseguer 5.675 pacientes por enfermedades susceptibles de ser tratadas en régimen ambulatorio. De ellos, 2.143 (37,8%) fueron incluidos en el programa de CMA. Los criterios de exclusión del programa CMA se dividieron en: a) dependientes del paciente (no aceptación, retraso mental, riesgo anestésico elevado, enfermedad de base descompensada, edades extremas, tratamiento anticoagulante previo); b) dependientes del entorno (dificultad de acceso al hospital, vivienda no acondicionada, no disponibilidad de familiar responsable), y c) complicaciones durante la intervención.

El hospital de día quirúrgico (HDQ) constituye una unidad separada dependiente administrativa y arquitectónicamente del hospital. Cuenta con 14 camas y funciona las 24 h con tres turnos de enfermería. Este sistema permite que algu-

Tabla 1. Intervenciones realizadas en régimen ambulatorio referidas al total para cada enfermedad

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Varices CMA/total	3/56 (5,36%)	19/76 (25%)	19/76 (25%)	26/121 (21,5%)	56/147 (38,1%)	74/129 (57,4%)
Cirugía proctológica CMA/total	29/149 (19,5%)	18/133 (13,5%)	55/147 (37,4%)	80/202 (39,6%)	78/169 (46,2%)	114/167 (68,3%)
Nódulo mamario CMA/total	37/54 (68,5%)	40/102 (39,2%)	37/101 (36,6%)	44/107 (41,1%)	69/132 (52,3%)	143/191 (75%)
Sinus pilonidal CMA/total	21/92 (23%)	42/108 (38,9%)	79/118 (67%)	87/151 (57,6%)	105/140 (75%)	150/161 (93,2%)
Hernia umbilical y eventración CMA/total	10/154 (6,5%)	8/159 (5%)	24/126 (19%)	35/162 (21,6%)	56/163 (34,4%)	68/153 (44,4%)
Hernia inguinocrural CMA/total	26/225 (11,6%)	32/221 (14,5%)	32/221 (24,4%)	83/314 (26,4%)	122/330 (37%)	195/311 (62,7%)

CMA: cirugía mayor ambulatoria.

nos pacientes intervenidos en el turno de tarde puedan ser dados de alta a primera hora del día siguiente.

Respecto a la técnica quirúrgica, se recurrió a los procedimientos sin tensión mediante el uso de malla de polipropileno para la corrección de los defectos de la pared abdominal. La cirugía del sinus pilonidal consistió en la exéresis en bloque y el cierre primario de la herida; en el tratamiento de las hemorroides, se empleó la hemorroidectomía según la técnica de Milligan-Morgan. Para el resto de las enfermedades se emplearon las técnicas habituales. La anestesia local, con o sin sedación, y la raquianestesia fueron las técnicas empleadas. No se registró mortalidad en la serie. Se determinó el IS por enfermedad/año durante el período citado.

Resultados

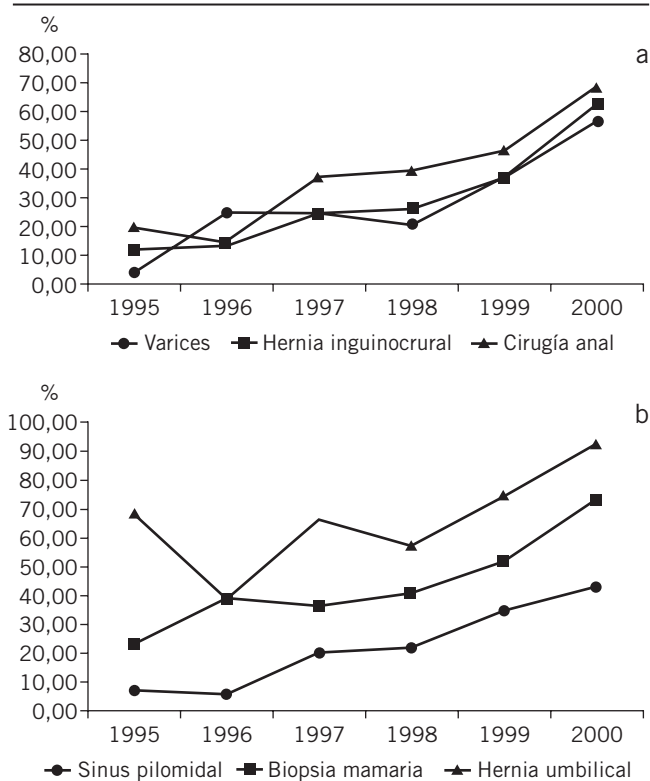
La edad media de los pacientes fue de 48 años (rango, 17-88) y la distribución por sexos de 1.028 varones y 1.115 mujeres. Los procesos realizados en régimen ambulatorio fueron: hernia inguinocrural (HIC), 517 (24% del total de CMA); hernia umbilical y eventración, 201 (9,4%); sinus pilonidal, 484 (22,6%); exéresis de nódulo mamario, 370 (17,3%); varices, 197 (9,2%), y cirugía proctológica, 374 (17,5%).

El IS para varices fue del 5,36% en 1995, presentando una evolución ascendente hasta situarse en el 57,4% en 2000. El IS para la HIC varió del 11,5 hasta el 62,7%. El IS para la cirugía anal aumentó del 19,5 hasta el 68,3% en el período estudiado. Una evolución similar observamos en los índices anuales para el sinus pilonidal (aumento progresivo desde el 22,8 hasta el 93%) y la hernia umbilical y la eventración menor (del 6,5 al 44,5%). Hemos observado una inflexión del IS para biopsia mamaria durante los años 1996 y 1997, aunque posteriormente siguió un curso similar al resto de los procesos alcanzando la cifra del 75%. El total de intervenciones por enfermedad queda reflejado en la tabla 1. En la figura 1 queda representada gráficamente la evolución anual de los IS.

Discusión

La existencia de listas de espera quirúrgica (LEQ) para intervenciones susceptibles de ser realizadas en régimen ambulatorio, las presiones para aumentar la actividad quirúrgica, así como la necesidad de aumentar la eficiencia del Sistema

Figura 1a y b. Evolución anual del índice de sustitución (IS) para enfermedades incluidas en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).



Nacional de Salud (SNS) han sido factores favorecedores de la difusión de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en España. El impacto de la CMA se ha hecho evidente en varios aspectos: la actividad hospitalaria, la calidad asistencial, la organización y el funcionamiento de los centros, y la eficiencia del sistema (impacto económico)^{1,2}.

Respecto al impacto en la actividad hospitalaria, la CMA tiene capacidad de ahorrar estancias y camas, permite aumentar la actividad quirúrgica y aumenta la disponibilidad de camas, por lo que disminuye la espera para la realización de determinadas intervenciones^{3,4}.

Cabe destacar, como característica de la CMA, la reducción del coste por proceso con la misma o una mayor calidad asistencial. Esto puede medirse en las dimensiones científico-técnica y, sobre todo, en la calidad percibida. En lo referente a la efectividad clínica, las tasas de mortalidad son muy bajas en estos procesos, tanto los realizados por CMA como con ingreso. Además, las tasas de complicaciones clínicas no difieren significativamente entre la cirugía ambulatoria y la realizada con ingreso. Por ello, el impacto de la CMA sobre la calidad asistencial deberá medirse fundamentalmente en la calidad percibida de la atención sanitaria. Una reducción del tiempo de LEQ y la estancia en el hospital con una menor interferencia en la vida diaria conllevan una mayor aceptación y satisfacción, medibles en los cuestionarios de satisfacción. La mejoría del estado de salud, una oferta de cuidados y servicios óptima, así como la correcta explicación del diagnóstico y las opciones terapéuticas, son los factores mejor valorados por los pacientes⁵⁻⁷.

Al analizar el impacto económico de la CMA, observamos que dicha modalidad quirúrgica tiene la capacidad de aumentar la eficiencia del sistema, ya que mantiene los resultados con un menor consumo de recursos y coste unitario. No obstante, el aumento de la CMA generalmente se acompaña de un incremento de la actividad quirúrgica global (aumento de la productividad quirúrgica), ya que la actividad quirúrgica con ingreso no puede reducirse en la misma proporción. En consecuencia, a pesar de que la CMA reduce el coste unitario, el gasto global para el centro puede aumentar¹.

La calidad asistencial y la contención de costes son los objetivos más importantes de los profesionales de la salud. Es necesario desarrollar iniciativas de mejora de la calidad así como de indicadores de la misma para el control de problemas, como ingresos innecesarios, personal inadecuado o utilización eficiente del quirófano⁸. Entre los indicadores de calidad para CMA destacan por su importancia los siguientes: índice de ingreso, índice de reingreso, visitas a urgencias, índice de suspensión, evaluación del dolor postoperatorio e IS². En nuestro estudio, observamos una evolución ascendente del IS en el período 1995-2000, hasta equipararse con los estándares establecidos actualmente. La inflexión negativa observada durante los años 1996-1997 en el IS para el nódulo mamario la atribuimos a la inclusión en estos años de las biopsias dirigidas por arpón (previamente no realizadas) y que, en un primer momento y debido a problemas técnicos, no pudieron realizarse como CMA.

Esta apuesta por una mejora de la calidad asistencial se apoya en factores como la adopción de modernas técnicas

quirúrgicas (p. ej., la hernioplastia sin tensión)^{4,9}, así como la evolución en las técnicas anestésicas^{10,11}. En nuestro caso, además, el hecho de mantener abierto el HDQ en el turno de noche nos ha permitido mantener estas cifras puesto que aunque muchos pacientes son operados en el turno de tarde, pueden permanecer durante unas horas en el hospital sin aumentar la ocupación.

El número de procedimientos realizados en régimen ambulatorio probablemente seguirá aumentando en los próximos años. Es necesario el establecimiento de indicadores de calidad y su continua evaluación utilizando incluso los modernos sistemas informáticos para registros de datos multicéntricos y la realización de *benchmarking*¹² con el objetivo de alcanzar una progresiva mejora de nuestros resultados.

Bibliografía

1. Moral L, Alonso M. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en España. En: Porrero JL, editor. Cirugía mayor ambulatoria. Manual práctico. Ediciones Doyma, S.A., 1999; p. 9-22.
2. Morales R, Esteve N, Carmona A, García F, Sánchez A, Olesti P. Quality indicators in ambulatory surgery. *Ambulat Surg* 2000;8:157.
3. Carrasco L, Flores B, Aguayo JL, De Andrés B, Moreno A, Cartagena J, et al. Contribution of the outpatient surgery unit to the general surgery department of a district hospital. *Ambul Surg* 2000;8:158.
4. Flores B, Carrasco L, Aguayo JL, Moreno A, Cartagena J, De Vicente JP. Treatment of the abdominal wall defects in an ambulatory surgical setting: our experience. *Ambul Surg* 2000;8:158.
5. Oermann MH, Dillon SL, Templin T. Indicators of quality of care in clinics: patients' perspectives. *J Health Qual* 2000;22: 9-11.
6. Mili-Boussen I, Ben Romdhane B, Beltaief O, Mzali H, Ben Moallem H, Chkir R, et al. Patients' opinions about day cataract surgery in a general hospital. *Tunis Med* 2000;78:266-9.
7. Woodward CA, Ostbye T, Craighead J, Gold G, Wenghofer EF. Patient satisfaction as an indicator of quality care in independent health facilities: developing and assessing a tool to enhance public accountability. *Am J Med Qual* 2000;15:94-105.
8. Frezza EE, Girnys RP, Silich RJ, Coppa GF. Commentary: quality of care and cost containment are the hospital-based ambulatory surgery challenges for the future. *Am J Med Qual* 2000;15:114-8.
9. Pérez EM, Barriga R, Rodríguez MA, Larrañaga E, Figueroa JM, Serrano PA. Ambulatory surgery for groin hernia: the Gilbert repair. *Ambulat Surg* 2000;8:135-8.
10. Martín López MA, Fortuny GO, Riera FO, Grau LH, Maeso MP. Effectiveness of a clinical guide for the treatment of postoperative pain in a major ambulatory surgery unit. *Ambulat Surg* 2001;9:33-5.
11. Carrasco MS, Sánchez D, Portilla D, Rosales C, Rojas A. Anestesia en cirugía mayor ambulatoria. En: Porrero JL, editor. Cirugía mayor ambulatoria. Manual práctico. Ediciones Doyma S.A., 1999; p. 59-83.
12. Bovbjerg VE, Olchanski V, Zimberg SE, Green JS, Rossiter LF. Internet-based monitoring and benchmarking in ambulatory surgery centers. *Jt Comm J Qual Improv* 2000;26:450-65.