

HOSPITAL MILITAR CLINICO QUIRÚRGICO DOCENTE
"COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

PERIOPERATORIO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.
ESTRATEGIA DE CALIDAD

Por:

Dr. Antonio Ferrer Pérez¹, Dr. Salvador Torres Fraguela², Dr. Raúl Ramírez Álvarez³, Dr. Remberto González Delís⁴, Dr. Carlos Cabrera Dreque⁴, Dr. Abraham Reyes Pérez⁵, Dr. Juan J. Roig Fabrè⁶ y Dr. Silvio González Acosta⁷.

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anestesia y Reanimación.
3. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. ISCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Cirugía General.
5. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. ISCM-VC.
6. Especialista de I Grado en Cirugía General. Intensivista.
7. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

Resumen

Se realizó un estudio sobre las condiciones de calidad del preoperatorio y el postoperatorio del programa de cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Santa Clara; para ello fueron encuestados 122 pacientes intervenidos en el período de junio del 2000 hasta agosto de este mismo año, así como 20 cirujanos relacionados con la atención a estos pacientes. El 83,6 % de los enfermos prefirió este tipo operación, y el 15,4 % no tuvo condiciones de vivienda para hacer el postoperatorio con calidad. El 73,8 % de los pacientes refirió haber recibido un buen nivel de información; sin embargo, el 91,8 % no conocía las ventajas de este tipo de modalidad quirúrgica. El 22,9 % de los pacientes no pudo viajar en un vehículo adecuado. El 80,3 % fue visitado en el postoperatorio por el médico, la enfermera de la familia o ambos en las primeras 24 horas. El 100 % de los médicos estuvo de acuerdo con que existen problemas en el Departamento de Admisión. La complicación más frecuente fue el vómito en el 10,6 % de los pacientes; ninguna complicación necesitó reingreso, y no hubo secuelas graves ni fallecidos. Se logró un aumento de la disponibilidad de camas y se redujeron los costos hospitalarios.

Descriptores DeCS:

CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD
CIRUGIA AMBULATORIA

Subject headings:

QUALITY OF HEALTH CARE
AMBULATORY SURGERY

Introducción

La elevación constante de la calidad de los servicios constituye una premisa económica y social fundamental para la construcción del socialismo. En los momentos actuales, dada la escasez de recursos materiales, el criminal bloqueo económico al que hemos sido sometidos por el imperialismo norteamericano y el desabastecimiento que trajo consigo el desmoronamiento del campo socialista, estamos obligados a aplicar técnicas que permitan ofrecer una atención con altos niveles de profesionalidad; por ello, la calidad cobra prioridad, ya que es un derecho del paciente y debe estar garantizada. Los enfermos que acuden al servicio de cirugía lo hacen con la confianza de que el estado les garantiza todo lo necesario para su intervención, y que el personal que lo atiende posee las condiciones científicas óptimas¹.

En un país como el nuestro, único en el mundo, con un sistema de salud gratuito y priorizado que se extiende más allá de nuestras fronteras, la atención al paciente que requiere una intervención quirúrgica ambulatoria cobra una nueva dimensión, cuyo noble propósito es, sin dudas, el de aportar las ventajas de este tipo de operación mayor, tanto para el paciente como para las instituciones donde se desarrollan estos programas. En 1995 se dieron los primeros pasos en la confección de los manuales de procedimientos y la creación de condiciones concretas para la acreditación de hospitales. Uno de los estándares incluye el programa de cirugía mayor ambulatoria. Ya en enero de 1997 la Dirección Nacional de Estadística exigía datos sobre el desarrollo de este programa.

En la calidad de este tipo de asistencia influye el nivel de información de la población, la preparación de los profesionales y las condiciones de las instituciones en la que cambian algunos esquemas con la participación más dinámica de otras esferas: Laboratorio Clínico, Departamento de Radiología, Electrocardiografía y Farmacia, que debe tener a la disposición de los pacientes los fármacos para ser consumidos en el domicilio²⁻⁵.

Aunque cada programa debe adaptarse a las circunstancias y particularidades de cada institución, el nivel de información en todos los estratos (población, profesionales y administración) fue pobre en sus inicios, para no decir nula. Más que introducir el programa, éste se impuso en su desarrollo; lo hemos mejorado progresivamente, y se han dado pasos importantes, pero pensamos que quedan dificultades organizativas en el preoperatorio y postoperatorio que afectan la calidad del mismo, lo que nos ha motivado a desarrollar este trabajo. Creemos que lo necesario está en interrelacionar los elementos del perioperatorio (preoperatorio y postoperatorio), pues el transoperatorio transcurre igual que en el paciente ingresado.

Métodos

Para la realización de este trabajo se creó una consulta para la atención del frente ambulatorio, donde se seleccionaron y aprobaron por las especialidades involucradas los pacientes que fueron sometidos a esta modalidad, con el fin de garantizar un servicio de calidad para los enfermos, como lo exige nuestro sistema de salud.

Fueron encuestados 20 médicos que participaron en el programa y 122 pacientes a quienes se practicaron operaciones ambulatorias durante los meses de junio, julio y agosto del año 2000, en el Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Villa Clara. Se realizó un estudio de los principales factores que incidieron en la calidad de la prestación de servicios de estos pacientes; los datos obtenidos en la encuesta fueron procesados en el sistema SPSS 9.0 para Windows.

En el trabajo realizado por Reyes Pérez y Martínez Ramos se exponen algunos conceptos sobre calidad:

- Calidad es un producto o servicio, es la caracterización del artículo o servicio.
- La calidad consiste en no tener deficiencias.
- Calidad es satisfacer los requerimientos del cliente (paciente) a un costo mínimo.
- La calidad no cuesta, lo que cuesta es la ausencia de calidad.

- En los servicios de salud la mera satisfacción del paciente (cliente) no es suficiente para evaluar la calidad.
- En los servicios no existen los términos medios. Hay que aspirar a la excelencia, al cero defecto.
- La cirugía mayor ambulatoria constituye un requisito para la acreditación hospitalaria.

(Reyes Pérez A, Martínez Ramos G. Impacto de las reintervenciones sobre la calidad de la asistencia médica prestada en el servicio de Cirugía General, Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Trabajo de Diplomado; 1999).

Resultados

En el período comprendido entre el primero de junio y el 5 de septiembre del año 2000, el 62,0 % de los enfermos recibió tratamiento quirúrgico de forma ambulatoria (tabla 1).

Tabla 1 Cirugía mayor ambulatoria.

Operados	Meses			Total
	Junio	Julio	Agosto	
Mayor electiva	197	120	102	419
Mayor ambulatoria	126	80	54	260
Por ciento	63,0	66,0	52,9	62,0

Fuentes: Informes estadísticos.

Ante la alternativa de mantenerse ingresado o retornar a la casa después de una intervención quirúrgica, el 83,6 % prefirió esta última opción (tabla 2).

Tabla 2 Opciones de los pacientes.

Opción	No	%
Ingresado	20	16,4
Volver a casa	102	83,6

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3 se muestra que el 84,6 % de los operados mantenía condiciones mínimas indispensables en la vivienda y el 87,7 % tenía el acompañante adecuado, mientras que las malas condiciones de la vivienda y un acompañante no adecuado sólo se observaron en una minoría.

Tabla 3 Condiciones del domicilio y acompañante responsable.

Características	No	%
Buenas condiciones	104	84,6
Malas condiciones	18	15,4
Acompañante adecuado	107	87,7
Acompañante no adecuado	15	12,3

Fuente: Encuesta.

En la tabla 4 llama la atención que existen condiciones que limitan el programa; entre ellas sobresalen las deficiencias que existen en el departamento de Admisión, deficiencias en el alta del salón de recuperaciones, y la no atención por el especialista en MGI durante las primeras 24 h.

Tabla 4 Condiciones que limitan el programa.

Condiciones	No	%
Domicilio	4	20
Acompañante	3	15
Analgésicos	2	10
Prioridad	5	25
Transporte	6	30
Deficiencias en el departamento de Admisión	20	100
Deficiente alta de recuperación	20	100
Falta de atención por MGI durante las primeras 24 horas	20	100

El 19,7 % de los operados no fue atendido por el médico de la familia en las primeras 24 h del postoperatorio y, por tanto, faltó comunicación verbal de la estrategia cognoscitiva y de actitudes referentes a la función del especialista en MGI en este tipo de operaciones (tabla 5).

Tabla 5 Visita del médico general integral en el postoperatorio (< 24 horas).

Características	No	%
Atendido	98	80,3
No atendido	24	19,7

Fuente: Encuesta.

Discusión

En el año 1995, en los Estados Unidos, el 60 % de todas las operaciones se realizaron de forma ambulatoria, semejante a los resultados obtenidos en nuestro trabajo⁶⁻¹².

Jensen⁹ propone la alternativa de que los pacientes puedan volver a su domicilio después de la intervención quirúrgica, lo que coincide con nuestros resultados.

Pérez Yera recoge en su investigación que el nivel de información recibido por los pacientes es contradictorio, problema que fue también detectado en nuestro estudio (Pérez Yera. Diseño del sistema de calidad del servicio de Medicina Interna y especialidades clínicas. Trabajo de Diploma. Universidad Central de Las Villas, 1997). Tourigny¹¹, en su serie de 142 familiares, midió el efecto de la intervención educacional del paciente y su comportamiento; asimismo, enfatizó en la importancia de la información verbal, estrategias cognoscitivas y actitudes.

Gupta¹², informa limitaciones en la realización de la intervención quirúrgica ambulatoria semejantes a las nuestras, como fueron las condiciones del domicilio, acompañante del paciente, disponibilidad de analgésicos, transporte, y atención postoperatoria por parte del médico.

Summary

A study was carried out on quality conditions of preoperative and postoperative care of the ambulatory major surgery program in the Teaching Clinic-Surgical Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero" of Santa Clara; 122 patients were interviewed from June, 2000 till

August of the same year, as well as 20 surgeons involved in caring these patients. 83,6 % of patients preferred this type of surgery, and 15,4 % had not adequate conditions in their houses for a good postoperative care. 73,8 % of patients referred to have received good information; however, 91,8 % did not know the advantages of this surgical method. 22,9 % of patients had not adequate transportation available. 80,3 % was visited by the family doctor and/or nurse during the first 24 hours. 100 % of physicians agreed on the problems existing in the Admission Department. The most frequent complication was vomiting in 10,6 % of patient; none of the complications needed hospital admission and there were not serious sequela or death. An increase in bed availability and reduction of hospital costs was obtained.

Referencias bibliográficas

1. Esteban Raja del R, Díaz González A, Figueroa Hernández A. Cirugía Mayor Ambulatoria en ORL Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Dr. "Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Rev Cubana Cir 2000;39(1):10-16.
2. Pernoud U. A Scale of Preoperative satisfaction for Anesthesia. Ann Fr Anesth Reanim 1999;18(8):858-865.
3. Brown S. Accreditation of Ambulatory Surgery Centers. AORN.J. 1999;70(5):814-821.
4. Chung F, Mezei G. Factors contributing to a Prolonged Stax After Ambulatory Surgery. Anesth Analg 1999;89(6):1352-1359.
5. Wong LS, Kaukuntla HK, Lam QT, Fraser IA. A Survey of patient satisfaction after day case surgery. Int J Clin Pract 1999;53(3):189-191.
6. Hall MJ, Lawrence L. Ambulatory surgery in the United States, 1996. Ady Data 1998;12(300):1-16.
7. Kanerva AM, Suominen T, Leino K. Informed Consent for Short Stay Surgery. Nurs Etheies 1999;6(6):5-15.
8. Jensen BN, Larsen JF, Nielsen FB. Laparoscopic Cholecystectomy as a Same-day Surgical procedurc. Ugeskr Laeger 2000;161(43).
9. Kremer C, Duffy S, Moroney M. Patient satisfaction with outpatient hysteroscopy versus day case hysteroscopy: randomized controlled trial. BMJ 2000;29:320(7230):279-282.
10. James ED, Ruby TM, Burns LA. Centro de cirugía mayor y su desarrollo. Organización de un programa de cirugía mayor ambulatoria. En: Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía mayor en pacientes ambulatorios. La Habana: Científico Técnica; 1998. p. 685-748.
11. Tourigny J, Larocque S, LongPre S, Lahaie N. (Measure of parental behavior during children ambulatory surgery) Rech Soins Inform 1999;(57):90-98.
12. Gupta S, Francis JD, Tillu AB, Sattiraiah AI. The effect of preoperative acupuncture treatment on analgesic requirements after day-case knee Arthorscopy. Anesthesia 1999; 54(12):1204-1207.