



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Trabajo Final de Máster

Máster Oficial Gestión Clínica, Calidad y  
Seguridad del Paciente.  
Curso 2022-23  
Universidad de Murcia

**“Ciclo de mejora de los cuidados de  
enfermería en la Unidad de Cirugía  
Sin Ingreso.”**

Tutor: Victoriano Soria Aledo

Cotutor: Sergio Alemán Belando

Alumno: Elisa Marín Sánchez

## ÍNDICE

RESUMEN	Pág.3
INTRODUCCIÓN	Pág. 5
JUSTIFICACIÓN	Pág. 8
OBJETIVOS	Pág. 8
METODOLOGÍA	Pág. 9
PRIMERA EVALUACIÓN	Pág. 17
SEGUNDA EVALUACIÓN	Pág. 20
CONSIDERACIONES ÉTICAS	Pág. 21
RESULTADOS	Pág. 21
DISCUSIÓN	Pág. 28
CONCLUSIONES	Pág. 32
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 33
ANEXO I: Tabla de recogida de datos.	Pág. 37
ANEXO II: Diagrama de Ishikawa	Pág. 38
ANEXO 3: Dictamen CEIm	Pág. 39

## RESUMEN

La cirugía ambulatoria es uno de los tipos de cirugía más extendidos en la actualidad. Para su éxito es necesario que exista gestión, coordinación y formación de enfermería. Las estrategias de mejora de la calidad en la atención al paciente por parte de enfermería pueden mejorar el éxito de estos procedimientos.

**Objetivo principal:** Mejorar la atención prestada al usuario por parte de enfermería en los procedimientos de una Unidad de Cirugía Ambulatoria a nivel preoperatorio, operatorio y postoperatorio.

**Objetivos secundarios:** Detectar las áreas de mejora de calidad dentro de la Unidad de Cirugía Ambulatoria. Planificar e implementar intervenciones para aumentar la calidad de los cuidados. Diseñar, validar e implementar indicadores de calidad para el proceso asistencial en estudio.

### **Metodología**

Estudio antes-después con estructura de un ciclo de mejora en el que se realizó una evaluación inicial (mayo a octubre 2022), intervenciones para la mejora de la calidad y una evaluación posterior (marzo y abril 2023).

Se seleccionó una muestra de 60 pacientes para cada evaluación mediante muestreo aleatorio simple.

Se diseñaron y definieron diferentes criterios sometidos a un análisis de fiabilidad mediante estudio de concordancia observada general e índice Kappa.

### **Resultados y conclusiones**

Con el ciclo de mejora se logró aumentar la calidad global de la atención enfermera en el proceso de cirugía ambulatoria. Se logró una mejoría significativa en los criterios específicos: enfermería con formación (0%, 100%;  $p < 0,001$ ) y control telefónico postoperatorio (41,6%, 80%;  $p < 0,001$ ).

**Palabras clave:** cirugía ambulatoria, indicadores de calidad, seguimiento postquirúrgico, evaluación preoperatoria.

## **SUMMARY**

Ambulatory surgery is one of the most widespread types of surgery today. Its success relies on nursing management, coordination, and training. Quality improvement strategies in nursing patient care can enhance the success of these procedures.

**Main Objective:** Improve the care provided to patients by nursing in the preoperative, operative, and postoperative stages of an Ambulatory Surgery Unit.

**Secondary Objectives:** Identify areas for quality improvement within the Ambulatory Surgery Unit. Plan and implement interventions to increase the quality of care. Design, validate, and implement quality indicators for the care process under study.

### **Methodology**

Before-after study with a quality improvement cycle structure, including an initial evaluation (May to October 2022), interventions for quality improvement, and a subsequent evaluation (March and April 2023). A sample of 60 patients was selected for each evaluation using simple random sampling. Different criteria were designed and defined, subjected to a reliability analysis through a study of overall observed agreement and Kappa index.

### **Results and Conclusions**

The quality of nursing care in the ambulatory surgery process significantly improved with the improvement cycle. There was a significant improvement in specific criteria: nursing education (0%, 100%;  $p < 0.001$ ) and postoperative telephone follow-up (41.6%, 80%;  $p < 0.001$ ).

**Keywords:** ambulatory surgery, quality indicators, postoperative follow-up, preoperative evaluation.

## INTRODUCCIÓN

La calidad en el sector de la salud genera un creciente interés entre gestores y profesionales, así como, entre los pacientes y población receptora de cuidados. Este interés se genera por la preocupación acerca de las consecuencias de una calidad inadecuada sobre la salud y los costes derivados (1,2).

El concepto de calidad es amplio y puede aplicarse a todo tipo de servicio, incluido el sanitario. Algunos de los autores más influyentes que escribieron sobre la calidad de la industria son Juran, Ishikawa y Deming. Para Juran (3), un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva, para Ishikawa (4) la calidad reside en la satisfacción del consumidor ante los requisitos que esperaba de un servicio y Deming (5) aboga en la misma línea determinando que la calidad depende de si se han satisfecho las necesidades y expectativas del demandante. En global, el concepto de calidad se centra en el cumplimiento de lo que se espera de un servicio.

Si nos centramos en el entorno sanitario, la sociedad aboga por la mejora continua y además lo piden con inmediatez. De los centros sanitarios se espera una respuesta rápida, segura y eficaz para la resolución de sus problemas de salud. Cada vez hay más iniciativas para acortar las estancias hospitalarias, una de las más destacables es la puesta en marcha de las Unidades de Cirugía Sin Ingreso, que permiten que aquellos pacientes que cumplan determinados requisitos y se intervengan de cirugías menores puedan volver al domicilio en el mismo día. La creación de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) tiene un objetivo bidireccional: para la población supone la resolución de su problema de salud en el mismo día, además le permite la incorporación a su entorno familiar y un regreso inminente al mundo laboral, mientras que por otro lado, para la administración hospitalaria supone la significativa reducción de la estancia disminuyendo los costes asociados y facilitando el flujo de pacientes que precisan hospitalización por otras vías de entrada (6).

Existe un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad, estos son los programas de gestión. Y una de las actividades imprescindibles son los ciclos de mejora continuada. Todo ciclo comienza con la identificación de una oportunidad de mejora (7), no trata en sí de cambiar el procedimiento, se trata de identificar aquellas cosas que se pueden mejorar.

A lo largo de la historia, la enfermería se ha preocupado por brindar cuidados de calidad adquiriendo conocimientos y manteniéndose en continua renovación. Aunque la calidad en los servicios de salud es responsabilidad de todos los participantes, el enfermero tiene un papel importante ya que conoce y atiende al paciente durante más tiempo y teniendo mayores oportunidades para detectar preocupaciones y problemas del paciente en sus tres niveles bio-psico- social (8).

La cirugía supone en el paciente un cambio corporal, de hábitos y en muchos casos un parón en su vida laboral y/o social. Por este motivo es importante que el paciente sea partícipe en todo momento de su proceso y pueda tener un buen manejo de la situación. Hace falta un trabajo multidisciplinar de los participantes que tienen acceso a la historia clínica y a realizar un plan quirúrgico en base a las características particulares del paciente (9).

### ***ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO PREOPERATORIO***

El momento preoperatorio es idóneo para hacer una revisión completa de la historia clínica y elaborar un plan de atención en función de las necesidades y características de cada uno.

Durante la entrevista prequirúrgica se pueden detectar problemas de última hora, necesidades del usuario y darle todas las recomendaciones pertinentes para la cirugía, así como explicarle el circuito. De este modo, el enfermero transmite tranquilidad y apoyo emocional al paciente y a su entorno disminuyendo el estrés que genera la incertidumbre y dándoles la oportunidad de planear su vuelta al domicilio (9).

Varios estudios evalúan la efectividad y concluyen que la valoración de preanestesia dirigida por enfermería mejora la satisfacción, disminuye los factores de riesgo y detecta complicaciones a tiempo (10, 11, 12).

Tanta es la relevancia de enfermería como parte clave del proceso quirúrgico que en países como EEUU, Francia, Bulgaria y Suiza ya existe un título certificado de la figura de la enfermera de anestesia donde se incluye la valoración preanestésica (13).

### ***CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO TRAS EL ALTA***

Una de las claves del éxito de las unidades de Cirugía Sin Ingreso, es que el paciente pueda volver a su domicilio y no experimente complicaciones, tanto quirúrgicas como anestésicas, asegurando el cumplimiento de los requisitos básicos de seguridad y calidad (14).

Hay estudios que determinan que más de la mitad de complicaciones en las cirugías sin ingreso ocurren después del alta (15), lo que conlleva consultas a urgencias y reingresos que pondrían en duda la reducción de costes y los beneficios del alta en el mismo día. Por este motivo, el índice de consulta a urgencias tras un procedimiento ambulatorio constituye un indicador de eficiencia de esta modalidad de gestión del proceso quirúrgico.

Existen guías con los criterios de alta consensuados (16,17) pero además hay que tener en cuenta aspectos que dependen del alta de Enfermería como recomendaciones postoperatorias e instrucciones para acudir a Urgencias.

Es importante cumplir una serie de condicionantes durante el alta del paciente, asegurando una vuelta segura al domicilio.

El alta de un paciente al domicilio debe estar autorizada por el médico responsable, pero es el personal de enfermería, quien hace entrega del informe de alta y las recomendaciones pertinentes, por tanto, depende mucho de esta figura el resultado final del proceso ambulatorio.

En cuanto a las recomendaciones al alta, la existencia de información escrita en dpticos impresos tiene un valor elevado para la sistematización de los cuidados según la cirugía. Estas recomendaciones específicas son clave, pero se debe contemplar la posibilidad de instrucciones personalizadas para pacientes concretos. Debe garantizarse la revisión de los dpticos de forma periódica para incluir siempre las mejores prácticas actualizadas en cada momento. Por otro lado, en el informe de alta debe establecerse el plan de seguimiento mediante revisiones en consulta (18).

El control y seguimiento domiciliario es una de las grandes dificultades en el desarrollo de la cirugía sin ingreso. Una herramienta de enfermería que se utiliza para obtener datos asistenciales domiciliarios es la llamada telefónica estandarizada, con posibilidad de prolongarla en el tiempo según el proceso y el paciente (19,20). Principalmente se registra el grado de satisfacción de los usuarios, así como la aparición de complicaciones u otro tipo de necesidades que requieren de un registro más exhaustivo (21). Una de las complicaciones en domicilio más recurrentes es el dolor, y la mayoría de pacientes mejorarían con un simple cambio de régimen analgésico o explicándoles la pauta de medicación (19).

La llamada telefónica estandarizada realizada por Enfermería permite la continuidad de los cuidados, ya que el paciente consulta de forma directa las dudas y se evalúan las complicaciones que van surgiendo, intentando solucionarlas sin necesidad de acudir al servicio de urgencias (22).

Habitualmente cuando un paciente es dado de alta, se va al domicilio con una cita prevista de seguimiento a las 7 – 10 días de la cirugía con el fin de valorar la evolución clínica por parte del facultativo. En muchos casos, según el requerimiento del proceso, el usuario precisa de una cita de curas con los profesionales de enfermería, dónde también se garantiza la valoración de la evolución y la continuidad asistencial (19).

## ***JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO***

Los pacientes que se someten a cirugía sin ingreso reciben el alta a lo largo del día a su domicilio. Es por ello que los cuidados y recomendaciones de Enfermería, tanto en el prequirúrgico como en el postquirúrgico, son clave para garantizar el éxito del proceso y reducir al máximo las cirugías canceladas por preparaciones incorrectas y la cantidad de pacientes que acuden al servicio de urgencias en las horas posteriores al alta hospitalaria. En la Unidad existe un procedimiento que incorpora actividades de enfermería de mejora de la calidad enfocadas a asegurar la preparación previa a la cirugía, la continuidad de cuidados y el seguimiento postquirúrgico.

Dado la cantidad de participantes en el proceso y todo el circuito que requiere la cirugía sin ingreso, vemos conveniente la evaluación de aquellos indicadores que tienen áreas de mejora en busca de la excelencia en la calidad de los servicios. Aunque la Unidad cumple con su cometido, hay áreas susceptibles de mejora por lo que es conveniente realizar un ciclo de mejora.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

- ***OBJETIVO PRINCIPAL***

- ✓ Mejorar la atención prestada al usuario por parte de enfermería en los procedimientos realizados por la Unidad de Cirugía Sin Ingreso a nivel preoperatorio, operatorio y postoperatorio.

- ***OBJETIVOS SECUNDARIOS***

- ✓ Detectar las áreas de mejora de calidad dentro de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.
- ✓ Planificar e implementar intervenciones para aumentar la calidad de los cuidados.
- ✓ Diseñar, validar e implementar indicadores de calidad para el proceso asistencial en estudio.

## **METODOLOGÍA**

### **CONTEXTO**

El Hospital Universitario del Vinalopó es uno de los dos centros hospitalarios ubicados en la ciudad española de Elche, en la provincia de Alicante. Se trata de un hospital público de gestión privada. Pertenece a la red de hospitales de la Comunidad Valenciana y atiende a una población de aproximadamente 140.000 habitantes.

El hospital cuenta con un bloque quirúrgico que consta de 12 quirófanos donde conviven diferentes especialidades quirúrgicas: oftalmología, dermatología, cirugía general y digestiva, maxilofacial, cirugía plástica, otorrinolaringología, ginecología y obstetricia, urología, traumatología y ortopedia, cirugía cardiaca, cirugía vascular y Unidad quirúrgica de mama.

Anualmente en el Hospital Universitario de Vinalopó se intervienen unos 8500 pacientes, de los cuales el 70% aproximadamente son cirugías ambulatorias. Por ejemplo, en 2021 se realizaron 5608 cirugías con el alta el mismo día. La mayoría de las cirugías que se realizan en el hospital son programadas y todos los pacientes ingresan por la Unidad de Cirugía Sin Ingreso para llevar a cabo su intervención. Si la cirugía requiere ingreso, los pacientes serán trasladados a la Unidad de hospitalización que cuenta con 192 camas. Si por el contrario, el paciente requiere cirugía ambulatoria, terminará su proceso de recuperación en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso y posteriormente será dado de alta a su domicilio.

### ***IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA***

Como paso inicial de este trabajo se realizó un proceso de identificación de posibles oportunidades de mejora. Las más destacadas fueron las siguientes:

- A: Cuidados de enfermería en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.
- B: Cuidados de los pacientes que requieren prolongar su estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica.
- C: Uso de profilaxis antibiótica en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.

Se empleó una matriz decisional para realizar la selección de la oportunidad de mejora sobre la que se desarrollaría el presente estudio.

Tabla 1

Matriz decisional.

Problema	¿Afecta a muchos pacientes?	¿Supone un riesgo grave para la salud?	¿Existe facilidad para recoger datos?	¿Dependencia interna de la posible solución?	¿Es una solución barata?	Total
A	+++++	+++	++++	++++	++++	20
B	+	++	++++	+	+++	11
C	++++	+++	++	++	+++	14

Notas; A= Cuidados de enfermería en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso; B= Cuidados de los pacientes que requieren prolongar su estancia en la Unidad de Recuperación Postanestésica; C= Uso de profilaxis antibiótica en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.

De acuerdo a estos resultados se seleccionó “Cuidados de Enfermería en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso” como oportunidad de mejora sobre la que se desarrolló un ciclo de mejora de la calidad.

Para tal fin se reunió un equipo de 9 personas compuesto por:

- 8 Enfermeras de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso
- 1 Coordinadora del Bloque Quirúrgico

### **TIPO DE ESTUDIO Y ANÁLISIS DE CAUSAS**

Se ha realizado un estudio Antes-Después de los cuidados de Enfermería en UCSI siguiendo la metodología de un ciclo de mejora.

Tras la identificación de la oportunidad de mejora se realizó un diagrama de Ishikawa o diagrama de causa-efecto, comúnmente conocido como espina de pescado, una herramienta que permite identificar las causas potenciales de un problema de calidad (Anexo II).

## **CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO**

En cuanto a las unidades de estudio, los receptores del servicio fueron los pacientes de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso intervenidos de las siguientes especialidades: oftalmología, dermatología, cirugía general y digestiva, cirugía plástica, otorrinolaringología, ginecología y obstetricia, urología, traumatología, cirugía cardíaca, cirugía vascular y Unidad de mama. Los pacientes de cirugía maxilofacial fueron descartados de la muestra por no seguir el mismo proceso quirúrgico ya que no precisan preanestesia. Los proveedores del servicio fueron el personal de Enfermería del Servicio de Cirugía Sin Ingreso. Para todos los criterios evaluados se emplearon las mismas unidades de estudio.

El marco temporal para la evaluación del cumplimiento de dichos criterios corresponde a los años 2022 (meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre), donde se seleccionaron los casos para la primera evaluación (n1), y 2023 (marzo y abril), donde se seleccionaron los casos para la segunda evaluación (n2).

Para la identificación de los casos o unidades de estudio, se realizó una solicitud para acceder a las historias clínicas del Hospital Universitario de Vinalopó al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm).

Los criterios empleados en el estudio fueron sometidos a un análisis de fiabilidad mediante estudio de concordancia entre el evaluador del estudio y un colaborador.

De forma previa a realizar la primera evaluación se seleccionaron de forma aleatoria 30 casos que reunían los mismos requisitos que los que posteriormente serían evaluados. De forma independiente, cada evaluador analizó el cumplimiento de criterios para los 30 casos y posteriormente se calculó la concordancia observada general e índice Kappa.

Para la obtención de datos sobre el cumplimiento de criterios de calidad se han utilizado las historias clínicas de los pacientes identificados mediante el programa informático "Cynara", evaluando los informes de alta médicos y de enfermería de los pacientes y los datos recogidos en los formularios de hospitalización.

Al tratarse de un estudio de calidad se seleccionó una muestra de 60 pacientes para cada evaluación.

La selección de casos a estudio en cada fase se realizó mediante muestreo aleatorio simple, asignando un número a todo el marco muestral. Posteriormente se reorganizó de manera aleatoria en una tabla Excel y se tomó como muestra los 60 primeros pacientes. En caso de necesitar sustitución de casos se realizaría un muestreo siguiendo el mismo método.

En relación a la iniciativa para evaluar, vamos a realizar un estudio interno ya que la evaluación de las actividades y la iniciativa recae en el personal del centro.

En cuanto a la acción temporal se va a realizar una evaluación retrospectiva para valorar lo que ya ha ocurrido y determinar las acciones de mejora a poner en marcha. Y por último en relación a las personas responsables de extraer los datos, se va a realizar una evaluación mixta. En los criterios se va a evaluar de forma cruzada la actuación del personal de UCSI, excepto en el primer criterio de acogida y formación del personal, donde se va a realizar una autoevaluación.

### ***VARIABLES DEL ESTUDIO***

- ✓ Pacientes atendidos por enfermería con formación específica.
- ✓ Pacientes con cirugía cancelada.
- ✓ Pacientes a los que se les realiza una llamada prequirúrgica 24 horas antes de la intervención.
- ✓ Pacientes dados de alta con recomendaciones postoperatorias específicas.
- ✓ Pacientes a los que se les realiza contacto telefónico 24h después de la intervención.
- ✓ Pacientes que se van de alta con cita de seguimiento del facultativo o enfermería.
- ✓ Pacientes que no acuden a urgencias tras el alta de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso por motivos relacionados con la cirugía en las primeras 72 horas.

### ***PARTICIPANTES***

#### *a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN*

- Pacientes intervenidos bajo régimen sin ingreso en el bloque quirúrgico del Hospital Universitario de Vinalopó en el año 2022 y 2023.

#### *a) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN*

- Procedimientos inicialmente ambulatorios que por mayor complejidad durante la intervención se conviertan en cirugía con ingreso en los mismos periodos de tiempo.
- Pacientes intervenidos de cirugía maxilofacial.

## **CRITERIOS DE CALIDAD**

Los criterios de calidad empleados en este estudio de ciclo de mejora fueron desarrollados por un grupo de trabajo en el que participaron Enfermeras de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Los criterios se diseñaron con el objetivo de evaluar aspectos que se consideran fundamentales en los cuidados de enfermería y que posiblemente eran susceptibles de intervenciones para mejorar su cumplimiento.

Se realizó un estudio de fiabilidad de utilizando el Índice Kappa que se muestra más adelante, donde se determinó que todos los criterios elaborados eran válidos.

A continuación se enumeran dichos criterios, se indican sus excepciones y aclaraciones, y se justifica su uso en el estudio.

<b>CRITERIO 1</b>	
<b>Título</b>	Pacientes atendidos por enfermería con formación específica.
<b>Excepciones</b>	Personal de enfermería del bloque quirúrgico no perteneciente a UCSI.
<b>Aclaraciones</b>	Existe un equipo propio para la Unidad de Cirugía Sin Ingreso los cuales recibirían dicha formación y acogida.
<b>Justificación</b>	Un modelo de trabajo en equipo que cuente con enfermería formada mejora la seguridad de los pacientes, reduce las complicaciones y dinamiza la actividad asistencial (23,24).
<b>Método de cálculo</b>	Nº de pacientes atendidos por enfermería con formación específica / N.º pacientes evaluados.

<b>CRITERIO 2</b>	
<b>Título</b>	Pacientes a los que se les realiza una llamada 24 horas antes de la intervención.
<b>Excepciones</b>	Pacientes de cirugía maxilofacial.
<b>Aclaraciones</b>	Los pacientes programados para exodoncia dental con anestesia local no precisan preanestesia ni cumplir las mismas recomendaciones preoperatorias que los demás pacientes y por tanto, no vamos a tenerlos en cuenta para nuestro muestreo.
<b>Justificación</b>	Varios estudios concluyen que la valoración de preanestesia por enfermería mejora la satisfacción del paciente, disminuye los factores de riesgo y detecta complicaciones a tiempo (10, 11, 12). En algunos países ya existe un título certificado de la figura de la enfermera de anestesia donde se incluye la valoración preanestésica (13).
<b>Método de cálculo</b>	Nº pacientes a los que se les llama a las 24 horas / N.º pacientes evaluados

<b>CRITERIO 3</b>	
<b>Título</b>	Pacientes con recomendaciones postquirúrgicas al alta.
<b>Excepciones</b>	Cirugías con ingreso.
<b>Aclaraciones</b>	No se tendrán en cuenta aquellos pacientes que se van de alta al domicilio en los días posteriores desde el área de hospitalización.
<b>Justificación</b>	Hay estudios que determinan que más de la mitad de complicaciones en las cirugías sin ingreso ocurren después del alta (14,15).
<b>Método de cálculo</b>	Nº pacientes que se van a domicilio con recomendaciones específicas / Nº pacientes evaluados

<b>CRITERIO 4</b>	
<b>Título</b>	Pacientes con seguimiento postquirúrgico telefónico tras 24 horas.
<b>Excepciones</b>	Pacientes con cita presencial a las 24 horas de la cirugía.
<b>Aclaraciones</b>	Aquellos pacientes que se les realizan una revisión o cura a las 24 horas no precisan de la llamada postquirúrgica porque ya pueden resolver sus dudas y los profesionales pueden detectar complicaciones.
<b>Justificación</b>	El control y seguimiento domiciliario es una de las grandes dificultades en el desarrollo de la cirugía ambulatoria. Una herramienta de enfermería que se utiliza para obtener datos asistenciales domiciliarios es la llamada telefónica estandarizada, con posibilidad de prolongarla en el tiempo según el proceso y el paciente (19,20). Un seguimiento postquirúrgico adecuado puede evitar las consultas a urgencias (22).
<b>Método de cálculo</b>	Nº pacientes con seguimiento postquirúrgico a las 24 horas / Nº pacientes evaluados

<b>CRITERIO 5</b>	
<b>Título</b>	Pacientes con cita de seguimiento programada desde el alta ya sea por el facultativo o con enfermería.
<b>Excepciones</b>	No aplica.
<b>Aclaraciones</b>	Todos los pacientes deberían marcharse al domicilio con una continuidad asistencial, por menor que sea el proceso.
<b>Justificación</b>	En el informe de alta debe establecerse el plan de seguimiento mediante revisiones (18).
<b>Método de cálculo</b>	Nº pacientes con cita de seguimiento programada / Nº pacientes evaluados

<b>CRITERIO 6</b>	
<b>Título</b>	Pacientes que acuden a urgencias hasta las 72 horas posteriores al alta de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.
<b>Excepciones</b>	Emergencias vitales. Pacientes con complicaciones contempladas derivadas del proceso quirúrgico. Pacientes que acuden tras 72 horas.
<b>Aclaraciones</b>	Cada intervención tiene unos riesgos asociados que no podemos evitar y que deben acudir a urgencias.
<b>Justificación</b>	Hay estudios que determinan que más de la mitad de complicaciones en las cirugías sin ingreso ocurren después del alta, lo que conlleva consultas a urgencias y reingresos (15).
<b>Método de cálculo</b>	Nº pacientes que acuden a urgencias tras el alta de Cirugía Sin Ingreso / Nº pacientes evaluados

<b>CRITERIO 7</b>	
<b>Título</b>	Pacientes con cirugías canceladas.
<b>Excepciones</b>	Motivos ajenos a Enfermería.
<b>Aclaraciones</b>	Hay motivos de cancelación que no se pueden predecir como una decisión médica, rotura de un material, decisión del paciente o falta de tiempo por complicación en cirugía previa.
<b>Justificación</b>	En cuanto a las causas de cancelación de cirugías, una de las más frecuentes relacionadas con el paciente es una mala preparación previa en domicilio: no suspender anticoagulantes, ayuno o no venir acompañado (25).
<b>Método de cálculo</b>	N.º pacientes con cirugías canceladas / Nº pacientes evaluados

### ***PRIMERA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD***

Se realizó una primera evaluación del nivel de cumplimiento para cada criterio en la muestra de pacientes (n1) definida previamente, con casos correspondientes al año 2022 (meses de mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre) en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso del Hospital Universitario de Vinalopó. Se estimó el intervalo en el que estaría la verdadera media poblacional con 95% de confianza.

### ***INTERVENCIONES***

Con los resultados de la primera evaluación se realizó un análisis del nivel de cumplimiento de cada criterio para detectar aquellos que acumulaban una mayor cantidad de incumplimientos y priorizar las intervenciones. Se empleó un diagrama de Pareto que se muestra en la Figura 1.

Se decidió emplear la técnica del diagrama de afinidades (Tabla 2) para decidir y estructurar las intervenciones de mejora de la calidad a realizar.

Tabla 2

Diagrama de afinidades.

<b><u>1. FORMACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CIRUGIA SIN INGRESO</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>a. Convocar una sesión específica para trasladar las actualizaciones del protocolo de cuidados de enfermería al equipo.</li><li>b. Programar una reunión para reforzar los conocimientos y habilidades en la llamada prequirúrgica.</li><li>c. Establecer una entrevista personal con los nuevos empleados explicándoles las características de la unidad como presentación del servicio.</li></ul>
<b><u>2. ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>a. Elaborar un folleto con recomendaciones post quirúrgicas específicas de las cirugías más frecuentes.</li><li>b. Crear un diagrama de flujo con los motivos de consultas telefónicas más frecuentes.</li><li>c. Actualizar el protocolo de cuidados de Enfermería de la Unidad.</li><li>d. Cambiar el formato de la tarjeta informativa del call center incluyendo un enlace para el portal de salud.</li></ul>
<b><u>3. MONITORIZACION DE LAS HERRAMIENTAS DE MEDIDA</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>a. Analizar los casos de pacientes que acuden a urgencias tras el alta de UCSI.</li><li>b. Recopilar los casos de cirugías suspendidas para analizarlas posteriormente.</li><li>c. Realizar la difusión de los resultados de la primera evaluación.</li></ul>
<b><u>4. ORGANIZACION DEL TRABAJO</u></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>a. Incluir a todos los pacientes en el portal de salud donde tengan disponibles las recomendaciones pre y postquirúrgicas.</li><li>b. Asignar un enfermero diario responsable del call center.</li><li>c. Entregar una tarjeta al alta con el teléfono de atención postquirúrgica y el enlace al portal de salud.</li><li>d. Entregar las recomendaciones postquirúrgicas al alta (dípticos).</li><li>e. Facilitar las recomendaciones prequirúrgicas en la consulta de anestesia.</li><li>f. Establecer una figura enfermera diaria para realizar seguimiento postquirúrgico.</li></ul>

Una vez decididas las intervenciones a aplicar se realizó un diagrama de Gantt (Tabla 3) para establecer el cronograma para la aplicación de las distintas medidas de mejora de la calidad. En algunas de estas medidas se precisó de la ayuda de enfermeros colaboradores de la Unidad.

Tabla 3

Diagrama de Gantt de las intervenciones para la mejora de la calidad.

TAREA	RESPONSABLE	SEMANA 1					SEMANA 2					SEMANA 3				
		L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V
Actualizar el protocolo de cuidados de Enfermería de la Unidad.	Elisa Marín															
Elaboración de un plan de acogida y asignación de un compañero referente para asegurar la formación.	Elisa Marín															
Sesión específica sobre actualizaciones del protocolo de cuidados de enfermería.	Elisa Marín															
Programar una reunión para reforzar conocimientos y habilidades en la llamada prequirúrgica.	Elisa Marín															
Entrevista personal con nuevos empleados como presentación del servicio.	Elisa Marín															
Establecer una figura enfermera diaria para realizar el seguimiento postquirúrgico.	Elisa Marín															
Cambiar el formato de la tarjeta call center incluyendo un enlace para el portal de salud.	Elisa Marín															
Crear nuevos dípticos y actualizar existentes con recomendaciones específicas para las cirugías más frecuentes.	Elisa Marín y colaboradores de la Unidad.															
Asignar un enfermero diario responsable del call center.	Elisa Marín															
Crear un diagrama de flujo con los motivos de consultas telefónicas más frecuentes.	Elisa Marín															
Analizar los pacientes que acuden a urgencias tras el alta de UCSI.	Elisa Marín															



El test estadístico de tipo paramétrico empleado para comparar ambas proporciones de cumplimiento de cada criterio de calidad fue el test exacto de Fisher. Al igual que en la primera evaluación, se realizó un diagrama de Pareto para realizar el análisis de incumplimiento. También se realizó un diagrama de Pareto Antes-Después que permitió valorar el área de mejora conseguida para cada criterio y de forma global.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En el presente estudio no se han realizado intervenciones directas sobre pacientes. Los datos empleados para el estudio de calidad se han obtenido de forma retrospectiva tal y como corresponde a este tipo de estudios.

### **RESULTADOS**

#### Fiabilidad de los criterios de calidad

En los casos en que la concordancia observada general era > 90% no se realizó el índice Kappa.

El análisis fue satisfactorio y no hubo necesidad de redefinir ningún criterio. Los resultados del estudio de fiabilidad se muestran en la Tabla 4:

Tabla 4  
Concordancia general e Índice Kappa de los criterios de calidad

	<b>C.1</b>	<b>C.2</b>	<b>C.3</b>	<b>C.4</b>	<b>C.5</b>	<b>C.6</b>	<b>C.7</b>
<b>Concordancia observada general</b>	>90%	86.6%	>90%	90%	90%	>90%	>90%
<b>Índice Kappa</b>	No es necesario realizarlo	K= 0.636	No es necesario realizarlo	K= 0.791	K= 0.769	No es necesario realizarlo	No es necesario realizarlo

Notas: C = Criterio; K= Índice Kappa.

## PRIMERA EVALUACIÓN

A continuación, se exponen los datos correspondientes al cumplimiento de cada criterio para la muestra n1 (n total = 60), el número de casos en que se evaluó cada criterio y el porcentaje de cumplimiento con un intervalo de confianza ajustado del 95% (Tabla 5).

Tabla 5

Nivel de cumplimiento de los criterios de calidad en la evaluación inicial.

Criterio	Cumplimientos	Casos	IC 95%
C1 Formación	0	60	0±(0)
C2 Llamada pre	51	60	85 ± (8,9)
C3 Recomendaciones	58	60	97 ± (3,9)
C4 Seguimiento post	25	60	42± (1,8)
C5 Cita	51	60	85 ± (8,9)
C6 Consultas URG	52	60	87± (8,5)
C7 Cancelaciones	59	60	98± (2,9)

Notas: C= Criterio; IC= Intervalo de Confianza; post = postquirúrgica; pre= prequirúrgica; URG= Urgencias.

Tras valorar el nivel de cumplimiento de los criterios, en la siguiente tabla (Tabla 6) se presentan los datos de incumplimiento para cada criterio con frecuencias absolutas, relativas y acumuladas de forma decreciente.

Tabla 6

Frecuencias relativas, absolutas y acumuladas de incumplimiento de los criterios de calidad en la primera evaluación.

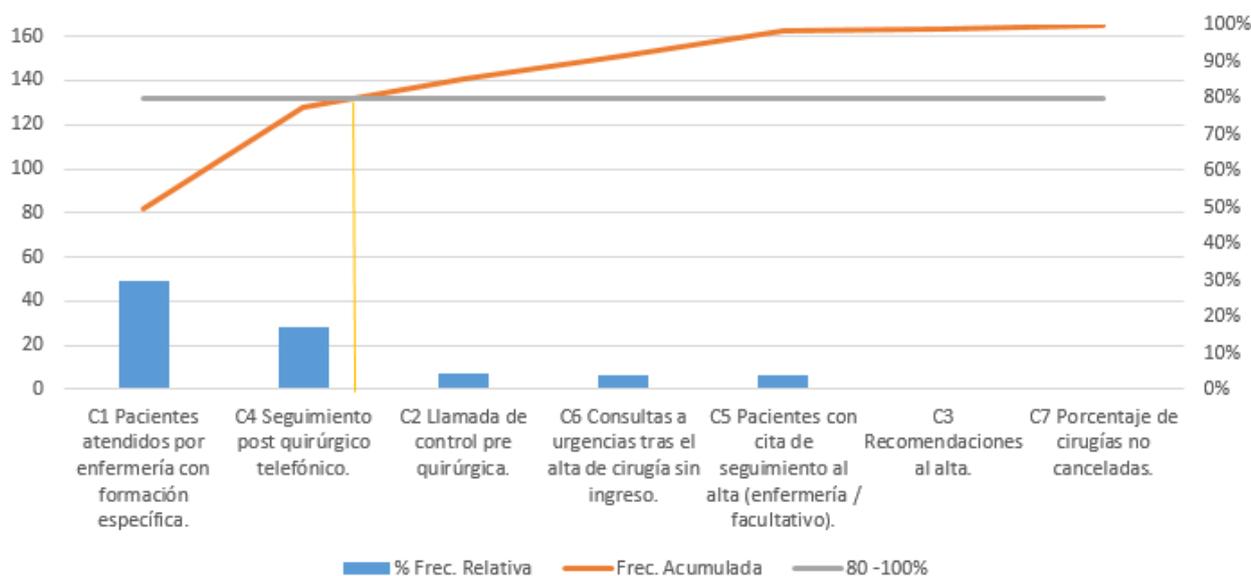
Criterio	Incumplimientos	% Frec. Relativa	Frec. Acumulada
<b>C1 Formación</b>	60	49,59 %	49,59 %
<b>C4 Llamada post</b>	34	28,09 %	77,68 %
<b>C2 Llamada pre</b>	9	7,44 %	85,12 %
<b>C6 Consultas URG</b>	8	6,61 %	91,73 %
<b>C5 Cita</b>	8	6,61 %	98,34 %
<b>C3 Recomendaciones</b>	1	0,83 %	99,17 %
<b>C7 Cancelaciones</b>	1	0,83 %	100 %

Notas: C= Criterio; ; Frec= Frecuencia; post = postquirúrgica; pre= prequirúrgica; URG= Urgencias.

Con la información obtenida se realizó el diagrama de Pareto (Figura 1) que se muestra a continuación.

Figura 1

Diagrama de Pareto de la evaluación inicial.



Notas: C= Criterio; Frec= Frecuencia.

Se puede observar que los criterios 1 y 4 acumulan 77,68% de los incumplimientos.

De esta forma las intervenciones se diseñaron con el objetivo de mejorar el cumplimiento de todos los criterios de calidad, pero con especial atención a los criterios destacados en el diagrama de Pareto:

- Pacientes atendidos por enfermería con formación específica.
- Seguimiento postquirúrgico telefónico 24 horas después de la cirugía.

## SEGUNDA EVALUACIÓN

Tras la aplicación de las intervenciones para la mejora de la calidad se procedió a realizar una segunda evaluación en la que se valoró una muestra (n2) de 60 casos con las características ya descritas en el apartado de material y métodos.

Los datos correspondientes al cumplimiento de cada criterio para la segunda muestra, el número de casos en que se evaluó cada criterio y el porcentaje de cumplimiento con un intervalo de confianza ajustado del 95% se indican a continuación (Tabla 7):

Tabla 7

Nivel de cumplimiento de los criterios de calidad en la segunda evaluación.

Criterio	Cumplimientos	Casos	IC 95%
<b>C1 Formación</b>	60	60	100 ±(0)
<b>C2 Llamada pre</b>	54	60	90 ± (6,9)
<b>C3 Recomendaciones</b>	56	60	93 ± (5,9)
<b>C4 Seguimiento post</b>	48	60	80 ± (9,8)
<b>C5 Cita</b>	50	60	83 ± (8,8)
<b>C6 Consultas a URG</b>	55	60	92 ± (4,2)
<b>C7 Cancelaciones</b>	60	60	100 ± (0)

Notas: C= Criterio; IC= Intervalo de Confianza; post = postquirúrgica; pre= prequirúrgica; URG= Urgencias.

De igual manera, se realizó un análisis de incumplimientos para cada criterio tras la intervención que se muestra en la siguiente tabla con frecuencias absolutas, relativas y acumuladas de forma decreciente (Tabla 8).

Tabla 8

Frecuencias relativas, absolutas y acumuladas de incumplimiento de los criterios de calidad en la segunda evaluación.

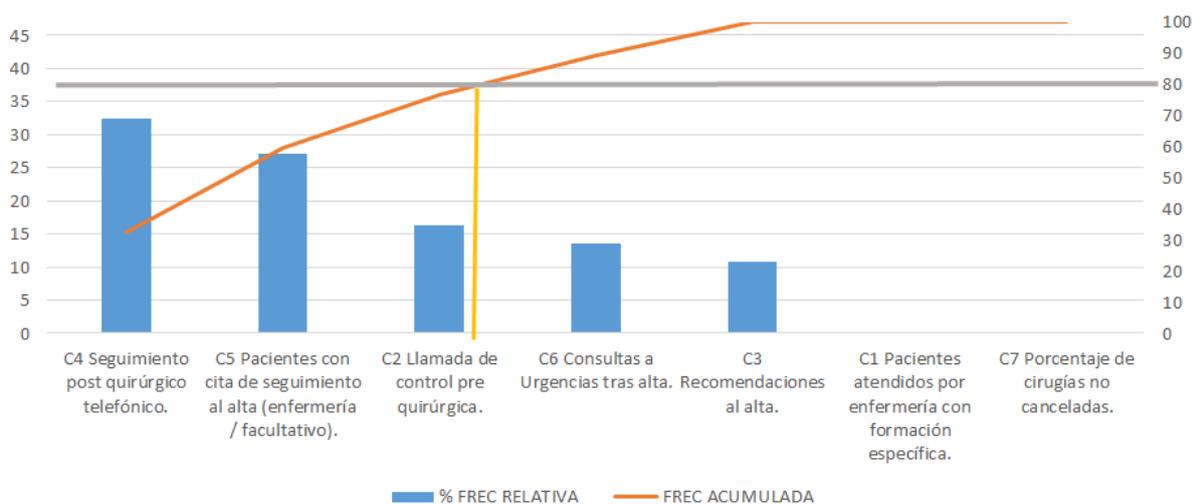
Criterio	Incumplimientos	% Frec. relativa	% Frec. acumulada
<b>C4 Llamada post</b>	12	32,43%	32,43 %
<b>C5 Cita</b>	10	27,03%	59,46 %
<b>C2 Llamada pre</b>	6	16,21%	75,67 %
<b>C6 Consultas URG</b>	5	13,51%	89,19 %
<b>C3 Recomendaciones</b>	4	10,81%	100 %
<b>C1 Formación</b>	0	0%	100 %
<b>C7 Cancelaciones</b>	0	0%	100 %

Notas: C= Criterio; ; Frec= Frecuencia; post = postquirúrgica; pre= prequirúrgica; URG= Urgencias.

De nuevo se realizó un diagrama de Pareto (Figura 2) para visualizar y priorizar los criterios que acumularon más incumplimientos.

Figura 2

Diagrama de Pareto de la segunda evaluación.



Notas: C= Criterio; Frec= Frecuencia.

Para terminar el análisis se compararon los resultados de la primera y la segunda evaluación en cuanto al cumplimiento de los 7 criterios de calidad. En la siguiente tabla (Tabla 9) se muestra el grado de cumplimiento de la primera evaluación (p1) y de la segunda evaluación (p2), así como la mejora absoluta y la mejora relativa conseguidas. También se evalúa si esta diferencia es estadísticamente significativa mediante el test exacto de Fisher.

Tabla 9

Análisis estadístico de la mejora conseguida en el cumplimiento de los criterios de calidad.

CRITERIO	p1 (%)	p2 (%)	MEJORA ABSOLUTA (%)	MEJORA RELATIVA (%)	P	z	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
<b>C1</b>	0%	100%	100%	100%	0,5	10,99	<0,001
<b>C2</b>	85%	90%	5%	33%	0,87	0,82	0,79
<b>C3</b>	96,6%	93,3%	- 3,3%	- 97%	0,95	- 0,84	0,79
<b>C4</b>	41,6%	80%	38,4%	66%	0,61	4,36	<0,001
<b>C5</b>	85%	83,3%	- 1,7%	- 11%	0,84	- 0,17	0,56
<b>C6</b>	87%	92%	5%	38%	0,89	0,88	0,81
<b>C7</b>	98,3%	100%	1,7%	100%	0,99	0,94	0,82

Notas: C= Criterio; p1= Cumplimientos primera evaluación; p2= Cumplimientos segunda evaluación; P= probabilidad de hipótesis nula; z= test de la z para comparación de proporciones.

Finalmente, se realizó un diagrama de Pareto Antes - Después (Figura 3) que permitió ver de forma gráfica el área de mejora conseguida.

Figura 3

Diagrama de Pareto Antes-Después que muestra la mejora obtenida en el nivel de incumplimiento de los criterios de calidad.



Notas: C= Criterio.

## DISCUSIÓN

El ciclo de mejora realizado en Hospital Universitario de Vinalopó ha mejorado, en general, el cumplimiento de los criterios de calidad evaluados.

Durante el estudio se ha trabajado en diferentes áreas específicas que vamos a discutir a continuación:

### Pacientes atendidos por enfermería con formación específica.

Los resultados significativos que hemos obtenidos, de un 0% a un 100% de los casos, ponen de manifiesto la necesidad formativa para Enfermería de la Unidad. La implantación de un programa de acogida y la programación de sesiones mensuales ha supuesto un reciclaje de los conocimientos del personal de la Unidad y una mejor adaptación para las nuevas incorporaciones.

En el estudio realizado por Francisca et al. (33) donde se evaluó un programa de formación específica para Enfermería, se determinó que el programa genera un espacio de aprendizaje continuo, motiva a los profesionales para continuar aumentando los conocimientos y potencia sus habilidades mediante la mayor evidencia científica. Se generan equipos de trabajo seguros tal y como afirma la OMS en su programa de 2007: *Global Patient Safety Challenge*, donde diseñó el proyecto *Safe Surgery Saves Lives* para impulsar la seguridad del cuidado quirúrgico alrededor del mundo y una de las áreas de trabajo en la que propone trabajar este programa multimodal es “la mejora y formación de equipos quirúrgicos seguros” (28). La formación y la preparación de enfermeros en el bloque quirúrgico dependen de la experiencia ya que las instituciones sanitarias no exigen a la enfermería que realice ninguna formación específica (26, 27). Es por este motivo que la formación continuada debe impulsarse desde dentro del propio servicio tal y como se ha realizado en las intervenciones de mejora propuestas en nuestro estudio.

### Llamada de control prequirúrgica 24h antes de la cirugía.

Tras la implementación de intervenciones, se consiguió mejorar el criterio de llamada preoperatoria 24 horas antes de la intervención. La mejoría no fue significativa ya que partíamos de un porcentaje alto (85%), lo cual dificultaba el margen de mejoría.

No hay suficientes pruebas recogidas por la literatura que determine que la valoración preanestésica dirigida por enfermeras puede ser una estrategia eficaz para reducir las cancelaciones de procedimientos, la falta de asistencia a los procedimientos, la duración de la estancia hospitalaria, los eventos quirúrgicos adversos y la morbilidad (11).

En cambio, existen altas evidencias de que el control prequirúrgico guiado por enfermería reduce la ansiedad de los pacientes, mejora la preparación del paciente, el reconocimiento de las necesidades posoperatorias y la satisfacción del paciente/familiares (29).

A pesar de la falta de consistencia en la literatura, en nuestra experiencia, son muchas las incidencias diarias que se resuelven con anterioridad al día de la cirugía evitando así complicaciones y cancelaciones de última hora.

#### Recomendaciones al alta específicas.

Cada vez son más las cirugías de una mayor complejidad que se realizan bajo el régimen de cirugía ambulatoria como por ejemplo: colecistectomías por laparoscopia, hernioplastias, artroscopias, cirugías de mama, etc. Esto es posible gracias a un compromiso por parte de los profesionales a darles toda la información y medios necesarios al paciente y a sus familiares para que sea satisfactoria la recuperación.

Los pacientes con déficit en la información dicen haber sufrido mayor número de complicaciones (30). Es por ello que se han dedicado intervenciones de mejora a este ámbito, mejorando la calidad del alta de Enfermería y reduciendo las consultas a urgencias, que en ocasiones se solventan con la resolución y aclaración de dudas.

#### Seguimiento postquirúrgico telefónico a las 24 horas de la cirugía

El control domiciliario del estado del paciente y la valoración de su evolución clínica es de vital importancia en el régimen de cirugía sin ingreso, pero es un proceso difícil de monitorizar. Una de las herramientas con la que contamos para realizar este seguimiento es la llamada estandarizada 24 horas después de la cirugía. Esta llamada nos asegura el control clínico al menos en las horas de mayor posibilidad de complicaciones postoperatorias y tenemos la posibilidad de prolongarla en el tiempo si fuese necesario.

Argente et al. (19) en su estudio de 2013 determina que la llamada telefónica es una buena herramienta para realizar un seguimiento postquirúrgico en el domicilio y además otros autores como Nodal et al. (22) relacionan la llamada telefónica con la disminución de complicaciones postquirúrgicas, consultas a urgencias y disminución de los costes asociados a reingresos. En nuestro caso, hemos conseguido una mejora significativa (de un 41.6% a un 80%). Pensamos que este factor ha influido en la disminución de las consultas a urgencias tal y como se ha reflejado en la segunda evaluación.

### Pacientes con cita de seguimiento al alta (enfermería / facultativo).

Una vez el paciente ha sido dado de alta de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, precisa de al menos una cita de seguimiento con el fin de valorar la evolución clínica y los resultados.

Normalmente suele ser a los 7 – 10 días de la intervención y dependiendo de la cirugía o de necesidad de exploraciones complementarias puede ser necesaria más de una visita. Existen casos en que por complejidad menor de la cirugía y saturación asistencial, se decide no dar cita de seguimiento y que sea visto por su médico de atención primaria. Es entonces cuando enfermería se encarga de asegurar el seguimiento facilitándoles cita con primaria ya sea con enfermería o con médico de cabecera según las características del postoperatorio.

En el estudio de Ramos et al. (34) destaca la importancia de revisar a los pacientes para evaluar los resultados de la cirugía y posibles complicaciones. Por otro lado, Gómez Barbadillo (31) además de lo anteriormente mencionado aporta que el registro de los resultados previo al alta, es fundamental para elaboración de indicadores de eficacia/eficiencia que permitan la mejora continua. Por todo lo mencionado, lo consideramos unos de los criterios fundamentales para monitorizar en la Unidad e incidir en un cumplimiento total de pacientes que se marchen con citas de seguimiento asegurando la continuidad asistencial.

### Pacientes que no acuden a urgencias tras el alta de cirugía sin ingreso en las primeras 72 horas.

En nuestro estudio no se ha obtenido un resultado significativo, aun así, la disminución de consultas a urgencias ha supuesto una de las mejorías más importantes del servicio tras la aplicación de intervenciones de mejora. Este criterio es sinónimo de éxito en el proceso y se traduce en un beneficio hacia el paciente que puede retomar su vida con rapidez y no sufre complicaciones y por otro lado, para la administración sanitaria mejora el flujo de pacientes en el hospital, reduce las hospitalizaciones y disminuye el gasto sanitario.

Tras las intervenciones diseñadas se logra pasar de un 87% a un 92% de pacientes que no precisan acudir a Urgencias. Podemos observar que esta mejoría se debe a que la mayoría de las intervenciones están enfocadas al seguimiento postquirúrgico.

Bongiovanni T et al. (35) En su estudio compararon en diferentes centros, los resultados de consultas urgentes no planificadas concluyendo que la tasa de incidencia era variable y que influía la calidad de la atención brindada. Además, estas tasas son más altas entre poblaciones de pacientes y tipos de procedimientos específicos, lo que sugiere áreas de mejora específicas. En nuestro estudio, la mejoría era limitada porque partíamos de un resultado bueno, aun así la mejoría obtenida puede repercutir en la calidad de los cuidados y una reducción del gasto sanitario.

### Porcentaje de cirugías no canceladas.

Muchas de las cirugías canceladas pueden ser evitadas con un control preoperatorio completo y la llamada de enfermería 24 horas antes de la cirugía es clave. Martínez et al. (36) en su estudio apoya nuestra teoría tras evaluar una serie de cancelaciones y analizar que la causa más frecuente es la preparación incorrecta del paciente, seguida de falta de recursos materiales, no comparecencia del paciente o enfermedad aguda. Todas estas causas evitables o en la mayoría de casos detectables el día previo con margen a realizar una sustitución de paciente.

Una cancelación quirúrgica supone un gran impacto económico para la institución sanitaria además de un desaprovechamiento del quirófano y los recursos humanos.

En nuestro estudio partíamos de unos datos de por sí buenos con poco margen de mejoría (se ha mejorado de un 98,3% a un 100% en la segunda evaluación). El porcentaje de cirugías canceladas es un criterio que nos alertaría en caso de empeoramiento de resultados, ya que se traduciría en una disminución de la calidad de los cuidados ofrecidos, es decir, necesitamos monitorizarlo y mantenernos en cifras similares a las obtenidas en las evaluaciones, ya que de no ser así tendríamos que plantear nuevas intervenciones.

### **PERSPECTIVAS DE FUTURO**

Se monitorizarán los criterios de calidad de forma periódica y haciendo una valoración continuada sobre la necesidad de cambiar o implementar nuevas acciones de mejora. La evaluación es llevada a cabo por el puesto de coordinación del bloque quirúrgico en colaboración con los profesionales de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso y se asegurará su continuidad en el momento que fuese preciso un reemplazo de personal.

### Limitaciones

En cuanto al diseño de los criterios de calidad, se seleccionaron por su representatividad del funcionamiento de la Unidad y aquellos aspectos mejorables, pero es posible que haya otros aspectos importantes no evaluados. Por otro lado, algunos de los criterios seleccionados no dependen exclusivamente de Enfermería pero su inclusión era clave para el análisis de la Unidad. El ejemplo de ello, son los dos criterios de calidad donde no hemos conseguido mejoría, tanto la cita de seguimiento postquirúrgico como las recomendaciones específicas al alta es un trabajo de enfermería junto con el facultativo responsable, lo cual alarga el tiempo de acción para las intervenciones de mejora y en consecuencia la obtención de resultados destacables.

## **CONCLUSIONES**

Las intervenciones propuestas permiten aumentar la calidad y seguridad en los cuidados de los pacientes que acuden a la Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Las mejoras significativas fueron:

Se logró aumentar la formación de personal de enfermería de atención a los pacientes que ingresan en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso.

Aumentó el seguimiento postquirúrgico telefónico realizado a las 24 horas de la intervención.

Podemos concluir que los criterios diseñados para el ciclo de mejora son fiables y reproducibles.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, World Bank Group, OECD. Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage. Ginebra, Suiza: Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Committee on Improving the Quality of Health Care Globally, Board on Global Health, Board on Health Care Services, Health and Medicine Division, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, D.C.: National Academies Press; 2018.
3. Deming WE: Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos; 1989. Cap. 6.
4. Ishikawa K. What is quality control? The Japanese way. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1985. Cap. 3.
5. Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. Manual de Control de la Calidad. 2a ed. Reverté. Barcelona; 1990.
6. Vergés S, Carrasco A, Coronas L, Moretferrón L, Estape C, Borrás P, et al. La Unidad de Cirugía sin Ingreso: la gestión basada en procesos. *Cir May Amb.* 2007;12:45–54.
7. Pineault R Y Carole Daveluy C. La planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2a edic. Masson, SA. Barcelona. 1990.
8. Donabedian A. Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. *Revista Calidad Asistencial.* 2000;102–6.
9. Torres-Jiménez D, Priego-Álvarez HR. Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. *Horiz Sanit [Internet].* 2008;7(1):21–8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845072005>
10. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries [Internet]. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD); 2010. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles\\_5kmbrcfms5g7-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en)
11. Hines S, Munday J, Kynoch K. Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: a systematic review update. *JBHI Database System Rev Implement Rep [Internet].* 2015;13(6):279–317. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11124/01938924-201513060-00016>
12. Orihuela Pérez I, Aranda Salcedo T, Escobar Julián F, González Ramírez A, Jiménez Ruiz R, Martínez García A, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enfermería Clínica.* 2010;20(6):349–54.

13. Neft M, Quraishi JA, Greenier E. A closer look at the standards for nurse anesthesia practice. *AANA J* [Internet]. 2013;81(2):92–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23971226>
14. Domingo V, Moro B. Criterios de alta en cirugía ambulatoria. En: Ma Sol Carrasco Jiménez. *Anestesia para la cirugía ambulatoria II*. Edika Med. 1999;219–38.
15. Pavlin DJ, Rapp SE, Polissar NL, Malmgren JA, Koerschgen M, Keyes H. Factors affecting discharge time in adult outpatients. *Anesth Analg* [Internet]. 1998;87(4):816–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1213/00000539-199810000-00014>
16. Castell V. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA) [Internet]. *GuíaSalud*. 2019. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/opbe/via-clinica-recuperacion-intensificada-cirugia-abdominal-rica>
17. Ministerio de Sanidad. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria [Internet]. Gobierno de España. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
18. Gómez Barbadillo J. Criterios de Alta en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir Andal* [Internet]. 2022;33(4):414–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37351/2021334.4>
19. Argente P, Alcántara MJ, Viñoles J, Santisteban A, de Ramón R, Gosalbez E. Seguimiento postoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria. *CIR MAY AMB* 2013. 18(3):105–12.
20. Marshall SI, Chung F. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. *Anesth Analg* [Internet]. 1999;88(3):508–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1213/00000539-199903000-00008>
21. Viñoles PérezJz. Control de calidad postoperatoria en cirugía ambulatoria. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Odontología;2007.
22. Nodal MJ, Viñoles J, Montón E, Argente P, Traver V. Validation of an m-Health solution for the follow-Up of post-operative patients of ambulatory surgery. En: Cunningham P, Cunnigham M, editores. *IIMC International Information Management Corporation*. 2010.
23. Walker JA, McIntyre RD, Schleinitz PF, Jacobson KN, Haulk AA, Adesman P, et al. Nurse-administered propofol sedation without anesthesia specialists in 9152 endoscopic cases in an ambulatory surgery center. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2003;98(8):1744–50. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.07605.x>

24. Külling D, Rothenbühler R, Inauen W. Safety of nonanesthetist sedation with propofol for outpatient colonoscopy and esophagogastroduodenoscopy. *Endoscopy* [Internet]. 2003;35(8):679–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2003-41518>
25. Landazabal MS, Vargas Ortiz LE, Severiche Sierra CA, Vitola Cabarcas JC, Narváez Escorcía MI. Aplicación de Lean Seis Sigma para la reducción de cancelaciones de cirugías programadas en IPS. *SIGNOS - Investigación en sistemas de gestión* [Internet]. 2022;14(2). Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/signos/article/view/7794>
26. Canals M. La formació de la infermera quirúrgica a Catalunya [tesis]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2003.
27. Canals M. La formación de la enfermería quirúrgica: una visión comparativa desde Europa. *Rev Esp Educ Comp*. 2004;10:275–98.
28. Safety WP, World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives [Internet]. World Health Organization; 2009. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44185>
29. Ireland S, Kent B. Telephone pre-operative assessment for adults: a comprehensive systematic review. *JBI Libr Syst Rev* [Internet]. 2012;10(25):1452–503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11124/01938924-201210250-00001>
30. Del Río C, Vallvey C. Seguridad del paciente e indicadores de calidad en CMA. *Cir Andal* [Internet]. 2022;33(4):451–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37351/2021334.10>
31. Barbadillo G. Criterios de Alta en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir Andal* [Internet]. 2022;33(4):414–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37351/2021334.4>
32. Cortiñas Sáenz M, Martínez Gómez L, Miota De Llama JI, Lizán-García M, García Guerrero J, González-Masegosa P. Análisis de los reingresos hospitalarios domiciliarios en un programa de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp* [Internet]. 2007;81(1):38–42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-13097721>
33. Ocronos R. Diseño e implantación de un programa de formación en Hospital de Día de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre: primera valoración de las necesidades formativas detectadas. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica* [Internet]. 2022; Disponible en: <https://revistamedica.com/programa-formacion-hospital-dia-oncologia-medica/>
34. Ramos Muñoz F, Rodríguez Silva C, Cabello Burgos AJ, Martínez Ferriz JA. Control postoperatorio tras el alta en CMA. *Cir Andal*. 2022;33(4):422–5.

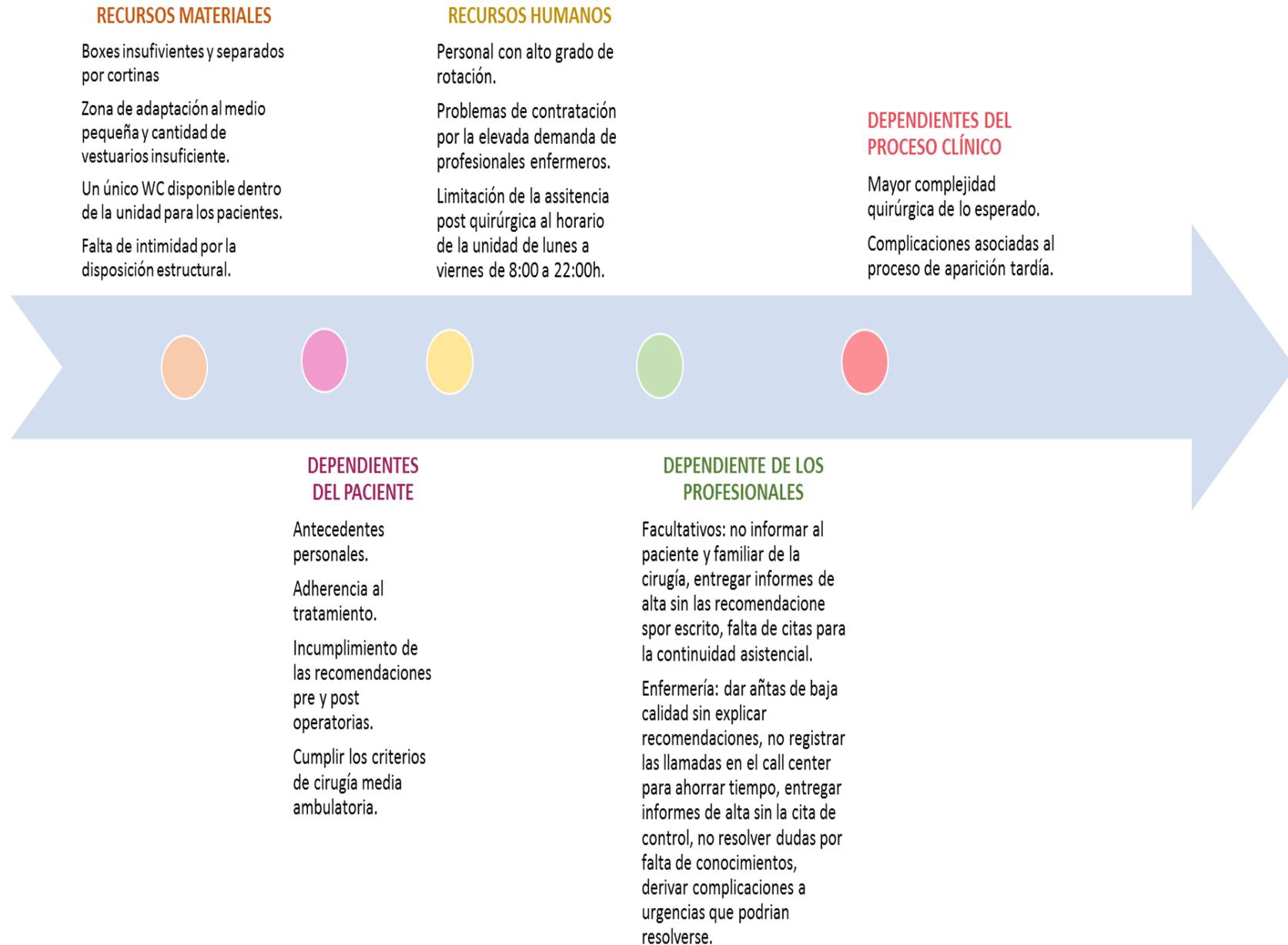
35. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, Steinman MA, Ross JS. Unplanned hospital visits after ambulatory surgical care. PLoS One [Internet]. 2021;16(7):e0254039. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0254039>
36. Martínez Guillén JM, Jiménez Bernadó A, Gracia Solanas JA, Elía Guedea M, Redondo Villahoz E, Martínez Díez M. Cancelación en CMA: Incidencia y causas. Cir Esp [Internet]. 2012;90(7):429–33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cancelacion-cma-incidencia-causas-S0009739X11002491>
37. Pérez Ortiz M, Vargas Castrillón E. Influencia de la formación de la enfermería del quirófano en la seguridad del paciente quirúrgico. Percepción de los enfermos y revisión de un Sistema de Comunicación de Incidentes [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2019. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/59566/1/T41839.pdf>

ANEXO I: Tabla de recogida de datos.

ID	Llamada de control prequirúrgico <24h	Recomendaciones al alta específicas	Contacto postquirúrgico telefónico >24h	Cita de seguimiento al alta (enfermería/facultativo)	Consultas a urgencias tras el alta de cirugía sin ingreso (primeras 72h)	Cirugía cancelada	Momento
1	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
2	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
3	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
4	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
5	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
6	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
7	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
8	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
9	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
...	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención
60	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Preintervención

ID	Llamada de control prequirúrgico <24h	Recomendaciones al alta específicas	Contacto postquirúrgico telefónico >24h	Cita de seguimiento al alta (enfermería/facultativo)	Consultas a urgencias tras el alta de cirugía sin ingreso (primeras 72h)	Cirugía cancelada	Momento
61	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención
62	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención
63	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención
64	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención
65	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención
66	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención
...	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención
120	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	SI / NO	Postintervención

## ANEXO II: Diagrama de Ishikawa





## DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

D. Antonio Martínez Lorente, Jefe de la Secretaría Técnica y D. Carlos Marqués Espí, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de los Hospitales Universitarios Torreveija y Elche-Vinalopó

### CERTIFICAN:

Que este CEIm, en su reunión de fecha 22/02/2023 ha revisado la documentación aportada por el Promotor del estudio, ha decidido emitir:

### DICTAMEN FAVORABLE

A la propuesta del estudio:

**Título completo del estudio:** Estudio ambispectivo, observacional y descriptivo de los cuidados de enfermería en la unidad de cirugía sin ingreso del Hospital Universitario de Vinalopó.

**Nº EudraCT:** N/A TFM

**Código del protocolo:** CM-BQ

**Nombre del promotor:** Dirección de Enfermería

**Protocolo:** V.1 febrero 2023

**HIP y CI principal:** N/A

**Investigador Principal:** Elisa Marin Sánchez

**Servicio:** Bloque quirúrgico

**Centro:** Hospital Universitario de Vinalopó

Además, hace constar que:

1. El estudio/proyecto/ensayo cumple los criterios establecidos en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales, así como en el Reglamento (UE) 2016/679 Relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la libre circulación de estos datos.
2. En dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente –Decreto 39/94 de la CAM– para que la decisión del citado CEIm sea válida.
3. El Estudio reúne las normas éticas estándar de nuestra Institución para la realización de este tipo de estudios.
4. Se cumplen los preceptos éticos formulados en el Real Decreto 957/2020, de 3 de noviembre de 2020, por el que se regulan los estudios observacionales con medicamentos de uso humano y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio.
5. Asimismo, hacemos constar que existe contraprestación económica para el centro y los investigadores.
6. Además, este comité recuerda al Promotor la obligación, en el caso de que se trate de un estudio prospectivo, de realizar el registro del estudio en una base de datos de acceso público antes de reclutar el primer paciente, así como el seguimiento del estudio de acuerdo a la legislación vigente.
7. Que el comité tanto en su composición como en sus PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95); con el RD 1090/2015 así como la normativa autonómica en materia de investigación aplicable de la Comunitat Valenciana; y su composición actual es la indicada en el Anexo I.
8. Consideraciones generales del estudio: NINGUNA

Lo que firmamos en Elche, a 28 de febrero de 2023.

Carlos Marqués Espí

Antonio Martínez Lorente