

Cirugía de alta resolución: un paso más en la cirugía ambulatoria

L. Medrano Méndez, P. López Álvarez-Buhilla, C. Torres Piedra, A. Azpeitia Palomo, I. Ferreiro González, A. Olaizola Mendíbil

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Cruces. Baracaldo.

RESUMEN

Objetivos. La cirugía de alta resolución (CAR) es un avance más de la cirugía ambulatoria. Esta forma de trabajo logra simplificar la cirugía ambulatoria, consiguiendo una mayor satisfacción por parte del paciente y una optimización de los recursos sanitarios.

Métodos. La CAR se define por la realización de la evaluación preoperatoria y la subsiguiente intervención quirúrgica en una única visita hospitalaria. Este nuevo plan de trabajo permite pasar de 4 visitas hospitalarias en la cirugía ambulatoria habitual, a una única visita. El pediatra de Atención Primaria (PAP) en el centro de salud realiza el diagnóstico y la evaluación postoperatoria. Es esencial una estrecha relación entre el cirujano y el PAP así como la formación de un equipo multidisciplinar integrado por cirujanos, anestelistas y enfermería. Anualmente se realiza una autoevaluación, se publican los resultados de las encuestas de calidad obtenidas y se identifican áreas de mejora, siguiendo el modelo de excelencia europea propuesto por la *European Foundation for Quality Management (EFQM)*.

Resultados. Presentamos una serie con 416 pacientes intervenidos mediante este sistema, desde 2008. Las intervenciones que se realizan son cirugía de pared abdominal, cirugía genital, cirugía de piel y partes blandas. La valoración global de la asistencia recibida por parte de los familiares es satisfactoria en un 99%. La tasa de complicaciones es <3%.

Conclusiones. La CAR es un avance más de la cirugía ambulatoria y constituye un programa muy consolidado, en continuo crecimiento y constante mejora.

PALABRAS CLAVE: Cirugía de alta resolución; Cirugía ambulatoria; Pediatría; Calidad; Encuesta de satisfacción.

HIGH RESOLUTION SURGERY: ONE MORE STEP IN OUT-PATIENT SURGERY

ABSTRACT

Objectives. One stop surgery (CAR: Cirugía Alta Resolución) is a step forward in outpatient surgery. The new scheme simplifies ambulatory conventional surgery, achieves more satisfaction between patients and optimizes health resources.

Methods. By One stop surgery we mean the performance in the same day of both pre-surgery assessment and surgical procedure. This new working way allows performing a surgical procedure in only one visit to the hospital, instead of the average four visits used before for surgical outpatients. Diagnosis, presurgery assessment and post surgery progress are made by the primary care paediatricians at their NHS offices. It is essential to maintain a close relationship between the Paediatric surgeons, the primary care paediatricians as well as with paediatric anaesthesiologists and nurses. An autoevaluation is made once a year in which quality survey results are made public and possible areas for improvement are identified, following the model proposed by the *European Foundation for Quality Management (EFQM)*.

Results. We present 416 children treated following this scheme since 2008. Surgery is performed on the abdominal wall, genitals, skin and soft tissues. Families are satisfied with the quality of the whole medical and nursery received care as they qualified it with a 99% satisfaction index. Complications developed in less than 3%.

Conclusions. One stop surgery is a progress in the outpatient surgery and, for us, it is a consolidated, continuously growing and constantly improving scheme of providing medical care.

KEY WORDS: One stop surgery; Outpatient surgery; Paediatrics; Quality; Satisfaction survey.

Correspondencia: Dra. Lara Medrano Méndez. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Cruces (Osakidetza). Plaza de Cruces 12. Baracaldo, Vizcaya
E-mail: lara.medranomendez@osakidetza.net

Trabajo presentado en el L Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Barcelona 2011

Recibido: Junio 2011

Aceptado: Febrero 2012

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es mostrar el diseño y el funcionamiento de un programa de cirugía de alta resolución (CAR) completamente consolidado, así como el impacto producido por este en niños y sus familias, pediatras, cirujanos pediátricos y anestelistas y gestores hospitalarios.

La CAR es un avance de la cirugía ambulatoria. En la literatura anglosajona se la conoce como *one day surgery*, u *one stop surgery*⁽¹⁻⁵⁾ y se define como la realización del

reconocimiento quirúrgico, la evaluación preanestésica y la subsiguiente intervención quirúrgica en una única visita hospitalaria. Con este modelo de trabajo se consigue un triple objetivo: simplificar la andadura que hace el paciente desde la primera vez que acude el cirujano hasta que éste le da el alta definitiva (simplificar la cirugía ambulatoria), conseguir una mayor satisfacción del paciente y su familia y optimizar los recursos sanitarios.

En la actualidad, los cambios en la organización sanitaria buscan desarrollar un modelo asistencial orientado al paciente. Estos modelos sitúan al paciente en el centro de la actividad, primando su satisfacción por encima de otros criterios de eficacia. La gestión por procesos es el modelo más adecuado para conseguirlo. Las intervenciones quirúrgicas se incluyen dentro de los procesos asistenciales susceptibles en los que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo, para hacerlos más eficientes y adaptados a las necesidades de los pacientes^(6,7). Este proyecto gestiona un proceso coordinado entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Se realiza una autoevaluación anual para la identificación de posibles áreas de mejora, siguiendo el modelo propuesto por la *European Foundation for Quality Management (EFQM)*⁽⁸⁾.

MATERIAL Y METODOS

El Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de Cruces es el único de referencia para esta especialidad para las provincias de Vizcaya y Álava. La población pediátrica de estas provincias representa aproximadamente el 14% del total y corresponde a 154.835 niños, según los datos del Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

Los recursos humanos hospitalarios del programa CAR son cuatro cirujanos pediátricos y dos anestésistas pediátricos, además de enfermeras y auxiliares de enfermería del Servicio, quienes forman un equipo multidisciplinar. En cuanto a recursos humanos extrahospitalarios, al inicio del programa se adhirieron de forma voluntaria 85 pediatras de Atención Primaria de Vizcaya y los pediatras de 13 centros de Atención Primaria de la provincia de Álava. Respecto a los recursos físicos, el programa CAR dispone de una sala de consulta, una unidad de recepción de pacientes (URP), un quirófano y una sala de cuidados post operatorios (CPO), que funcionan dos días por semana, en jornada de tarde y de forma autónoma e independiente de las Urgencias y tiene capacidad para intervenir 220 pacientes al año (2 sesiones de tarde semanales x 3 niños por sesión x 4 semanas al mes x 9 meses). El programa está informatizado y se incluye en la página *web* de Pediatría del hospital de Cruces. La comunicación entre el pediatra de Atención Primaria (PAP) y el equipo quirúrgico se realiza mediante correo electrónico, fax y teléfono, hasta que se consolide la historia clínica informatizada para todo el Sistema Vasco de Salud, de acceso directo por ambos.

La cartera de servicios ofertada por el programa CAR es el tratamiento quirúrgico de niños sanos con bajo riesgo

Tabla I. Listado de intervenciones y edad adecuada para realizar la CAR pediátrica

- Hernias inguinales (a partir de los 9 meses)
- Hernia umbilical (a partir de 4 años)
- Hernias epigástricas (a partir de 4 años)
- Hidroceles (a partir de 3 años)
- Testes no descendidos y palpables (a partir de 2 años)
- Fimosis con clínica o mayores de 3 años (sin pañales)
- Frenillo prepucial severo (a partir de 3 años)
- Quistes dermoides, sebáceos y varios
- Cirugía dermatológica (condilomas, molluscum, nevus, etc.) sin necesidad de injerto
- Frenillos sublinguales excepto recién nacidos
- Uñas encarnadas
- Otros problemas, consultar previamente

para la anestesia (ASA I) que padezcan aquellas patologías detalladas en el siguiente listado de diagnósticos y calendario quirúrgico. Las patologías incluidas se dividen en tres grupos: cirugía de la pared abdominal (hernias inguinales, umbilicales, epigástricas), cirugía de los genitales (hidroceles, testículos no descendidos, fimosis, frenillos prepuciales) y cirugía de la piel y las partes blandas (quistes, cirugía dermatológica, uñas encarnadas, frenillos sublinguales) (Tabla I). Para aquellas situaciones no contempladas en esta tabla, el PAP consulta personalmente con alguno de los cirujanos que componen el equipo.

Cuando un PAP (Fig. 1) diagnostica una patología pre-establecida como susceptible de CAR (por diagnóstico, edad y antecedentes médico-quirúrgicos previos) informa a la familia de la posibilidad de intervención quirúrgica mediante este programa y en qué consiste, y si estos aceptan, solicita una analítica preoperatoria. Una vez constatada la normalidad de la analítica, el PAP solicita una fecha de intervención quirúrgica a algún cirujano del equipo, entrega a la familia una copia de la analítica, un cuestionario de preanestesia pediátrica y una hoja de instrucciones donde constan los datos personales del paciente, el diagnóstico y la fecha y hora donde debe acudir el paciente el día de la intervención (consulta de Cirugía Infantil a las 13-13:30 h de la fecha prevista) y en qué condiciones (ayunas desde las 10:00 h), ya que las intervenciones quirúrgicas tienen lugar en horario de tarde, empezando la actividad a las 15:00 h.

A su llegada al Hospital, el niño y la familia son recibidos por el cirujano, quien realiza la historia clínica y la exploración física del niño, confirma el diagnóstico, verifica que el paciente se encuentre en ayunas y que la analítica sea normal. También explica a los padres el proceder quirúrgico y se obtiene el consentimiento informado. A continuación el anestésista revisa el cuestionario anestésico, reconoce al niño y mantiene una entrevista con los padres, explica su proceder y obtiene el consentimiento informado. Inmediatamente después se procede a la intervención quirúrgica del paciente.

Día 1	CONSULTA PEDIATRA ATENCIÓN PRIMARIA					
	Diagnóstico	Analítica	Información al paciente/padres del procedimiento	Solicitud cita preanestesia/cirugía		
Día 2	HOSPITAL (CIRUGÍA + ANESTESIA)					
	Abrir episodio en HC	Verificar documento y ayuno	Verificar diagnóstico	Informar a padres	Consentimiento informado	Preanestesia
Día 3	CONSULTA PEDIATRA ATENCIÓN PRIMARIA					
	Revisión en el CS por su AP			Contacto telefónico con la familia (desde hospital)		

Figura 1. Resumen del sencillo itinerario que realiza el paciente sometido a cirugía vía CAR. Detalle del proceso desde el primer día hasta el último.

Teniendo en cuenta que es posible intervenir hasta cuatro pacientes en cada sesión quirúrgica se realizan de forma consecutiva, primero la valoración quirúrgica en la consulta de cuantos pacientes haya programados, luego la valoración pre-anestésica de dichos pacientes y, finalmente, la intervención quirúrgica, según el orden acordado entre cirujanos y anestelistas, según criterios de edad del paciente, intervenciones a realizar, etc.

Las recuperaciones post operatoria y post anestésica tienen lugar en un espacio del área quirúrgica pediátrica destinado a este fin, CPO, donde el paciente permanece primero monitorizado durante el tiempo indicado por el anestesista y, posteriormente, sin monitorizar y con su familia durante unas tres horas, hasta la diuresis espontánea y la comprobación de la tolerancia a la ingesta oral, también según indicación anestésica.

Previo al alta se entrega a la familia: un informe médico escrito, una hoja de instrucciones sobre los cuidados postoperatorios y una encuesta de satisfacción para cumplimentar de manera anónima que consta de 13 preguntas, 11 cerradas y 2 abiertas (Fig. 2). Las encuestas de satisfacción son recogidas y procesadas por el Servicio de Calidad del Hospital de Cruces, que realiza un análisis estadístico con los resultados, por cada ejercicio y global desde el inicio del proyecto.

Al cabo de una semana de la intervención quirúrgica, el niño debe ser visto por su pediatra. Las revisiones deben realizarse en el Centro de Salud, bajo las directrices del PAP, acudiendo al Hospital, bien por indicación del pediatra para valoración quirúrgica o bien al Servicio de Urgencias por un problema agudo que no pueda esperar a ser consultado en AP. De forma paralela y también una semana tras la cirugía, el cirujano que operó al niño contacta telefónicamente con la familia de éste, para conocer la evolución postoperatoria y con el PAP para conocer su impresión. Ocasionalmente y si se considera conveniente, se contacta con la familia o con el pediatra en varias ocasiones.

Anualmente se realiza una autoevaluación conjunta entre cirujanos, anestelistas, enfermería quirúrgica y PAPs, en la que se hace un balance sobre la patología intervenida y las complicaciones presentadas, se dan a conocer los resultados de las encuestas de satisfacción y se identifican áreas de posible

mejora sobre el protocolo establecido, siguiendo el modelo de excelencia EFQM. Este modelo es un marco de referencia no prescriptivo y un instrumento práctico de trabajo cuya aplicación en las empresas sanitarias está demostrando su utilidad para la organización de mejora continua y de los resultados alcanzados, además de ser compatible y englobar en su aplicación a cualquier otro sistema de mejora de la calidad, su aseguramiento (normas ISO) o los sistemas de acreditación.

RESULTADOS

Desde enero de 2008, hasta diciembre de 2010, durante tres ejercicios, se han recibido en las consultas para intervención quirúrgica programada vía CAR 417 pacientes, de los cuales se han intervenido mediante este programa 416 (120 en 2008, 146 en 2009 y 150 en 2010), de los cuales 292 han sido varones (70,19%) y 124 mujeres (29,81%), de edades comprendidas entre los 4 meses y los 14 años. La procedencia de los pacientes ha sido Vizcaya en 360 casos (86,54%), Álava en 54 casos (12,98%) y Cantabria en 2 casos (0,48%).

Se han realizado 424 intervenciones quirúrgicas sobre 416 pacientes, lo que supone 8 intervenciones quirúrgicas dobles, sin tener en cuenta las 41 herniotomías inguinales bilaterales realizadas. Las intervenciones quirúrgicas dobles han sido aquellas en las que existían dos diagnósticos en el mismo paciente y se han realizado dos técnicas independientes en el mismo tiempo quirúrgico como tratamiento a dichos diagnósticos. Han sido 8 desde el inicio del programa, 6 de las cuales han consistido en una herniotomía inguinal unilateral con otra herniorrafia abdominal, circuncisión o exéresis de lesiones cutáneas. Las herniotomías bilaterales, todas ellas en niñas que presentan una hernia inguinal unilateral y se revisa sistemáticamente el lado contralateral, no se han considerado intervención quirúrgica doble.

La distribución de la patología intervenida ha sido la siguiente: 137 intervenciones quirúrgicas sobre la pared abdominal (32,31%), 112 sobre los genitales (26,42%) y 175 sobre la piel o las partes blandas (41,27%). En el último ejercicio, respecto del primero, se han realizado intervenciones quirúrgicas de mayor peso específico (50 procedimientos sobre

El Hospital de Cruces, con el fin de ofrecer la mejor asistencia posible, quiere conocer su opinión sobre el programa, de forma que nos ayude a detectar posibles deficiencias. Su identidad y respuestas serán tratadas de forma estadística y anónima para mejorar la calidad de atención infantil en este Hospital. Son tan solo unos minutos. Gracias por atendernos

1.- ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar hasta la intervención?

- Poco tiempo
- Ni mucho, ni poco
- Mucho tiempo
- No sabe / No contesta

2.- El personal sanitario en el Centro de Salud le trató de manera...

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe / No contesta

3.- El personal sanitario en el Hospital le trató de manera...

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe / No contesta

4.- La información que le dieron los médicos sobre la anestesia la calificaría como:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe / No contesta

5.- ¿Cómo valora la información proporcionada por los médicos?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe / No contesta

6.- Los conocimientos y competencia de los médicos que la atendieron los calificaría como:

- Excelentes
- Muy buenos
- Buenos
- Regulares
- Malos
- No sabe / No contesta

7.- Los conocimientos y competencia del personal de enfermería que la atendieron los calificaría como:

- Excelentes
- Muy buenos
- Buenos
- Regulares
- Malos
- No sabe / No contesta

8.- Los médicos o el personal de enfermería, ¿le dieron instrucciones comprensibles y claras sobre el tratamiento y cuidados que debía seguir en su domicilio?

- Sí
- No
- No necesité tratamiento en el domicilio
- No sabe / No contesta

9.- Los médicos y el personal de enfermería, ¿se preocuparon por su dolor?

- Sí, siempre
- Casi siempre
- A veces
- No, nunca
- No tuve dolor
- No sabe / No contesta

10.- Cuando tuvo dolor, ¿se lo quitaron?

- Totalmente
- Bastante
- Poco
- Nada
- No solicité tratamiento
- No tuve dolor
- No sabe / No contesta

11.- En conjunto, ¿cómo valoraría usted la asistencia que ha recibido?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe / No contesta

12.- ¿Desea indicar algún aspecto positivo de su estancia en el hospital?

- No deseo indicar nada
- Sí

13.- ¿Desea indicar algún aspecto negativo de su estancia en el hospital?

- No deseo indicar nada
- Sí

Figura 2. Encuesta de satisfacción. 13 preguntas: 11 cerradas y 2 abiertas.

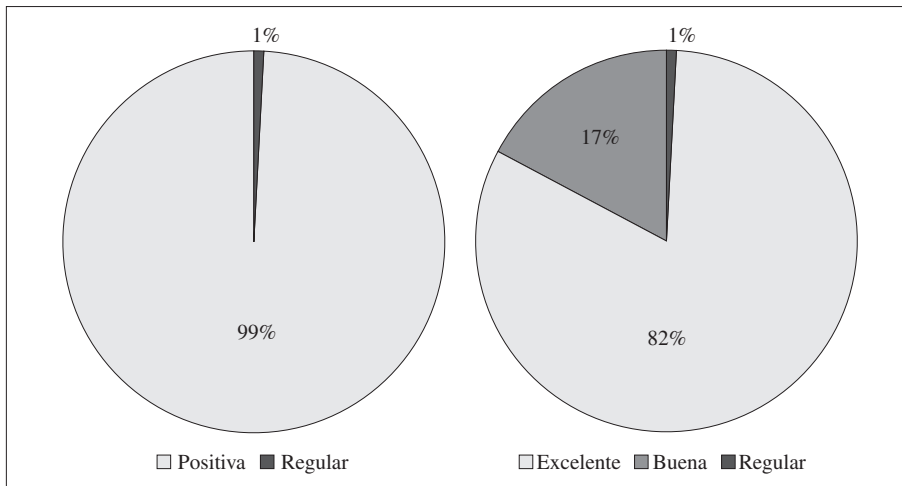


Figura 3. Resultados de la encuesta de satisfacción sobre la pregunta: “En conjunto, ¿cómo valoraría usted la asistencia que ha recibido?”.

la pared abdominal y 50 sobre los genitales *versus* 39 y 26, respectivamente, con la consiguiente disminución de los procedimientos sobre la piel y las partes blandas).

El diagnóstico por parte de los pediatras ha sido correcto en la práctica totalidad de los casos (un único fallo en 416 pacientes, que consistió en un error diagnóstico no detectado en la evaluación preoperatoria: una niña con sospecha clínica de hernia inguinal izquierda intraoperatoriamente no confirmada, por lo que no se revisó el lado contralateral). La indicación quirúrgica ha sido correcta en todos los casos excepto uno a pesar de un diagnóstico correcto, ya que se trataba de una intervención no ofertada en el programa CAR además de no ajustarse al calendario quirúrgico habitual, por lo que fue rechazado.

El índice de complicaciones ha sido del 2,64%. Se han presentado complicaciones en 11 casos, de las cuales 7 han sido en pacientes intervenidos de fimosis. Cinco de las once complicaciones pudieron ser manejadas en el domicilio del paciente por los familiares y bajo la supervisión periódica del pediatra [1 caso de fiebre en el postoperatorio (p.o.) de circuncisión, 2 casos de infección de herida quirúrgica, 1 caso de hematoma tras orquidopexia y 1 caso de sangrado en tercer p.o. de circuncisión secundario a un traumatismo]. Respecto a las complicaciones que requirieron revisión del paciente en consultas externas hospitalarias de cirugía infantil se encuentran 2 seromas de herida quirúrgica, uno tras circuncisión y otro tras herniotomía inguinal, ambos tratados mediante punción. Entre las complicaciones que requirieron algún tipo de hospitalización se contabilizan 2 casos de infección de herida quirúrgica, (una tras circuncisión y otra, celulitis post herniorrafia umbilical) y 2 sangrados en p.o. inmediato de fimosis, uno de los cuales requirió reintervención quirúrgica inmediata y otro cura hemostática e ingreso con observación y tratamiento conservador.

Han sido contestadas y devueltas 405 encuestas de satisfacción de los 416 niños intervenidos mediante el programa CAR. El índice de satisfacción manifestado ha sido positivo (excelente + muy bueno + bueno) en el 99% de las familias

encuestadas, de las cuales, el 82% lo perciben como excelente (excelente + muy bueno) (Fig. 3).

Los beneficios sociosanitarios que ha aportado este proyecto han sido los siguientes: 1) reducción de cuatro a una las consultas hospitalarias, con la consiguiente descongestión del hospital; 2) liberación de 104 sesiones quirúrgicas matinales y de 1.248 consultas hospitalarias; 3) optimización de los recursos sanitarios; 4) mejora de la atención prestada al paciente; 5) aumento de la satisfacción percibida por parte del paciente y su familia.

DISCUSIÓN

A principios de los años 70 se empezó a realizar la cirugía mayor de forma ambulatoria, en la que fueron pioneros los cirujanos pediátricos^(9,10), lo que supuso un avance importante en el tratamiento del paciente. La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) Pediátrica en el Hospital de Cruces presenta las siguientes características: enorme experiencia acumulada en CMA en horario matinal desde 1973 y, así como en horario de tarde, representa más del 70% de las intervenciones quirúrgicas realizadas, implicación de todo el personal (anestésistas, enfermería, cirujanos), un quirófano independiente del quirófano de urgencias y disponibilidad de CPO hasta las 22:00 h de lunes a viernes. Sin embargo, la CMA tiene algunos inconvenientes, como son un circuito preoperatorio largo y engorroso y una consulta preanestésica distanciada en el tiempo de la intervención quirúrgica, que son la razón de ser del programa Cirugía de Alta Resolución (CAR) (Fig. 4).

En las instituciones sanitarias convergen numerosos tipos de actividad de gran diversidad y complejidad, en las que es difícil planificar un adecuado aprovechamiento de los recursos humanos y materiales. Una gestión de procesos estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de estos recursos y mejorar la calidad asistencial⁽¹¹⁾. La organización actual en compartimentos funcionales estanco como

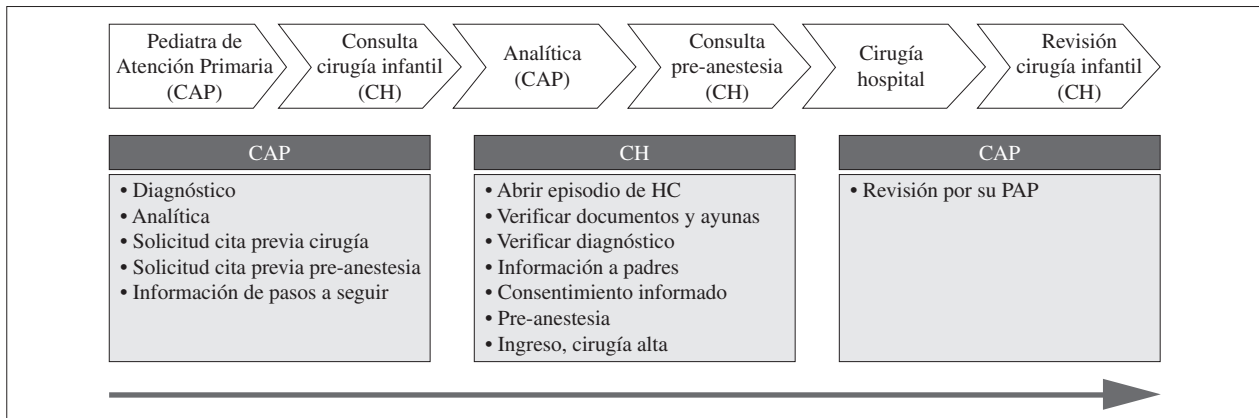


Figura 4. Comparación del recorrido habitual de la cirugía mayor ambulatoria pediátrica (cuatro visitas hospitalarias) con el nuevo recorrido de la CAR (una sola visita al hospital). CAP: centro de atención primaria; CH: consulta hospitalaria; PAP: pediatra de Atención Primaria.

Atención Primaria y Especializada, o la división en servicios o departamentos, entorpece la fluidez de las actividades que conforman un proceso asistencial. Las intervenciones quirúrgicas son procesos clave que afectan directamente a la prestación del servicio asistencial y a la satisfacción del paciente, y requieren la integración de varios departamentos o unidades. La revisión y el rediseño radical de estos procesos tratan de mejorar los resultados y de responder a las demandas de los usuarios^(4-7,11).

En este marco surge el programa de Cirugía de Alta Resolución (CAR), un programa de CMA que da respuesta a los puntos débiles de la CMA habitual previamente comentados. La filosofía del CAR comprende que cada paciente tiene un problema que el sistema sanitario debe resolver de la manera más efectiva y eficiente posible. Se evita que el paciente realice un largo itinerario por distintos servicios de un hospital hasta ver su problema resuelto y se busca la coordinación de los diferentes estamentos del hospital en torno a un tipo de paciente con una problemática determinada para así mejorar la calidad asistencial y el índice de satisfacción de los usuarios. Este cambio implica modificaciones en la cultura y en la estructura de la organización, y es muy importante la participación de los profesionales directamente implicados^(8,12).

Partiendo de que el centro de salud para los pacientes supone comodidad en cuanto a cercanía y tranquilidad en cuanto a la confianza existente entre el médico de Atención Primaria y las familias, nos parece idóneo que sea este el lugar de referencia para los procesos preoperatorio y postoperatorio del un paciente, por lo demás, sano. Es importante considerar que el centro de salud es el lugar idóneo para la atención del niño. Actualmente la coordinación entre hospitales, las consultas de AP y la CAR, suponen una innovación organizativa y una mejora en la calidad de la atención a los usuarios, así como una clara optimización de los recursos sanitarios.

Los objetivos planteados al diseñar la CAR fueron los siguientes: disminución del número de consultas y tiempos de espera, reducción de los costes, disminución de la sobrecarga

de trabajo matinal de los facultativos, mejora de la organización y agilidad de su actividad, sobre todo, aumento de la calidad percibida por los usuarios. En el tiempo de andadura del programa se han conseguido ampliamente estos objetivos con los consiguientes beneficios sociosanitarios: liberación de 104 sesiones quirúrgicas matinales y de 1.248 consultas sucesivas hospitalarias, con sus respectivos costes. Estos beneficios son mejorables ya que aún se pueden gestionar mediante este programa 70-80 procesos quirúrgicos más al año. Si bien es cierto que se ha aumentado una consulta por niño en Atención Primaria, esto es relativo, porque de todas formas acuden a llevar el informe de alta incluso muchos de ellos realizan una consulta evolutiva con su pediatra entre el alta hospitalaria y la primera visita postoperatoria. Los objetivos conseguidos y los buenos resultados obtenidos ya han sido previamente comentados.

La encuesta de satisfacción realizada a las familias es para el equipo CAR una herramienta fundamental, ya que permite introducir mejoras sugeridas directamente por los usuarios para, año tras año, mejorar el servicio prestado y aumentar su satisfacción. En nuestro caso el aspecto más negativo, que se ha repetido a pesar de las mejoras introducidas, ha sido el tiempo de espera desde la llegada del paciente al hospital hasta el momento de la intervención quirúrgica (2-3 h).

Anualmente, se lleva a cabo la autoevaluación conjunta entre los PAP, cirujanos infantiles, anestelistas, enfermería quirúrgica y demás personal sanitario, para comprobar los resultados obtenidos y poder introducir los cambios necesarios para obtener una mejora continua de este proyecto, siguiendo las directrices del modelo de excelencia EFQM (*European Foundation For Quality Management*)⁽⁸⁾.

CONCLUSIONES

Actualmente, la coordinación entre hospitales, las consultas de AP y la CAR, suponen una innovación organizativa y una mejora en la calidad de la atención a los usuarios, así

como una clara optimización de los recursos sanitarios. El plan CAR es solo un ejemplo de la aplicación de las consultas de alta resolución, de la gestión de procesos y de la reorganización de los circuitos pre y postoperatorios de los pacientes pediátricos que precisan una intervención quirúrgica. Este modelo de atención o consulta de alta resolución puede extenderse a otras muchas especialidades médicas o quirúrgicas. La CAR pediátrica es un avance más de la cirugía ambulatoria y constituye un programa muy consolidado, en continuo crecimiento y constante mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tagge EP, Hebra A, Overdyk F, Burt N, Egbert M, Wilder A, et al. One-stop surgery: evolving approach to pediatric outpatient surgery. *J Pediatr Surg.* 1999; 34: 129-32.
2. Astuto M, Disma N, Sentina P, Sanges G. One-stop surgery in pediatric surgery. Aspect of anesthesia. Preliminary report. *Minerva Anesthesiol.* 2003; 69: 137-44.
3. Reisman M, Von Kampen M, Laupichler B, Suemplemann R, Schmidt AI, Ure BM. Fast-track surgery in infants and children. *J Pediatr Surg.* 2007; 42: 234-8.
4. López Álvarez-Buhilla P, Astigarraga Aguirre I, Torres Piedra C, Azcona Zorrilla MI, Olaizola Mendíbil A, Latorre Guisasola M. Cirugía de alta resolución pediátrica: una serie de 75 casos. *Rev Calid Asist.* 2009; 24 (6): 239-44.
5. López Álvarez-Buhilla P, Astigarraga Aguirre I, Torres Piedra C, Azcona Zorrilla MI, Olaizola Mendíbil A, Latorre Guisasola M. Diseño e impacto de un proceso de cirugía de alta resolución pediátrica. *Cir May Amb.* 2009; 14 (2): 67-71.
6. Empanan C. Reingeniería de procesos sanitarios. Editorial. *Rev Calid Asist.* 2009; 24 (6): 237-8.
7. Rivilla Parra F. La cirugía pediátrica exprés. Un nuevo modelo de unidad de CMA. Editorial. *Cir May Amb.* 2009; 14 (2): 47-9.
8. Moracho O. Gestión por procesos y Modelo Europeo de Excelencia: evaluación y mejora continua. *Rev Calid Asist.* 2000; 15: 140-8.
9. Encinas A, Hernández JM, Benavent MI, Cano I, Vilarriño A, Gómez Fraile A, et al. Cirugía de corta estancia. Experiencia de un servicio de cirugía pediátrica. *Cir Pediatr.* 1995; 8: 58-62.
10. Kokinsky E, Thornberg E, Ostlund AL, Larsson LE. Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. *Paediatr Anaesth.* 1999; 9: 243-51.
11. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de la implantación. *Rev Calid Asist.* 2002; 17: 305-11.
12. Peile E. The future of primary care paediatrics and child health. *Arch Dis Child.* 2004; 89 (2): 113-5.