



Gestión del área quirúrgica hospitalaria. Perspectivas directiva y asistencial

Carmen Hernández Gancedo^{1*}

1 Jefe de Sección de Anestesiología y Reanimación, y Subdirectora Médico# del Área Quirúrgica (#durante 2018-2021). Hospital Universitario La Paz-Carlos III, Cantoblanco, Madrid.

El proceso quirúrgico es un circuito de gran complejidad que comprende aquellas actividades asistenciales y no asistenciales encaminadas a la realización de un acto quirúrgico. Facilitar criterios para la organización y gestión del área quirúrgica pueden contribuir a la mejora de la calidad y la seguridad en la prestación de los servicios sanitarios.

Resumen

La oferta asistencial en el área quirúrgica se ha visto incrementada en los últimos años promovida por el desarrollo tecnológico, los avances científicos y las expectativas en salud, cada vez más exigentes de nuestra población. La sostenibilidad del sistema sanitario actual requiere mejorar la eficiencia. El objetivo de este artículo es facilitar criterios para la organización y gestión del área quirúrgica, contribuyendo a la mejora en las condiciones de calidad y seguridad en la prestación de los servicios.

Palabras clave: *Bloque quirúrgico, lista de espera quirúrgica, gestión*

Abstract

The range of available surgical procedures has increased in recent years as a result of technological developments, scientific advances and increasing social demands and expectations. The sustainability of the healthcare system requires improved efficiency. The aim of this article is to provide criteria for the organisation and management of the surgical area, contributing to the improvement of quality and safety conditions in the provision of services

Keywords: *Surgical area, surgical waiting list, management.*

*Correspondencia: mhgancedo@salud.madrid.org



Open Access: los artículos publicados en esta revista están en acceso abierto bajo licencia Creative-Commons 4.0 Atribución-No Comercial-Compartir Igual (CC BY-NC-SA)



Publicación del Instituto Mixto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad (IMI-ENS), de la UNED y el Instituto de Salud Carlos III



Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Criterios organizativos y de gestión del Bloque Quirúrgico.
3. Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica.
4. Claves para la programación quirúrgica.
5. Conclusiones.

1. Introducción

La oferta asistencial en el área quirúrgica se ha visto incrementada en los últimos años promovida por el desarrollo tecnológico, los avances científicos y las expectativas en salud, cada vez más exigentes de nuestra población.

La sostenibilidad del sistema sanitario actual requiere mejorar la eficiencia entendida como la relación existente entre recursos disponibles y los resultados obtenidos. Para ello es necesario entender el Bloque Quirúrgico como un sistema donde cobra especial relevancia el trabajo en equipo multidisciplinar con definición de responsabilidades y medición de resultados.

Se puede definir el **proceso quirúrgico** como un circuito de gran complejidad que comprende aquellas actividades *asistenciales* y *no asistenciales* encaminadas a la realización de un acto quirúrgico. Las *actividades asistenciales* engloban la atención en consulta, indicación de la cirugía, obtención del Consentimiento Informado, la evaluación preanestésica, optimización preoperatoria del paciente, la programación quirúrgica, la actuación intraoperatoria y el seguimiento postoperatorio. Las actividades *no asistenciales* incluyen la admisión del paciente al centro, la asignación de camas, la provisión del material e instrumental quirúrgico, el control del funcionamiento de las instalaciones, la vigilancia de la bioseguridad ambiental y la prevención de las infecciones nosocomiales, donde juega un papel fundamental el Servicio de Medicina Preventiva.

Las principales líneas estratégicas en el área quirúrgica son: el desarrollo de la actividad asistencial, calidad y seguridad del paciente, docencia, investigación, innovación y humanización de la experiencia quirúrgica. El objetivo de este artículo es facilitar criterios para la organización y gestión del

área quirúrgica, que puedan contribuir a la mejora en las condiciones de calidad y seguridad en la prestación de los servicios.

2. Criterios organizativos y de gestión del Bloque Quirúrgico

Los criterios organizativos y de gestión del Bloque Quirúrgico, fueron elaborados desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹ con el apoyo de expertos vinculados con asociaciones científicas y profesionales.

El **Bloque Quirúrgico** (BQ) se define, desde el punto de vista estructural y organizativo, como "el espacio en el que se agrupan todos los quirófanos, con los locales de apoyo, instalaciones y equipamiento necesarios para realizar los procedimientos quirúrgicos previstos, por parte del equipo multidisciplinar, que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad quirúrgica"¹. No se incluye dentro del concepto de BQ la cirugía menor, las salas de hemodinámica y electrofisiología ni los gabinetes de endoscopias.

2.1. Estructura funcional del Bloque Quirúrgico

El proceso de planificación y diseño de un BQ requiere conocer la cartera de servicios del área quirúrgica, la complejidad, el régimen asistencial urgente o programado, así como cirugía en paciente hospitalizado o cirugía mayor ambulatoria. Dependiendo de la arquitectura hospitalaria, el BQ puede ser, físicamente, un conjunto de locales anexos, o bien un conjunto de locales dispersos en diferentes plantas u otras localizaciones del hospital. La estructura física de dichos locales condiciona la organización y gestión de la actividad quirúrgica.

La **organización funcional de los quirófanos dispersos**, por especialidades con zona de hospitalización, Unidad de Recuperación Anestésica (URPA) y Unidad de Cuidados Críticos Quirúrgicos (UCCQ) por especialidad se considera obsoleto, siendo poco eficiente para el conjunto del área quirúrgica tanto por la asignación de sesiones como por la oferta de camas de críticos.

En cambio, la organización funcional de los quirófanos **centralizada** agrupa a los quirófanos en un único bloque optimizando recursos humanos y materiales. Esto puede facilitar la gestión, distribuyendo las sesiones quirúrgicas en función de los criterios de programación, mejora la eficacia de recursos, la asignación de personal y permite planificar con objetivos globales. En algunos hospitales se organiza como un sistema **mixto**, con bloques quirúrgicos concentrados y separación de áreas especiales, como el bloque infantil y/o el bloque obstétrico.

Es fundamental considerar el modelo de **atención a la urgencia quirúrgica**, según el nivel de hospital considerado, planificando quirófanos específicos adscritos a especialidades concretas como Cirugía Cardíaca, Neurocirugía, Obstetricia, etc. Se estima dos puestos de URPA por quirófano activo, con excepción de la cirugía mayor ambulatoria que requiere de mayor dotación para ser eficiente.

En cualquier caso, cada BQ deberá definir su programa funcional y estructura organizativa, en función del estudio de la demanda teórica y el análisis de la capacidad de programación quirúrgica. En los últimos años, esta actividad ha experimentado cambios, aumentando los procedimientos realizados en áreas fuera de quirófano. El BQ debe situarse en la proximidad física de las UCCQ, ser fácilmente accesible desde el servicio de urgencias y las unidades de hospitalización asignadas a especialidades quirúrgicas, y con una adecuada comunicación con anatomía patológica, diagnóstico por la imagen y laboratorios¹.

La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social elaboró los estándares y recomendaciones para las **Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA)**². Según la relación física y organizativa con el hospital se clasifica la UCMA como: unidades integradas, unidades autónomas, unidades satélites o unidades independientes.

- Unidades integradas: Estructura compartida con los recursos hospitalarios, con admisión diferenciada y dependencia de los servicios quirúrgicos.
- Unidades autónomas: Estructura propia y delimitada arquitectónicamente del resto

del hospital, con admisión diferenciada. Actúa como unidad con dependencia de los servicios quirúrgicos.

- Unidades satélites: Estructura separada arquitectónicamente del hospital. Actúa como unidad con dependencia de los servicios quirúrgicos.
- Unidades independientes: Estructura independiente, integrada en un centro de asistencia sanitaria sin hospitalización. Actúa con organización propia.

Según el documento del Ministerio de Sanidad² se recomienda la existencia de una UCMA autónoma, con organización independiente y si el volumen de actividad lo justifica, delimitación arquitectónica del resto del hospital.

2.2. Estructura organizativa del Bloque Quirúrgico

El BQ se configura como una unidad de gestión por lo que debe disponer de una estructura organizativa, soporte administrativo y sistemas de información¹. Para evaluar los resultados se requiere la disponibilidad de un cuadro de mando con indicadores de actividad, calidad y costes. La finalidad del cuadro de mando es poder evaluar en base a los resultados esperados, prever los márgenes de error, detectarlos y establecer las medidas necesarias para corregirlas.

En la estructura organizativa del BQ se recomienda la existencia de un coordinador/a médico, uno o varios supervisores/as de enfermería y un comité de quirófano.

- El *coordinador/a de quirófanos* ejerce de puente entre el BQ y la dirección del centro. Ajusta el funcionamiento del BQ a los objetivos estratégicos, con una visión global, formula procedimientos de actuación para una mejora en la eficacia, vela por el cumplimiento de las medidas de calidad y seguridad del paciente y media en los conflictos.
- El *supervisor/a de quirófanos* es el responsable de planificar y coordinar los procesos

de enfermería, así como de gestionar los recursos humanos y materiales, de acuerdo con los objetivos estratégicos del hospital.

- El *comité de quirófano* proporciona un marco general, define la estrategia del BQ de modo consensuado y facilita la resolución de conflictos. La composición del comité varía entre los diferentes hospitales. Deben estar representados los principales colectivos que participan en la actividad: enfermería, anesthesiólogos y cirujanos. Se recomienda que se nombre un presidente y un secretario y es aconsejable el levantamiento de actas. La periodicidad de las reuniones viene determinada por sus funciones. Cuando incluye la revisión de la programación, debe ser semanal. En otros casos puede establecerse con otras fórmulas.

Es importante destacar que la organización hospitalaria empieza a cambiar desde la antigua estructura vertical, muy jerarquizada con poca comunicación, falta de información y responsabilidad diluida hacia una gestión con el foco en el paciente y los profesionales. Destacando la importancia de la escucha, la comunicación, la alineación de los objetivos y la corresponsabilidad.

Tabla 1. Consideraciones en los procesos y circuitos perioperatorios.

Circuito perioperatorio
<p>El circuito se inicia con la recepción del paciente por el Servicio de Admisión y asignación de cama de hospitalización. El día programado para la cirugía el paciente debe ser trasladado con suficiente antelación al BQ. En el área de preparación quirúrgica se seguirá un protocolo de recepción de pacientes que incluya la comprobación de la identidad del paciente (pulsera identificativa con los datos del paciente, diagnóstico y procedimiento quirúrgico) y la revisión de la historia clínica completa y pruebas complementarias.</p>
<p>El anesthesiólogo debe revisar la valoración preanestésica con especial atención a la vía aérea. Comprobar la historia clínica y el consentimiento informado anestésico. Planificar el tipo más adecuado de anestesia para el paciente según la intervención programada, el área de destino más probable tras la intervención y el protocolo específico de recuperación anestésica.</p>
<p>El paciente será trasladado a la unidad en la que pueda recibir el nivel de cuidados adecuado a su situación y a la intervención realizada, para evitar traslados posteriores y para que una estancia más prolongada de lo previsto en una unidad no impida el acceso a la misma de otros pacientes y sea motivo de suspensiones de cirugía.</p>
<p>El anesthesiólogo, indicará el alta del paciente cuando este cumpla los criterios definidos en el protocolo de la URPA. El horario de funcionamiento de la URPA se ajustará a las características específicas del BQ, de acuerdo con el número de pacientes a atender, su distribución horaria y necesidad de cuidados, evitando que la ocupación de la URPA bloquee la entrada y salida de pacientes del Bloque Quirúrgico. Como regla general el paciente no debe permanecer en el nivel de cuidados de la URPA más de 6 horas; si precisa más tiempo valorar si requiere un nivel de cuidados críticos.</p>
<p>La UCCQ debe tener protocolos de admisión y alta, consensuados, para prevenir el bloqueo de camas. Debe preverse un sistema de reserva para los ingresos programados y comprobar la disponibilidad de camas antes de proceder a la cirugía programada³.</p>

2.3. Gestión del Bloque Quirúrgico

Derechos y garantías de los pacientes

El eje del proceso quirúrgico es el paciente. Desde la llegada del enfermo al BQ se garantizará, el respeto a su intimidad, un trato humano e información de cada acción que se realice durante el proceso quirúrgico. La información de acogida se recomienda que incluya una descripción de las diferentes fases por las que va a pasar el paciente. En el marco quirúrgico, el documento de consentimiento informado abordará de forma específica los aspectos relativos al acto quirúrgico y el tipo de régimen asistencial (ambulatorio/ ingreso), incluyendo unos apartados mínimos de información.

A efectos prácticos, en el BQ destacan cuatro grandes ámbitos de gestión.

- 1) Procesos y circuitos perioperatorios. El conocimiento y análisis de los procesos y circuitos perioperatorios permiten plantear acciones de mejora y procedimientos que permitan acortar tiempos. En la Tabla 1 se presentan algunas consideraciones importantes al respecto.

2) Actividad quirúrgica. El análisis del indicador de la ocupación de quirófano permite identificar las horas de mayor ocupación y las especialidades quirúrgicas de mayor actividad pudiéndose realizar una gestión eficiente de los recursos y ajustar los costes, asignando el personal según la necesidad del quirófano en base a su actividad. Concretamente, las actuales recomendaciones y estándares sobre el BQ¹ plantean como objetivo para la utilización de los quirófanos programados de, al menos, 10 horas los días laborables y 7 horas los viernes. También es importante aumentar la polivalencia de los quirófanos y se recomienda que, en general, no se asignen quirófanos por especialidad, distribuyendo las sesiones quirúr-

gicas en función de los criterios de programación que se establezcan¹. El 80% de las urgencias quirúrgicas pueden ser atendidas durante el día laboral normal, siempre que se provea de sesiones quirúrgicas especialmente dedicadas a esta actividad, adecuadamente dotadas de recursos humanos y de equipamiento.

La gestión por procesos permite ordenar los flujos de trabajo con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos, intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones, eliminando aquello que no aporta valor al paciente ni a la organización, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales.

Tabla 2. Ejemplos de indicadores de actividad y eficiencia en el Bloque Quirúrgico.

<p>Indicadores de actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de cirugías en actividad programada. • Número de cirugías en actividad urgente. • Número de cirugías en actividad extraordinaria.
<p>Indicadores de eficiencia</p> <p>Se suelen establecer 6 indicadores para valorar la eficiencia en la utilización del BQ:</p> <p><i>Tiempo quirúrgico:</i> Tiempo desde que el paciente entra al quirófano hasta que sale del mismo. Puede desglosarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tiempo de bloque:</i> hora de entrada y hora de salida del bloque. • <i>Tiempo de anestesia:</i> hora de inicio y finalización de la anestesia. • <i>Tiempo de cirugía:</i> hora de incisión y cierre de la intervención. <p><i>Tiempo de rotación del quirófano:</i> Tiempo que transcurre entre la salida del paciente del quirófano y la entrada del siguiente. Corresponde al tiempo de limpieza y preparación.</p> <p><i>Índice de ocupación o rendimiento bruto del quirófano:</i> $[(\text{Sumatorio del tiempo que los pacientes están en el quirófano (salida-entrada al quirófano + sumatorio del tiempo entre cirugías)}) / (\text{sumatorio de las horas o sesiones disponibles})] \times 100$.</p> <p><i>Índice de ocupación o rendimiento neto del quirófano:</i> $[(\text{Sumatorio del tiempo que los pacientes están en el quirófano (salida-entrada al quirófano)}) / (\text{sumatorio de las horas o sesiones disponibles})] \times 100$.</p> <p><i>Tiempo de sobreutilización del quirófano:</i> factor corrector del indicador número 3. Tiene utilidad para comprobar si el tiempo programado ha sido bien gestionado; si se sobrepasa, no sería adecuado o se tendría que reevaluar esa cantidad de tiempo que se ofrece.</p> <p><i>Porcentaje de cancelaciones de operaciones programadas el día de la cirugía:</i> Cualquier operación programada en la lista definitiva del quirófano, que no se realizó ese día.</p> <p>Nota: No existe un acuerdo universalmente aceptado sobre cuál es el nivel óptimo de utilización de los quirófanos. Las referencias de la literatura proponen un rango entre el 75% y 90%.</p>

- 3) Recursos materiales. La gestión eficiente del material que se utiliza en el BQ es una parte fundamental en el proceso debido a su elevado coste, pero también a su repercusión en la calidad y bioseguridad. Están implicados los servicios quirúrgicos, enfermería, la dirección quirúrgica y la dirección de gestión.
- 4) Recursos humanos. La gestión del BQ implica conocer a los equipos, el dimensionamiento de las plantillas y servicios quirúrgicos.

El desarrollo de las competencias no técnicas o habilidades blandas es fundamental para desempeñar la gestión del BQ. Competencias como la escucha activa, asertividad, la comunicación, la resolución de conflictos, proactividad, la planificación de tareas, técnicas para dar feedback, herramientas para trabajo en equipo, y la gestión del cambio son básicas para ejercer un liderazgo al servicio del área quirúrgica.

3. Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica.

Las principales definiciones y conceptos que se utilizan en la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) se recogen en el Real Decreto 605/2003, donde se establecen medidas para el tratamiento de la información en el SNS, y fija los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de listas de espera, con el fin de lograr un tratamiento homogéneo, que permita el análisis de los resultados y las necesidades⁴.

El Real Decreto 1039/2011, establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS, en condiciones de igualdad efectiva de los pacientes. Se establece en esta norma y a título de garantía para el paciente el tiempo máximo de acceso para la realización de determinadas intervenciones quirúrgicas que se han seleccionado aplicando los criterios de gravedad, eficacia de la intervención y oportunidad de esta⁵. Quedan excluidas del ámbito de aplicación de este Real Decreto:

- Las intervenciones quirúrgicas de trasplantes de órganos y tejidos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos, así como la atención sanitaria ante situaciones de catástrofe.
- Las intervenciones que puedan requerir una espera para reunir las condiciones adecuadas para su realización, como es el caso de las relacionadas con las técnicas de reproducción humana asistida.
- La atención sanitaria de urgencia, incluyendo reimplantes de miembros y atención a quemados.
- La atención sanitaria no incluida en la cartera de servicios del SNS.

Se definen determinados términos para su posterior utilización en los desarrollos normativos y sistemas de información, tales como³:

- **Tiempo máximo de acceso.** Plazo de tiempo, expresado en días naturales, que no podrá excederse para intervenir quirúrgicamente, atender en consultas externas o realizar una prueba diagnóstica o terapéutica a un usuario del SNS. Dicho plazo se computará desde el momento de la indicación de la atención por el facultativo, que se corresponderá con la fecha de entrada en el registro de espera.
- **Garantía de tiempo máximo de acceso.** Compromiso adquirido por el servicio de salud de la correspondiente comunidad autónoma que supone atender al usuario con las adecuadas condiciones de calidad, dentro del tiempo máximo de acceso establecido en su ámbito, que en ningún caso excederá de lo previsto en este real decreto.
- **Pérdida de la garantía.** Situación que genera que quede sin efecto, para un determinado usuario, la garantía del tiempo máximo de acceso por parte del correspondiente servicio de salud.
- **Suspensión de la garantía.** Situación provisional en la que queda suspendida de manera transitoria y en tanto persistan las causas que motiven tal situación.

La garantía de tiempo máximo de acceso quedará sin efecto cuando el usuario³:

1. Deje de tener la indicación que lo justificaba.
2. Renuncie voluntariamente.
3. No hubiera optado, en el plazo establecido al efecto, por alguna de las alternativas ofertadas por el servicio de salud o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.
4. No se presente, sin motivo justificado.
5. Retrase la atención sin causa justificada.
6. Incumpla alguna de las obligaciones que el paciente tiene como usuario del sistema.

No obstante, en los supuestos 3, 5 y 6, el usuario continuará en el registro de lista de espera, aunque pierda la garantía respecto a esa atención.

Se producirá una suspensión de la garantía, que conllevará la interrupción del cómputo de los plazos máximos, en los siguientes supuestos:

1. Cuando el usuario solicite un aplazamiento de la atención durante un tiempo determinado, sin renunciar a la misma, y siempre que alegue causas debidamente justificadas.
2. Cuando concurra causa clínica que justifique el aplazamiento del proceso.
3. En caso de acontecimientos catastróficos, epi-

demias, huelgas o disfunciones graves que afecten a uno o más servicios sanitarios.

El cómputo del tiempo máximo de acceso se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubiesen motivado la interrupción del plazo.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS, respecto a la garantía de tiempo de acceso a las prestaciones dispone en su artículo 25, que: "En el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS, que se aprobarán mediante Real Decreto. Las comunidades autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco".

A partir de la normativa estatal las diferentes comunidades han ido legislando aspectos concretos referentes a las listas de espera. Las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud fueron publicadas en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, en el año 2016 por la Consejería de Sanidad⁶.

En la Tabla 3 se presentan ejemplos de criterios e indicadores de medida para la gestión de la LEQ.

Tabla 3. Ejemplos de criterios e indicadores de medida

1. *Número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica atendiendo al tipo de espera.* Es el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, en el momento del corte, en función del tipo de espera.
Datos/indicadores:
 - Número de pacientes en espera estructural.
 - Número de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.
 - Número de pacientes transitoriamente no programables.
2. *Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.* Es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes de intervención, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de prescripción de la intervención) hasta la fecha final del período de estudio.
Datos/indicadores:
 - *Tiempo medio de espera de los pacientes en espera estructural.*
 - *Tiempo medio de espera de los pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo.*
3. *Distribución de los pacientes pendientes de intervención por tramos de espera.* Es el número de pacientes pendientes de intervención en cada uno de los tramos siguientes: 0-90 días, 91-180 días, 181-365, más de 365 días.
Datos/indicadores:
 - Distribución de pacientes en espera estructural.
 - Distribución de pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo. Distribución de pacientes en función de prioridad.

4. *Número de entradas en el registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.* Es el número de nuevos casos incluidos en el registro durante el período de estudio.

Datos/indicadores: Número de entradas. Tasa por mil habitantes.

5. *Número de salidas del registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.* Es el número de pacientes dados de baja del registro, durante el período de estudio.

Datos/indicadores:

- Número de pacientes intervenidos durante el período de estudio: número de pacientes dados de baja por intervención quirúrgica durante el período de estudio.
- Número total de salidas durante el período de estudio: número de pacientes dados de baja por cualquier motivo durante el período de estudio.

6. *Espera media de los pacientes intervenidos.* Es el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes ya intervenidos, desde la fecha de entrada en el registro (fecha de la indicación) hasta la fecha de intervención quirúrgica.

Datos/indicadores:

- Espera media del total de pacientes intervenidos.
- Espera media de los pacientes intervenidos de forma programada (se excluyen para el cálculo del indicador los pacientes del registro intervenidos vía urgente).

7. *Demora media prospectiva.* Es el tiempo, expresado en días naturales, que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes de intervención quirúrgica al ritmo de trabajo de un período anterior definido.

Datos/indicadores: Número total de pacientes pendientes / promedio diario de salidas totales del registro en los últimos 12 meses.

8. *Población de referencia.* Se utilizará la cifra de población incluida en la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual de cada comunidad autónoma.

9. *Índice de frecuentación hospitalaria o demanda de hospitalización por habitante.* Mide la utilización que hace la población de su área de influencia, de los servicios hospitalarios que tiene a su disposición.

El **conjunto mínimo de datos del sistema de información** de la LEQ común para todo el SNS comprenderá:

- a) Fecha de entrada del paciente en el registro;
- b) Servicio quirúrgico que prescribe la inclusión en LEQ;
- c) Prioridad del paciente, según definiciones estipuladas:

Prioridad 1, pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.

Prioridad 2, pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.

Prioridad 3, pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento.

d) Diagnóstico de inclusión: codificación según Clasificación Internacional de Enfermedades, vigente en el conjunto del SNS;

e) Procedimiento quirúrgico previsto: codificación según Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en el conjunto del SNS;

f) Situación del paciente (tipo de espera):

1. *Paciente en espera «estructural»* (pacientes incluidos en el registro de LEQ que se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles).

2. *Paciente en espera tras rechazo de centro alternativo.*

3. *Paciente transitoriamente no programable.*

g) Motivo de salida:

1. Por intervención: Programada en el

propio centro, urgente o intervenido en otro centro.

2. Por otros motivos.

h) Fecha de salida: Fecha de la intervención quirúrgica o fecha de salida por otros motivos.

Es importante remarcar que la gestión de la LEQ es un trabajo multidisciplinar en el que participan con distintos niveles de responsabilidad las Consejerías de Sanidad, Direcciones de hospitales, Servicios Quirúrgicos, Servicios de Anestesiología, y Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

La *Consejería de Sanidad* es responsable último de la definición y el seguimiento de los objetivos institucionales. Entre sus funciones se encuentran proponer criterios de inclusión en LEQ, establecer y coordinar los circuitos de derivación de pacientes, así como su seguimiento y control y gestionar los sistemas de información.

La *Dirección del Hospital* es el responsable último a nivel del centro de la adecuada gestión de la LEQ. Entre sus funciones se destacan facilitar las medidas organizativas necesarias para realizar la actividad quirúrgica; y asignar los espacios en relación con la demanda y el catálogo de procedimientos de cada especialidad.

Los *Servicios Quirúrgicos* y *Servicio de Anestesiología* son los responsables de la indicación quirúrgica, e inclusión en LEQ y de su correcta cumplimentación. Entre sus principales funciones se encuentran: seleccionar los pacientes para la programación quirúrgica en colaboración con la Comisión de Programación del Centro; y notificar cualquier modificación de las condiciones clínicas del paciente incluido en LEQ. El Servicio de Anestesiología debe comunicar el resultado de la valoración preanestésica. Las pruebas preoperatorias variarán según patología y situación clínica del paciente, siguiendo las recomendaciones de 'no hacer' de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor enmarcadas en el proyecto 'Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas' ⁷.

El *Servicio de Admisión y Documentación Clínica* entre cuyas funciones se incluyen la filiación

de pacientes, la apertura y petición de historia clínica, la acogida y ubicación de los pacientes, la formalización de ingresos programados y urgentes, la gestión de camas, y listas de espera, así como el control, mantenimiento y actualización de los registros.

Las principales líneas de acción para gestionar la LEQ son:

1. Promover protocolos de inclusión/priorización. Los servicios quirúrgicos son los que incluyen al paciente en LEQ. Es fundamental que conozcan los criterios de inclusión y priorización en la LEQ. La realización y difusión de protocolos disminuye los errores por esta causa.
2. Sistema de información. Los sistemas de información disponibles deben ser compatibles y comparables entre hospitales.
3. Optimización de la programación quirúrgica.
4. Mejorar rendimiento de los "cuellos de botella".
5. Disminuir las cancelaciones evitables. La tasa de cancelaciones puede reducirse utilizando un adecuado protocolo preoperatorio, desarrollando una gestión integral del proceso, incorporando a todas las partes implicadas en el mismo, y dotando de un área de preparación preoperatoria para ingresos el mismo día de la cirugía. La confirmación de la asistencia vía telefónica 48 horas antes a la intervención permite reprogramar la actividad quirúrgica.
6. Potenciar la cirugía mayor ambulatoria. Es preciso dar entidad de unidad de gestión a la cirugía mayor ambulatoria con un coordinador, personal adscrito, dotarla de estructura física, recursos materiales y protocolos asistenciales. También se debe fomentar la Hospitalización Domiciliaria y la conexión con la Atención Primaria. La utilización de circuitos extrahospitalarios da lugar a un incremento del índice de ambulatorización.
7. Ampliar horarios de trabajo. Programación de cirugía de tarde ordinaria y en fines de semana para disminuir la LEQ en función de las necesidades.
8. Programas de actividad extraordinaria. Implantar

programas de actividad extraordinaria enfocados a disminuir la LEQ, facilitando la autogestión de los hospitales lo que requiere incluir en la actividad extraordinaria los procesos necesarios en cada especialidad para dar cobertura a las necesidades quirúrgicas.

9. Facilitar modelos de colaboración con otros centros. Facilitar modelos de colaboración con *hospitales públicos de apoyo*, haciendo factible el desplazamiento de los equipos de anestesia y quirúrgicos a estos centros para atender la demanda quirúrgica y facilitar la derivación de pacientes que cumplan criterios establecidos previamente. Facilitar modelos de colaboración con *hospitales privados*. Estudiar la derivación de la demanda quirúrgica no asumible por los hospitales públicos a hospitales privados.

4. Claves para la programación quirúrgica^{8,9,10}.

El quirófano es uno de los recursos más caros de un hospital. Su funcionamiento puede llegar a suponer hasta el 20% del coste económico de todos los recursos del hospital⁸. Obtener el máximo rendimiento del quirófano disminuyendo sus costes con calidad asistencial es un objetivo primordial.

En muchos centros la programación de cada jornada quirúrgica se realiza de una forma manual y empírica, en base al histórico de la duración de las intervenciones quirúrgicas por los servicios y de las costumbres y características del hospital. La implantación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a la programación quirúrgica permite mejorar el rendimiento y programar el número de quirófanos necesarios para resolver la LEQ.

Para programar la actividad quirúrgica es necesario conocer los circuitos perioperatorios, el funcionamiento del BQ, los recursos materiales y humanos disponibles y la LEQ asignada. La programación puede ser *abierto* con periodicidad semanal o con *asignación* mensual o trimestral según la LEQ con reasignación semanal según la cirugía no demorable. La actividad quirúrgica puede programarse en *jornada ordinaria*, *deslizante* o *jornada extraordinaria*:

- La *jornada ordinaria* puede programarse en

turno de mañana o de tarde según las características de cada centro.

- La *jornada deslizante* es aquella que se inicia por la mañana y continúa por la tarde hasta finalizar el parte quirúrgico programado.
- La *actividad extraordinaria* engloba los procesos pactados para reducción de la LEQ remunerados con capítulo económico destinado a este fin.

A continuación, se detallan los **pasos** a seguir para la **programación quirúrgica**:

1. **Revisión de las prioridades** por especialidad de los pacientes incluidos en el registro de lista de espera según prioridades. El jefe de servicio quirúrgico revisará la correcta inclusión en LEQ como prioridad 1 con la finalidad de conseguir que ningún paciente con este nivel de prioridad espere para ser operado más de 30 días. El servicio de admisión facilitará a los servicios quirúrgicos información sobre los pacientes con prioridad 1 incluidos la semana anterior en el registro de LEQ con periodicidad semanal. Responsable: jefe del servicio quirúrgico.
2. **Reuniones** de la dirección con los servicios quirúrgicos. Es importante realizar reuniones periódicas de la dirección con los servicios para evaluar la LEQ y las necesidades de sesiones quirúrgicas según la disponibilidad de quirófanos del hospital y la capacidad de los servicios quirúrgicos en función de sus plantillas y necesidades (asistencia a cursos, bajas, etc.)
3. **Programación de los pacientes según prioridad** de LEQ con valoración preoperatoria realizada. El servicio de admisión facilitará a los servicios quirúrgicos información sobre los pacientes que deben ser intervenidos en el mes según la prioridad asignada en el registro de LEQ con periodicidad mensual. Responsable: jefe del servicio quirúrgico y el servicio de admisión.

Selección en primer lugar de los pacientes que la siguiente semana van a superar los 30 días de espera (pacientes que están en espera estructural y aquellos que están en no

estructural por rechazo de derivación la otro centro). Se seleccionarán además los pacientes con prioridad 1 por orden de antigüedad, que, aunque no estén a punto de superar los 30 días, se tenga capacidad de intervenir. Responsable: jefe del servicio quirúrgico + servicio de admisión + dirección del centro.

La Dirección del hospital debe garantizar que se disponga de los recursos para intervenir en el plazo fijado a los pacientes seleccionados asignando a cada servicio quirúrgico el número de quirófanos necesarios y los tiempos de cirugía adecuados para garantizar que ningún paciente supere el tiempo estipulado según la prioridad asignada, excepto justificación motivada. Debe analizarse si el procedimiento que precisa el paciente es subsidiario de derivación la otro centro y comprobar la disponibilidad en los centros concertados. Responsable: Dirección del centro.

4. **Elaboración de la propuesta del plan de quirófano.** Periodicidad semanal o quincenal. Responsable: Servicio quirúrgico.
5. **Aviso al paciente programado para verificar su conformidad.** Responsable: Servicio de admisión (auxiliar administrativo) / servicio quirúrgico correspondiente.
6. **Revisar la idoneidad de los pacientes programados.** Los servicios quirúrgicos deben programar únicamente a los pacientes que cumplan los requisitos para ser intervenidos. La comunicación y coordinación con el servicio de anestesia es fundamental para evitar las suspensiones. Es preciso revisar si el paciente tiene el preoperatorio y la consulta de preanestesia, comprobando que tras estas pruebas fue etiquetado como 'apto'. Comprobar que los consentimientos informados estén firmados por los facultativos y el paciente. Verificar que al paciente se le comunicó y puso en práctica las indicaciones de los facultativos necesarias previas a la intervención quirúrgica (suspender alguna medicación, modificación de dosis, etc.)
7. **Elaboración de la programación quirúrgi-**

ca definitiva. La elaboración de la programación quirúrgica definitiva es un proceso transversal en el que están implicados los servicios quirúrgicos, el servicio de anestesiología y reanimación, enfermería, el servicio de admisión y la dirección del centro.

La mesa de programación quirúrgica permite comunicar las necesidades especiales, como prolongaciones, vía aérea difícil, doble instrumentista, cama de críticos, necesidad de técnico de rayos, escáner intraoperatorio, navegador, microscopio, etc. Así como comentar clínicamente pacientes complejos o con peculiaridades (alergia al látex, cirugía sin sangre, etc.) Responsable: Servicio quirúrgico.

8. **Comprobación de la asistencia del paciente en la fecha programada.** La llamada previa al paciente por parte del Servicio de Admisión para comprobar si el paciente acudirá al hospital para ser intervenido evitaría las suspensiones por esta causa y permite reprogramar la jornada quirúrgica. Responsable: Servicio de Admisión.

Las claves para optimizar el rendimiento quirúrgico son:

1. **Recepción de los enfermos** en el servicio de admisión y asignación de camas de hospitalización con tiempo suficiente. La recepción temprana en las plantas facilita la preparación prequirúrgica y evita la demora en la llegada del paciente a quirófano. Las camas asignadas a los servicios quirúrgicos deben estar adecuadas a su actividad y a su índice de rotación. Evitando ingresar a los pacientes quirúrgicos en plantas no quirúrgicas y zonas ectópicas separadas del BQ.
2. **Considerar un área de preparación preoperatoria** para ingresos el mismo día de la cirugía. Esta área evita el retraso en el inicio de la cirugía derivado del retraso en el ingreso de los pacientes por falta de disponibilidad de camas de hospitalización a la llegada.
3. **Protocolo hospitalario de traslado de pacientes al BQ.** Se debe disponer de un protocolo de traslado del paciente al BQ,

que especifique la hora de traslado del primer paciente y el medio de traslado (silla, cama, camilla, etc). Se recomienda disponer de ascensores exclusivos para el traslado del paciente quirúrgico.

4. **Equipos consolidados.** La existencia de equipos consolidados donde se conocen los cirujanos, anesthesiólogos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, técnicos de rayos y celadores facilita el trabajo y la seguridad del paciente quirúrgico.
5. **Programar la actividad quirúrgica** ajustada a los tiempos. Ajustar por parte de los servicios la programación. Revisar semanalmente en la mesa de programación quirúrgica.
6. **Fomentar la comunicación.** Trabajar la comunicación en el equipo quirúrgico, así como la comunicación de este con la Dirección. Comunicar las necesidades especiales al Coordinador de Quirófano, Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.
7. **Liderazgo del Coordinador Quirófano.** La figura del Coordinador Quirúrgico es fundamental para adaptar la programación en función de las necesidades diarias. Facilita la reubicación de especialidades ante la previsión de prolongación del parte o problemas estructurales que justifiquen el cambio o el cierre de un quirófano.
8. **Revisión del material necesario** para la cirugía programada del día. La previsión de las necesidades especiales facilita la preparación. El correcto dimensionamiento de las cajas de instrumental según el volumen de cirugía programada, los circuitos establecidos y a la capacidad de la central de esterilización es fundamental. La revisión del material e instrumental evita problemas de funcionamiento y disminuye los tiempos muertos.
9. **Apostar por la innovación y tecnología.** Para mejorar el tiempo quirúrgico, el hospi-

tal debe poner a disposición de los servicios la innovación y tecnología, así como facilitar los recursos materiales en beneficio del tratamiento quirúrgico de los pacientes.

10. **Gestión por procesos.** Los servicios quirúrgicos deben trabajar hacia la gestión por procesos, facilitando la estandarización, disminuyendo la variabilidad y mejorando el rendimiento y la seguridad del paciente quirúrgico.
11. **Adecuar los puestos de URPA y camas de críticos.** Las camas de críticos y los puestos de URPA son uno de los principales cuellos de botella en el área quirúrgica. Para el correcto funcionamiento es preciso un correcto dimensionamiento en función de la actividad del centro.
12. **Protocolos de alta** de URPA y UCCQ.
13. **Implementar vías clínicas** en los procesos quirúrgicos. Mejora los resultados, disminuye la estancia hospitalaria, las infecciones postquirúrgicas y los reingresos hospitalarios.

5. Conclusiones

El proceso quirúrgico es un circuito de gran complejidad que comprende actividades asistenciales y no asistenciales encaminadas a la realización de un acto quirúrgico. La gestión del área quirúrgica hospitalaria requiere el conocimiento estructural y organizativo del BQ, la normativa para la gestión de la LEQ y el desarrollo de habilidades no técnicas.

La gestión por procesos permite ordenar los diferentes flujos de trabajo, integrar el conocimiento actualizado con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos, intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones.

La LEQ incluye a los pacientes pendientes de una intervención quirúrgica programada, no urgente, aceptada por el paciente, una vez concluidos sus estudios diagnósticos y para cuya realización se ha previsto la utilización de un quirófano. La prioridad

se realiza en función de la prioridad clínica establecida por el médico especialista quirúrgico y de la antigüedad en lista de espera. La gestión de la LEQ es un trabajo multidisciplinar.

La implementación de sistemas de información facilita la gestión del todo el proceso; la integración de la historia clínica digital, la inclusión/extracción en la lista de espera quirúrgica, la programación quirúrgica, la gestión del gasto de material, fungible e implantes a un determinado paciente, el seguimiento del paciente a través del circuito

asistencial, y el análisis de información para evaluar la eficacia y eficiencia del proceso.

El desarrollo de las competencias no técnicas, como la escucha activa, asertividad, la comunicación, la resolución de conflictos, proactividad, la planificación de tareas, herramientas para trabajo en equipo, y la gestión del cambio son básicas para ejercer un liderazgo al servicio del área quirúrgica.

Bibliografía

1. *Estándares y recomendaciones del Bloque Quirúrgico*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
2. *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
3. Ortiz del Pozo P, Soria Milla MA. *La Gestión de Pacientes en el Área Quirúrgica*. En: Soria Milla MA, Coordinador. *Material Docente del Programa de Gestión de Pacientes (GESPA): Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León*; 2021
4. *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el SNS*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-11266-consolidado.pdf>
5. *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-14190-consolidado.pdf>
6. *Información de LEQ. Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica*. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera>
7. Quecedo Gutiérrez L, Ruiz Abascal R, Calvo Vecino JM, Peral García AI, Matute González E, Muñoz Alameda LE, et al. *Recomendaciones de «no hacer» de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Proyecto «Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas»*. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2016;63(9):519-527.
8. Morales Vargas V. *Libro blanco de la actividad y gestión del bloque quirúrgico en España*. Antares Consulting y General Electric Healthcare. 2018; 27:8.
9. Gómez-Ríos MA, Abad-Gurumeta A, Casans-Francés R, Calvo-Vecino JM. *Claves para optimizar la eficiencia de un bloque quirúrgico*. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2019;66(2):104-112.
10. Serra Sutton V, Solans Domènech M, Espallargues Carreras M. *Eficiencia en la utilización de los bloques quirúrgicos. Definición de indicadores. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: AIAQS núm. 2010/04*.