

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE ADMINISTRACIÓN

**TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL TÍTULO DEL
DIPLOMA DE POSGRADO EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**EVALUAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CATARATA POR
TÉCNICA DE FACOEMULSIFICACIÓN DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO DE
OJOS JOSÉ MARTÍ**

Boris Gustavo Cabrera Orellana

Alejandra Nelly Croci González

Sabrina María Lucían Pérez

Marys Paola Olivera García

TUTOR: Profesora Doctora Marisa Buglioli Bonilla

Montevideo

URUGUAY

2021

Página de Aprobación

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final:

EVALUAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CATARATA POR
TÉCNICA DE FACOEMULSIFICACIÓN DEL HOSPITAL ESPECIALIZADO DE
OJOS JOSÉ MARTÍ

Autores:

Boris Gustavo Cabrera Orellana

Alejandra Nelly Croci González

Sabrina María Lucián Pérez

Marys Paola Olivera García

Tutor: Profesora Doctora Marisa Buglioli Bonilla
POSGRADO EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Puntaje:

Tribunal

Profesor..... (nombre y firma).

Profesor..... (nombre y firma).

Profesor..... (nombre y firma).

Fecha.....

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Justificación e importancia del tema.....	6
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1 Estudios que evalúan principalmente la estructura.....	14
2.2 Estudios que evalúan principalmente el proceso.....	14
2.3 Estudios que evalúan principalmente los resultados.....	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Propósito.....	18
3.2 Objetivo General.....	18
3.3 Objetivos específicos.....	18
8.METODOLOGÍA.....	19
9.RESULTADOS.....	26
6. DISCUSIÓN.....	36
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
8. BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXO A.....	44
ANEXO B.....	48
ANEXO C.....	58

1. INTRODUCCIÓN

A nivel internacional se lanzó en el año 2005 la “Operación Milagro”, cuyo proyecto tuvo el objetivo de intervenir quirúrgicamente a personas con diversos problemas oculares, aspirando ayudar a seis millones de personas en el transcurso de 10 años, tanto en Cuba como en los Centros Oftalmológicos habilitados en otras naciones. Es así que el 29 de noviembre de 2007 en uno de los pabellones del Centro Hospitalario del Norte “Gustavo Saint Bois”; se inaugura el Hospital Especializado de Ojos “José Martí”, su denominación surge como homenaje al prócer y poeta cubano. Siendo considerado centro de referencia en cirugía oftalmológica.

Inició sus funciones con la colaboración de recursos humanos técnicos y especializados en el área de origen cubano, con el objetivo de atender la catarata considerada a nivel mundial como la primera causa de ceguera reversible, alcanzando a julio del año 2009 las 10.000 cirugías de cataratas.

El Hospital Especializado de Ojos como centro de referencia nacional ha dado respuestas asistenciales a todos los usuarios ASSE a nivel país, así como también a usuarios de prestadores privados a través de los diferentes convenios que se han realizado desde el año 2009. En este centro se reciben entre 350 y 400 consultas diarias y se llevan a cabo 145 mil acciones extra hospitalarias. Ante la problemática de traslado detectada en los usuarios que no cuentan con alojamiento en Montevideo, se brinda como solución, traslados gratuitos y alojamiento en la casa asistida "TARARÁ-PRADO", la cual se encuentra dentro de las instalaciones del propio Hospital.

La misión institucional es “...mejorar la salud ocular de la población brindando atención integral oftalmológica que incluya promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de patologías oculares complejas médicas y quirúrgicas. contribuyendo al desarrollo de la investigación científica y la formación de recursos calificados...” Mientras que su visión es “...ser un Centro con recursos humanos altamente calificados y tecnología de última generación para brindar atención médico-quirúrgica de excelencia en esta especialidad, constituyéndose en un referente en la especialidad en el SNIS...”. (1)

Entre las prestaciones básicas asistenciales del Hospital se encuentran policlínicas de oftalmología general, tratamientos de las distintas patologías oftalmológicas como ser retina, glaucoma, estrabismos, entre otras, realización estudios diagnósticos enfocados en lo mencionado anteriormente. Dentro de los diferentes tratamientos y procedimientos quirúrgicos que se realizan se encuentra la cirugía de catarata con o sin facoemulsificación.

La cirugía de catarata es una de las más frecuentes, siendo un procedimiento seguro que se efectúa anualmente a millones de pacientes en el mundo. Han existido diferentes procedimientos para remover la catarata haciendo que esta cirugía sea relativamente fácil, segura y la rehabilitación visual exitosa. La facoemulsificación del cristalino es la técnica quirúrgica más segura y con mejores resultados para la cirugía de catarata en cirujanos oftalmólogos entrenados con las condiciones técnicas adecuadas. Por lo que resulta importante medir la calidad del servicio de cirugía de catarata, siendo este el tema central del presente trabajo.

1.1 Justificación e importancia del tema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son personas ciegas y los restantes 246 millones presentan baja visión.

La misma además establece que “los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera” (OMS, 2014).

En Uruguay, según los datos provistos por el Instituto Nacional de Estadística, el 15,9% de la población uruguaya presenta alguna discapacidad y la cuarta parte de dicha población presenta discapacidad visual y según la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República el 54,3% de las causas de ceguera son tratables y el 28,6% son prevenibles con una adecuada atención oftalmológica.

La catarata es la causa más común e importante de pérdida visual en pacientes mayores de 50 años, constituyendo una de las principales indicaciones quirúrgicas en el grupo de pacientes que superan esta edad. Progresivamente, y debido al aumento de la esperanza de vida y a la mayor exigencia de una buena calidad de la misma por parte de los pacientes se produce un aumento progresivo de la demanda de intervenciones quirúrgicas de catarata.

La cirugía tiene como objetivo mejorar la agudeza visual y por consiguiente la calidad de vida del paciente. Predominantemente se realiza en pacientes mayores de 65 años, que presentan otras patologías oculares como glaucoma, degeneración macular, retinopatía diabética, entre otros.

A pesar de que existen avances en la identificación de factores de riesgo de desarrollar catarata, actualmente no se cuenta con un tratamiento médico primario eficaz. El único tratamiento considerado eficaz para restaurar la agudeza visual es la extracción de la catarata mediante cirugía. Gracias a los avances tecnológicos microquirúrgicos y en los lentes intraoculares (LIOs), se ha presentado un aumento de la calidad en la rehabilitación óptica postoperatoria. Esto implica que la cirugía se realice de manera más temprana y con presencia de menor deterioro visual en los pacientes. Considerando el incremento de la expectativa de vida sumado a las características de una población envejecida en Uruguay provoca una mayor demanda y por ende posibles saturaciones de las listas de espera quirúrgicas.

Tras 12 años desde la instalación del Hospital Especializado de Ojos “José Martí”, en 2019 el centro alcanzó las 90.000 cirugías realizadas, de las cuales unas 60.000 fueron por cataratas, representando un número importante de personas que mejoraron su calidad de vida.

Por lo antes mencionado y por considerarse una patología reversible, se entiende relevante realizar una evaluación de la calidad del servicio de cirugía. La misma tiene como premisa brindar información útil a la dirección del Hospital, que le permita realizar mejoras (en caso de ser necesarias) en el servicio, recursos y tecnología sanitarias basadas en el desarrollo de una cultura de calidad que considere las necesidades médicas y expectativas de los usuarios. Mediante la utilización de la estrategia de investigación operativa, la investigación gerencial y el uso de herramientas de medición de la calidad.

2. MARCO TEORICO

Atención sanitaria: En la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) se define como “...la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. (2)

Se trata de un conjunto de acciones desarrolladas por el personal de salud y puestas al servicio de la población con el objetivo de: promover la salud individual y colectiva, prevenir enfermedades, recuperar y rehabilitar la salud de las personas en forma integral (aspectos bio-psico-sociales).

Definición de la calidad de la atención: “...La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios...” Donabedian A. (1980)

De lo anterior se desprende que el autor define la calidad de la atención desde una perspectiva restringida que implica los siguientes tres factores:

1. El objeto de interés: se basa principalmente en el desempeño de los médicos y en el manejo de pacientes individuales. Es decir que analiza el desempeño de un profesional o técnico de la salud con respecto a la atención de las personas que se han convertido

en sus pacientes. Cabe aclarar que deben considerarse factores que influyen en el acceso a la atención y en la posibilidad de continuar siendo un paciente dispuesto a cooperar. En cuanto a la distribución de recursos está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan atención.

2. Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio en sus dos aspectos:

- a) La aplicación tanto del conocimiento médico, como de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta además las preferencias de cada paciente.
- b) El manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente.

De cualquier modo, tanto la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina, como el manejo de la relación interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de la atención médica, sobre todo desde el punto de vista del paciente.

3. Los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor: Es importante aclarar que un atributo en particular -el del coste- es tan importante para la política social que merece ser analizado por separado. Tradicionalmente, al tratar las especificaciones abstractas de la calidad de la atención médica, se ha excluido su coste, como si esto no fuera un obstáculo y cualquier paciente tuviera acceso a todo cuanto la medicina puede ofrecer, cuando en la práctica es totalmente contrario. Todo el mundo coincide en que no se debe hacer nada que no

aporte beneficios al paciente o que implique más riesgos que beneficios, pero tales maniobras son costosas y denotan una falta de criterio del médico a la hora de indicarlo.

En cuanto a los estándares de calidad, existen criterios establecidos para mantener la atención médica bajo una constante supervisión que garantice un nivel mínimo aceptable.

Estos criterios y normas están representados por lo que los expertos basados en los mejores datos científicos consideran como la mejor práctica; junto a los que pueden derivarse de la práctica promedio expresada por los médicos de una comunidad. Se aspira que, en la práctica, se alcance al menos una posición intermedia. Pero la realidad es que analizar la validez resulta problemático, ya que no todo en la práctica médica se acepta de forma universal, ni se encuentra apoyado sólidamente por evidencia científica. Es por ello que muchas veces puede existir resistencia médica a ser evaluados según criterios y normas ajenos a los suyos propios. (3)

“...El objetivo de la evaluación de la calidad es determinar con qué grado de éxito se ha conseguido esto; y el propósito de la monitorización de la calidad es el ejercer la vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido. Pero primero debemos especificar qué es lo que se está evaluando y monitorizarlo...”

Donabedian A. (2001).

La mayoría de los sistemas de monitorización de la calidad de la atención se realiza en dos etapas:

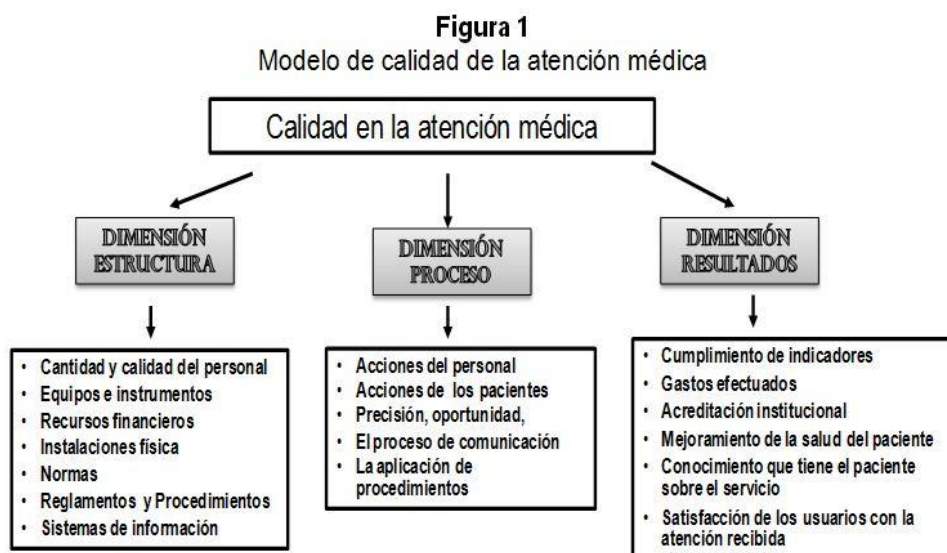
1. Identificación de los casos que no cumplen los criterios establecidos;
2. Someter los casos mencionados en el punto 1 a una “revisión por colegas” (“peer review”).

Esta combinación de un estudio inicial seguido de un examen detallado cumple con los objetivos de la monitorización, siempre que se tenga la voluntad y la capacidad para emplearla en forma adecuada.

Según Donabedian la evaluación de la calidad no se trata de una investigación clínica destinada a establecer la relación entre el proceso y el resultado, sino que constituye un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en lo que ya se sabe de esa relación con los límites actuales de la ciencia médica.

Si bien es cierto que los elementos del proceso pueden emplearse como indicadores de la calidad únicamente cuando existe una relación válida entre estos elementos y los resultados deseados; también lo es que los resultados específicos pueden usarse como indicadores de la calidad sólo en la medida en que exista una relación válida entre ambos. Por lo tanto, la validez reside no en la selección de elementos del proceso o del resultado, sino en lo que se sabe acerca de su relación.

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para la respectiva evaluación (figura 1). (4, 5)



Fuente: Torres (2011) a partir de Donabedian (1966)

- a) Indicadores de estructura: Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.
- b) Indicadores de proceso: Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.
- c) Los indicadores de resultado: Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Categorización del estudio de la calidad de la atención médica según Donabedian (Tabla 1):

Tabla 1: Clasificación de las categorías de los estudios de calidad

I. Estudios principalmente de la estructura
II. Estudios principalmente del proceso
A. Observación directa de la práctica
B. Estudios Basados en el registro médico
1. La presencia o ausencia de determinados elementos fundamentales de la atención
2. Justificación de la cirugía y otros procedimientos de importancia
3. Auditorías que utilizan criterios explícitos
4. Auditorías que utilizan criterios implícitos
III. Estudio principalmente del resultado
A. Morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad en comunidades y poblaciones
B. Medidas más refinadas de morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad
1. Sucesos adversos susceptibles de prevención
2. Progresión de enfermedades susceptibles de prevención
3. Resultados de diagnóstico específico
4. Mortalidad y morbilidad postoperatorias
C. Atribución de responsabilidades en situaciones diversas
1. Con especificación previa de los resultados esperados
2. Sin especificación previa de los resultados esperados
IV. Estudios que combinan proceso y resultado para demostrar los efectos del sistema
A. "trayectorias"
B. "Rastreadores" ("tracers")
V. Evaluación de las estrategias
A. Mapa de criterios
B. Prueba de las estrategias
1. Con modelos
2. Con pruebas clínicas

2.1 Estudios que evalúan principalmente la estructura

En esta categoría se incluyen las características de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen del financiamiento, la organización formal e informal de la prestación de los servicios y el sistema retributivo. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la habilitación, que es el acto administrativo dictado por el Ministerio de salud Pública (M.S.P) que autoriza el funcionamiento de un establecimiento, una vez culminados los procedimientos técnicos a fin de constatar el cumplimiento de las condiciones establecidas en la normativa vigente.

En Uruguay la normativa vigente para la habilitación de establecimientos asistenciales es el Decreto N° 416/002 de fecha 29/10/2002 que consta de 109 artículos de los cuales son de interés para el presente trabajo, los artículos 64 al 68 inclusive, referentes a las áreas quirúrgicas (ver Anexo A).

2.2 Estudios que evalúan principalmente el proceso

Aquí se hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. De esta manera se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica clínica (Saura, 1997).

Las guías de práctica clínica son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de lograr una atención adecuada para unas circunstancias de salud–enfermedad concretas. Estas constituyen un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos. Parten del supuesto de que si se miden sistemáticamente los resultados y se revisa el tratamiento que precedió a éstos, puede determinarse el tratamiento óptimo.

En la guía de práctica clínica de la catarata en el paciente adulto, de la Dra. M^a Carmen Blanco Rivera, del Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (C.H.U.F) España, destinada, no sólo a mejorar la gestión de las listas de espera de cirugía de catarata, sino que al mismo tiempo tratan de mejorar la calidad asistencial y, por tanto, en último término la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud.

Las guías, a diferencia del protocolo, no son de obligado cumplimiento y tampoco presentan un carácter normativo. A pesar de eso, sus recomendaciones se basan en el consenso de distintos profesionales especializados en el área y en la revisión sistemática de la literatura científica, lo que convierte dichas recomendaciones en una buena referencia para los profesionales, y también de cierta manera en un respaldo desde el punto de vista jurídico.

En la actualidad la mejora de la calidad asistencial ocupa un lugar preferente en la política de la salud en todos los países desarrollados. Cuando el término “calidad” se aplica en los servicios de salud, la efectividad clínica es un componente esencial para la consecución de la misma. Dicha efectividad clínica conlleva dos partes fundamentales: decidir qué actuaciones son las correctas ante una determinada situación clínica y lograr que dichas actuaciones se apliquen en la práctica clínica diaria de forma adecuada.

En la guía mencionada anteriormente se detalla el proceso a seguir desde la captación del paciente hasta el alta y probable cirugía del segundo ojo, en caso de ser necesaria, que cuenta con los siguientes aspectos:

- Captación y derivación de pacientes desde Atención Primaria.
- Examen oftalmológico al paciente con sospecha de catarata.
- Criterios de inclusión en lista de espera y prioridad de la cirugía.
- Estudios sistémicos previos a la intervención (preoperatorio).
- Pruebas especiales en pacientes con determinadas patologías sistémicas.
- Consulta preanestésica. Tipo de anestesia ¿Cuándo se precisa anestesista?
- Diferentes modalidades de intervención. Cirugías combinadas.
- Cuidados generales e higiénicos antes, durante y después de la intervención.
- Complicaciones post-quirúrgicas precoces y tardías
- Momento del alta y revisiones posteriores ¿cuándo?
- ¿Cuándo se debe operar el segundo ojo?

Se considera relevante mencionar que debido a la última actualización del catálogo de prestaciones del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) por ordenanza 289/018, la cirugía de catarata por facoemulsificación es considerada una prestación que se encuentra pendiente de protocolizar por el M.S.P (página N° 162) (7), por lo tanto, hasta que no lo realice, no es una prestación obligatoria.

2.3 Estudios que evalúan principalmente los resultados

Se hace referencia a los logros, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una

prestación de servicio determinada (Donabedian, 1980). La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los mismos cuando estos no son óptimos, también por la intrínseca dificultad de medir "salud" y por la insuficiente información sobre resultados psicosociales (Mira, Fernández y Vitaller, 1992).

Habría que considerar que no sólo se miden resultados técnicos. También es importante saber si el paciente queda satisfecho (Mira y cols., 1992). La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. La satisfacción, desde la práctica médica, es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal, comodidad de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la atención y, cuando proceda según el tipo de sistema de aseguramiento o centro, una valoración por parte del paciente del coste del tratamiento (Dickens, 1994).

3. OBJETIVOS

3.1 Propósito

Brindar una atención médica de mejor calidad a los usuarios.

3.2 Objetivo General

Evaluar la calidad y efectividad del servicio de cirugía de catarata por técnica de facoemulsificación con datos del año 2019.

3.3 Objetivos específicos

4. Obtener indicadores de estructura para medir la calidad del servicio.
5. Obtener indicadores de proceso para medir la calidad del servicio.
6. Obtener indicadores de resultado para medir la calidad del servicio.
7. Elaborar recomendaciones que favorezcan a mejorar la calidad de la atención.

8. METODOLOGÍA

Para el abordaje se evaluó el servicio de cirugía de la institución seleccionada a través de indicadores de estructura, proceso y resultados. Utilizando como herramienta de análisis la revisión bibliográfica, entrevista a Dirección Técnica, visita al servicio y estudio descriptivo con variables seleccionadas. Se escogió la información de las cirugías de cataratas por facoemulsificación en pacientes del Hospital Especializado de Ojos José Martí entre enero y diciembre del año 2019.

Se toma como referencia dicho año por considerarse representativo, debido a que el año 2020 fue atípico para la institución por la declaración de pandemia provocada por SARS-CoV 2.

Para obtener los datos se utilizaron diferentes fuentes de información:

En primera instancia se realizó una entrevista a la Directora Técnica del Hospital Especializado de Ojos con los objetivos de conocer:

- El proceso asistencial de un paciente desde que ingresa a la institución por una cirugía de cataratas hasta que es dado de alta,
- El interés institucional de realizar la evaluación de este servicio y
- La información disponible.

Medina, S, por comunicación directa, el 27 de octubre del 2021, describe el proceso necesario de todo paciente con diagnóstico de catarata para ser intervenido quirúrgicamente en la institución:

Inicialmente el paciente es derivado al Hospital Especializado de Ojos, desde los diferentes servicios del propio Centro, desde el primer nivel de atención de ASSE (RAP) o desde un prestador integral que tenga convenio vigente con el mismo.

Dentro del Hospital, el paciente es valorado por un médico Oftalmólogo quien confirma el diagnóstico de catarata. Lo ideal es que el paciente tenga los estudios de laboratorio realizados en su centro de origen y se haya descartado o confirmado la coexistencia de patologías secundarias que afectan la agudeza visual, como son la retinopatía diabética o el glaucoma.

Es necesario que el paciente haya sido tratado previamente de patologías oftalmológicas infecciosas o inflamatorias para ser atendido en el Hospital Especializado de Ojos. Aunque eso no siempre sucede, y más aún con los usuarios derivados de ASSE, ya que el Hospital al comprobar que posee alguna otra patología coexistente realiza el tratamiento correspondiente previo o simultáneamente a la cirugía de cataratas. Pero en el caso de que sean usuarios de prestadores con convenio es necesario que el paciente tenga resueltas sus otras patologías previo a la cirugía de cataratas. La doctora manifiesta que “...ha habido excepciones donde a pesar de coexistir el glaucoma y la catarata no se lo ha exigido al paciente que retorne a su prestador y se le ha brindado en el Hospital Especializado de Ojos la cirugía combinada (tratamiento del glaucoma y de la catarata). Todo ello se realiza para beneficio del usuario, para que no tenga que trasladarse de un lugar a otro y postergar su tratamiento...”

La oportunidad quirúrgica es valorada por el médico oftalmólogo y aceptada o rechazada por el propio usuario mediante el consentimiento informado que describe los riesgos y beneficios

de la cirugía. “...Debido a que la actual cirugía disponible para el tratamiento de las cataratas es mínimamente invasiva y muy segura no es necesario esperar a que el paciente tenga una disminución acentuada de su agudeza visual. Es necesario que las actividades de la vida diaria del paciente se vean afectadas por la disminución de la agudeza visual. En caso de que el paciente tenga cataratas en ambos ojos la cirugía se realiza en el ojo con menos visión, para luego operar el otro ojo dejando pasar como mínimo 15 días. No se operan simultáneamente ambos ojos...”

El médico especialista deberá solicitar los exámenes de laboratorio prequirúrgicos como la glicemia, tiempos de coagulación, etc. Posteriormente el paciente ingresa en lo que se denomina la “línea preoperatoria”, la cual involucra la valoración por un equipo multidisciplinario compuesto por enfermería, quien se encarga de la toma de signos vitales, medicina general para revisión de la paraclínica, examen oftalmológico externo y estudio con lámpara de hendidura por parte de médico especialista y la valoración para determinar cuál es el lente necesario a ser introducido realizado por un licenciado en oftalmología.

En caso de haber cumplido en forma satisfactoria con las etapas anteriores, el paciente ingresa al servicio “preoperatorio inmediato”, donde es evaluado por personal de enfermería y por un médico especialista en anestesiología. La anestesia utilizada en este tipo de cirugía es local realizada con colirio. Una vez culminadas las etapas previas, el paciente ingresa en la línea de block quirúrgico donde se procede a realizar la dilatación de la pupila. Al momento de la intervención en el block quirúrgico se encuentra el usuario, el médico oftalmólogo, un ayudante residente de oftalmología o bien médico general, licenciado en oftalmología o instrumentista y personal circulante.

Luego de la cirugía el paciente es ingresado a la línea de “postoperatorio inmediato”, en donde permanece aproximadamente 20 minutos y es revisado por personal de enfermería para valoración y cuidados respectivos, aquí se le brinda una colación. Una vez el paciente se encuentre estable es trasladado por personal de enfermería hasta el lugar donde se encuentra el acompañante, momento en el que se le indica el alta hospitalaria y de esta manera culmina el proceso.

Si bien el procedimiento es de carácter ambulatorio, una vez indicada alta del paciente se inician los controles regulares posoperatorios. Para los cuales deberá de retornar a consulta oftalmológica a las 24 horas, a los 7 días, a los 15 días y finalmente 30 días posteriores a su intervención.

Al consultar sobre las complicaciones de la cirugía, la doctora expresa que “...pueden ser clasificadas como complicaciones que ocurren durante la cirugía o aquellas que ocurren en la etapa postquirúrgica...”

Como segunda fuente de información, si bien se considera ideal la consulta de la historia clínica de cada paciente para realizar la recolección de datos, no fue posible acceder a las mismas por motivos institucionales. Por tal razón y como única fuente de información disponible, se utilizó una planilla en formato papel elaborada por el servicio, que cuenta con información de todas las cirugías que se realizan diariamente en la institución. La misma es completada por personal de registros médicos, previo al alta hospitalaria, la cual posteriormente es incluida en la Historia Clínica del paciente.

Se obtuvieron los registros de 5.601 cirugías de catarata por facoemulsificación realizadas en el año 2019, los cuales fueron transcritos por el equipo de trabajo de forma manual a un formato digital.

Los datos que se procesaron en Hojas de cálculo de Excel 2016 y encuentran registrados en esta planilla son: fecha, edad, sexo, departamento, patología, ojo a intervenir, convenio, mutualista, duración en tiempo de línea preoperatoria, duración en tiempo del procedimiento quirúrgico, duración en tiempo de línea postoperatoria, intervenciones aplazadas, complicaciones quirúrgicas.

Para interés del presente trabajo se tomaron en cuenta como variables: edad, sexo, departamento, patología, duración en tiempo del procedimiento quirúrgico, complicaciones quirúrgicas, intervenciones aplazadas, las cuales se analizaron en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25.

En tercer lugar, se realizó una visita al servicio por parte del grupo el día 09 de noviembre del año 2021, la cual fue coordinada durante la entrevista realizada a la Directora Técnica de la Institución. La visita sirvió como método de observación directa de la práctica, sin intervenir o alterar el ambiente en el que se llevó a cabo el procedimiento a analizar. Es importante resaltar que esta instancia se realizó en horario de la mañana cuando se realizan la gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas.

Previo a la visita el equipo realizó una revisión bibliográfica y de los objetivos del presente trabajo con la finalidad de obtener información necesaria para el alcance de los mismos y adquirir la capacidad para valorar aspectos fundamentales del servicio. Dicha recopilación fue fundamental a la hora de identificar recursos mínimos y necesarios, descritos en la norma técnica (Decreto N° 416/002), con los que debe contar el establecimiento para obtener la habilitación del servicio en cuestión.

La visita consistió en recorrer las instalaciones que forman parte del proceso, observando de forma directa la actividad programada para el día y el procedimiento descrito en la entrevista,

desde el ingreso del paciente a la institución hasta el alta hospitalaria o posterior ingreso y egreso de la casa Tarará-Prado.

Se nos entrega una muestra de ficha quirúrgica en formato papel que se utilizó hasta el año 2020 por el equipo multidisciplinario en cada etapa del proceso por paciente (ver Anexo B). Se aclara que actualmente el documento se completa de manera digital en la historia clínica electrónica.

En cuarto lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas sin restricción de idiomas en noviembre de 2021. Se utilizaron bases de datos específicas de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias: *University of York, Center for Reviews and Dissemination* <https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>) y también buscadores genéricos. Los términos utilizados para la búsqueda fueron “*waiting time*” and “*cataract surgery*”.

Luego de obtenidos los diferentes artículos se eligieron aquellos que establecieran los tiempos del acto quirúrgico y los tiempos postquirúrgicos inmediatos.

Categorización de las variables

Variable	Tipo	Valores
Edad	Cuantitativa discreta	Edad en años
Sexo	Cualitativa binaria	Femenino Masculino
Departamento	Cualitativa nominal	Departamento que proviene el paciente
Patología	Cualitativa nominal	Catarata
Duración de cirugía	Cualitativa continua	Tiempo transcurrido medido en horas y minutos en el que el paciente se encuentra en el procedimiento quirúrgico.
Complicación en cirugía	Cualitativa	Si No
Cirugías canceladas	Cualitativa	Si No

9. RESULTADOS

Considerando la metodología utilizada en el presente trabajo se analizarán los datos expuestos anteriormente y se obtuvieron los siguientes resultados tomando en cuenta la clasificación descrita en el marco teórico realizada por A. Donabedian. (Figura 1)

En cuanto a la dimensión estructura:

1. Respecto al cumplimiento de la norma técnica de habilitación vigente del Ministerio de Salud Pública se buscó constatar si el servicio de la institución cuenta con la misma. En la visita se nos informa por parte de las autoridades de la institución que el servicio se encuentra en proceso de habilitación, pero no se accedió a datos específicos ni a detalle de la etapa de avance de la gestión.
2. Respecto a la accesibilidad económica:
 - a) Con referencia a usuarios de ASSE, se confirma que tienen cobertura total sin costos lo que se traduce en una accesibilidad total al servicio.
 - b) En el caso de los usuarios provenientes de prestadores privados, al no estar protocolizado el procedimiento en el PIAS, el prestador de salud no se encuentra obligado a brindarlo, representando para éstos usuarios un gasto de bolsillo. Dicha situación implica en muchas ocasiones dificultades en el acceso por razones

económicas. Dependiendo del prestador, el costo a ser abonado puede variar entre mil quinientos y dos mil dólares americanos la cirugía de cada ojo, según información disponible en el mercado.

Si se trata de un usuario afiliado a un prestador mutual privado con convenio (BPS o PIT-CNT), jubilado y/o pensionista cuyo ingreso supere las 10 Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC) o para el caso de los activos que superen las 5 BPC, no pueden acceder a la intervención quirúrgica sin costo.

Tabla 1

Clasificación de pacientes de acuerdo a convenio al que pertenece.

Convenio	Número	Porcentaje
ASSE	3259	58,2
Otros	2342	41.8
Total	5601	100,00

Nota. Se observa que el 58,2 % de los pacientes pertenecen a convenio ASSE.

Fuente: Base de datos 2019.

- Respecto a la accesibilidad geográfica y de acuerdo a los datos analizados, el 54,4 % de pacientes coordinados para cirugía de catarata por facoemulsificación en el año 2019 provienen del interior del país, mientras que el restante 45,6% pertenecen a Montevideo. Si bien el hecho de que las cirugías se encuentren centralizadas en la capital del país podría considerarse una barrera de accesibilidad geográfica, la misma se ve mitigada en

parte, por el alojamiento brindado por la Institución (casa Tarará Prado) y el costeo de pasajes de ómnibus para trasladarse. En la actualidad se está tendiendo a la descentralización de la intervención quirúrgica, con el traslado del equipo multidisciplinario, equipamiento e insumos necesarios, a los blocks quirúrgicos de ciertos hospitales públicos del interior del país como ser Rivera, Artigas, Durazno, Treinta y Tres, entre otros.

Tabla 2

Clasificación de pacientes de acuerdo a Departamento de procedencia.

Departamento	Número	Porcentaje
Montevideo	2554	45,6
Interior	3047	54.4
Total	5601	100,0

Nota. Datos tomados de planilla diaria de cirugías 2019.

Fuente: Base de datos 2019

En cuanto a la dimensión proceso:

Luego del procesamiento y análisis de los datos disponibles se obtienen los siguientes resultados:

1. Se coordinaron 5601 cirugías de catarata por facoemulsificación en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2019.
2. Se realizaron 5088 del total de las cirugías coordinadas.
3. Se aplazaron por diversos motivos 512 cirugías del total de coordinadas en el período antes mencionado.
4. Complicaciones sin especificar.

Tabla 4.

Definición del indicador 1.

NOMBRE:	Porcentaje de cirugías de cataratas realizadas en el año 2019
DESCRIPCIÓN:	Identifica el porcentaje de cirugías de cataratas realizadas con relación al total de cirugías de cataratas coordinadas.
FÓRMULA/ CÁLCULO:	$\frac{\text{Número de cirugías de cataratas realizadas}}{\text{número de cirugías de cataratas coordinadas}} \times 100$
DIMENSIÓN:	Permite medir el grado de eficacia del servicio.
TIPO:	Indicador de proceso.
FUENTE DE DATOS:	Planillas de registros del servicio de block quirúrgico

Tabla 5

Clasificación de las cirugías coordinadas.

Cirugías	Número	Porcentaje
Realizadas	5088	90,84
Aplazadas	513	9,16
Total	5601	100,00

Nota. Fuente: Base de datos

En la tabla 3 podemos observar que el 90,84% de las cirugías coordinadas se efectuaron. Éste resultado pone de manifiesto un alto porcentaje de eficacia del procedimiento analizado.

Tabla 6

Clasificación de los pacientes para cirugía coordinada, según sexo.

Sexo	Número	Porcentaje
F	3491	62,33
M	2108	37,67
Total	5601	100,00

Nota. Fuente: Base de datos

Como se observa en la tabla 4 el mayor número de pacientes que usan el servicio son de sexo femenino representando el 62,33 % a comparación del 37,67% restante de sexo masculino.

Tabla 7

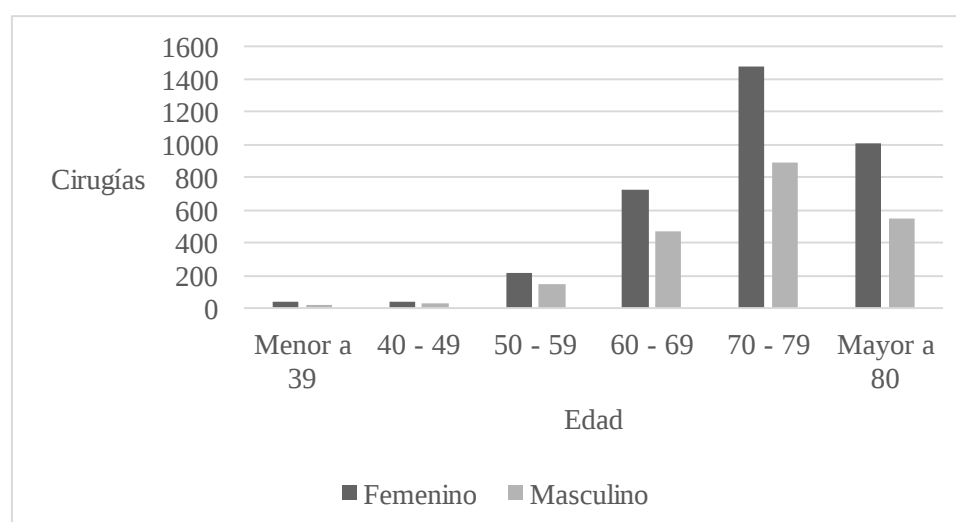
Clasificación de los pacientes para cirugía coordinada, según edad y sexo

Edad	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Menor a 39	34	0,97	23	1,08
40 - 49	43	1,23	33	1,57
50 - 59	211	6,05	149	7,08
60 - 69	722	20,69	471	22,38
70 - 79	1472	42,18	886	42,09
Mayor a 80	1008	28,88	543	25,80
Total	3490	100,00	2105	100,00

Nota. Se encuentran cuatro registros con errores, los cuales no fueron tomados en cuenta para la realización de la tabla. Fuente: Base de datos.

Grafico 1.

Clasificación de cirugías coordinadas según edad y sexo de pacientes



Nota. Fuente: Tabla 7.

Se aprecia que el grupo de edad en el que se realizan más cirugías está comprendido entre 70 y 79 años para ambos sexos.

Tabla 8.

Definición de indicador 2:

NOMBRE:	Tiempo promedio de duración de la intervención quirúrgica de cataratas
DESCRIPCIÓN:	Identifica el tiempo promedio de duración del acto quirúrgico, medido en minutos.
FÓRMULA/ CÁLCULO:	Sumatoria de todos los tiempos quirúrgicos / número de cirugías de cataratas realizadas.
DIMENSIÓN:	Permite medir el tiempo promedio de duración de la cirugía.
TIPO:	Indicador de proceso.
FUENTE DE DATOS:	Planillas de registros del servicio de block quirúrgico

El tiempo promedio de duración de la cirugía que se obtuvo en base al cálculo de la media de la variable duración de cirugía, fue de 41 minutos.

En cuanto a la dimensión resultados:

Se evaluaron cada uno de los registros obtenidos y transcritos, buscando incongruencias y errores en ellos.

De un total de 5601 registros evaluados se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se detectaron 50 registros con datos erróneos o que no fueron completados.
- En 118 registros se identifica cuando un paciente ha sufrido una complicación intraoperatoria pero no se aclara cuál es la complicación ni a qué se debió la misma.
- 513 cirugías fueron aplazadas por diversas causas, las mismas fueron registradas con una redacción abierta sujeta al criterio subjetivo de quien realiza el registro. Se observan reacciones heterogéneas para una misma causa de aplazamiento de la cirugía.

Del cociente entre Total de registros clínicos que contienen errores o que no fueron completados y el total de registros evaluados por 100, se obtuvo que el 0.89% del total de registros presentaron errores u omisiones.

Tabla 9

Clasificación de cirugías realizadas según presentación de complicaciones intraoperatorias.

Cirugías	Número	Porcentaje
Sin complicaciones	4970	97,68
Con complicaciones	118	2,32
Total	5088	100,00

Nota. Fuente: Base de datos

En la tabla 9 podemos observar que el 2,32% de las cirugías realizadas tuvieron alguna complicación intraoperatoria.

Tabla 10

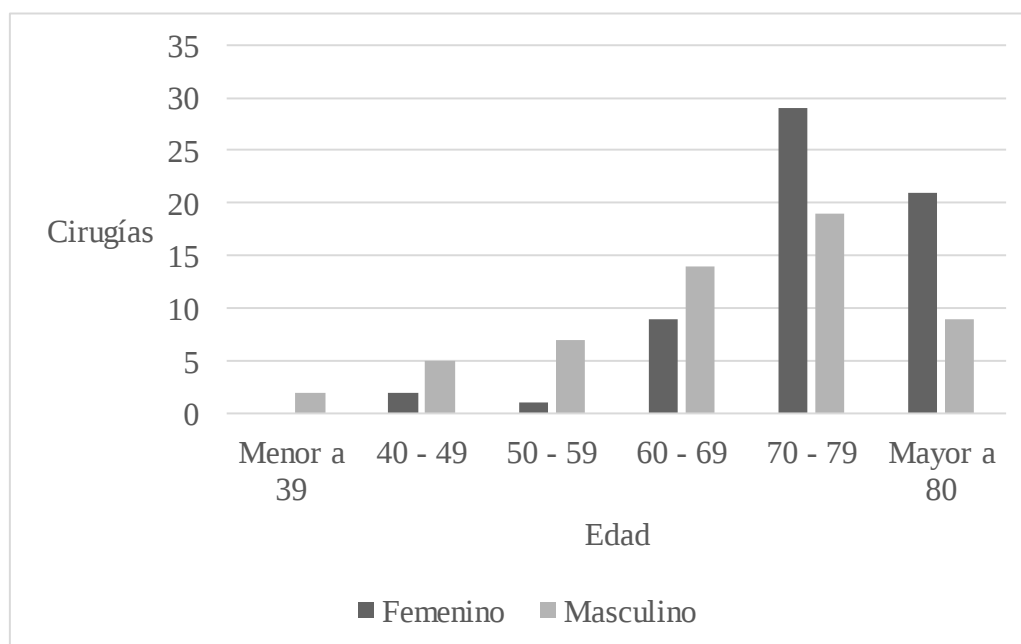
Clasificación de pacientes que presentaron complicaciones intraoperatorias, según edad y sexo.

	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Menor a 39	0	0,00	2	3,57
40 - 49	2	3,23	5	8,93
50 - 59	1	1,61	7	12,50
60 - 69	9	14,52	14	25,00
70 - 79	29	46,77	19	33,93
Mayor a 80	21	33,87	9	16,07
Total	62	100,00	56	100,00

Nota. Fuente: Base de datos

Grafico 2.

Clasificación de pacientes que presentaron complicaciones intraoperatorias, según edad y sexo.



Nota. Fuente: Tabla 10

Se aprecia que el grupo de edad entre 70 y 79 años en ambos sexos, presentaron el mayor número de complicaciones, 46,77 % para sexo femenino y 33,93% para masculino.

6. DISCUSIÓN

La cirugía de catarata por facoemulsificación es la técnica quirúrgica más frecuente en oftalmología, por lo que es importante la evaluación de calidad en la institución en la cual se realiza.

Tras el análisis de los datos que nos brindó la institución, notamos la importancia de tener acceso a las historias clínicas, lo que generó un impedimento para obtener datos que nos ayuden a evaluar de una manera certera el servicio, desde una fuente de información primaria, realizando una auditoría de las mismas.

Según la normativa del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, toda institución de salud debe cumplir con la habilitación de su servicio, sin embargo, para nuestro trabajo en el Hospital Especializado de Ojos “José Martí” contamos con información limitada sobre la misma, por lo que desconocemos la etapa del proceso en la que se encuentra.

En la institución estudiada, encontramos que se coordinaron 5601 cirugías de las cuales el 90,84% se realizaron efectivamente, lo que nos indica un uso intensivo del servicio. Podemos observar que el cálculo de utilización nunca puede ser perfecto ⁽⁸⁾ porque el sistema es necesariamente imperfecto y difiere mucho del tipo de paciente y cirugía que se realice en el servicio, por lo tanto, no se conoce un valor óptimo. Sin embargo, la American Hospital Association recomienda un porcentaje de utilización del quirófano de al menos 75 % y algunos autores han publicado porcentajes entre 58 y 71 % siendo incluso inferiores al porcentaje encontrado en nuestro estudio. (9)

Según el artículo publicado por (Mura, 2010, p.916), en la revista médica clínica Las Condes, del departamento de oftalmología, la cirugía de catarata por facoemulsificación dura aproximadamente entre 30 y 45 minutos, en nuestro estudio el tiempo promedio de cirugía por paciente fue de 41 minutos, por lo que podemos concluir que se encuentra dentro de los tiempos óptimos. (10)

Se implementó un proceso de evaluación de los registros clínicos para comprobar que la planilla diaria de cirugías sea completada en su totalidad y de manera correcta, obteniéndose resultados tangibles que evidencian una situación de variabilidad en los resultados. En ellos pueden observarse errores y omisiones que al aplicar el correspondiente indicador alcanzó un porcentaje de 0.89%, lo que significa que el 99,11% de los registros ingresados fueron completados correctamente. Estos resultados coinciden con algunos de los hallazgos descritos por Almeida de Azevedo, De Souza, Araújo, López (2019) quienes, en su estudio efectuado en São Paulo Brasil, obtuvieron como resultado que el 89.9% de registros presentaron cumplimiento en el llenado.

La cirugía de catarata por facoemulsificación está entre los procedimientos más seguros en medicina, pero requiere acciones de varios miembros del equipo de salud, que están propensos a fallos ocasionales, estos pueden resultar en serios daños a pacientes. Las complicaciones que se presentaron en las cirugías realizadas en la institución en estudio representan el 2,32%, sin embargo, por la dificultad en el acceso a las historias clínicas, no se logró diferenciar en el tipo de las mismas. Menos aún conocer si éstas son dependientes del nivel del profesional que las realiza, ya que se comprobó en el estudio realizado por Aguado M. (2013), que las complicaciones intraoperatorias se presentaron de manera más frecuente en aquellas cirugías realizadas por médicos residentes (14%), a diferencia de las realizadas por médicos especialistas. (12)

En cuanto a los tiempos de espera transcurridos entre la indicación de la cirugía hasta que se realiza, se toma en cuenta el artículo 4 del decreto N° 359/007 del 28/09/2007, el cual establece que “...Los procedimientos quirúrgicos no urgentes deberán coordinarse en un plazo inferior a 180 (ciento ochenta) días, a partir del momento en que la cirugía es indicada por el especialista actuante...” (13). El cumplimiento de dicha normativa no se pudo verificar en la institución analizada por la dificultad en el acceso a dicha información, debido a razones institucionales del momento.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La garantía de la calidad de la atención de salud, requiere de la sistematización de los registros clínicos, de tal manera tener la facilidad de auditar en cualquier momento la calidad del servicio brindado, así conocer las debilidades del servicio y con ello mejorar la eficacia, eficiencia y estandarización en la evaluación sistematizada para la gestión de la calidad.

Una vez analizados los datos disponibles podemos concluir que el servicio estudiado presenta un desempeño favorable y los resultados observados son positivos. Se desconoce si se aplican herramientas que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios debido al limitado acceso a más información, como ser datos personales de los mismos.

Con los datos que se tuvo a disposición, la evaluación de las complicaciones que se suscitaron en el hospital resultó insuficiente, debido a que en las planillas de registros de cirugías que se nos facilitaron, existe información muy limitada de las mismas. A pesar de lo anterior observamos que la frecuencia de complicaciones intraoperatorias comparado con el alto flujo de cirugías realizadas en el año, es mínimo, por lo cual se considera un alto grado alcanzado de eficacia por parte del servicio.

Se constató la ausencia de un sistema de codificación para el registro de ciertos datos, lo que generó dificultades en el análisis con mayor profundidad de ciertas variables, limitando la presentación de indicadores de calidad, herramienta fundamental de todo sistema de salud para la evaluación del servicio.

En base a lo observado y expuesto en líneas anteriores se concluye que los objetivos propuestos se han cumplido, por lo que se plantean las siguientes recomendaciones:

- Utilizar criterios unificados para el llenado de las planillas diarias de cirugías, donde sea posible conocer al responsable del registro en las mismas, además que contenga información útil, confiable y oportuna para la toma de decisiones del Equipo de Gestión de la Institución.
- Codificar motivos de aplazamientos de las cirugías en los registros diarios.
- Identificar y codificar las complicaciones en cirugías, diferenciando entre las diferentes etapas del proceso para identificar de forma sencilla y clara en las planillas diarias de registro de cirugías realizadas.
- Identificar la integración del equipo responsable de cada cirugía en las planillas diarias de registro.
- Realizar auditorías, al menos una vez al año de historias clínicas, con el fin de corroborar que se encuentren correctamente completas.
- Promover la evaluación de la calidad en la atención dentro de la institución.
- Implementar acciones que permitan conocer las opiniones y percepciones de los pacientes en cuanto a la calidad de la atención, permitiendo evaluar y alcanzar su satisfacción. Tal como lo expresa Donabedian esta información tiene en primer lugar un valor incuestionable, ya que es uno de los indicadores esenciales de bienestar que la atención a la salud intenta promover.
- Evaluar las re-consultas realizadas post quirúrgicas debido a complicaciones.

- Medir la variable tiempo de espera para la cirugía de cataratas (tiempos de espera para coordinación de cirugía), a los efectos de tener conocimiento si se cumple con los plazos legales establecidos según la normativa vigente.

Los resultados obtenidos en este trabajo deben ser el inicio para la realización de futuros estudios dentro de la institución, en los cuales se cuente con información recabada desde las historias clínicas, de tal manera avanzar un paso más hacia la evaluación de la calidad del servicio en pro de la mejora en la cultura por la calidad en la práctica clínica de los profesionales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Hospital de Ojos. (s. f.). Hospital Especializado de Ojos “José Martí”. Recuperado 23 de noviembre de 2021, de <http://www.saintbois.com.uy/hospital-ojos.html>
2. Tobar, F. (2017b, marzo). La atención de la salud | DELS. Ministerio de Salud Argentina. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
3. Donabedian, A. (2001). La Calidad de la Atención Médica. Calidad Asistencial, 16, S29-238. Disponible en: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf
4. DONABEDIAN, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4, pp. 691-729.
5. DONABEDIAN, A. (1984). La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. Editorial La Prensa Médica Mexicana.
6. Blanco Rivera, M. C. (2013). Catarata en el paciente adulto. Guía de práctica clínica actualizada 2013. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología, 85(1). Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_523_Catarata_Adulto_actualiz_2013.pdf
7. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2018). Ordenanza N° 289/018 Catálogo de Prestaciones - PIAS. Ministerio de Salud Pública. Recuperado 1 de diciembre de 2021, Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-289018-catalogo-prestaciones-pias>

8. Basson MD, Butler TW, Verma H. Predicting patient nonappearance for surgery as a scheduling strategy to optimize operating room utilization in a veterans' administration hospital. *Anesthesiology*. Washington, D.C, 2006 Apr;104 (4):826-34. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/104/4/826/8882/Predicting-Patient-Nonappearance-for-Surgery-as-a>
9. Bejarano, M. Evaluación Cuantitativa De La Eficiencia En Las Salas De cirugía. *Rev Colomb Cir. Colombia*, 2011, 26, 273-284. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/189>
10. Mura, J. (2010). Cirugía actual de la catarata. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(6). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010706155?via%3Dihub>
11. Azevedo, Oswalcir Almeida de et al. Documentación del proceso de enfermería en centros públicos de salud. *Revista de la escuela de Enfermeria, Universidad de Sao Paulo*, [online]. 2019, v. 53 [Acceso: 05 diciembre 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>.
12. Aguado Arteaga, M. (2013, febrero). Incidencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias y sus factores asociados, en cirugía de cataratas por técnica de Facoemulsificación en la UMAE No. 14 «Lic. Adolfo Ruiz Cortinez» realizada por médicos residentes del tercer año de oftalmología. (Tesis de especialidad). Recuperada el 13 de diciembre de 2021, de: <https://1library.co/document/zlnvwdgq-incidencia-complicaciones-transoperatorias-postoperatorias-catar%C3%A1tas-facoemulsificaci%C3%B3n-residentes-oftalmolog%C3%ADa.html>
13. Registro Nacional de Leyes y Decretos: (2007). Decreto N° 359/007. IMPO. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/359-2007>

Reglamentación sobre habilitación de establecimientos asistenciales, según normativa y
avisos legales del Uruguay

Aprobado/a por: Decreto N° 416/002 de 29/10/2002

CAPITULO XVII

BLOCK QUIRURGICO

Artículo 64.- (Aplicación)

La presente reglamentación se aplicará a las áreas quirúrgicas que se instalen en estructuras hospitalarias, pudiendo adoptarse como referencia para establecimientos de salud con cirugía ambulatoria.

Artículo 65.- (Planta física)

La planta física deberá ubicarse en un sector funcionalmente independiente, cuyo acceso será restringido al personal asignado y a los

pacientes.

Artículo 66.- (Control de circulación de personal e insumos)

Deberá asegurarse el control estricto del flujo de personal e insumos, desde el área externa hacia dentro del block quirúrgico y viceversa.

Se establecerá un sistema de barreras, que permita crear una zona separada del resto del establecimiento, constituyendo una verdadera zona limpia en base a las siguientes condiciones:

1. Acceso de Pacientes- El mismo se realizará por pasillos con un ancho mínimo de 2,40 metros, que permita el pasaje de dos camillas, incluyendo el personal. Se contará con un ascensor camillero de uso restringido.

El ingreso del paciente al área restringida se deberá realizar a través de una zona de transferencia con espacio suficiente para el cambio de camilla, separando claramente las áreas, ya sea por puerta guillotina, murete de una altura de 25 centímetros o similar.

2. Acceso del Personal- Se realizará en forma independiente del ingreso del paciente, debiendo contar con vestuarios diferenciados por sexos.

Cada vestuario contará con placares para guardar ropa y servicios higiénicos completos. Las áreas y anchos mínimos, antecámaras, compartimientos y ventilaciones de los baños se regirán por las ordenanzas municipales vigentes. Se delimitará el ingreso a la zona restringida mediante la utilización de un murete de 25 centímetros de altura.

3. Sector de estar médico.

4. Sala administrativa (opcional)

5. Sala de Enfermería y Coordinación

6. Sala de Recuperación post-anestésica. El número de camas dependerá del número de cirugías previstas por el establecimiento de salud. Se recomiendan 2 camas por cada sala de operaciones, con un mínimo de 8,5 metros cuadrados por cama. Este sector debe contar con instalaciones especiales: oxígeno, aire comprimido medicinal y aspiración centralizada.

7. Salas de depósito de materiales y equipos.

8. Depósito de material de limpieza

9. Sala para biopsia extemporánea. (de acuerdo a la complejidad)

10. Depósito transitorio de ropa sucia y residuos sólidos

11. Sala de depósito de Equipo de Radiología y Cuarto de Revelado

12. Área quirúrgica

Artículo 67.- (Lavado Quirúrgico). -

La zona de Lavado Quirúrgico debe estar ubicada previa y anexa a la sala de operaciones y contará con puestos de lavado en relación al número de salas.

Cada pileta de lavado quirúrgico deberá ser profunda, con pico largo que permita un lavado cómodo y cuyo accionamiento se realice

por mecanismos no activados manualmente (ejemplo: fotosensor, pulsador de pie, monocomando de brazo largo, etc). Deberá contar con instalación de abastecimiento de agua fría y caliente.

En el caso que se instalen dispensadores de jabones líquidos anti-sépticos, el accionamiento deberá ser similar.

Artículo 68.- (Sala de Operaciones)

Las Salas de Operaciones deberán contar con las siguientes características:

1. Dimensiones. - El tamaño de las salas dependerá del tipo de intervenciones quirúrgicas, de la cantidad del personal, del equipamiento, etc.

Se recomienda para las salas de cirugía general una superficie de 36 metros cuadrados (6 por 6 metros), mínimo 25 metros cuadrados.

Las salas de cirugía ambulatoria requieren las mismas dimensiones que las anteriores, variando la utilización de los servicios de internación.

Para la Cirugía Especializada (Ejemplos: Traumatología o Cirugía-Cardiaca) se pueden requerir dimensiones de hasta 42 metros cuadrados (6 por 7 metros).

2. Terminaciones: Las salas de operaciones tendrán pisos lavables, resistentes al impacto y a acciones abrasivas. Contarán obligatoriamente con zócalo sanitario. Tendrán el menor número de juntas posibles.

Los paramentos verticales serán totalmente revestidos de piso a techo, recomendándose revestimientos epoxídicos o poliuretánicos sin juntas.

Se aconseja que los encuentros de paramentos entre sí y con el cielorraso sean redondeados. Se recomienda la colocación de guarda camillas como elementos de protección fabricados con material resistente (ejemplo: PVC o acero inoxidable) de 0,25 centímetros de ancho y ubicados a una altura de 1 metro sobre nivel de piso terminado.

Los cielorrasos deben ser monolíticos, sin uniones y resistentes a los frecuentes lavados con agentes químicos de uso clínico. Se prohíbe la utilización de cielorrasos desmontables.

En el caso de que se realice el ingreso de material limpio hacia la sala y salida de material sucio desde la misma mediante el sistema de ventanas, se realizará utilizando el sistema de exclusas.

3. Instalaciones sanitarias- El proyecto de la instalación sanitaria se diseñará por secciones a los efectos de un mantenimiento racional, de manera tal que una reparación no afecte a todo el servicio.

Dentro de la sala de operaciones no podrá haber desagües, ni ningún tipo de instalación sanitaria.

4. Instalaciones de gases medicinales- Se instalarán tomas de oxígeno, aire comprimido medicinal, aspiración y gases anestésicos en cantidad suficiente y debidamente identificados. Las instalaciones especiales estarán avaladas por firma de ingeniero especialista en la materia.

Se deberán presentar: memoria descriptiva y plan de mantenimiento de las mismas.

5. La instalación eléctrica se realizará de acuerdo a la reglamentación vigente del organismo competente (general y específica para quirófanos).

6. Climatización- La climatización estará basada en un sistema de inyección y extracción de aire con control monitorizado de humedad y temperatura. El equipo contará como mínimo con filtros de tipo quirúrgico (95% de eficiencia) para cirugía general. La instalación del sistema de aire acondicionado estará avalada por firma de ingeniero especialista en la materia. Se deberán presentar: memoria descriptiva y plan de mantenimiento del mismo.

7.- Equipamiento mínimo:

- Mesa quirúrgica articulada.
- Lámpara cialítica.
- Equipo de Anestesia.
- Equipo de reanimación cardiorrespiratoria.

ANEXO B

Formulario de control en quirófano, usado hasta el 2020 en el Hospital Especializado de ojos

	 Hospital de Ojos "José Martí"	 Centro Hospitalario del Norte GUSTAVO SAINT BOIS	
---	---	---	---

INTERVENCIÓN DE

Hora inicio	Hora término	Duración

Fecha / /

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Cédula: _____

Diagnóstico preoperatorio: _____

Ojo a operar: OD: _____ OI: _____

Operación propuesta: _____

Operación realizada: _____

LIO: _____ CP: _____ CA: _____

Cirujano: _____ Ayudante: _____

Ayudante 2: _____ Instrumentista: _____

Anestesista: _____ Anestesista: _____

Local

General

INFORME OPERATORIO

Técnica quirúrgica: _____

Complicaciones: ☐ SI ☐ NO

CONTROL POST
INMEDIATO

MEDICO

DIANORA

DOCUMENTACION ANESTESIOLOGICA INTRAOPERATORIA

Nombre: _____ Sexo: M / F Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: ____ C.I.: _____ Tel. _____

Intervención: _____ Cirujano: _____ Anestesiólogo _____

Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____ Hist. Anest. Ant.: NO/SI A. Gral. Areg. Efectos Adversos: NO/SI

A.P.Relevantes _____ Medicación Crónica: _____

Anest.Panif. General / Peridural / Raquidea / Combinada (Gral.+ Reg.) / Plexo / Vam / Peri+Raqui / Reg. I/V

HORAS/MINUT						CORDENAC	URG EMERG
DURAC ANET						SALA DE OP	Fuera de c.o.
AGENTE%						PREOPERAT	Emerg. Sala UCI
Isof Surof						CONCIENCIA	Lac Ob Coma
O ₂ /N ₂ O						HEMODINAMIA	E HTA Hmoct
ANESTESICO						VENTILACION	VEA Intubado
						ASA	1 2 3 4 5 6
						MALAMPATI	I II III IV
						GLASGOW	Avance In
						Edema Ocular	SI NO
						VIA AEREA	
						Natural	
						M Laringea	Número
						ROT/NT/TT	Número
						ENDOBRAQUEAL	Le D Número
						CIRCUITO	
						VENTILACION	
						POSICION	
						Int Dificultad	Int Imposible
						REGIONAL	
						Poco maneo	Sent DL
						Intermitente	
						Nivel anest	
						RADUVEDO	
						Anula Numero	22 25 26 27
						Tipo	Bond P de Lance
						PERIDURAL	
						Anula Numero	
						Tipo	
						Cateterism intro	
						Identifica Emac.	PR GP
						PLEXO	
						BLOQ. NERV.	
						Durac. Circuito	
						DESTINO PTE.	AMB. RPA, CTI
						POSTOPERAT.	
						Conciencia	Lac Ob Coma
						Hemodinamia	E HTA Hmoct
						Ventilación	VEA Intubado
BALANCE							

Servicio Línea Pre Operatoria Cataratas

Consulta de Enfermería

FECHA _____

NOMBRE: _____ EDAD _____

C.I. _____

LOCALIDAD _____ DEPARTAMENTO _____ ALOJAMIENTO: NO / SI CUAL _____

CONCURRE SOLO / ACOMPAÑADO _____ NUCLEO FAMILIAR SOLO / ESPOSA / FAMILIAR / RESIDENCIAL _____

A QUE SE DEDICA? (POR RIESGO PARA LA VISIÓN)

SOLDADOR _____ CARPINTERO _____ TRABAJO DE CAMPO _____ AMA DE CASA _____

ANTECEDENTES PERSONALES

GLAUCOMA: SI / NO MIOPIA: SI / NO BLEFARITIS: SI / NO N° de veces _____

CIRUGÍA O/D O/I FECHA _____

USO DE LENTES DE SOL: SI / NO PRIMERA IMPRESIÓN DE OJOS _____ SECRECIONES _____
IRRITACION _____

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

HTA ☐ SI ☐ NO TRATADA CON: _____

DIABETES ☐ SI ☐ NO TIPO _____ TRATADA CON _____

PATOLOGÍAS CARDÍACAS _____

PATOLOGÍAS TIROIDEAS _____

P. RESPIRATORIAS _____ TOS SI / NO RINITIS SI / NO

EXPECTORACIÓN SI / NO

PATOLOGÍAS RENALES _____ DIALISIS N° DE VECES _____ DIAS

QUIRÚRGICOS _____

ALERGICO/A _____

MEDICAMENTOS _____

SOLUCIONES _____

ESTACIONAL SI / NO COMBINADAS SI/NO

MEDICACIÓN HABITUAL:

ANTICOAGULADO NO / SI WARFARINA/AAS/CLOPIDOGREL _____

¿CUÁNTOS DÍAS HACE QUE NO LOS TOMA?

VALORACIÓN SISTÉMICA:

ESTADO DE CONCIENCIA:

LÚCIDO

VIGIL

COLABORA SI / NO

MOV. INVOLUNTARIOS: NO / SI

CONTROL DE ESFÍNTERES: SI / NO

SENTIDOS

VISIÓN: LENTES _____ L. DE CONTACTO _____

AUDICIÓN: NORMAL _____ HIPOACUSIA _____ AUDÍFONO _____

BF HALITOSIS: SI / NO PROTESIS DENTAL: SI / NO FOCOS SÉPTICOS: SI / NO

PyM HIGIENE GRAL: BUENA / REGULAR / MALA HIGIENE MANOS Y UÑAS: BUENA / MALA

LESIONES: NO / SI LUGAR _____ CARACTERÍSTICAS _____

HIDRATADO: SI / NO NORMOCOLOREADA: SI / NO

SCV:

CONTROL DE P/A _____ mmhg PULSO _____ cpm RITMO: REGULAR / IRREGULAR

S.M.E. FUERZA CONSERVADA EN

MMSS _____

MMII _____

PRÓTESIS _____

USO DE SOPORTE PARA TRASLADO:

SILLA DE RUEDAS

SI

NO

ANDADOR

SI

NO

BASTÓN

SI

NO

PARASITOSIS: SI / NO:

PEDICULOSIS:

ESCABIOSIS:

OTRAS:

OBSERVACIONES:

FIRMA: _____

CONSULTA: _____

HISTORIA CLINICA OFTALMOLOGICA

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Cédula: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Departamento: _____ País: _____

MC: _____

APP: _____

APF: _____

PREOPERATORIO

Exámen Oftalmológico	OD	OI
AV sin corrección		
AV con corrección		
Refracción Esfera		
Cilindro		
Eje		
Queratometría K1		
K2		
Biometría CA		
Cristalino		
Long. Axial		
Cálculo LIO		
Constante de LIO		
Anexos		
Segmento anterior		
Medios refringentes		
Tonometría		
Fondo de ojo		



MEDICINA

Fecha ____/____/____

Hb: ____ Hto: ____ Plt: ____ Glic: ____ Azo: ____
Crea: ____ Na: ____ k: ____ Cl: ____ TP: ____
KPTT: ____ TC: ____ TS: ____ TSH: ____ T4: ____

ANTECEDENTES PERSONALES: _____

ANAMNESIS: _____

EXAMEN FÍSICO: Presión arterial: ____/____ mm/Hg Frecuencia Cardíaca ____ x minuto

En oportunidad SI: ____ Alergias:

quirúrgica: NO: ____

Comentarios y/o Recomendaciones

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA OPERATORIA

DATOS DEL USUARIO

Nombre:

Apellido:

C.I.:

Edad:

Sexo:

Procedencia:

Cobertura:

Diagnóstico:

VALORACIÓN PREOPERATORIA

Fecha:

Hora de entrada:

Control de signos:

PA: _____ / _____ mm/Hg

Pulso: _____ p.p.m.

HGT: _____ g/dl

TAX: _____ Otros: _____

Valoración y Procedimiento de Enfermería

Hora de salida

VALORACIÓN INTRAOPERATORIA

Hora de entrada al Block Quirúrgico:

Control de Signos:

Hora: _____ hr.

PA: _____ / _____ mm/Hg

Otros:

Observaciones:

Hora de entrada al Salón de Operaciones:

Valoración y Procedimiento de Enfermería:

Hora de salida del Salón de Operaciones:

Firma:

VALORACIÓN POSTOPERATORIA

Hora de entrada:

Control de Signos:

Hora: _____ hr.

PA: _____ / _____ mm/Hg

Otros:

Valoración y Procedimiento de Enfermería:

Hora de salida:

Firma:



ALTA HOSPITALARIA

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Cédula: _____

Localidad: _____

Diagnóstico: _____

Cirugía realizada: _____

Complicaciones: _____

Observaciones: _____

Se opera segundo: Si _____ No _____

Fecha: _____ Firma: _____

IMPRESA SURZA

ANEXO C

Base de datos del presente trabajo, planillas diarias del servicio correspondiente a las cirugías de cataratas por facoemulsificación del año 2019. Creímos conveniente no agregar dicha información a la versión impresa por referirse aproximadamente a 360 hojas de planillas.



Base de datos
Planillas Hospital de