

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# Indicadores Clínicos de Qualidade em Cirurgia de Ambulatório

---

Artigo de Revisão Bibliográfica

Instituto de Ciências Biomédicas

2012/2013

Realizado por:

Luís Guilherme de Lacueva França

Orientador:

Dr. Carlos Manuel Vieira Magalhães

Assistente hospitalar de cirurgia geral no HGSA, CHP, Assistente  
convidado do MIM-ICBAS, CHP

## Resumo

A cirurgia de ambulatório apresenta múltiplas vantagens em relação à cirurgia em regime de internamento, levando a que nos últimos anos houvesse grandes avanços nesta área, passando a percentagem de cirurgias realizadas em regime de ambulatório, em Portugal, de 23% em 2004 para 49% em 2009. Para garantir standards de qualidade e segurança altos, é essencial implementar programas de qualidade assentes na utilização e avaliação de critérios estabelecidos. Os indicadores clínicos, avaliam o resultado e, são essenciais para esse propósito. No entanto, a sua utilização a nível mundial ainda não é rotineira e a literatura sobre esta matéria é ainda bastante escassa

O objectivo desta revisão é fazer um levantamento dos indicadores utilizados por grandes instituições de diferentes países, procedendo-se à análise dos mesmos de forma a averiguar quais têm as melhores características, cumprem melhor os objectivos e quais os mais consensuais.

Em 1993 foi criada a IAAS, tendo como um dos seus principais objectivos assegurar a qualidade dos cuidados de CA. Nesse mesmo ano, o National Day Surgery Committee of Australia levou a cabo estudos intensivos sobre indicadores clínicos de qualidade, tendo daí resultado o primeiro conjunto de indicadores para aplicação em larga escala. Assim sendo os primeiros indicadores analisados são os australianos por motivos históricos, seguidos dos franceses. De seguida os da IAAS que, tendo como base os anteriores, foram criados para uma aplicação universal. São também analisados indicadores americanos e espanhóis, terminando com os portugueses.

Conclui-se que os melhores indicadores por ordem decrescente de frequência são: Pernoita não planeada; Regresso ao bloco cirúrgico; Readmissão não planeada do paciente na UCA ou hospital; Cancelamento no dia da cirurgia por falha na admissão; Cancelamento no dia da cirurgia após admissão; Índice de substituição (geral; por especialidade; por procedimento); Taxa de satisfação dos pacientes; e Regresso não planeado do paciente à UCA ou hospital.

## Palavras-chave

Indicadores clínicos; Cirurgia de ambulatório; Qualidade; Resultados

## Abstract

Ambulatory surgery has multiple advantages over inpatient surgery, what led to great advances in the last years. In Portugal, ambulatory surgery grew from 23% in 2004 to 49% in 2009. In order to ensure high quality and safety standards, it's mandatory the implementation of quality programmes based on the evaluation of established indicators. Clinical indicators, which evaluate outcomes, are essential for that purpose. However, their worldwide use is not yet a routine and the literature referring this subject is still very scarce.

This review aims to collect clinical indicators in use by big institutions from different countries, evaluating them in order to ascertain which of them have better characteristics, fulfil the objectives and which gather more consensus.

IAAS was founded in 1993, having as one of its main goals assuring quality of care in ambulatory surgery. On the same year, the National Day Surgery Committee of Australia carried out intensive studies about quality clinical indicators hence resulting in the first set of indicators for large scale usage. Therefore, the first analysed indicators are the Australians, for historical purposes, followed by the French. Then IAAS's, which were based on the previous ones, having the goal of getting universal acceptance. American, Spanish as well as Portuguese indicators are also analysed.

In conclusion, the best indicators by descending order of frequency are: Unplanned overnight admission; Unplanned return to the operating room; Unplanned readmission of the patient to a day surgery unit / Hospital; Cancellation of booked procedures for failure to attend the day surgery unit; Cancellation of booked procedures after arrival at the day surgery unit; Substitution index (general, by specialty, by procedure); Patient satisfaction; Unplanned return of the patient to a day surgery unit / Hospital.

## Key words

Clinical indicators; Ambulatory surgery; Quality; Outcomes

## **Lista de Abreviaturas**

CA- Cirurgia de Ambulatório

IAAS - International Association for Ambulatory Surgery

ACHS - Australian Council on Healthcare Standards

NDSCA - National Day Surgery Committee of Australia

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA- Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ASC QC - Ambulatory Surgery Center Quality Collaboration

MSC - Ministerio de Calidad y Consumo

CNADCA – Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Introdução.....   | 6  |
| Objectivos .....  | 7  |
| Desenvolvimento .....   | 7  |
| Indicadores da National Day Surgery Committee of Australia .....                                      | 7  |
| Indicadores da The Australian Council on Healthcare Standards .....                                   | 8  |
| Indicadores da Agence d’Appui à la Performance des Établissements de Santé et Médico-<br>sociaux..... | 10 |
| Indicadores da International Association for Ambulatory Surgery.....                                  | 12 |
| Indicadores da Ambulatory Surgery Center Quality Collaboration .....                                  | 13 |
| Indicadores do Hospital Clínico Universitario Lozano.....   | 15 |
| Indicadores do Ministerio de Sanidad y Consumo.....   | 17 |
| Indicadores da Comissão Nacional Para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório.....               | 18 |
| Indicadores da Entidade Reguladora da Saúde.....  | 20 |
| Conclusão.....  | 22 |
| Referências Bibliográficas.....   | 23 |
| Anexos.....   | 27 |
| Fórmulas .....  | 27 |

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Indicadores da National Day Surgery Committee of Australia .....                                  | 6  |
| Tabela 2 – Indicadores da The Australian Council on Healthcare Standards .....                               | 7  |
| Tabela 3 – Indicadores da Agence d’Appui à la Performance des établissements de Santé et Médico-sociaux..... | 9  |
| Tabela 4.- Indicadores da International Association for Ambulatory Surgery.....                              | 11 |
| Tabela 5. .Indicadores da Ambulatory Surgery Center Quality Collaboration .....                              | 13 |
| Tabela 6 – Indicadores do Hospital Clínico Universitario Lozano .....  | 14 |
| Tabela 7 – Indicadores do Ministerio de Sanidad y Consumo.....   | 16 |
| Tabela 8 – Indicadores da comissão nacional para o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório.....           | 17 |
| Tabela 9 – Indicadores da Entidade Reguladora da Saúde .....   | 18 |

## Introdu o

A cirurgia de ambulatório (CA)   o ponto central em torno do qual se desenvolve o tema desta revisão, como tal, começarei por defini-la. A International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), define-a como uma interven o cirúrgica programada, tradicionalmente efectuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento, sem necessidade de pernoita hospitalar(1). Este modelo cir rgico apresenta múltiplas vantagens em rela o   cirurgia com internamento, destacando-se menores tempos de espera, menor altera o da vida dos pacientes, maior conforto na sua recupera o, menores custos, maior eficiência orçamental e baixa incidência de complica es(1-5). Nos últimos anos houve grandes avanços nesta área, passando a percentagem de cirurgias realizadas em regime de ambulatório, em Portugal, de 23% em 2004 para 49% em 2009, tendo tamb m o Estado português feito um investimento de 12milh es   em blocos de CA nesse mesmo ano(6). A qualidade e segurança da CA devem, segundo a IAAS, ser pelo menos semelhantes às da cirurgia em regime de internamento, havendo evid ncia científica que prova que são superiores(1). Para garantir standards de qualidade e segurança altos,   essencial implementar programas de qualidade assentes na utiliza o e avalia o de crit rios estabelecidos.

A política de qualidade tem como objectivo uma melhoria contínua, sendo para isso avaliadas 3 dimens es distintas: a estrutura, o processo e os resultados(2). A estrutura corresponde aos factores logísticos e organizacionais; o processo corresponde a todas as interven es levadas a cabo pelos prestadores de cuidados de forma a atingir o objectivo final; e os resultados correspondem ao produto final, neste caso   altera o produzida na saúde do paciente. Os indicadores clínicos que serão o tema desta revisão, são aqueles que avaliam o resultado (apesar de alguns autores utilizarem este termo tamb m para indicadores do processo), sendo definidos pelo Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) como uma medida da abordagem clínica e /ou dos resultados do tratamento(7) ou, por Mainz, como a medida da extensão em que os objectivos traçados são alcançados(8). Este tipo de indicadores   mais propício a uma avalia o interna da qualidade(9) e tem várias aplica es possíveis como: documentar a qualidade dos cuidados; estabelecer uma referência, para compara o, ao longo do tempo e entre serviços; fazer avalia o dos serviços; estabelecer prioridades e auxiliar na organiza o dos serviços; auxiliar a contabilidade, regula o e acredita o; auxiliar na melhoria de qualidade; e auxiliar na escolha da institui o de saúde por parte dos pacientes(8, 10-13). Para cumprirem estes objectivos, os indicadores clínicos devem ter determinadas características. Eles devem avaliar 5 tipos diferentes de resultados: morte, doença, desconforto, incapacidade, insatisfa o. Devem ocorrer frequentemente, reflectir aspectos importantes da qualidade, ser fáceis de definir e analisar, ser baseados numa defini o consensual e permitir compara es úteis(8, 14).

## Objectivos

Os indicadores clínicos são ferramentas essenciais na avaliação da qualidade das unidades de CA. No entanto, a sua utilização a nível mundial ainda não é rotineira e a literatura sobre esta matéria é ainda bastante escassa(15). Segundo a IAAS, a identificação de indicadores clínicos universalmente aceites é um dos seus mais importantes objectivos e a sua concretização seria uma das maiores conquistas de forma a assegurar altos padrões de performance(1). Assim sendo, o objectivo desta revisão é fazer um levantamento dos indicadores utilizados por grandes instituições de diferentes países, procedendo-se à análise dos mesmos de forma a averiguar quais têm as melhores características, cumprem melhor os objectivos e quais os mais consensuais. As características e objectivos pretendidos foram previamente abordados na introdução.

## Desenvolvimento

Em 1993 foi criada a IAAS, tendo como um dos seus principais objectivos assegurar a qualidade dos cuidados de CA. Nesse mesmo ano, o National Day Surgery Committee of Australia (NDSCA) levou a cabo estudos exaustivos sobre indicadores clínicos de qualidade, tendo daí resultado o primeiro conjunto de indicadores para aplicação em larga escala(16). Assim sendo os primeiros indicadores a serem analisados serão os australianos por motivos históricos, seguidos dos franceses. De seguida os da IAAS que, tendo como base os anteriores, foram criados para uma aplicação universal. Serão também analisados indicadores americanos e espanhóis, terminando com os portugueses.

## Indicadores da National Day Surgery Committee of Australia

Tabela 1 – Indicadores da National Day Surgery Committee of Australia(16)

|                                     |
|-------------------------------------|
| 1. Cancelamento no dia da cirurgia  |
| 2. Regresso ao bloco cirúrgico      |
| 3. Pernoita não planeada            |
| 4. Alta tardia                      |
| 5. Infecção requerendo Antibióticos |
| 6. Morte pós-operatória             |

Estes critérios são aqui apresentados apenas por razões históricas pois são aqueles que resultaram dos estudos da NDSCA, tendo sido os primeiros criados para utilização em larga escala, como já foi anteriormente referido. Hoje em dia já não se encontram em utilização uma vez que foram substituídos pelos da Australian Council on Health Standards (ACHS). E, por isso, não será feita a análise dos mesmos.



## Indicadores da The Australian Council on Healthcare Standards

Tabela 2 – Indicadores da The Australian Council on Healthcare Standards(7)

|  |  |
|--|--|
| 1. Cancelamento de cirurgias planeadas                   | 1.1 Doentes que falham a admissão no dia da cirurgia.                          |
|  | 1.2 Cancelamento após admissão por problema médico pré-existente.              |
|  | 1.3 Cancelamento após admissão por problema médico agudo                       |
|  | 1.4 Cancelamento após admissão por questões administrativas ou organizacionais |
| 2. Regresso ao bloco cirúrgico não planeado              |  |
| 3. Transferência ou pernoita não planeadas após cirurgia |  |
| 4. Alta tardia não planeada                              |  |

A ACHS escolheu dividir a primeira categoria de indicadores em 4, o que apresenta a vantagem de permitir a avaliação de diferentes motivos para cancelamentos, que são da responsabilidade de diferentes intervenientes na UCA, sendo assim mais fácil identificar qual a parte do processo a ser melhorada. O cancelamento de cirurgias planeadas, apesar de não avaliar directamente nenhuma das categorias indicadas na introdução, é o resultado da selecção dos pacientes. No entanto, o alvo da sua avaliação é o processo. Portanto, apesar de se inserir na categoria dos critérios clínicos, está, ainda que com alguma controvérsia, classificado como um indicador de processo e não de resultado(17).

A falha de admissão no dia da cirurgia, avalia essencialmente razões do doente para faltar à cirurgia como: a decisão do paciente; falha na compreensão por parte do paciente; e falta de motivação e determinação por parte do paciente. Uma outra razão possível que não deve ser descartada, é a falha na informação do paciente por parte da unidade de CA(16, 18). O cancelamento após admissão por problema médico pré-existente, deve-se essencialmente a esse facto tornar o paciente inapto para a cirurgia por questões cirúrgicas ou anestésicas, o que resulta de uma falha na selecção dos pacientes. Assim sendo, este indicador avalia a performance a nível de selecção dos mesmos(16, 19). O cancelamento após admissão por problema médico agudo, representa as causas inevitáveis(16). Como tal, não é susceptível de melhoria, tornando-o um mau indicador clínico de qualidade. Por fim temos, o cancelamento após admissão por questões administrativas ou organizacionais, que avalia o nível de performance dos serviços administrativos e da organização da unidade de CA(16). Todos estes indicadores assentam em definições consensuais, são suportados pela opinião de peritos, são simples de objectivar e de avaliar e permitem comparações ao longo do tempo e com outras instituições permitindo a melhoria de qualidade, cumprindo os requisitos de um bom indicador clínico à excepção do 1.3 pelas razões anteriormente apontadas(16, 18-21).

O regresso ao bloco cirúrgico não planeado, reflecte complicações relacionadas com a técnica cirúrgica ou com a falha na detecção de uma patologia não relacionada que tem como resultado um efeito adverso imediato na cirurgia(16), assumindo-se assim como uma medida da performance dos procedimentos

cirúrgicos(22). Este indicador é referente a um acontecimento pouco frequente (0,047% na Austrália entre 2004 e 2011)(7), o que é uma má característica para um indicador clínico, uma vez que torna necessárias bases de dados extensas para se tirarem conclusões válidas(1). No entanto cumpre os outros requisitos, enumerados no ponto anterior, e é susceptível de levar a uma melhoria dos procedimentos e permite a comparação entre a qualidade das técnicas cirúrgicas em diferentes instituições(16, 22). Uma vez que já foram enumerados os pontos de avaliação de um indicador limitar-me-ei de agora em diante a referir apenas os pontos em que este apresenta vantagens e quais as suas limitações.

A transferência ou pernoita não planeadas após cirurgia, é uma medida da segurança e eficácia de um programa de cirurgia de ambulatório, sendo que um valor elevado deste indicador alerta para má prática ou má selecção de pacientes, devendo ser salvaguardado que para cirurgias mais complexas o valor é naturalmente mais alto(1, 16, 17, 23). Pode ser usado como substituto da mortalidade, uma vez que avalia o mesmo sendo, no entanto, mais frequente, fornecendo por isso mais dados para análise(23). As principais causas para pernoita não planeada ou transferência para um serviço com internamento são dor, hemorragias e vômitos, sendo que as complicações cirúrgicas (1:105) são mais comuns que as anestésicas (1:176), havendo ainda complicações de problemas médicos pré-existentes e internamentos por questões sociais(1). Este indicador tem, como já foi dito, bom potencial para monitorizar o nível de segurança e eficácia da unidade de CA ao longo do tempo e permite comparações entre diferentes instituições. No entanto e apesar de ser mais frequente que a mortalidade, tem a limitação de ser ainda assim relativamente raro (1,23%)(17)

A alta tardia não planeada, aqui definida como um atraso na alta superior a uma hora em relação à hora esperada(17), resulta da má selecção da técnica cirúrgica, do procedimento anestésico ou do paciente, sendo assim um indicador do nível de adequação dos procedimentos para cirurgia em regime de ambulatório(16, 17, 24). Este parâmetro põe em evidência a necessidade de ter equipas cirúrgicas e anestésicas com preparação específica para CA. Assim sendo, o principal ponto forte deste indicador, é permitir tirar conclusões sobre a preparação das equipas da unidade de CA para este tipo de modalidade cirúrgica. Tem, tal como os pontos anteriores a limitação de ser pouco frequente (0,57%)(17).

Poucas diferenças há em relação a estes critérios e os da NDSCA. O cancelamento no dia da cirurgia foi dividido em 4 subcategorias para permitir uma melhor interpretação dos dados, tendo sido eliminados a infecção requerendo antibiótico, por ser difícil de analisar e consumir muito tempo e recursos e a mortalidade por ser muito rara como já foi referido(16).

## Indicadores da Agence d'Appui à la Performance des Établissements de Santé et Médico-sociaux

Tabela 3 – Indicadores da Agence d'Appui à la Performance des établissements de Santé et Médico-sociaux(25)

|   |   |
|---|---|
| 1. Taxa de rotatividade por lugar na Unidade de Cirurgia de AmbulatÓrio (UCA) |   |
| 2. Taxa de satisfaçÓo dos pacientes da UCA                                    |   |
| 3. Qualidade organizacional da UCA  | 3.1. Taxa de cancelamento no dia da cirurgia                    |
|   | 3.2. Taxa de pernoita nŁo programada                            |
| 4. Taxa de cirurgias de ambulatÓrio fora da UCA                               |   |
| 5. Actividade da UCA  | 5.1. Taxa de ambulatÓrio na actividade cirúrgica da instituiçÓo |
|   | 5.2. NÚmero de estadias na UCA                                  |

Como aqui se vê os franceses dŁo mais ênfase aos indicadores clÍnicos de produçŁo cirúrgica do que aos indicadores clÍnicos do resultado cirúrgico. Apesar de os primeiros nŁo avaliarem nenhuma das dimensŁes que um indicador clÍnico deve medir (morte, doençA, desconforto, incapacidade ou insatisfaçŁo) boa parte dos autores inclui-os nesse grupo, como tal tambŁm serŁo aqui abordados. Devido ao facto de serem ainda recentes, a literatura acerca destes indicadores Łe ainda muito escassa.

A taxa de rotatividade por lugar na UCA mede a ocupaçŁo do serviçO de CA, sendo definido como o nÚmero de pacientes tratados por dia e por lugar na UCA. Assim sendo, uma taxa inferior a 100% demonstra que os recursos disponÍveis estŁo subaproveitados, necessitando de uma evidente melhoria neste parŁmetro. Acima dos 100% podem-se ainda fazer comparaçŁes entre o valor em que diferentes instituiçŁes atingem a maturidade, sendo que esta comparaçŁo providencia dados para melhoria o que Łe o objectivo Último de um indicador clÍnico de qualidade. Tem ainda a vantagem de ser simples de objectivar(25).

A taxa de satisfaçŁo dos pacientes Łe definida pela ANAP de forma pouco especÍfica como a taxa de pacientes satisfeitos apŁs a sua estadia na UCA, sendo avaliada com base na aplicaçŁo de inqÚeritos (25). Os pacientes geralmente ficam satisfeitos se nŁo houver grandes discrepŁncias entre as suas expectativas e a sua experiŁncia real(26), o que evidencia a importŁncia de uma boa preparaçŁo dos pacientes para aquilo que irŁo encontrar na UCA, de forma a nŁo terem expectativas pouco realistas. Por outro lado, a procura da opiniŁo dos pacientes Łe essencial para a melhoria da qualidade de uma UCA(27). Neste aspecto, os questionÁrios sŁo de crucial importŁncia para a obtençŁo de comentÁrios dos pacientes insatisfeitos, podendo-se assim explorar as razŁes e corrigir os erros ou melhorar os serviçOs(28). Apesar da sua inegÁvel importŁncia, este indicador clÍnico tem uma desvantagem que Łe a sua enorme subjectividade, o que torna a sua avaliaçŁo difÍcil. A satisfaçŁo Łe afectada pela educaçŁo, cultura, antecedentes, espectativas e preocupaçŁes dos pacientes, para alŁm de que, na maioria dos casos, a opiniŁo dos mesmos sofre um viŁs de forma a agradar aos cuidadores(1). Apesar das suas desvantagens e, como jÁ

foi referido, a opini o dos insatisfeitos tem grande valor para a melhoria da qualidade, e a insatisfa o   uma das 5 grandes áreas que um critério clínico deve avaliar, como tal, pode-se considerar que no cômputo geral a taxa de satisfa o   um bom indicador clínico.

A qualidade organizacional da UCA   objectivada pela ANAP através da avalia o de dois indicadores já anteriormente analisados na sec o da ACHS. Uma vez que já foram descritos e analisados, abordarei aqui apenas as diferenças. A taxa de cancelamento no dia da cirurgia nos crit rios da ACHS estava dividida em 4 sub-indicadores, o que permitia pôr em evid ncia diferentes motivos para o cancelamento e, do mesmo modo, diferentes áreas a melhorar, o que aqui não acontece. A taxa de pernoita n o programada apesar de não ter exactamente o mesmo nome que nos crit rios da ACHS, avalia o mesmo e tem a mesma fórmula de cálculo. A ANAP estabeleceu como objectivo do indicador qualidade organizacional, a medi o da matriz do percurso do paciente e análise das causas de disfun o(25). Uma vez que a taxa de cancelamento no dia da cirurgia   avaliada num par metro apenas, não expondo as diferentes fases do processo que podem falhar, considero que o objectivo que a ANAP estabeleceu com este indicador não   totalmente alcançado. No entanto, tem a vantagem de ser mais fácil de analisar consumindo menos tempo e recursos.

Antes de abordar a taxa de cirurgias de ambulatório fora da UCA,   preciso contextualizar este indicador. Há diferentes tipos de unidades de CA. Estas podem ser integradas, o que significa que o bloco e a UCPA são partilhados com os doentes de internamento; separadas quando, apesar de a UCA e o internamento estarem no mesmo hospital, há circuitos diferentes; e as UCA com instala es próprias(1). Em termos de qualidade e eficiência de custos as unidades integradas são desaconselhadas uma vez que os doentes operados em regime de ambulatório devem ter circuitos independentes desde a recep o até   alta e o material e equipamento devem ser exclusivos da UCA(1, 2). Assim sendo, este indicador   de pouca utilidade para uso interno de uma UCA, pois se esta tem instala es próprias ou   separada, a taxa deve ser 0%, se for integrada, o que quer dizer que na realidade não há uma UCA, a taxa será 100%. E, porque assim  , este indicador tem apenas utilidade para analisar um país ou região ou UCAs que não funcionam devidamente, pois apesar de terem circuitos próprios, não cumprem as recomenda es e utilizam recursos destinados aos doentes em regime de internamento. Este indicador poderia ter tido import ncia quando as UCAs ainda estavam em desenvolvimento. Parece-me , no entanto, desactualizado para uso interno nos dias que correm.

A actividade da UCA   aqui medida por dois indicadores, sendo eles a taxa de ambulatório na actividade cirúrgica da institui o e o número de estadias na UCA. O primeiro, corresponde   percentagem de procedimentos realizados em regime de ambulatório relativamente   totalidade e permite uma avalia o do grau de implementa o da CA numa institui o(29), bem como a compara o entre institui es podendo-se estabelecer tendências globais que permitam alterar a política da institui o ou mesmo a política sanitária da região ou país(30). O segundo, permite apenas avaliar o número de estadias por patologia, dando a possibilidade de adaptar melhor os recursos às necessidades da popula o específica que aquela UCI serve. No entanto, pouco acrescenta   taxa de rotatividade na UCI. Com estes dois

indicadores, a ANAP pretende avaliar o desenvolvimento da CA e a necessidade de ajustes de contratualizaçŁo(25). Apesar de a taxa de rotatividade poder substituir o nŁmero de estadias, estes dois indicadores aqui abordados parecem, pelos motivos jŁ mencionados, reunir as condiçŁes para cumprir os objectivos estabelecidos pela ANAP.

### Indicadores da International Association for Ambulatory Surgery

Tabela 4 – Indicadores da International Association for Ambulatory Surgery(1, 31)

|  |  |
|--|--|
| 1. Cancelamento de cirurgias planeadas   | 1.1. Pacientes que falham a admissŁo na Unidade de Cirurgia de AmbulatÓrio |
|  | 1.2. Cancelamento apŁs admissŁo na Unidade de Cirurgia de AmbulatÓrio      |
| 2. Regresso nŁo planeado ao bloco cirŁrgico no mesmo dia                                 |  |
| 3. Pernoita nŁo planeada   |  |
| 4. Regresso nŁo planeado do paciente Ł Unidade de Cirurgia de AmbulatÓrio ou Hospital    | 4.1. <24 horas   |
|  | 4.2. > 24 horas e <28 dias   |
| 5. ReadmissŁo nŁo planeada do paciente na Unidade de Cirurgia de AmbulatÓrio ou Hospital | 5.1. ≤24 horas   |
|  | 5.2. > 24 horas e <28 dias   |
| 6. SatisfaçŁo do paciente  |  |

A IAAS Ł, tal como o nome indica, uma organizaçŁo internacional que se dedica Ł partilha global de informaçŁo tendo como objectivo encorajar o desenvolvimento e expansŁo da cirurgia de ambulatÓrio de elevada qualidade(1). Para isso, desenvolveu um conjunto de indicadores clÍnicos que recomenda para uma aplicaçŁo universal no Āmbito da CA. Estes derivam dos indicadores australianos e franceses. Como tal, na sua generalidade jŁ foram abordados, destacando-se aqui apenas as principais diferençŁas.

A avaliaçŁo do cancelamento de cirurgias planeadas Ł comum Ł ACHS e Ł ANAP. No entanto, aqui Ł apenas subdividida em pacientes que falham a admissŁo e cancelamentos apŁs admissŁo, verificando-se um meio termo entre a ACHS, mais pormenorizada, e a ANAP que nŁo faz qualquer separaçŁo. Assim sendo, Ł simples de avaliar, mas perde na qualidade de informaçŁo que providencia, nŁo pondo em evidŁncia se Ł a selecçŁo dos pacientes ou os serviçŁos administrativos que necessitam de intervençŁo.

O regresso nŁo planeado ao bloco cirŁrgico no mesmo dia, avalia exactamente o mesmo que nos critÓrios da ACHS, apesar de aqui estar especificado no nome que Ł apenas no mesmo dia e na ACHS isso vir apenas na descriçŁo(1, 22). Sendo assim a abordagem deste indicador encontra-se na secçŁo “Indicadores da The Australian Council on Helthcare Standards”

A pernoita nŁo planeada Ł tambŁm comum Ł ACHS e Ł ANAP, nŁo havendo

neste caso nenhuma diferena nem no nome, nem no objecto de avaliao e fórmula de cáculo. E, porque assim  , importa apenas aqui salientar que   um indicador que reúne bastante consenso, estando a análise mais detalhada na seco "Indicadores da The Australian Council on Helthcare Standards".

O regresso e a readmissão n o planeadas do paciente   Unidade de Cirurgia de Ambulatório ou Hospital são medidas indirectas da morbidade induzida por complicaes no pós-operatório, variando apenas na sua gravidade, como tal serão aqui abordadas em conjunto. A IAAS escolheu dividir ambos os indicadores entre ocorrências nas primeiras 24h e entre as 24h e os primeiros 28 dias após a cirurgia. Esta divisão   importante uma vez que, nas primeiras 24h, se esperam situaes mais agudas e urgentes enquanto que, após 24h, já são esperadas condies mais cr nicas, já não se esperando ocorrências relacionadas com a cirurgia após 28 dias(14). A principal causa de regresso e readmissão   UCA ou hospital,   mau controlo da dor(32) sendo a hemorragia tamb m uma importante causa de readmissão(33). A seleco de pacientes de menor risco, ou seja, com crit rios mais rigorosos permite a diminuio das taxas de regressos e readmissões na UCA, mas restringe o acesso de muitos pacientes a este tipo de cuidados. Assim, após a avaliao dos prós e contras, Sibbritt concluiu que   mais vantajoso para os pacientes ter taxas ligeiramente mais elevadas embora aceitando pacientes de maior risco para CA(34). Como já vimos, a política da UCA altera os valores destes indicadores, mas tamb m outros factores contribuem para a sua variao como a especialidade em causa, a idade dos pacientes, e o nível de cuidados primários disponíveis(35). Pelas raz es já referidas, o estudo destes indicadores   um importante guia para a qualidade de uma UCA, providenciando valiosos dados sobre a morbidade e complicaes p s operatórias. No entanto, como já foi abordado, há vários factores com interferência nestes indicadores que tornam a sua avaliao complexa.

A satisfao do paciente   comum aos crit rios da ANAP já abordados. Ressalvo apenas que a IAAS recomenda que os dados sejam colhidos tamb m aqui por meio de inq ritos. Especifica, no entanto, que essa colheita seja feita em duas ocasiões, no pós-operatório imediato e um mês após a cirurgia, de forma a obter dados mais fidedignos(36). Importa tamb m referir que a IAAS identificou a dor no pós-operatório, um período de espera pela cirurgia curto, boa informao tanto no pr  como no pós-operatório e bons resultados cirúrgicos como os principais preditores de satisfao(36). A análise detalhada deste indicador encontra-se na seco "Indicadores da Agence d'Appui   la Performance des  tablissements de Santé et Médico-Sociaux"

### Indicadores da Ambulatory Surgery Center Quality Collaboration

Tabela 5 – Indicadores da Ambulatory Surgery Center Quality Collaboration(37)

|   |
|---|
| 1. Quedas dos pacientes   |
| 2. Queimaduras dos pacientes  |
| 3. Transferência hospitalar/ admiss o   |
| 4. Local errado / Lado errado / Paciente errado / Procedimento errado / Implante errado |



A ASC QC resulta de um esforço cooperativo de organizações e empresas, criado em 2006, de forma a iniciar o processo de desenvolvimento de indicadores de qualidade estandardizados para CA. Ao contrário do que sucedeu em todos os casos analisados até ao momento, nenhum destes critérios foi criado especificamente para ser utilizado no âmbito da CA, tendo resultado apenas da selecção de critérios pré-existentes. Também de forma divergente do que sucede na Europa e Austrália, nos EUA a prática de CA depende essencialmente da iniciativa e capital privados(1). Desta forma, um factor preponderante na selecção dos indicadores clínicos por parte da ASC QC foi a importância de alguns resultados para os accionistas(37). Esse critério está reflectido nos indicadores seleccionados que têm importantes consequências económicas, mas poucos dados fornecem acerca da qualidade dos procedimentos.

A ASC QC estabelece como objectivo para a avaliação da queda de pacientes na UCA, a obtenção do número de pacientes que sofre uma queda dentro das instalações, averiguando a evolução desse número ao longo do tempo(37, 38). Este indicador permite também analisar a eficácia de medidas preventivas aplicadas. A justificação para o uso deste indicador são as consequências que advêm da queda e o aumento do risco de queda dos pacientes tratados em regime de ambulatório por uso de ansiolíticos, sedativos e anestésicos(37). No entanto, a própria ASC QC admite que não há informação disponível sobre quedas em UCAs que suporte o seu uso. De facto, estima-se que a sua ocorrência neste âmbito seja extremamente baixa, o que torna o indicador pouco útil, acrescentando ainda o facto de não dar qualquer informação sobre a qualidade dos procedimentos, tendo por isso, pouco potencial para levar a uma melhoria dos cuidados prestados, o que é sempre o maior objectivo de um indicador clínico de qualidade.

A queimadura dos pacientes tem como objectivo apurar o número de pacientes que sofre qualquer tipo de queimadura antes da alta(37). Há numerosos “case reports” de queimaduras em ambiente cirúrgico, sendo as electorcirúrgicas as mais frequentes (37, 39). Devido ao surgimento de novos instrumentos cirúrgicos eléctricos, o risco tem vindo a aumentar. A avaliação deste indicador permite aos accionistas obterem mais informação sobre a incidência destes eventos de forma a preveni-los. Estes são os argumentos que servem de base à selecção deste indicador. No entanto, não há dados epidemiológicos que apoiem essa escolha; foca-se numa única causa de morbidade que a própria ASC QC admite ser inesperada; e à semelhança do indicador anterior, não fornece dados relevantes sobre a qualidade dos procedimentos que sejam susceptíveis de melhoria.

A transferência hospitalar e admissão avalia os pacientes que após alta são transferidos ou readmitidos num hospital. Este parâmetro avalia o mesmo que a readmissão não planeada já abordada nos indicadores da IAAS. Importa referir que para a ASC QC não está especificado nenhum limite temporal, o que pode levantar alguns problemas nos critérios de inclusão. A análise detalhada deste indicador encontra-se na secção “Indicadores da International Association for Ambulatory Surgery”.

O último indicador clínico da ASC QC é local errado/ lado errado/ paciente errado/ implante errado e tem como objectivo apurar a percentagem de pacientes que experienciam qualquer um destes eventos(37). Estes acontecimentos foram considerados pela NQF como um evento cirúrgico grave, podendo ser evitado pelo cumprimento do “Protocolo Universal para eliminar lado errado, procedimento errado,

pessoa errada”. Sendo assim, este indicador é uma medida indirecta da adesão ao mesmo(37, 40). A “The Joint Commission” considera estes eventos ocorrências inesperadas, que devem ser reportadas e agrupadas numa base de dados de eventos sentinela, já se encontrando este programa em funcionamento(41). Apesar de este indicador avaliar eventos com implicações graves quer em termos de saúde dos pacientes, quer em termos das repercussões económicas, e que são completamente evitáveis caso se cumpram os protocolos, são de natureza extremamente rara. Até 2001, já a base de dados estava em funcionamento há mais de 2 anos, havia ainda apenas 150 casos reportados de todos os eventos, quer em regime de ambulatÓrio, quer em regime de internamento. Se nos focarmos apenas no evento sitio errado, havia apenas 15 casos reportados a nível nacional(42). Se tivermos em conta que estes números se referem a um país cuja população é de 313,9 milhões de pessoas, vemos que este indicador clínico não tem qualquer utilidade devido à raridade destes eventos, não fornecendo por isso, quaisquer dados sobre a qualidade dos procedimentos da UCA.

### Indicadores do Hospital Clínico Universitario Lozano

Tabela 6 – Indicadores do Hospital Clínico Universitario Lozano(30)

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1. Pernoita não planeada                                |                   |
| 2. Readmissão não planeada do paciente                  |                   |
| 3. Cirurgias suspensas ou canceladas                    |                   |
| 4. Complicações maiores                                 |                   |
| 5. Morbilidade menor                                    |                   |
| 6. Infecção da ferida cirúrgica                         |                   |
| 7. Estado geral do paciente 24 horas após a intervenção |                   |
| 8. Grau de satisfação do paciente                       |                   |
| 9. Índices de substituição                              | Geral             |
|   | Por especialidade |
|   | Por procedimento  |

No Hospital Clínico Universitario Lozano, em Espanha, foi levado a cabo um grande estudo sobre a aplicação de indicadores clÍnicos de qualidade previamente ao Ministerio de Sanidad y Consumo (equivalente espanhol ao Ministério da Saúde português) publicar os indicadores recomendados. Este estudo contou com uma base de dados de 8000 pacientes, recolhendo informação desde a admissão até 30 dias do pós-operatÓrio.

A pernoita não planeada é comum aos indicadores da ACHS, onde está feita uma análise detalhada, da ANAP e da IAAS. Também a readmissão não planeada já foi previamente abordada em pormenor nos “Indicadores da IAAS” e uma segunda vez nos “Indicadores da ASC QC”.

Nas cirurgias suspensas ou canceladas, os autores deste estudo acrescentam um termo que ainda não tinha sido empregue até agora. Assim, eles consideram que as cirurgias suspensas são aquelas cujo cancelamento ocorre após a admissão(30), ou seja, corresponde ao indicador “cancelamento após admissão na UCA” da IAAS. Já as cirurgias canceladas, são definidas como aquelas cujo cancelamento ocorre antes da admissão sem poder ser substituída por outra(30). Assim sendo, avalia o mesmo que o indicador “pacientes que falham a admissão na UCA” da IAAS. É interessante observar que este indicador avalia o mesmo que os da IAAS já mencionados, no



entanto, precede-os em 2 anos. Apesar disso, aqui não   feita uma abordagem separada das cirurgias suspensas e canceladas. Como tal a análise dos dados obtidos proporciona uma informa o menos detalhada.

Complica es maiores são aqui definidas como aquelas que colocam em risco a vida do paciente. Apesar de avaliar um acontecimento com importantes consequências quer para o paciente quer para a UCA, este   extremamente raro, tendo havido apenas 2 ocorrências em 8000 pacientes, o que leva os próprios autores a contestar a utilidade deste indicador(30).

Os autores definem morbidade menor como a totalidade de complica es ou incidentes p s operatórios que não ameaçam a vida do paciente(30). Neste estudo, a percentagem foi de 11,3%, o que   uma frequência suficientemente alta para obter dados susceptíveis de análise, sendo as complica es mais frequentes reten es urinárias, mau controlo da dor, infec o da ferida cirúrgica, deiscência de sutura, náuseas e v mitos ou hematoma da ferida. O conhecimento da epidemiologia das complica es mais frequentes permite interven es mais eficazes no sentido de as evitar(43). Foi com este pressuposto que os autores decidiram incluir este indicador. No entanto, há dois argumentos contrários. Uns defendem a avalia o de complica es concretas para obter melhores conhecimentos(44), o que torna a colheita de dados e avalia o mais complexas e morosas, outros defendem apenas a avalia o da morbidade que leva a readmissões não programadas(32, 45), que apesar de não ser tão detalhado, proporciona uma análise mais simples. Este indicador   intermediário, não sendo tão detalhado como a avalia o das complica es concretas, mas abrangendo mais do que apenas as complica es que levam a readmissão.

Infec o da ferida cirúrgica   definida para este propósito como a presença de exsudado purulento ou seropurulento na ferida cirúrgica sem que seja necessária a prova microbiológica(30). Este indicador   uma complica o p s-operatória em concreto, o que já foi abordado anteriormente. No entanto, salienta-se o facto de desde 1997 até 2002 ter havido uma redu o da taxa de 2,9% para 0,4%, o que faz pressupor que este indicador contribuiu para uma melhoria assinalável(30). Ainda assim, este apresenta a desvantagem de ser difícil de recolher e analisar, pois os pacientes já se encontram em casa quando a complica o surge e muitos recorrem aos cuidados primários de saúde(16). A utiliza o destes últimos 3 indicadores, que são indicadores de morbidade  , como os autores têm referem, pouco consensual.

O estado geral do paciente 24 horas após a interven o,   um indicador subjectivo avaliado por chamada telef nica no dia após a cirurgia. Esta prática   útil para a detec o precoce de complica es e para completar as instru es previamente dadas(30). No entanto, os próprios autores admitem que pela sua subjectividade e forma de avalia o   pouco útil como indicador. De facto, 98,6% dos inquiridos, consideraram o seu estado excelente e 1,4% normal, não havendo qualquer paciente a considerar um mau estado geral. A avalia o de satisfa o por inquiridos   considerada a melhor forma de medir a qualidade da UCA(46).

O grau de satisfa o do paciente já foi analisado extensamente na sec o

“Indicadores da Agence d’Appui à la Performance des Établissements de Santé et Médico-Sociaux”. Para este estudo a avaliação era feita por inquérito anónimo na alta e duas semanas após a cirurgia.

O índice de substituição já foi anteriormente abordado nos indicadores da ANAP mas sob o nome “Taxa de ambulatório na actividade cirúrgica da instituição”. No entanto, aqui este indicador foi dividido em 3: índice de substituição geral; por especialidade; e por procedimento. Isto permite que os benefícios deste indicador, enumerados aquando da abordagem dos indicadores da ANAP que apenas afectavam políticas de saúde pública, se estendam ao nível de uma especialidade ou de um procedimento.

## Indicadores do Ministerio de Sanidad y Consumo

Tabela 7 – Indicadores do Ministerio de Sanidad y Consumo(47)

|  |   |
|--|---|
| 1. Cancelamento de cirurgias planeadas     |   |
| 2. Acontecimentos adversos                 | 2.1. Reintervenção não planeada no mesmo dia    |
|  | 2.2. Pernoita não planeada                      |
|  | 2.3. Consulta urgente                           |
|  | 2.4. Readmissão hospitalar                      |
|  | 2.5. Índice de complicações ajustadas por risco |
| 3. Índice de substituição por procedimento |   |
| 4. Índice de ambulatorização               |   |
| 5. Índice de satisfação                    |   |

O Ministerio de Sanidad y Consumo de Espanha percebeu cedo a necessidade de estabelecer recomendações específicas para CA. Assim sendo, em 1992 começou a desenvolver o “Guia de Cirugía Mayor Ambulatoria” que seria publicado no ano seguinte, tendo grande impacto no desenvolvimento e difusão desta modalidade cirúrgica no Sistema Nacional de Saúde espanhol(47). Contudo, o desenvolvimento de recomendações sobre indicadores de qualidade foi mais moroso, sendo que em 2004 foram feitas acreditações piloto em 7 hospitais de forma a validar os critérios propostos(48). Em 2007, foram publicados os 9 indicadores acima apresentados, que são os recomendados pelo MSC para uso em todas as UCAs espanholas. Com estes indicadores pretende-se avaliar 3 dimensões da UCA, sendo estas: a eficiência e qualidade científico-técnicas da UCA; a eficiência do sistema; e a qualidade percebida pelo utente(47).

A eficiência e qualidade científico-técnicas da UCA são avaliadas pelos primeiros 5 indicadores, que se dividem em cancelamento de cirurgias planeadas, já previamente discutido, e 4 acontecimentos adversos. A reintervenção não planeada no mesmo dia, pernoita não planeada e readmissão hospitalar, são indicadores comuns a outras instituições que já foram extensamente analisados. Assim sendo, há aqui apenas 2 dos 5 que surgem pela primeira vez. De facto, a consulta urgente é um termo novo, ainda que seja definida como número de pacientes que requerem uma consulta urgente, correspondendo ao indicador “regresso não planeado do paciente à Unidade de Cirurgia de Ambulatório ou Hospital” da IAAS, que já foi analisado. Sendo

assim, interessa aqui apenas sublinhar que a definiçŁo do indicador   consensual mas nŁo o seu nome. Posto isto, observa-se que a única novidade   apenas o  ndice de complicaçŁes ajustadas por risco que se define como o número de pacientes com complicaçŁes por número esperado de pacientes com complicaçŁes em funçŁo do risco. As complicaçŁes ajustadas por risco, referem-se àquelas que se podem esperar em funçŁo da informaçŁo clínica obtida para cada paciente, e avalia se estas foram superiores ou inferiores ao esperado(49). Este indicador tem a vantagem de dar dados mais fidedignos do que a simples avaliaçŁo da taxa de complicaçŁes, pois uma comparaçŁo directa desta taxa entre instituiçŁes que aceitam doentes com riscos diferentes, mostra grandes disparidades apesar da qualidade assistencial ser igual, o que nŁo acontece com este indicador. No entanto,   muito complicado definir o risco do paciente para fazer esse ajuste, o que torna a avaliaçŁo deste indicador demasiado complexa, havendo tamb m pouco consenso quanto   sua utilizaçŁo.

A eficiência do sistema   avaliada por dois indicadores: o  ndice de substituiçŁo por procedimento, que   comum aos indicadores do Hospital Clinico Universitário Lozano, e o  ndice de ambulatorizaçŁo que corresponde ao “ ndice de substituiçŁo geral” da mesma instituiçŁo e   “taxa ambulatória na actividade cirúrgica da instituiçŁo” da ANAP que já foi a  detalhadamente analisada.   de salientar a falta de consenso quanto ao nome destes indicadores, apesar de a definiçŁo e fórmula de cáculo serem bastante consensuais.

Por fim, temos a qualidade percebida pelo utente que   objectivada pela avaliaçŁo do  ndice de satisfaçŁo. Este indicador   comum   ANAP, secçŁo onde   cuidadosamente analisado, IAAS, e o estudo do Hospital Clinico Universitário Lozano.

### Indicadores da ComissŁo Nacional Para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

Tabela 8 – Indicadores da comissŁo nacional para o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório(2)

|   |
|---|
| 1. Taxa de doentes que aguarda há mais de seis meses por cirurgia em CA   |
| 2. Taxa de doentes que aguarda há menos de um mês por cirurgia em CA  |
| 3. Taxa de doentes que falha a admissŁo no dia da cirurgia em CA  |
| 4. Taxa de doentes que v em a sua cirurgia em CA ser cancelada ou nŁo realizada   |
| 5. Taxa de doentes que necessitou de pernoitar no Hospital  |
| 6. Taxa de doentes que necessitou ser internado   |
| 7. Taxa de reintervençŁo cirúrgica hospitalar nos 30 dias seguintes   cirurgia  |
| 8. Taxa de mortalidade nos 30 dias de p s-operatório  |
| 9. Taxa de doentes readmitidos ao fim de 30 dias de p s-operatório em CA  |
| 10. N  total de doentes operados em regime ambulatório  |
| 11. Percentagem de doentes operados em regime ambulatório relativamente   totalidade de doentes cirúrgicos programados da InstituiçŁo |

Em 2007, em Portugal, a actividade de CA ainda se situava a níveis muito baixos, quando comparada com outros países europeus ou com os EUA. Para alterar esta realidade, em Outubro desse ano foi criada a CNADCA. Este organismo tinha

como objectivo final reunir dados da actividade de CA em Portugal para elaborar uma conferência nacional sobre este tema e levar a cabo uma grande campanha mediática para expor os resultados e promover a CA. Após esta etapa estar concluída a CNADCA deverá ser extinta, evoluindo para a criação de um Centro de Observação de Cirurgia de Ambulatório(2). Entre as recomendações da CNADCA, encontra-se uma lista de indicadores clínicos que estão apresentados acima. Estes foram divididos em 3 dimensões a serem avaliadas: organização, acessibilidade e impacto do programa na instituição; resultados obtidos pelo programa de CA; e avaliação da produção cirúrgica da UCA. Uma vez que estes indicadores derivam de outros já atrás apresentados, há vários em comum que, por já terem sido analisados, não serão abordados de novo, sendo eles o 3, 4, 5, 6, 9, 10 e 11.

A taxa de doentes que aguarda há mais de seis meses por cirurgia em CA e há menos de um mês, são indicadores que avaliam a capacidade produtiva da UCA e a sua capacidade de prestar um serviço adequado à população que serve. Segundo a IAAS, um curto período de espera é um dos mais importantes preditores de satisfação do paciente(36). Por outro lado, uma das maiores vantagens da cirurgia de ambulatório é permitir a diminuição dos tempos de espera cirúrgicos. Assim sendo, uma elevada taxa de pacientes que aguardam cirurgia há mais de 6 meses põe em evidência a necessidade de aumentar a capacidade de resposta da UCA de forma a cumprir estes objectivos. No sentido contrário, está a taxa de doentes que aguarda cirurgia há menos de um mês que, em condições ideais, seria de 100%. Estes indicadores são simples de avaliar e fornecem dados preciosos para a melhoria da capacidade de resposta de uma UCA às necessidades da população.

A taxa de reintervenção cirúrgica hospitalar nos 30 dias seguintes à cirurgia é um indicador comum a várias instituições já analisadas. No entanto, aqui estende-se o período aos 30 dias após a cirurgia e não apenas ao próprio dia. O objecto de avaliação é o mesmo, abrangendo porém, um número superior de casos, podendo também incluir reintervenções associadas a complicações pós cirúrgicas e não apenas a falha da técnica cirúrgica ou complicações imediatas.

A taxa de mortalidade nos 30 dias de pós-operatório, é um indicador que já foi identificado por várias instituições como não tendo utilidade devido à sua frequência extremamente baixa(1). Como medida da segurança e eficácia dos procedimentos este indicador pode ser substituído pela “transferência ou pernoita não planeadas após cirurgia” como já foi discutido na secção “Indicadores da The Australian Council on Healthcare Standards”.

## Indicadores da Entidade Reguladora da Saúde

Tabela 9 – Indicadores da Entidade Reguladora da Saúde(50)

|  |
|--|
| 1. Taxa de doentes que aguarda por cirurgia de ambulatÓrio há 6 meses                          |
| 2. Taxa de doentes que aguarda por cirurgia de ambulatÓrio há menos de 1 mÊs                   |
| 3. Taxa de cancelamento da cirurgia por responsabilidade da UCA                                |
| 4. Taxa de cancelamento da cirurgia por responsabilidade do doente                             |
| 5. Taxa de admissÓo hospitalar no pÓs-operatÓrio imediato com alta no dia seguinte ao previsto |
| 6. Taxa de admissÓo hospitalar no pÓs-operatÓrio imediato com internamento                     |
| 7. Taxa de reintervençÓo no mesmo dia da cirurgia  |
| 8. Taxa de reintervençÓo atÉ ao 30º dia do pÓs-operatÓrio                                      |
| 9. Taxa de admissÓo hospitalar atÉ ao 30º dia do pÓs-operatÓrio                                |
| 10. Taxa de mortalidade atÉ ao 30º dia do pÓs-operatÓrio                                       |
| 11. Taxa de recidiva cirúrgica por patologia   |
| 12. Taxa de retoma de actividade laboral em dias   |
| 13. Taxa do total de doentes operados em regime de ambulatÓrio                                 |
| 14. Taxa do total de doentes operados em regime de ambulatÓrio por serviçO                     |
| 15. Taxa do total de doentes operados em regime de ambulatÓrio por patologia                   |
| 16. Taxa de infecçÓo dos doentes operados na UCA   |

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é um organismo que tem como funçÓo a regulaçÓo e supervisÓo da actividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituiçÓes e serviçOs prestadores de cuidados de saúde(50), bem como a garantia de adequados padrÓes de qualidade. Nesse sentido, a ERS levou a cabo um estudo sobre os nÍveis de qualidade da CA, constituindo para isso uma comissÓo tÉcnica de peritos que, com base na literatura nacional e internacional, estabeleceu uma sÉrie de parÁmetros de qualidade para o funcionamento de UCAs. Aqui os indicadores clÍnicos foram englobados no grupo dos indicadores de melhoria de qualidade, o que na realidade é o maior objectivo da sua aplicaçÓo. Todos os indicadores foram divididos em 3 nÍveis: os obrigatÓrios (1,2,3,4,5,6,7,10,13,14,15 e 16), recomendÁveis e de excelÊncia (8, 9, 11 e 12). À semelhança dos indicadores da CNADCA, e como já foi dito, estes derivam de indicadores de outras organizaçÓes que na sua maioria já foram analisados, razÓo pela qual não o farei de novo, sendo esses o 1, 2, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15 e 16. Importa ainda referir que de forma a fazer uma monitorizaçÓo e avaliaçÓo contÍnua da qualidade dos serviçOs prestadores de cuidados de saúde, a ERS desenvolveu o Sistema Nacional de AvaliaçÓo em Saúde (SINAS). Na actualidade, o projecto SINAS utiliza 7 indicadores de qualidade no Âmbito da cirurgia de ambulatÓrio que denominou indicadores de excelÊncia clÍnica. Esses indicadores sÓo: SelecçÓo do doente para a administraçÓo da profilaxia das náuseas e vÓmitos; SelecçÓo da profilaxia das náuseas e vÓmitos; AvaliaçÓo da dor no pÓs-operatÓrio; CedÊncia de medicaçÓo analgésica na alta; Ensino na alta; CedÊncia de contacto telefÓnico; AvaliaçÓo pÓs-operatÓria nas 24 horas apÓs a alta. Todos estes indicadores avaliam a execuçÓo ou não de uma parte do processo, o que é essencial para a obtençÓo de bons resultados clÍnicos. No entanto, por não serem indicadores clÍnicos de resultado, uma vez que não avaliam o resultado morte, doença, desconforto, incapacidade ou insatisfaçÓo, não serÓo aqui analisados.

A taxa de cancelamento da cirurgia por responsabilidade da UCA e por

responsabilidade do paciente surgem aqui pela primeira vez com esta designação, no entanto, atendendo à fórmula de cálculo, observamos que apenas o primeiro indicador apresenta algo de novo pois, para além dos “cancelamentos após admissão na UCA” que a IAAS já contabilizava, este também engloba aqueles que foram cancelados antes da admissão, mesmo que tenha havido oportunidade de os substituir por outro procedimento, não representando, por isso, uma perda de produtividade e recursos para a UCA. O cancelamento por responsabilidade do paciente corresponde aos “pacientes que falham a admissão na UCA” da IAAS.

A taxa de admissão hospitalar no pós-operatório imediato com alta no dia seguinte ao previsto, e com internamento, são dois indicadores que em conjunto correspondem a “pernoita não planeada” da IAAS. Esta divisão, para além de ter um nome mais complexo e que, apesar de mais explícito, é menos consensual, apresenta como única vantagem diferenciar a gravidade das complicações que levam à pernoita. No entanto, tornam a análise mais morosa e difícil, o que se pretende que não aconteça com um indicador clínico.

A taxa de recidiva cirúrgica por patologia restringe o objecto analisado, quando comparado com os indicadores já discutidos que avaliavam as recidivas cirúrgicas na globalidade. Este indicador fornece dados mais úteis para os especialistas de cada área de forma a saberem quais os pacientes e, por conseguinte, as técnicas cirúrgicas que necessitam de melhorias na sua abordagem. No entanto, esta restrição leva a uma diminuição da frequência de um acontecimento já por si raro (0,04% segundo a IAAS(1)), o que pode ter como consequência a obtenção de dados sem interesse para análise devido a um universo demasiado reduzido, ou a necessidade de grandes séries de doentes para que se possam tirar conclusões. Estas limitações levam a que este indicador seja pouco útil.

A taxa de retoma de actividade laboral em dias, é um indicador que tem como objectivo determinar o número de dias que os pacientes de uma UCA necessitam até voltarem à sua actividade laboral. De facto, um dos maiores desafios das equipas clínicas é proporcionar um retorno ao nível de funcionalidade prévio do paciente o mais rapidamente possível(1). A CA não é uma excepção. Pelo contrário, pois com o uso de técnicas menos invasivas pretende-se uma recuperação mais rápida do paciente, constituindo este indicador clínico uma forma de avaliar o cumprimento deste objectivo.

Há algumas críticas que podem ser feitas a esta lista de indicadores clínicos recomendados pela ERS. Enquanto nas outras instituições os indicadores variam entre 4 e 9 (11 na CNADCA), aqui são 16, o que parece excessivo, pois estes devem ser fáceis de analisar e este número pode representar uma sobrecarga de serviço para proceder à análise dos dados. Ainda que nos restrinjamos aos indicadores obrigatórios, estes são 12, o que é mais do que nas instituições com listas mais extensas de indicadores clínicos. Dentro dos obrigatórios encontramos indicadores muito pouco consensuais como, por exemplo, a “taxa de infecção dos doentes operados na UCA” e outros indicados por algumas instituições como exemplos de maus indicadores como “taxa de mortalidade até ao 30º dia do pós-operatório”(1, 16).



## Conclusão

Como já foi anteriormente dito, um dos grandes objectivos da IAAS é reunir indicadores clínicos que sejam universalmente aceites. Nesse sentido, esta revisão pretende fazer a selecção dos indicadores mais frequentes e mais consensuais que, por essa razão, tenham mais possibilidades de cumprir esse objectivo. O número médio de indicadores clínicos por Instituição foi de 8.56, no entanto, uma vez que a ERS e a CNADCA fogem bastante à média, opto por seleccionar apenas 8 indicadores em vez dos 9 que o arredondamento indicaria. Desta forma conclui-se que os melhores indicadores por ordem decrescente de frequência são: Pernoita não planeada; Regresso ao bloco cirúrgico; Readmissão não planeada do paciente na UCA ou hospital; Cancelamento no dia da cirurgia por falha na admissão; Cancelamento no dia da cirurgia após admissão; Índice de substituição (geral; por especialidade; por procedimento); Taxa de satisfação dos pacientes; e Regresso não planeado do paciente à UCA ou hospital. A mortalidade pós-operatória e infecção da ferida cirúrgica obtiveram igual frequência que os dois últimos indicadores. Contudo, reúnem muito menos consenso, sendo diversas vezes apontados como exemplo de maus indicadores clínicos. Desta revisão bibliográfica conclui-se também que há ainda muito trabalho a fazer nesta área, uma vez que, os estudos realizados neste âmbito são ainda muito escassos e sediados em poucos países.

## Referências Bibliográficas

1. Surgery International Association for Ambulatory. Day Surgery, Development and Practice. 1st ed: International Association for Ambulatory Surgery; 2006.
2. Ambulatório Comiss o Nacional Para o Desenvolvimento Da Cirurgia De. Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente. Ministério da Saúde; 2008.
3. Inspection Commission for Healthcare Audit and. Day Surgery. 2005.
4. Policies European Observatory on Health Systems and. Day Surgery: Making it Happen. 2007.
5. Improvement NHS Institute for Innovation and. Treat Day Surgery as the Norm. 2008.
6. Ambulatório Comiss o Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de. Cirurgia de Ambulatório em Portugal: ponto de situa o. 2009.
7. Health Services Research Group University of Newcastle. Australasian Clinical Indicator Report 2004–2011. 13th ed. [www.achs.org.au](http://www.achs.org.au): The Australian Council on Healthcare Standards; 2012.
8. Mainz Jan. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care. 2003 December 1, 2003;15(6):523-30.
9. Travaglia J Debono, D. University of New South Wales. Centre for Clinical Governance Research in, Health. Clinical indicators: a comprehensive review of the literature. 2009.
10. Mainz Jan. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. International Journal for Quality in Health Care. 2003 December 1, 2003;15(suppl 1):i5-i11.
11. Rubin Haya R., Pronovost Peter, Diette Gregory B. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. International Journal for Quality in Health Care. 2001 December 1, 2001;13(6):469-74.
12. Rubin Haya R., Pronovost Peter, Diette Gregory B. Methodology Matters. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. International Journal for Quality in Health Care. 2001 December 1, 2001;13(6):489-96.
13. Gibberd Robert, Hancock Stephen, Howley Peter, Richards Kay. Using indicators to quantify the potential to improve the quality of health care. International Journal for Quality in Health Care. 2004 April 1, 2004;16(suppl 1):i37-i43.
14. Lemos Paulo. DEVELOPMENT OF CLINICAL INDICATORS FOR AMBULATORY SURGERY. In: Anaesthesiology ESo, editor. Euroanesthesia 2005; May 28; Vienna, Austria2005.
15. Lemos Paulo. Clinical Indicators for Quality Assessment in Day Surgery. Ambulatory Surgery. 2009 July 2009;15.3.
16. Lindsay Roberts FRCS FRACS. High Standards Essential - Clinical Indicators. Australian Surgeon. 1994;18:24-6.
17. Standards The Australian Council on Healthcare. Clinical Indicator Summary Guide 2012. 2012.
18. National Quality Measures Clearinghouse. Cancellation of booked procedures: percentage of patients booked into a day procedure facility who fail to arrive, during the 6 month time period Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/21/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=37976>.
19. National Quality Measures Clearinghouse. Cancellation of booked procedures:



percentage of patients booked into a day procedure facility whose procedure is cancelled after their arrival at the facility due to a pre-existing medical condition, during the 6 month time period Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/21/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=37977>.

20. National Quality Measures Clearinghouse. Cancellation of booked procedures: percentage of patients booked into a day procedure facility whose procedure is cancelled after their arrival at the facility due to administrative/organisational reasons, during the 6 month time period Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/21/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=37979>.

21. National Quality Measures Clearinghouse. Cancellation of booked procedures: percentage of patients booked into a day procedure facility whose procedure is cancelled after their arrival at the facility due to an acute medical condition, during the 6 month time period Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/21/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=37978>.

22. National Quality Measures Clearinghouse. Unplanned return to the operating room: percentage of patients having an unplanned return to the operating/procedure room during the same admission, during the 6 month time period Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/21/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32819>.

23. National Quality Measures Clearinghouse. Unplanned transfer: percentage of patients having a discharge intention of one day who had an unplanned transfer or overnight admission following an operation/procedure, during the 6 month time period Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/22/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32821>.

24. National Quality Measures Clearinghouse. Delayed patient discharge: percentage of patients who have an unplanned delayed discharge greater than 1 hour beyond that expected for the procedure, during the 6 month time period Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/22/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32823>.

25. médico-sociaux Agence Nationale d'Appuis   la Performance des établissements de santé et. Piloter l'activité, mesurer l'efficience. 2010.

26. Deutsch N., Wu C. L. Patient outcomes following ambulatory anesthesia. Anesthesiology clinics of North America. 2003 Jun;21(2):403-15. PubMed PMID: 12812403. Epub 2003/06/19. eng.

27. Tong D., Chung F., Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. Anesthesiology. 1997 Oct;87(4):856-64. PubMed PMID: 9357888. Epub 1997/11/14. eng.

28. Rudkin Glenda E. Balancing cost and quality in day surgery. Practical Anaesthesia and Analgesia for Day Surgery: BIOS Scientific Publishers; 1997. p. 227-36.

29. Colomer J., Alonso A., Serra A., Moreu F. Ambulatory surgery: the need for indexes of substitution. Ambulatory Surgery. 1993 3//;1(1):22-4.

30. Jiménez Alfredo, Elia Manuela, Antonio Gracia José, Artigas Consuelo, Lamata Félix, Martínez Mariano. Indicadores de calidad asistencial en cirug a mayor ambulatoria. Cirugía Española. 2004 //;76(5):325-30.

31. Surgery International Association for Ambulatory. Clinical Indicators for Ambulatory Surgery. 2013.

32. Coley K. C., Williams B. A., DaPos S. V., Chen C., Smith R. B. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *Journal of clinical anesthesia*. 2002 Aug;14(5):349-53. PubMed PMID: 12208439. Epub 2002/09/05. eng.
33. Vaghadia H., Scheepers L., Merrick P. M. Readmission for bleeding after outpatient surgery. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*. 1998 Nov;45(11):1079-83. PubMed PMID: 10021956. Epub 1999/02/18. eng.
34. Sibbritt D. W. Readmissions of day-only patients in NSW acute hospitals. *Journal of quality in clinical practice*. 1994 Mar;14(1):31-8. PubMed PMID: 8199757. Epub 1994/03/01. eng.
35. J. Bain H. Kelly, D. Snadden, and H. Staines. Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Quality in Health Care*. 1999;2:86-91.
36. Surgery International Association for Ambulatory. Patient Satisfaction Surveys. IAAS Recommendations: IAAS; 2013.
37. Quality ASC. ASC Quality Measures: Implementation Guide. <http://ascquality.org/documents/ASCQualityCollaborationImplementationGuide.1.7.pdf> 2013.
38. National Quality Measures Clearinghouse. Ambulatory surgery: percentage of Ambulatory Surgery Center (ASC) admissions experiencing a fall within the confines of the ASC Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/24/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=35280>.
39. National Quality Measures Clearinghouse. Ambulatory surgery: percentage of Ambulatory Surgery Center (ASC) admissions experiencing a burn prior to discharge Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/24/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=35279>.
40. National Quality Measures Clearinghouse. Ambulatory surgery: percentage of Ambulatory Surgery Center (ASC) admissions who experienced a wrong site, wrong side, wrong patient, wrong procedure, or wrong implant Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); [4/24/2013]. Available from: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=35282>.
41. Commission The Joint. Facts about the Universal Protocol. The Joint Commission; 2013.
42. Commission The Joint. Sentinel Event Alert. The Joint Commission; 2001.
43. Aranaz Jesús María; Gea, María Teresa; Marín, Guillermo Acontecimientos adversos en un servicio de cirug a general y de aparato digestivo de un hospital universitario. *Cir Esp*. 2003;73:104-9.
44. Hitchcock M., Ogg T. W. A quality assurance initiative in day case surgery: general considerations. *Ambulatory Surgery*. 1994 12//;2(4):181-92.
45. Letts M., Davidson D., Splinter W., Conway P. Analysis of the efficacy of pediatric day surgery. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie*. 2001 Jun;44(3):193-8. PubMed PMID: 11407829. Epub 2001/06/16. eng.
46. Kangas-Saarela T., Ohukainen J., Koivuranta M. Patients' experiences of day surgery—an approach to quality control. *Ambulatory Surgery*. 1999 1//;7(1):31-4.
47. UCMA Grupo de Trabajo para la elaboración de Estándares y Recomendaciones de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Estándares y recomendaciones. In: Consumo MdSy, editor.: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; 2008.
48. Rivas Lacarte MP Gutiérrez Romero R, Jiménez A, Marín J, Rebollar J, Villoria A. Validación del Manual de Estándares de Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor

Ambulatoria con Acreditaciones Piloto en 7 Hospitales. Cirurgia Mayor Ambulatoria. 2004;9:13-8.

49. 20 Hospitales Top. Indicadores ajustados. Desarrollo metodológico de los indicadores ajustados: IASIST; 2009.

50. Saúde Entidade Reguladora da. Estudo Sobre Qualidade da Cirurgia de Ambulatório. 2008.

## Anexos

### FÓrmulas

#### The Australian Council on Healthcare Standards

Doentes que falham a admissão no dia da cirurgia = (número de pacientes com cirurgia marcada que falham a admissão) / (número total de pacientes com cirurgia agendada no mesmo intervalo de tempo)

Cancelamento após admissão por problema médico pré-existente = (número de pacientes que após a admissão vêm a sua cirurgia cancelada por um problema médico pré-existente) / (número total de pacientes com cirurgia agendada no mesmo intervalo de tempo)

Cancelamento após admissão por problema médico agudo = (número de pacientes que após a admissão vêm a sua cirurgia cancelada por um problema médico agudo)/( número total de pacientes com cirurgia agendada no mesmo intervalo de tempo)

Cancelamento após admissão por questões administrativas ou organizacionais = (número de pacientes que após a admissão vêm a sua cirurgia cancelada por questões administrativas ou organizacionais)/( número total de pacientes com cirurgia agendada no mesmo intervalo de tempo)

Regresso ao bloco cirúrgico não planeado= (número de pacientes que tem um regresso ao bloco cirúrgico não planeado)/( número total de pacientes com cirurgia agendada no mesmo intervalo de tempo)

Transferência ou pernoita não planeadas após cirurgia= (número de pacientes agendados para cirurgia de ambulatÓrio que tem de pernoitar ou ser transferido para um serviço com internamento)/(número total de pacientes com cirurgia agendada no mesmo intervalo de tempo)

Alta tardia não planeada= (número de pacientes cujo atraso na alta é superior a uma hora em relação à hora esperada)/( número total de pacientes com cirurgia agendada no mesmo intervalo de tempo)

#### Agence d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

Taxa de rotatividade por lugar na UCA = (número de pacientes acolhidos)/(número de lugares disponíveis no mesmo período de tempo)\*100

Taxa de satisfação dos pacientes da UCA = (número de pacientes satisfeitos)/(número de pacientes que respondeu ao inquérito)\*100

Taxa de cancelamento no dia da cirurgia = (número cirurgias canceladas no próprio

## Critérios de Qualidade Clínicos em Cirurgia de Ambulatório

dia)/(número de pacientes agendados para o mesmo período)\*100

Taxa de pernoita não programada = (número de pacientes operados em regime de ambulatório que têm de permanecer internados)/(número de pacientes agendados para o mesmo período)\*100

Taxa de cirurgias de ambulatório fora da UCA = (número de estadias de pacientes cirúrgicos de 0 noites fora da UCA)/(número de pacientes intervencionados em regime de ambulatório na UCA)\*100

Taxa de ambulatório na actividade cirúrgica da instituição = (número de procedimentos cirúrgicos em regime ambulatório)/(número total de procedimentos cirúrgicos)\*100

Número de estadias na UCA = número de estadias correspondente a cada grupo de patologias

### **International Association for Ambulatory Surgery**

Pacientes que falham a admissão na UCA= (Cancelamentos por não comparência do paciente)/ (número de pacientes agendados)\*100

Cancelamento após admissão na UCA = (Cancelamentos após admissão)/( número de pacientes agendados)\*100

Regresso não planeado ao bloco cirúrgico no mesmo dia = (número de reintervenções no mesmo dia)/ (número de pacientes operados)

Pernoita não planeada = (número de pacientes que pernoitam)/ (número de pacientes operados)

Regresso não planeado do paciente à UCA ou Hospital = (número de consultas de urgência)/ (número de pacientes operados)

Readmissão não planeada do paciente na UCA ou Hospital = (número de readmissões)/ (número de pacientes operados)

### **Indicadores da Ambulatory Surgery Center Quality Collaboration**

Quedas dos pacientes = (pacientes que sofrem uma queda dentro das instalações)/ (número de pacientes admitidos)

Queimaduras dos pacientes = (pacientes que sofrem uma queimadura antes da alta)/ (número de pacientes operados)

Transferência hospitalar/ admissão = (número de readmissões ou transferências hospitalares após alta)/ (número de pacientes operados)

Local errado / Lado errado / Paciente errado / Procedimento errado / Implante errado = (número de pacientes que experienciam local errado, lado errado, paciente errado,

procedimento errado ou implante errado)/ (número de pacientes operados)

## **Indicadores do Hospital ClÍnico Universitario Lozano**

Pernoita não planeada = (número de pacientes que pernoitam)/ (número de pacientes operados)

Readmissão não planeada do paciente = (número de readmissões)/ (número de pacientes operados)

Cirurgias suspensas ou canceladas = (cirurgias suspensas ou canceladas)/ (cirurgias agendadas)

Complicações maiores = (complicações que colocam em risco a vida do paciente)/ (número de pacientes operados)

Morbilidade menor = (complicações ou acidentes pós-operatórios que não ameaçam a vida do paciente)/ (número de pacientes operados)

Infecção da ferida cirúrgica = (feridas com exsudado purulento ou seropuruento)/ (número de pacientes operados)

Índice de substituição = (número total de pacientes operados em regime ambulatÓrio)/ (número total de pacientes operados (numa mesma especialidade ou patologia específica))

## **Indicadores do Ministerio de Sanidad y Consumo**

Cancelamento de cirurgias planeadas = %[(cancelamentos)/ (cirurgias agendadas)]

Reintervenção não planeada no mesmo dia = %[(reintervenções)/ (pacientes operados)]

Pernoita não planeada = %[(pacientes que pernoitam sem estar planeado)/ (pacientes operados)]

Consulta urgente = %[(urgências)/ (pacientes operados)]

Readmissão hospitalar = %[(readmissões)/ (pacientes operados)]

Índice de complicações ajustadas por risco = (número de pacientes com complicações)/ (número esperado de pacientes com uma complicação em função do risco de complicação de cada paciente individual)

Índice de substituição por procedimento = %[( $\sum$  procedimentos específicos realizados em regime de ambulatÓrio)/ ( $\sum$  desses procedimentos realizados tanto com internamento como em regime de ambulatÓrio)]

Índice de ambulatorização = %[( $\sum$  cirurgias realizadas em regime de ambulatÓrio)/ ( $\sum$  cirurgias realizadas tanto com internamento como em regime de ambulatÓrio)]

 ndice de satisfa o = % em cada categoria de resposta

## **Indicadores da Comiss o Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório**

Taxa de doentes que aguarda há mais de seis meses por cirurgia em CA = (n.  de doentes que aguardam CA há mais de seis meses)/ (n.  total de doentes em lista de espera para CA)

Taxa de doentes que aguarda há menos de um mês por cirurgia em CA = (n.  de doentes que aguardam CA há menos dum mês)/ (n.  total de doentes em lista de espera para CA)

Taxa de doentes que falha a admiss o no dia da cirurgia em CA = (n.  de doentes marcados mas que faltam no dia da opera o)/ (n.  total de doentes marcados)

Taxa de doentes que v em a sua cirurgia em CA ser cancelada ou não realizada = (n.  de doentes marcados mas que não são operados)/ (n.  total de doentes marcados)

Taxa de doentes que necessitou de pernoitar no Hospital = (n.  de doentes que pernoitaram no hospital) / (n.  total de doentes operados em CA)

Taxa de doentes que necessitou ser internado = (n.  de doentes que ficaram internados)/ (n.  total de doentes operados em CA)

Taxa de reinterven o cirúrgica hospitalar nos 30 dias seguintes   cirurgia = (n.  de doentes reoperados ao fim de 30 dias de p s-operatório)/ (n.  total de doentes operados)

Taxa de mortalidade nos 30 dias de p s-operatório = (n.  de doentes falecidos ao fim de 30 dias de p s-operatório)/ (n.  total de doentes operados)

Taxa de doentes readmitidos ao fim de 30 dias de p s-operatório em CA = (n.  de doentes que regressam ao Hospital e ficam internados ao fim de 30 dias de p s-operatório)/ (n.  total de doentes operados)

N  total de doentes operados em regime ambulatório = N  total de doentes operados em regime ambulatório (com identifica o separada dos programas com e sem pernoita hospitalar)

Percentagem de doentes operados em regime ambulatório relativamente   totalidade de doentes cirúrgicos programados da Institui o = (N  total de doentes operados em regime de ambulatório)/ (N  total de doentes operados em regime de ambulatório + N  total de doentes operados em regime de internamento)



## Indicadores da Entidade Reguladora da Saúde

Taxa de doentes que aguarda por cirurgia de ambulatório há 6 meses =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes que aguardam CA há mais de seis meses}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes em lista de espera para CA})$

Taxa de doentes que aguarda por cirurgia de ambulatório há menos de 1 mês =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes que aguardam CA há menos dum mês}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes em lista de espera para CA})$

Taxa de cancelamento da cirurgia por responsabilidade da UCA =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes desmarcados ou não intervencionados}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes agendados para CA})$

Taxa de cancelamento da cirurgia por responsabilidade do doente =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes que não comparecem}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes agendados para CA})$

Taxa de admiss o hospitalar no pós-operatório imediato com alta no dia seguinte ao previsto =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes internados apenas mais 24h do que o previsto}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados em CA})$

Taxa de admiss o hospitalar no pós-operatório imediato com internamento =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes operados em CA que ficaram internados}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados em CA})$

Taxa de reinterven o no mesmo dia da cirurgia =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes operados em CA reintervencionados no mesmo dia}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados em CA})$

Taxa de reinterven o até ao 30  dia do pós-operatório =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes operados em CA reintervencionados até 30 dias}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados em CA})$

Taxa de admiss o hospitalar até ao 30  dia do pós-operatório =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes operados em CA que regressa para internamento até 30 dias}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados em CA})$

Taxa de mortalidade até ao 30  dia do pós-operatório =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes operados em CA falecidos até 30 dias do pós-operatório}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados em CA})$

Taxa de recidiva cirúrgica por patologia =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes com recidiva de uma patologia específica}) / (n.^{\circ} \text{ de doentes operados a essa patologia em CA})$

Taxa de retoma de actividade laboral em dias =  $(\text{dia de retoma do trabalho por doente}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados})$

Taxa do total de doentes operados em regime de ambulatório =  $(n.^{\circ} \text{ de doentes operados em CA}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados na Institu o})$

Taxa do total de doentes operados em regime de ambulatório por serviço =  $[(n.^{\circ} \text{ de doentes operados em CA por serviço}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados por serviço (ambulatório+convencional)}]$

Taxa do total de doentes operados em regime de ambulatório por patologia =  $[(n.^{\circ} \text{ de doentes operados a uma patologia específica em CA}) / (n.^{\circ} \text{ total de doentes operados a$



## Critérios de Qualidade Clínicos em Cirurgia de Ambulatório

essa patologia (ambulatório+convencional)]

Taxa de infecção dos doentes operados na UCA = (n.º de doentes operados em CA com infecção) / (n.º total de doentes operados em CA)