

# Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica

**INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD**  
Dirección General de Atención Primaria y Especializada  
Subdirección General de Atención Especializada

## PRESENTACION

En los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, las listas de espera constituyen un claro factor regulador de la demanda. Sin embargo, los tiempos excesivamente prolongados tanto por lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos como terapéuticos pueden comprometer sensiblemente el principio de equidad que inspira a estos sistemas sanitarios. En concreto, la lista de espera quirúrgica constituye uno de los elementos de mayor presión a la hora de garantizar una adecuada respuesta a las expectativas de los pacientes.

La existencia de una lista de espera es un indicador de desajuste entre la oferta y la demanda con un exceso relativo de ésta. En los últimos años esta situación se ha agravado debido, en parte, a los espectaculares avances científicos, técnicos y médicos, así como al cambio experimentado por los pacientes en cuanto a su nivel de exigencia y expectativas ante una enfermedad. Además de estos y otros factores sociales y demográficos que puedan justificar el crecimiento en las listas de espera, al comparar lo que sucede en distintas regiones, o en diferentes hospitales de una misma región, o incluso en las distintas especialidades quirúrgicas dentro de un mismo hospital, se constata una importante variabilidad en la situación de las listas de espera: tamaño de la lista, espera media de los pacientes o tasas de inclusión en lista de espera quirúrgica, entre otros.

Como posibles fuentes de esta variabilidad geográfica se han descrito desequilibrios en la distribución de recursos, o el nivel de eficiencia en el funcionamiento. Pero, además, estudios nacionales e internacionales evidencian la gran influencia que los distintos modelos y prácticas de gestión imperantes en cada hospital ejercen sobre la magnitud del problema. Por otro lado, las listas de espera son un claro ejemplo de sistema de información para la toma de decisiones, para lo que resulta obligado la normalización de los datos y la actualización permanente de estos.

La todavía vigente Circular 3/94 sobre “Criterios de inclusión y registro de la demanda quirúrgica y de la lista de espera”, ya recogía en su exposición de motivos, la necesidad, por un lado, de establecer para todo el territorio INSALUD criterios homogéneos para la inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica, de tal forma que todos los hospitales dispusieran de unas normas básicas comunes y, por otro, de avanzar en la validación y fiabilidad de los registros, de manera que la información recogida reflejara fielmente la magnitud del problema.

Sin embargo, tras dos años de vigencia de la citada Circular, los datos obtenidos durante los primeros meses del llamado “Plan de Choque 1996 para la reducción de la Lista de Espera Quirúrgica”, pusieron de manifiesto un desarrollo autónomo en cada hospital de los procedimientos de organización y gestión de la Lista de Espera Quirúrgica, dando lugar con ello a datos no siempre comparables de unos centros a otros.

En este contexto, se hacía necesario en primer lugar, la implantación de un sistema de información ágil y fiable sobre Lista de Espera Quirúrgica. El soporte normativo para este primer objetivo se abordó a través de la Circular 7/97 sobre Sistemas de Información, en la que se establece la obligatoriedad de un envío mensual por parte de los hospitales de un conjunto mínimo de datos de los pacientes en espera de ser intervenidos, así como de aquellos pacientes que durante el mes analizado abandonaron, por algún motivo, la lista de espera.

El tratamiento de la información contenida en cada una de las bases de datos, el cruce de esta información con otros indicadores de actividad, el análisis evolutivo de la Lista de Espera en un centro concreto, y la comparación de su situación con la de otros hospitales de sus características, han demostrado ser herramientas esenciales para la planificación, monitorización y evaluación del grado de consecución de los objetivos definidos para la reducción de la Lista de Espera Quirúrgica.

El segundo gran objetivo relativo a la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica adquirido por el INSALUD, ha sido el establecimiento de unos criterios explícitos de gestión que garanticen a los pacientes un abordaje homogéneo del problema de la demora quirúrgica. Para dar respuesta a este objetivo, se constituyó un grupo de trabajo integrado por miembros de acreditado prestigio de los Servicios de Admisión de los hospitales del INSALUD y representantes de las Direcciones Médicas, coordinados por la Subdirección General de Atención Especializada, con el propósito de elaborar una Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica.

Esta Guía constituye, por tanto, una herramienta de trabajo común, de obligada implantación, para todos los hospitales del INSALUD. En ella se define una terminología homogénea de aplicación en el ámbito de la Lista de Espera Quirúrgica, se desarrollan criterios explícitos de gestión, con identificación de responsables de las funciones y de los resultados, fundamentalmente en lo que respecta a las tradicionales fuentes de discrepancia, y se establecen unos requerimientos básicos de información que permitan una clara identificación de las características de la demanda, así como la toma de decisiones para planificar, evaluar y gestionar los recursos disponibles con criterios de eficiencia y equidad.

Como tal herramienta de trabajo, la Guía pretende ser concisa, y por ello contempla exclusivamente aquellos aspectos directamente relacionados con la gestión de la propia Lista de Espera Quirúrgica, sin adentrarse ni en la organización de la actividad asistencial en general, ni de la actividad quirúrgica en particular.

La Guía recoge de forma explícita los criterios de inclusión y salida de Lista de Espera Quirúrgica, y por ello su implantación en todos los hospitales del INSALUD constituye un elemento de seguridad para los pacientes:

- seguridad de que la demanda existente se encuentra correctamente registrada, con las debidas garantías de confidencialidad, desde el mismo momento en que el médico indica la intervención quirúrgica.
- seguridad de acceder a una correcta información con referencias claras de su situación y, en caso de no producirse este hecho, el reconocimiento de su derecho a solicitarla.
- seguridad de que su problema será resuelto con equidad frente a otros pacientes en similar situación, al aplicarse estrictos criterios de prioridad clínica y antigüedad en lista de espera para la programación de la actividad quirúrgica.

La difusión de la Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica ha estado precedida de un profundo debate sobre su contenido, en el que han participado miembros de los Servicios Quirúrgicos de los hospitales, el Consejo Ejecutivo del INSALUD y a través de él representantes de los agentes sociales y de las Asociaciones de Consumidores. Corresponde ahora a los equipos directivos y profesionales de los hospitales implantar los criterios en ella

contenidos, y aportar sugerencias sobre aquellos aspectos que en el día a día son objeto de su trabajo, con el fin de hacer realidad el compromiso de mejora continua en la gestión y disminución de la demora quirúrgica.

Madrid, quince de octubre de mil novecientos noventa y ocho

## **Coordinación del Grupo de trabajo**

### ***Subdirección General de Atención Especializada***

Paloma Alonso Cuesta  
*Subdirectora General*

Carmen Martínez de Pancorbo González

Leticia Moral Iglesias

## **Grupo de Trabajo**

José Manuel Aldámiz Echevarría Iraurqui  
Jefe de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica. Hospital General San Jorge. Huesca.

José Luis Bilbao León  
Jefe de Unidad del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. Santander.

Javier Callau Puente  
Jefe de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica. Hospital de Barbastro. Huesca

Julia Camarero Bravo  
Subdirección General de Atención Especializada.

Angel Gómez Delgado  
Coordinador del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Complejo Universitario San Carlos. Madrid.

Enrique Martínez Molina  
Director Médico. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Sagrario Martínez Moreno  
Coordinadora del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Roberto Parra Cid  
Subdirección General de Atención Especializada.

Arturo Romero Gutiérrez  
Coordinador del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Complejo Hospitalario de Toledo.

Antonio Sánchez Pardo  
Coordinador del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Complejo Hospital General de Albacete.

Angel Sanz Aiz  
Director Médico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Agradecemos los comentarios y aportaciones realizadas por los miembros de los servicios quirúrgicos de los hospitales:

Complejo Hospital General de Albacete  
Hospital de Barbastro. Huesca  
Complejo Universitario San Carlos. Madrid.  
Hospital General San Jorge. Huesca.  
Hospital Universitario de Getafe. Madrid.  
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.  
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.  
Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. Santander.  
Complejo Hospitalario de Toledo.

## **ÍNDICE**

1.	OBJETIVOS .....	3
2.	CONTENIDO DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA .....	4
3.	INSTANCIAS IMPLICADAS EN LA GESTIÓN.....	6
4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	9
4.1.	Criterios generales .....	9
4.2.	Criterios clínicos.....	9
4.3.	Procedimiento administrativo .....	10
5.	PROGRAMACION QUIRURGICA .....	13
5.1.	Criterios de selección de pacientes.....	13
5.2.	Preparación para cirugía .....	14
5.3.	Elaboración del “Parte de Quirófano” .....	15
5.4.	Aviso al paciente programado.....	16
6.	DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTROS CENTROS .....	18
6.1.	Selección de pacientes .....	18
6.2.	Procedimiento .....	18
6.3.	Funciones de la Dirección Provincial.....	19
7.	MOVIMIENTOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.....	21
7.1.	Salida de LEQ.....	21
7.2.	Pérdida de antigüedad .....	24

	<u>Pág.</u>
8. SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	27
8.1. Contenido del registro .....	27
8.2. Niveles de información e indicadores .....	29
9. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN .....	32
9.1. Instancias implicadas .....	32
9.2. Areas de evaluación.....	32
ANEXOS .....	34

## 1. OBJETIVOS

### Objetivo General






Establecer criterios homogéneos para una adecuada gestión de la demanda quirúrgica no urgente en los hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).

### Objetivos Específicos

- Establecer criterios consensuados que permitan el diseño de un modelo de gestión integral de la lista de espera quirúrgica (LEQ), que abarque desde la indicación quirúrgica hasta la resolución del proceso:

- ⇒ Criterios de inclusión y clasificación de pacientes
- ⇒ Requisitos para el registro del paciente
- ⇒ Niveles y circuitos de comunicación entre paciente y hospital
- ⇒ Criterios de selección de pacientes para preparación para cirugía
- ⇒ Gestión del preoperatorio y la programación de la actividad quirúrgica
- ⇒ Derivación de pacientes a otros hospitales
- ⇒ Movimientos y salidas de LEQ

- Definir las responsabilidades de los diferentes niveles de gestión de la LEQ:

-  Dirección del Hospital
-  Servicios Quirúrgicos
-  Servicio de Anestesiología y Reanimación
-  Servicio de Admisión y Documentación Clínica
-  Dirección Provincial

- Establecer los requisitos mínimos de los sistemas de información sobre LEQ.
- Establecer criterios de evaluación y control de calidad en la gestión de la LEQ



## 2. CONTENIDO DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Con carácter genérico se define la lista de espera quirúrgica como el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica. Además, la demora existente no debe estar indicada médicamente, ni ser consecuencia de la voluntad del paciente.

*En la lista de espera quirúrgica de los hospitales del INSALUD*

*SE INCLUYEN:*

- ⇒ Todos los pacientes pendientes de un **procedimiento quirúrgico no urgente**, para el cual el hospital tiene previsto utilizar **quirófano**, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia previsto.
- ⇒ La inclusión en LEQ se producirá en el momento de establecer la indicación quirúrgica cierta.

De acuerdo con lo anterior, se deberán incluir en LEQ todos aquellos pacientes cuya intervención no se lleve cabo durante el episodio de hospitalización en el que se establece la indicación, es decir, el alta hospitalaria se produce con indicación de intervención quirúrgica demorada.

*NO SE INCLUYEN*, por tanto,

- ⇒ Procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas del hospital, por no precisar (con criterios técnicos) de quirófano.
- ⇒ Pacientes intervenidos de forma programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

Ejemplo: Paciente con ingreso por episodio de dolor abdominal. En el transcurso del ingreso se le diagnostica una coleditiasis, decidiendo el médico que el paciente sea intervenido de forma programada durante el episodio de hospitalización. Este paciente no se incluirá en lista de espera y su intervención será clasificada como intervención quirúrgica programada (intervención incluida en la programación de quirófano, según definición contenida en la normativa sobre Sistemas de Información), no procedente de LEQ.

⇨ Urgencias diferidas, que se intervienen de forma programada cuando la situación clínica del paciente así lo aconseja.

Ejemplo: Paciente que acude a Urgencias por fractura vertebral, cuya situación clínica aconseja demorar la intervención hasta conocer su evolución.

Con el fin de garantizar una correcta inclusión de pacientes en LEQ, **el hospital deberá disponer de un Catálogo de Procedimientos** incluidos en la cartera de servicios de cada especialidad quirúrgica. Para cada procedimiento se deberá especificar si precisa ser realizado en quirófano, y por tanto si debe ser incluido en LEQ. Este catálogo deberá ser aprobado por la Dirección, ser conocido por todos los profesionales implicados y actualizarse periódicamente.

### 3. INSTANCIAS IMPLICADAS EN LA GESTIÓN

En este apartado se hace referencia, con carácter general, a las tareas y responsabilidades de las distintas instancias implicados en la gestión de la LEQ. Las responsabilidades específicas se desarrollan en cada apartado.



#### Equipo directivo del Hospital

- \* Responsable último a nivel del centro de la adecuada gestión de la LEQ.
- \* Garantiza el cumplimiento de la normativa emanada de la Guía de Gestión de LEQ y las instrucciones y circulares emitidas al efecto.
- \* Vela por el cumplimiento de los protocolos de normalización de la actividad hospitalaria y la práctica clínica que, bajo los auspicios de los Servicios Centrales de INSALUD, se elaboren en colaboración con grupos de expertos o sociedades científicas.
- \* Asigna los tiempos quirúrgicos en relación con la demanda y el catálogo de procedimientos de cada especialidad quirúrgica.
- \* Garantiza la fiabilidad y normalización de los flujos de información sobre LEQ, tanto internos como externos.
- \* Arbitra las medidas organizativas necesarias para garantizar la seguridad de los datos y la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de la persona frente al tratamiento automatizado de sus datos de carácter personal (LO, 5/1992 de 29 de octubre), así como el cumplimiento del secreto por parte de las personas que los manejen.



#### Servicio de Admisión y Documentación Clínica

- \* Centraliza el registro de LEQ del hospital.
- \* Realiza la inclusión administrativa en LEQ, siendo responsable del cumplimiento de las normas para el registro de los pacientes.
- \* Constituye, con carácter general, la referencia de los pacientes para todos los aspectos administrativos relacionados con su situación en LEQ.

- \* Responsable del adecuado seguimiento de los pacientes incluidos en LEQ, y del mantenimiento actualizado de la información clínica suministrada por los médicos especialistas y de los datos administrativos del registro.
- \* Gestiona operativamente el movimiento de pacientes en LEQ.
- \* Proporciona el soporte operativo en la gestión del estudio preoperatorio, valoración preanestésica, difusión de la programación quirúrgica, avisos a pacientes, reserva de camas, etc.
- \* Gestiona la derivación de pacientes a otros centros.
- \* Elabora la información relativa a la LEQ encaminada a la planificación, gestión y toma de decisiones, para su distribución a la Dirección del Centro, los Servicios Quirúrgicos, la Comisión de Quirófanos, etc.



### Servicios Quirúrgicos

- \* Los médicos especialistas son los responsables de la indicación quirúrgica, a efectos de inclusión en LEQ.
- \* Elaboran los protocolos de indicación quirúrgica y de criterios de inclusión en LEQ para aquellas patologías más frecuentes en su ámbito, y adaptan a su entorno los protocolos de procedimientos ya elaborados por INSALUD y Sociedades Científicas.
- \* El médico especialista que sienta la indicación, es responsable de la correcta cumplimentación del documento de solicitud de inclusión del paciente en LEQ, así como de la conformidad del paciente a ser incluido en lista de espera para la intervención quirúrgica propuesta.
- \* Seleccionan los pacientes para la programación quirúrgica, en colaboración con los demás miembros de la Comisión de Programación del hospital.
- \* Deberán notificar al Servicio de Admisión y Documentación Clínica cualquier modificación de las condiciones del paciente por ellos conocida que varíe su situación en LEQ.



### Servicio de Anestesiología y Reanimación

- \* Define el protocolo del estudio preoperatorio del paciente.
- \* Emite el preceptivo informe de valoración preanestésica.



## Dirección Provincial

- \* Responsable último del seguimiento de los objetivos institucionales de LEQ y, de forma especial, del cumplimiento del compromiso de derivación de pacientes a otros centros.
- \* Responsable de la adecuada selección de procesos a derivar, y de garantizar el cumplimiento de los protocolos de derivación establecidos (circuitos, seguimiento y comunicación entre centros, etc.).
- \* Debe conocer en todo momento la situación de los pacientes incluidos en el proceso de derivación. Adopta los mecanismos oportunos para garantizar la disponibilidad de la información necesaria para la actualización permanente del registro de LEQ del hospital de origen.

## 4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y REGISTRO EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

### 4.1. Criterios generales

Con carácter general, se incluyen en LEQ aquellos pacientes que reúnan los requisitos definidos en el apartado 2.

### 4.2. Criterios clínicos

- La indicación quirúrgica se adecuará a las *guías de práctica clínica y protocolos de indicaciones de cirugía e inclusión en LEQ* elaborados por las Sociedades Científicas. En ausencia de estos, los Servicios Quirúrgicos deberán desarrollarlos para, al menos, los procesos de mayor incidencia en su práctica habitual.
- Se incluirán en LEQ, los procesos con indicación quirúrgica cierta, establecida por un médico especialista, tras haber sopesado riesgos y beneficios, y de acuerdo con los criterios generales recogidos en el apartado anterior.

Por lo tanto, no se incluirán en LEQ, aquellos procesos sin indicación quirúrgica cierta en ese momento, aunque previsiblemente puedan tenerla en un futuro.

- Los *segundos tiempos de intervención quirúrgica* que precisen un tiempo de espera predeterminado, *no* deben ser incluidos al finalizar la primera intervención, sino cuando exista de nuevo indicación quirúrgica cierta (ej.: extracción de material, cirugía plástica reparadora, cierre de ostomías, etc.), estableciendo entonces el correspondiente criterio de prioridad para el segundo tiempo.
- Los *procesos bilaterales con resolución en un único tiempo* se incluirán en LEQ como un único proceso. Para la codificación clínica de estos procesos, si el sistema de clasificación vigente no incluye un código único para un determinado procedimiento bilateral, se duplicará el código diagnóstico y/o de procedimiento para indicar la bilateralidad de la patología del paciente, y su resolución en un único acto quirúrgico.
- En procesos bilaterales que van a ser intervenidos en dos tiempos quirúrgicos diferentes, se procederá con cada uno de ellos como procesos independientes y, por tanto, una vez resuelto el primero se reiniciará el procedimiento de inclusión en LEQ para el segundo.

- En aquellos pacientes en los que esté prevista la realización de más de un procedimiento quirúrgico en un único tiempo, se llevará a cabo un único registro de LEQ, siendo el orden de codificación acorde a la complejidad de los procedimientos previstos.
  
- Todo paciente incluido en LEQ deberá contar con una documentación mínima, que sustente la indicación de cirugía y recoja los datos de interés clínico:
  - Dispondrá de historia clínica realizada en el área sanitaria que, junto con la anamnesis y exploración clínica, incluirá aquellas exploraciones complementarias utilizadas para sentar la indicación quirúrgica. *Se recomienda, además, su ubicación en el Archivo Central de Historias Clínicas del hospital.*
  
  - En los procedimientos incluidos en LEQ desde los Centros de Especialidades Periféricas, cada centro habilitará el mecanismo mediante el cual se disponga de la información arriba descrita, con carácter previo a la inclusión del paciente en programación quirúrgica.
  
- Una vez establecida la indicación quirúrgica, el médico proporcionará cualquier información suplementaria solicitada por el paciente, se aclararán las dudas planteadas y el paciente o responsable, plasmará por escrito en presencia del facultativo su conformidad a ser incluido en lista de espera para la intervención quirúrgica propuesta.

#### 4.3. Procedimiento administrativo

- La Dirección de cada hospital establecerá los criterios normativos pertinentes para *garantizar la centralización* en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del registro de todos los pacientes en LEQ.
  
- El Servicio de Admisión y Documentación Clínica formalizará el registro en LEQ de los casos que reúnan los siguientes requisitos:
  - ◇ Cumplir los criterios generales de inclusión.
  
  - ◇ Disponer de documento de solicitud de inclusión correctamente cumplimentado.
  
  - ◇ Disponer de conformidad escrita del paciente (o familiar legalmente responsable) a ser incluido en lista de espera para intervención quirúrgica.

Para todo paciente que se incluya en LEQ se cumplimentará, por parte del médico especialista que sienta la indicación, el correspondiente documento de solicitud de inclusión en LEQ que, como mínimo recogerá los epígrafes enumerados a continuación (*Anexo 1: propuesta de modelo*):

- Datos de filiación del paciente (apellidos y nombre)
- Número de historia clínica
- Fecha de nacimiento del paciente
- Servicio Quirúrgico
- Diagnóstico/s
- Procedimiento/s quirúrgico/s previsto/s
- Prioridad clínica
- Tipo de cirugía prevista, diferenciando:
  - Cirugía con ingreso
  - Cirugía ambulatoria
- Observaciones que puedan condicionar el estudio preoperatorio. el ingreso o la intervención.
- Nombre y firma del médico especialista que establece la indicación
- Fecha en la que se establece la indicación
- Conformidad del paciente

- Información general al paciente

El proceso desde la inclusión en LEQ hasta la intervención quirúrgica debe responder a una mecánica definida con referencias claras para el paciente.

En el momento del registro, independientemente de dar cumplida respuesta a todas las cuestiones planteadas por el paciente, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica proporcionará a este un *documento informativo normalizado*, que con carácter general contendrá al menos información sobre los siguientes aspectos (*Anexo 2: propuesta de modelo*):

- ◇ Establecimiento de un punto de referencia con el paciente (persona o cargo, lugar de trabajo y teléfono de contacto), de fácil acceso, donde se centre su relación con el hospital durante su tiempo de espera (con carácter general se ubicará dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica).
- ◇ Referencia a los deberes del paciente: compromiso de actualización de los datos administrativos de su registro y otros que puedan afectar a la correcta gestión de la LEQ (especialmente cambios de domicilio o teléfono, variaciones en su decisión, etc.)
- ◇ Aspectos generales de la gestión de pacientes en LEQ:
  - Motivos de baja de LEQ



- Procedimiento de aviso y localización del paciente para su preparación para cirugía y posterior programación
- Condiciones previas al ingreso

## 5. PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

La gestión de la programación quirúrgica es uno de los elementos de mayor impacto sobre la LEQ. En este sentido es fundamental garantizar la coordinación entre el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y los Servicios Quirúrgicos. En concordancia con este propósito y con las responsabilidades recogidas en el apartado 3 de la Guía, el Servicio de Admisión debe constituirse en el "soporte operativo" de la programación quirúrgica, en colaboración con los Servicios Quirúrgicos.

### 5.1. Criterios de selección de pacientes

La selección de pacientes para cirugía se realizará en función a la siguiente jerarquía de criterios fundamentales:

- ◆ **Prioridad clínica**, establecida por el médico especialista en función de la enfermedad de base, limitaciones provocadas por la misma, etc.

Se establecen dos niveles de prioridad clínica:

☞ Preferente: Pacientes cuyo proceso y situación clínica obliga a un tiempo de espera inferior a la espera media<sup>1</sup> existente para esa patología.

☞ Normal: Resto de pacientes

- ◆ **Antigüedad en lista de espera**: a igual prioridad clínica se intervendrá antes al paciente con mayor permanencia en LEQ.

#### ◆ Estudio preoperatorio y valoración

La selección de pacientes para cirugía, requiere que tengan efectuado el estudio preoperatorio y la valoración preanestésica si lo precisasen, y éstos encontrarse actualizados dentro de los plazos de validez temporal establecidos por el Servicio de Anestesiología y Reanimación. Por lo tanto:

*Se establece como norma para la programación de pacientes procedentes de LEQ, la realización en régimen ambulatorio de todos los estudios previos necesarios, y específicamente el estudio preoperatorio.*

---

<sup>1</sup> Espera media: Se define como el tiempo medio de espera de los pacientes que han salido de la lista en un período determinado. Su cálculo se realiza a partir de la suma de los días de espera de los pacientes que han salido de la lista (tiempo en días entre entrada y salida), dividido por el número de salidas de LEQ del mismo período.

## 5.2. Preparación para cirugía

En la figura 1 se representa el circuito asistencial de la preparación para cirugía de los pacientes en lista de espera quirúrgica.

### 5.2.1. Selección de pacientes para preparación quirúrgica

La selección de pacientes para preparación quirúrgica la realizará el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, con arreglo a los criterios referidos en el apartado 5.1.

Para evitar la caducidad de los estudios preoperatorios, en listas de espera con demoras superiores a la vigencia establecida para el propio estudio, se recomienda:

La creación de una "bolsa de pacientes preparados para cirugía" con estudio preoperatorio y valoración preanestésica efectuada.

### 5.2.2. Gestión del preoperatorio

⇒ Con el fin de agilizar la preparación del paciente para la cirugía, cada hospital, a través del Servicio de Anestesiología y Reanimación, y este en coordinación con los demás servicios implicados, deberá protocolizar las exploraciones complementarias y las indicaciones de valoración preanestésica, así como establecer la validez temporal del estudio preoperatorio.

⇒ De acuerdo al protocolo clínico existente, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica proporcionará al paciente las citas ordenadas para las exploraciones complementarias y consulta preanestésica con un estricto seguimiento del paciente hasta la finalización del proceso.

Cualquier eventualidad que impidiera momentáneamente la intervención quirúrgica deberá ser comunicada al Servicio de Admisión y Documentación Clínica, que incorporará dicha información al registro del paciente.

⇒ Finalizado el estudio preoperatorio, el paciente pasa a integrar la "Bolsa de pacientes preparados para cirugía", relación a partir de la cual los servicios quirúrgicos elaborarán el "Parte de Quirófano".

La bolsa de pacientes preparados para cirugía, confeccionada por servicio y grupo de patología, deberá permitir:

- Una programación quirúrgica completa
- Una utilización eficiente del quirófano
- Un tiempo lo más breve posible entre la realización de las pruebas preoperatorias y la intervención quirúrgica.

⇒ El Servicio de Admisión establecerá un control periódico de todos los pacientes preparados que no hayan sido programados, con objeto de evitar la caducidad de sus estudios preoperatorios.

### 5.3. Elaboración del "Parte de Quirófano"

Los servicios quirúrgicos son los responsables de la selección de los pacientes a incluir en el "Parte de Quirófano". La selección se realizará a partir de la "Bolsa de pacientes preparados".

El "Parte de Quirófano" deberá:

- ✓ Confeccionarse con carácter semanal.
- ✓ Recoger una relación nominal de pacientes y el procedimiento quirúrgico previsto.
- ✓ Confirmar la programación semanal, al menos con 48 horas de antelación a la jornada quirúrgica.
- ✓ Ser aprobado por la Dirección Médica.

El hospital deberá establecer un mecanismo ágil de modificación del parte quirúrgico semanal previsto, que permita asegurar la rápida sustitución de un paciente cuya intervención haya sido anulada de forma imprevista por cualquier motivo.


Se recomienda, la creación de una *Comisión de Programación Quirúrgica*<sup>2</sup>, encargada de controlar la correcta programación y utilización eficiente de los quirófanos. Con esta finalidad, valorará la propuesta de actividad quirúrgica en términos de rendimiento y ocupación de quirófanos, la programación de pacientes según los criterios de prioridad establecidos, necesidades para llevar a cabo la actividad (material, hemoderivados, camas de cuidados críticos, etc.), efectuando las correcciones que considere oportunas.


---

<sup>2</sup> La Comisión de Programación Quirúrgica se integra por representantes de la Dirección Médica, Dirección de Enfermería, Servicios Quirúrgico, Servicio de Anestesiología y Reanimación, responsable de enfermería del Bloque Quirúrgico y Servicio de Admisión y Documentación Clínica. En aquellos hospitales que tengan constituida una Comisión de Quirófanos, las funciones podrán ser asumidas por ésta o por una Subcomisión de la misma.

#### 5.4. Aviso al paciente programado

Se efectuará desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

 La programación quirúrgica semanal implica el preaviso al paciente programado, indicándole la posibilidad real de intervención en un día determinado, verificando su conformidad, así como las condiciones necesarias que deberá observar previamente al ingreso (circunstancias inherentes al ingreso, lugar y horario de recepción, útiles necesarios y documentos que deberá presentar), con el fin de minimizar los intentos fallidos de cirugía por motivos ajenos a la propia evolución de la enfermedad.

 El día que la programación quede confirmada (48 horas previas a la fecha de intervención), se llevará a cabo el aviso definitivo de ingreso.

## 6. DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTROS CENTROS

La derivación a otros centros es obligada siempre que, con los recursos ordinarios, el hospital no pueda garantizar el cumplimiento del objetivo institucional de permanencia de los pacientes en LEQ.

El proceso de derivación de pacientes comienza con la estimación por parte del hospital de su capacidad quirúrgica para cumplir con los objetivos institucionales de LEQ establecidos en cada momento (*Garantía de la Demora Quirúrgica*). La Dirección del hospital valorará la dimensión real de las necesidades no asumibles con los recursos ordinarios, tanto por especialidades quirúrgicas como, en su caso, por tipo de procedimientos.

Una vez conocidas las necesidades percibidas por el centro, corresponde a la Dirección Provincial, establecer las cuotas de derivación de procesos quirúrgicos por hospital y centros de destino de los pacientes.

*Para garantizar una correcta derivación, la Dirección Provincial deberá conocer con detalle la cartera de servicios de cada uno de los centros de destino ofertados (tipo de procesos y criterios de exclusión para su derivación), y transmitir esta información a los hospitales de área.*

### 6.1. Selección de pacientes para derivación

La realizará el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, de acuerdo a los procedimientos propuestos por la Dirección del Centro y finalmente autorizada por la Dirección Provincial. Actuará en coordinación con los Servicios Quirúrgicos ante cualquier duda sobre la idoneidad o no del paciente para su derivación.

La condición de “derivado” se reflejará en el registro del paciente (fecha de derivación y destino del paciente).

### 6.2. Procedimiento

Cualquier procedimiento de derivación implantado deberá asegurar los siguientes aspectos:

- ✓ Todo paciente derivado a otro centro será valorado, con carácter previo a la cirugía, por un especialista del centro de destino.
- ✓ Una vez intervenido el paciente y concluido el seguimiento postoperatorio en el centro de destino, se le suministrará el correspondiente Informe de Alta, remitiéndose también una copia del mismo al hospital de origen para su archivo en la historia clínica.

- ✓ Cualquier complicación vinculada con el procedimiento quirúrgico en el ámbito preoperatorio o postoperatorio inmediatos será asumida por el centro de destino.

En el caso de centros concertados, la materialización de estos aspectos se ajustará a los contratos y pliegos de condiciones en vigor para dichos centros.

- ✓ El circuito de derivación diseñado, deberá asignar responsables para las siguientes actividades y tareas básicas:

#### **Propuesta de derivación**

El aviso y localización del paciente *lo efectuará preferentemente el Servicio de Admisión del hospital de origen* - al ser punto de referencia del paciente sobre su situación en LEQ -, informándole del centro donde será intervenido.

#### **Aviso y localización para programación quirúrgica**

El centro de destino del paciente deberá ser el responsable del contacto con el paciente para su programación quirúrgica.

#### **Transmisión de información clínica entre centros**

Los Servicios de Admisión de los centros de origen y de destino, son los interlocutores válidos para la transmisión de documentación clínica de los pacientes (facilitación de historia clínica y pruebas complementarias, interconsultas entre especialistas de los distintos centros, etc.).

### **6.3. Funciones de la Dirección Provincial**

Como garante del proceso de derivación, la Dirección Provincial del centro de origen deberá:

- ✓ Adoptar las acciones necesarias para fomentar la adecuación de la oferta de servicios de los centros de destino a las demandas de los hospitales de origen.
- ✓ Garantizar el cumplimiento de las cuotas de derivación asignadas a cada hospital.

- ✓ Recabar de los centros de destino información puntual sobre la situación de los pacientes derivados, recogiendo, al menos, las siguientes incidencias:
  - Pacientes no contactados o ilocalizables por el centro de destino
  - Pacientes que, una vez derivados, rehusan la intervención
  - Pacientes rechazados por motivos clínicos
  - Pacientes rechazados por no indicación quirúrgica
  - Pacientes intervenidos, especificando fecha de la intervención
  
- ✓ Establecer los mecanismos oportunos para:
  - ✓ La correcta y fluida comunicación entre las partes implicadas
  - ✓ La resolución de los procedimientos quirúrgicos en los plazos comprometidos por el centro de destino
  - ✓ El control de la calidad del circuito establecido



## 7. MOVIMIENTOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

La gestión de las salidas y movimientos en la LEQ corresponde exclusivamente al Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

La figura 2 recoge el procedimiento para la gestión de salidas y movimientos de LEQ.

Como criterio general, deberá existir una acreditación documental que justifique el motivo de salida de LEQ. No obstante, en aquellos casos en que esta práctica pueda burocratizar en exceso el procedimiento, como mínimo se realizará una diligencia que incluya:

- Fecha de contacto con el paciente o familiar
- Persona que comunica el motivo de baja
- Motivo de salida de LEQ
- Procedimiento de notificación (teléfono, visita personal, ...)
- Profesional que registra la baja e identificación del responsable de esta.

### 7.1. Salida de LEQ

Los motivos de salida de LEQ, son:

#### ⇒ **Intervención quirúrgica**

##### *\* En el hospital*

La fecha de baja en LEQ será el mismo día de realización de intervención para la que se encontraba en espera, acreditada documentalmente mediante la hoja de circulante o protocolo de intervención.

##### *\* En otro hospital del INSALUD o en centro concertado*

La baja en LEQ se producirá cuando se tenga constancia documentada de la intervención, mediante la documentación enviada por la Dirección Provincial o centros de destino, preferiblemente, el Informe de Alta emitido por el centro donde el paciente ha sido intervenido.

##### *\* Satisfacción de la demanda por otros medios*

Dado que habitualmente la comunicación se produce a través de contacto telefónico del paciente o familiar, este motivo de salida de LEQ no exige acreditación documental específica, si bien es imprescindible hacer constar la diligencia descrita anteriormente.

## ⇒ **Revisión de la indicación**

Cuando por motivos clínicos se considere que la intervención quirúrgica ya no es necesaria, se reflejará este hecho en la historia clínica del paciente. Además, a través de los circuitos de comunicación establecidos, el médico especialista deberá ponerlo en conocimiento del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

*Aplazamiento por motivos médicos:* Sólo causará baja de LEQ el paciente que, tras aplazamiento de su intervención por motivos médicos, una vez transcurrido el plazo de tiempo establecido, mantenga la causa clínica que contraindicó su intervención.

## ⇒ **Decisión del paciente**

### *\* Renuncia voluntaria a la intervención*

Se procederá a dar de baja de LEQ cuando el paciente renuncie de forma voluntaria a ser intervenido, tanto en el propio hospital como en otro centro propuesto.

El paciente puede expresar su voluntad de renuncia a la intervención en el momento de ser citado para el estudio preoperatorio, en el contexto de su preparación quirúrgica o en el momento del contacto para comunicarle la fecha de la intervención. Debido a posibles implicaciones posteriores, la renuncia a la intervención deberá constar en la historia clínica del paciente:

Si la renuncia se produce en el curso de una consulta, el médico reflejará este hecho en la historia clínica, y comunicará su nueva situación al Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

En otras situaciones, quedará constancia [en la historia clínica] de este hecho, registrándose al menos la siguiente información:

- Fecha de la solicitud
- Motivo literal de baja de LEQ
- Persona que comunica la solicitud de baja
- Profesional que registra la solicitud

Además, con objeto de que exista constancia fidedigna de la baja voluntaria del paciente, se recomienda el envío de carta certificada con acuse de recibo, notificando al paciente la baja por *renuncia voluntaria*.

La renuncia voluntaria del paciente en situación de baja laboral (IT), además de causar la salida de LEQ, deberá ser comunicada a la Inspección correspondiente.

\* *Solicitud de aplazamiento voluntario durante un período prolongado o indefinido*

Causará baja de la LEQ, el paciente que solicite posponer su intervención durante un período prolongado – tiempo de aplazamiento solicitado superior a la demora máxima<sup>3</sup> existente en ese momento en el servicio quirúrgico correspondiente - o por un tiempo indefinido (*sine die*).

Si la solicitud de aplazamiento es presentada por un paciente que se encuentra en una situación de baja laboral en espera de intervención quirúrgica, este hecho deberá ser puesto en conocimiento de la Inspección.

\* *Pacientes que no acuden a la preparación quirúrgica*

Sólo causará baja en LEQ el paciente que, no habiendo acudido a una cita para preparación quirúrgica, no establezca contacto con el centro en el plazo de una semana. La reiteración de la inasistencia causará la baja en LEQ.

\* *Pacientes que no acuden a la intervención quirúrgica*

Como criterio general, si el paciente es programado para intervención quirúrgica y no acude a la cita el día previsto, causará baja en LEQ, salvo que sin demora justifique la inasistencia.

Como soporte documental acreditativo podrá utilizarse el parte quirúrgico en el que el paciente fue programado para intervención.

## ⇒ **Ilocalización del paciente**

Se procederá a dar de baja de LEQ por ilocalización del paciente tras tres llamadas telefónicas infructuosas (una de ellas al menos por la tarde) realizadas en un intervalo de tiempo de siete días y ausencia de respuesta a carta o telegrama con acuse de recibo. Como rutina habitual de gestión se registrarán los intentos de comunicación realizados (fecha y hora, así como persona encargada del mismo).

El circuito para una nueva inclusión del paciente tras baja sin satisfacción de la demanda, se reiniciará a partir de su médico de cabecera.

---

<sup>3</sup> Demora máxima: Límite superior de tiempo que llevan esperando los pacientes en LEQ . Se establece a partir del cálculo de la diferencia máxima entre la fecha de entrada en lista de espera y la fecha en el momento del análisis.

## 7.2. Pérdida de la antigüedad en LEQ

Los motivos que se vinculan a la pérdida de antigüedad en LEQ, son:

- \* El paciente solicita aplazar su intervención durante un período largo – tiempo de aplazamiento solicitado superior a la demora media<sup>4</sup> pero sin alcanzar la demora máxima existente en el servicio quirúrgico correspondiente.

La solicitud por parte del paciente de un aplazamiento de la intervención por un período corto de tiempo - tiempo de aplazamiento solicitado inferior a la demora media existente en ese momento en el servicio quirúrgico correspondiente - no provocará pérdida de la antigüedad en LEQ.

No obstante, en ambos casos, la reiteración en la solicitud de aplazamiento por parte del paciente, le llevaría a la baja de LEQ, debiendo además ser comunicado este hecho a la Inspección correspondiente, en el caso de pacientes en situación de baja laboral.

- \* Paciente con situación clínica que contraindica temporalmente la intervención, por un período estimado superior a la demora media del servicio quirúrgico.

Las enfermedades intercurrentes que contraindiquen la intervención durante un *período corto de tiempo* – inferior a la demora media existente en el servicio quirúrgico correspondiente - no modificarán la antigüedad del paciente en LEQ.

En ambos casos, si una vez transcurrido el plazo temporal establecido persiste la causa clínica que contraindicó temporalmente la intervención, se dará de baja al paciente en LEQ, previa a la reevaluación de su indicación quirúrgica.

- \* El paciente que, en el momento del contacto, rechaza la propuesta para ser intervenido en otro centro, siempre que sea en la misma provincia de residencia.
- \* De la misma manera, perderá la antigüedad en LEQ todo paciente que, tras aceptar ser intervenido en una fecha y centro concreto (propio hospital u otro centro propuesto), rechace la intervención.

El procedimiento administrativo que se deberá aplicar ante la pérdida de la antigüedad en LEQ será el siguiente:

---

<sup>4</sup> Demora media: Tiempo medio que llevan esperando los pacientes activos de LEQ. Se calcula a partir de la suma de los días que lleva esperando cada paciente (diferencia en días entre fecha de entrada y fecha de análisis) dividido por el número de pacientes en lista de espera.

- ◇ Codificación de la salida de LEQ por motivo “*pérdida de antigüedad*”, especificándose a continuación la causa que la originó.
- ◇ Reinclusión del paciente en LEQ, indicando la circunstancia que motiva su reinclusión (pérdida de la antigüedad).



## 8. SISTEMA DE INFORMACIÓN

### 8.1. Contenido del registro de LEQ

Los datos a recoger sobre el paciente en LEQ deben obedecer a los criterios establecidos por la normativa vigente en cada momento, pero también a las necesidades informativas que sobre este hecho determine el hospital para lograr una correcta gestión, facilitar el proceso de la programación quirúrgica y ayudar a la toma de decisiones.

El nivel básico de contenido del registro de LEQ, incluye los siguientes datos:

#### Datos de identificación

- Nombre y apellidos
- Identificación administrativa única del paciente (número de historia clínica, CIP de la tarjeta sanitaria)

#### Datos de localización

- Teléfono/s de contacto (al menos, dos números)
- Dirección postal completa

#### Fecha de nacimiento

#### Sexo

#### Situación laboral


- Activo
- Incapacidad transitoria
- Incapacidad permanente


#### Fecha de inclusión en LEQ

#### Circunstancias de inclusión en LEQ

- Primera inclusión
- Reinclusión por pérdida de antigüedad

#### Servicio Quirúrgico al que está adscrito el facultativo que indica la intervención (codificado según clasificación vigente)

 Médico especialista que indica la intervención  
(codificación interna)

 Tipo de cirugía prevista


- Cirugía con ingreso
- Cirugía ambulatoria

 Prioridad clínica del paciente


- Preferente
- Normal

 Diagnóstico de inclusión


Literal del facultativo especialista y  
Codificación según Clasificación Internacional de Enfermedades vigente

 Procedimiento quirúrgico previsto


Literal del facultativo especialista y  
Codificación según Clasificación Internacional de Enfermedades vigente

 Preparación para cirugía

- Paciente preparado (estudio preoperatorio y valoración preanestésica finalizado)
- Paciente pendiente de preparación
- Paciente no precisa preparación

 Referencia sobre plazo de validez del estudio preoperatorio

- Fecha de realización
- Fecha de caducidad

 Referencia actualizada de la situación del paciente

- Sin cambios desde la inclusión del paciente en LEQ
- Incluido en "*Parte Quirúrgico*"
- Derivado a otro centro
  - ⇒ Fecha de derivación: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
  - ⇒ Destino de la derivación
- En espera por patología intercurrente o por demora voluntaria del paciente  
En aquellos casos en los que se retrase la intervención por motivos clínicos o a petición del paciente, y el tiempo previsto no sea superior a la demora media del servicio, se dejará constancia de este hecho, especificando además:
  - ⇒ Fecha de solicitud de demora: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
  - ⇒ Tiempo de demora solicitado: ..... días






 Fecha de salida de LEQ

 Motivo de salida de LEQ



Codificado según normativa vigente

Los siguientes datos tienen la consideración de *información recomendable*:



-  Identificación del financiador
-  Tipo de anestesia prevista
-  Riesgo A.S.A. para clasificación de la intervención
-  Referencias sobre patologías asociadas que condicionen el estudio preoperatorio, el ingreso, la intervención o la derivación del paciente, así como exploraciones y/o consultas necesarias previas al ingreso.
-  Referencias sobre comunicación con el paciente

## 8.2. Niveles de información e indicadores

### 8.2.1. Receptores de información

La Dirección Gerencia definirá el tipo de información y periodicidad de la misma, que deben recibir las distintas instancias implicadas en la gestión de la LEQ. Como mínimo, serán receptores de información periódica la Dirección Médica del Centro y los Servicios Quirúrgicos.

### 8.2.2. Información básica para la programación quirúrgica

-  Con periodicidad semanal y con carácter previo a la elaboración de la programación quirúrgica semanal, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica proporcionará a los Servicios Quirúrgicos una relación actualizada de la "*Bolsa de pacientes preparados*".
-  El Servicio de Admisión y Documentación Clínica cumplimentará y remitirá a las Unidades implicadas en la actividad quirúrgica, el "Parte Quirúrgico" semanal y el de confirmación.

### 8.2.3. Cuadros de Mandos

- 📄 Con periodicidad mensual, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica elaborará los Cuadros de Mandos definidos de manera específica para cada receptor de información.
- 📄 La Dirección Gerencia deberá conocer y autorizar explícitamente la difusión externa de cualquier información sobre LEQ del hospital.

#### 8.2.4. Indicadores de gestión

Con carácter de mínimos, los Cuadros de Mandos sobre LEQ deberán contar con información puntual y evolutiva de:

##### ◇ Número de pacientes en LEQ y variación interanual

Distribución según:

- Tramos de espera
- Servicios quirúrgicos
- Patologías (diagnóstico/procedimiento quirúrgico previsto)
- Prioridad Clínica

##### ◇ Índice de entradas/salidas (mensual y acumulado, global y por especialidad)

##### ◇ Demora media de los pacientes en LEQ

- Tendencia anual móvil (TAM) de la LEQ<sup>5</sup>

##### ◇ Espera media de las salidas de LEQ

##### ◇ Descripción de los motivos de salida

##### ◇ Incidencia/1.000 habitantes de las patologías más frecuentes

##### ◇ Entradas en LEQ/1.000 habitantes

Para facilitar su utilización a efectos de gestión, se recomienda que la información sobre LEQ lleve asociada información sobre gestión de quirófanos:

##### ◇ Promedio de intervenciones quirúrgicas programadas por jornada quirúrgica

---

<sup>5</sup> La tendencia anual móvil es la media del indicador analizado en los último doce meses del año. Por ser media del último año, elimina la estacionalidad y, por tanto, nos ofrece un resultado que indica la tendencia de la actividad controlada.

$$\text{IQ por jornada Q} = \frac{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas en quirófano programado}}{\text{Total jornadas (7 horas) de quirófanos programados}}$$

◇ Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas, procedentes de LEQ

$$\% \text{ IQP de LEQ} = \frac{\text{Intervenciones quirúrgicas programadas en quirófano programado procedentes de LEQ}}{\text{Total intervenciones quirúrgicas programadas en quirófano programado}} \times 100$$

◇ Porcentaje de actividad quirúrgica programada de LEQ procedente de los tramos con mayor demora.

◇ Porcentaje de cumplimiento de la programación quirúrgica definitiva

$$\% \text{ cumplimiento} = \left( 1 - \frac{\text{Nº de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas}}{\text{Total intervenciones quirúrgicas programadas}} \right) \times 100$$

## 9. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

## 9.1. Instancias implicadas

Las mismas instancias implicadas en la gestión de la LEQ (desde los Servicios Quirúrgicos hasta la Dirección del hospital), son las responsables de la evaluación inicial de la calidad de su gestión.

## 9.2. Areas de evaluación

- ◇ Calidad de los registros
- ◇ Gestión operativa
- ◇ Adecuación de inclusiones y de la práctica clínica
- ◇ Satisfacción de los pacientes

### 9.2.1. Calidad del Registro

La evaluación afecta tanto a los Servicios Quirúrgicos, como responsables de la cumplimentación del documento de inclusión, como al Servicio de Admisión y Documentación Clínica, como garante del cumplimiento de los criterios establecidos para el registro de los pacientes y el mantenimiento actualizado del mismo.

Se recomienda la interconexión de los diferentes subsistemas de información (urgencias, hospitalización, consultas externas, actividad quirúrgica), con el fin de contribuir a garantizar la calidad y fiabilidad del registro de LEQ.

Aspectos a evaluar:

- Nivel de codificación de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos  
Se utilizará la versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, oficialmente vigente en cada momento.
- Grado de cumplimentación del registro de inclusión en LEQ (datos de filiación básicos, otros datos administrativos y datos clínicos)
- Detección y evaluación de los registros duplicados

### 9.2.2. Evaluación de la gestión operativa de LEQ

Se monitorizarán diferentes indicadores de gestión que involucren tanto al Servicio de Admisión y Documentación Clínica como a los servicios quirúrgicos:

- Tiempo medio de espera entre la fecha de la evaluación preanestésica y la fecha de la intervención quirúrgica
  - Estancia preoperatoria de los pacientes programados procedentes de LEQ
  - Grado de cumplimiento de la programación semanal
  - Porcentaje de actividad quirúrgica programada procedente de LEQ (global y por tramos de espera)
  - Relación entre espera media (en días) de los pacientes de LEQ intervenidos en el período de estudio y la demora media de los pacientes que en el mismo período se encontraban pendientes de una intervención quirúrgica.

En listas de espera con grupos de pacientes con demoras muy superiores a la media, con el fin de no artefactar el resultado del indicador en ninguna de las dos direcciones posibles, se valorará la anulación de los casos extremos para su cálculo, o la construcción del indicador a partir de la utilización de otra medida de tendencia central, como la mediana.

### *9.2.3. Evaluación de la adecuación de las inclusiones en LEQ*

La verificación de la adecuación de los criterios clínicos aceptados para la inclusión en lista de espera quirúrgica queda al margen de la capacidad operativa del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, debiendo ser abordada por los propios Servicios Quirúrgicos y, en su caso, con el soporte operativo y metodológico del Coordinador de Calidad del hospital, dentro de las actividades de evaluación y control de calidad de la LEQ.

### *9.2.4. Gestión y evaluación de quejas y reclamaciones sobre LEQ*

El Servicio de Atención al Paciente remitirá las reclamaciones sobre LEQ a las instancias directamente implicadas con el motivo de reclamación. Con la periodicidad que establezca el hospital, este servicio emitirá un informe sobre motivos de reclamación que será difundido a través de la Dirección a todas las unidades implicadas en la gestión de la LEQ.



D./D<sup>a</sup> ..... ha sido incluido/a en lista de espera quirúrgica del Servicio de ..... del hospital con el diagnóstico de .....  
....., a ..... de ..... de 199.....

### INFORMACION GENERAL SOBRE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Estimado Sr/a .....

El médico que le atiende ha considerado que su proceso requiere una operación no urgente, motivo por el que ha sido incluido/a en lista de espera quirúrgica del hospital.

A partir de este momento adquirimos el compromiso de poner en marcha las acciones necesarias para intervenirle en el menor plazo posible. Para alcanzar este objetivo y garantizar la buena gestión de la lista de espera, precisamos su colaboración y comprensión, en las siguientes cuestiones:

- Si cambia de domicilio o teléfono, le rogamos informe de los nuevos datos al Servicio de Admisión; de otra forma nos resultaría imposible contactar con usted.
- Le avisaremos con la suficiente antelación de las citas concertadas para las consultas y exploraciones previas a la intervención quirúrgica, así como de la fecha prevista para la operación.
  - ❖ En caso de producirse alguna circunstancia que le impida acudir al hospital en los días señalados, le rogamos nos lo comunique lo antes posible para que en su lugar podamos atender a otro paciente que, como usted, precisa ser operado.
  - ❖ De la misma manera esperamos nos informe puntualmente de cualquier razón que motive un retraso prolongado de la operación o una renuncia por su parte a ser intervenido.
- Con el fin de disminuir el tiempo de espera, este hospital puede contar con el apoyo de otros centros sanitarios acreditados para la realización de la intervención quirúrgica que usted precisa. Si ante la imposibilidad de operarle en un plazo razonable en nuestro Hospital, le ofertamos acudir a otro centro, tenga la absoluta certeza de que allí le intervendrán con toda garantía.

Esperamos haber satisfecho todas sus necesidades de información. No obstante, quedamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración sobre su situación en la lista de espera, para lo que podrá dirigirse al Servicio de Admisión del centro (persona, cargo, y/o unidad), o llamar al teléfono ..... de ..... a ..... horas.

Le agradecemos la confianza depositada en este hospital.

LA DIRECCION DEL HOSPITAL