

Encuesta sobre variabilidad de la práctica médica en las unidades de cirugía mayor ambulatoria

J. L. Porrero, P. Garaulet González, C. Sánchez Cabezudo, O. Bonachía, M. Alonso, E. Quirós

Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario de Santa Cristina. Madrid

RESUMEN

Introducción: La variabilidad en la práctica clínica es, hoy en día, una realidad. Su concepto implica el reconocimiento de que pacientes y poblaciones semejantes reciben servicios sanitarios diferentes.

Material y método: El objetivo del trabajo es analizar las variaciones de la práctica médica en las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de la Comunidad de Madrid. Se envió una encuesta a dichas unidades analizando la variabilidad desde el punto de vista organizativo, quirúrgico y anestésico, así como de los protocolos pre- y postquirúrgicos, y los reingresos.

Resultados: El 57,1% de las unidades son integradas. Ninguna de ellas está acreditada. El 64,3% tienen consulta externa de alta resolución. En el 71% de las unidades encuestadas, no todos los procesos subsidiarios de ser realizados como CMA se completaron como tal. Ninguno de los profesionales que trabajan en estas unidades obtiene ningún tipo de compensación económica. En un 21,4% de las unidades no se utilizan criterios establecidos para el alta. Un 14,3% no realiza encuesta telefónica postoperatoria. El 71,4% de las unidades no tienen indicadores específicos de calidad y un 14,3% no conocen el porcentaje de reingresos.

Conclusión: La variabilidad en las distintas unidades de CMA es grande, a pesar de que existen criterios muy específicos respecto a la organización y funcionamiento de las mismas.

Palabras clave: Variabilidad. CMA. Práctica clínica.

ABSTRACT

Introduction: The variability in the clinical practice today is a fact. The concept implicates that patients receive different health services.

Material and methods: The goal is to analyse the changes in the medical practice in ambulatory surgery unit (ASU) of the Comunidad de Madrid. We sent a survey to these units in order to

realize the variability since de vision of the organization, surgery and anaesthetic units and to analyse the pre and postoperative protocols and the readmissions.

Results: The 57.1% of the units are integrated. Neither of them is accredited. The 64.3% have a specialize consult. In the 71% of the units, same procedures that could be done as ASU weren't make so. Neither of the professionals who work in these units gets an economic compensation. In the 21.4% of the units don't use some settled criterion for the discharge. A 14.3% of the units don't get any postoperative survey follow-up by phone call. The 71.4% of the units haven't specific indicator of quality and a 14.3% of the units don't know the number of readmitted.

Conclusion: The variability in the different units of ambulatory surgical unit is big, although there are criteria very specific about the organization and performance of their.

Key words: Variability. ASU. Clinical practice.

Porrero JL, Garaulet González P, Sánchez Cabezudo C, Bonachía O, Alonso M, Quirós E. Encuesta sobre variabilidad de la práctica médica en las unidades de cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb 2007; 12: 106-110.

INTRODUCCIÓN

Las variaciones en la práctica clínica son muy frecuentes debido en muchos casos a diferentes estilos de práctica, a la falta de evidencia científica o a su desconocimiento por parte de los facultativos. Esto afecta tanto a las especialidades médicas como a las quirúrgicas (1).

El concepto de *variabilidad en la práctica médica* consiste en que pacientes y poblaciones semejantes reciben servicios de salud diferentes. La variabilidad es algo inherente a la propia práctica clínica y cuando se encuadra dentro de unos límites es beneficiosa para el avance científico.

Hoy en día, el ejercicio médico no sólo consiste en tener unos fundamentos básicos que llevar a la práctica sino que, además, el médico debe tener conocimientos que se apoyen en evidencias científicas, así como en técnicas de gestión. Debemos saber valorar efectividad y eficiencia para poder mejorar la calidad del sistema (2).

OBJETIVO Y MÉTODO

El objetivo del trabajo es analizar la variabilidad de la práctica médica en las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de la Comunidad de Madrid.

Se envió una encuesta a las diferentes unidades de CMA de la Comunidad de Madrid y se analizó la variabilidad desde el punto de vista organizativo, quirúrgico y anestésico, así como, de los protocolos pre- y postquirúrgicos, y los reingresos.

Las unidades que respondieron a la encuesta fueron: Fundación de Alcorcón, Fundación Jiménez Díaz, Hospital 12 de Octubre, Hospital Carlos III, Hospital de la Cruz Roja, Hospital de Fuenlabrada, Hospital de Getafe, Hospital de Móstoles, Hospital de La Paz, Hospital de la Princesa, Hospital Puerta de Hierro, Hospital Ramón y Cajal, Hospital de Santa Cristina y Hospital Virgen de la Torre.

RESULTADOS

Variabilidad organizativa

1. *Tipo de unidad.* Dentro de los diferentes tipos de unidades, las *integradas*, que se encuentran ubicadas y controladas por un hospital general, representan un 57,1%, siendo este modelo el más habitual en los hospitales de la Comunidad de Madrid.

2. *Jefe de la unidad.* En 7 unidades el responsable de la unidad tenía el cargo de coordinador y en 5 los responsables eran jefes de servicio. En relación con la especialidad del responsable de la unidad, el 64,3% eran anestesiólogos y el 21,4% eran cirujanos. En un 14,3% de las unidades no había ningún responsable de la misma (Tabla I).

3. *Acreditación.* Ninguna de las unidades de CMA está acreditada.

4. *Número de quirófanos.* El número de quirófanos asignados en cada unidad varía ampliamente (entre 0 y 13), con una media de 2,7 para procesos de CMA.

TABLA I

Anestesiista	64,3%
Cirujano	21,4%
No existe	14,3%

5. *Días de funcionamiento de los quirófanos.* En un 71,4%, la unidad funciona cinco días semanales; en un 7,1%, seis días a la semana y un 21,5% *no saben* o no contestan cuántos días funcionan sus quirófanos.

6. *Horario de funcionamiento.* En el 28,6%, el funcionamiento horario es de 8-21 h y en el 28,6% de 7:30-22 h. Un 7,1% de los encuestados no saben o no contestan el horario de funcionamiento de sus unidades.

7. *Horario quirúrgico.* El 21,4% tienen un horario quirúrgico entre las 8-15 h y otro 21,4% entre los 8-19 h (Fig. 1).

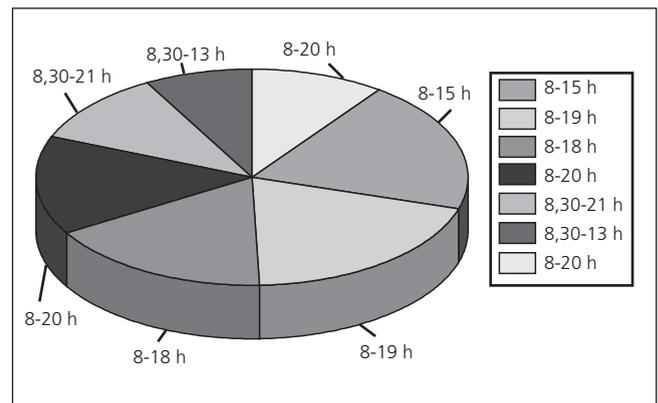


Fig. 1. Horario quirúrgico.

8. *Especialidades quirúrgicas.* Las especialidades que con mayor frecuencia realizan las intervenciones en estas unidades son: cirugía general y traumatología, que lo hacen en el 98,25%, y oftalmología y otorrinolaringología en el 78,6%. Con menores porcentajes de frecuencia se encuentran especialidades como ginecología, cirugía vascular, cirugía plástica, urología, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica y otras (Fig. 2).

9. *Consulta externa.* La consulta de alta resolución la realizan el 64,3% de las unidades.

10. *Protocolo de pruebas preoperatorias.* El 100% de las unidades de CMA consultadas tienen protocolos respecto a la solicitud de pruebas preoperatorias.

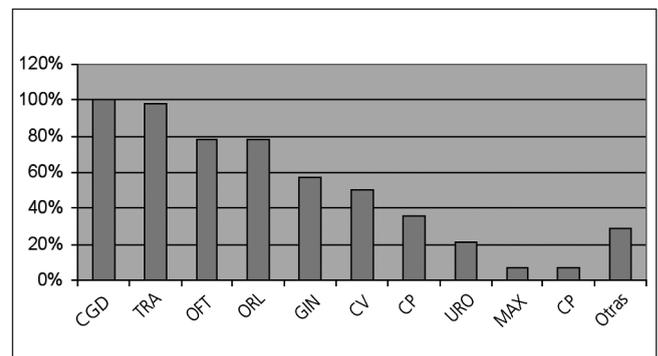


Fig. 2. Especialidades quirúrgicas.

11. *Circuitos de pacientes.* Los circuitos que los pacientes realizan en la consulta externa de alta resolución pueden ser de tres tipos:

–Cirujano > anestésista > analítica > lista de espera quirúrgica (LEQ) (44,4%).

–Analítica > cirujano > anestésista > LEQ (44,4%).

–Cirujano > analítica > anestésista > LEQ (11,2%).

12. *Procesos quirúrgicos.* A la pregunta de si todos los procesos subsidiarios de CMA se realizaron como tal, el 71,4% de los encuestados respondieron que no.

13. *Colaboración del personal.* A la pregunta de si todos los cirujanos del servicio colaboran en la CMA, el 57,1% respondieron que no.

14. *Compensación económica.* Ninguno de los profesionales que trabajan en unidades de CMA tiene ningún tipo de compensación económica.

15. *Compensación profesional.* El 92,9% de los profesionales que trabajan en estas unidades no obtienen ningún tipo de compensación profesional, un 7,1% afirma que sí aunque no se especifica de qué tipo.

Variabilidad quirúrgico-anestésica

1. *Pacientes con riesgo anestésico.* La valoración del riesgo de los pacientes se hace utilizando la clasificación ASA (3). El 64,3% de las unidades intervienen pacientes riesgo ASA I, II y III. Un 21,4% sólo ASA I y II. Un 14,3% incluyen pacientes ASA IV.

2. *Cartera de servicios en cirugía general y digestivo.* La patología que se realiza con mayor frecuencia en las unidades de CMA en esta especialidad son el sinus pilonidal (92,8%), las hernias (85,7%) y las hemorroides-fisuras (85,7%) (Fig. 3).

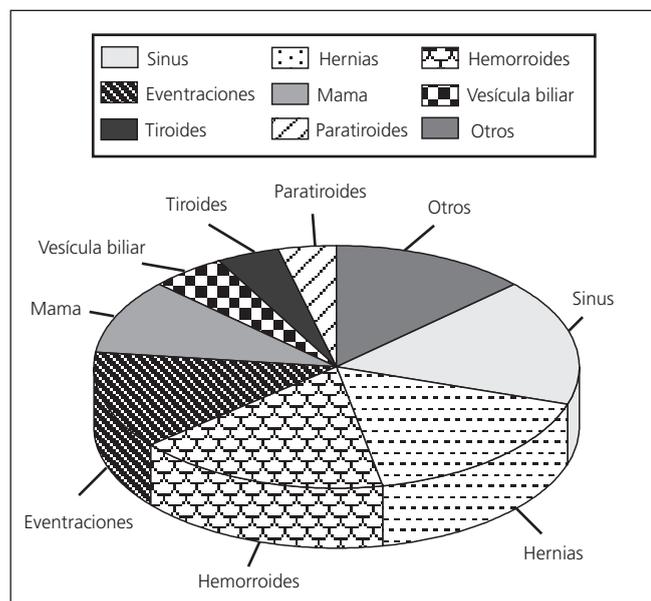


Fig. 3. Cartera de servicios en cirugía general y digestivo.

3. *Técnica anestésica en la hernia.* La anestesia raquídea (71,4%) fue la técnica más utilizada. Otras, como la mascarilla laríngea (21,4), la anestesia general (7,1%) o la local con sedación (14,2%) se utilizan con menos frecuencia (Fig. 4).

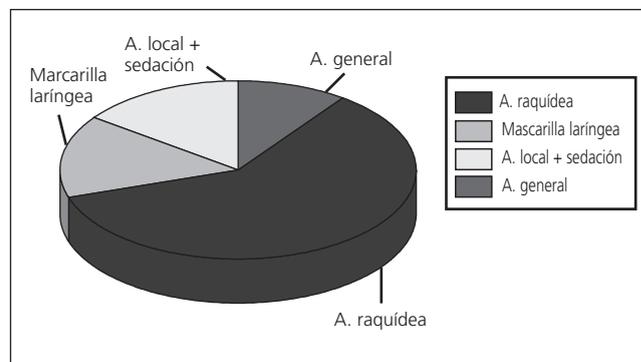


Fig. 4. Técnica anestésica en la hernia.

4. *Técnica anestésica en hallux valgus.* En este tipo de cirugía la anestesia locorregional fue la más utilizada (57,1%). También se utilizan la anestesia local con sedación (21,4%), anestesia raquídea (14,3%) y mascarilla laríngea (7,1%).

5. *Técnica anestésica en la catarata.* Las cataratas son intervenidas con anestesia tópica (85,7%), mientras que la anestesia retrobulbar se utiliza en un 14,3% de los casos.

Variabilidad en los protocolos postoperatorios

1. *Criterios de alta de la URPA (unidad de recuperación postanestésica).* El 71,4% de las unidades encuestadas utilizan para el alta de la URPA la escala de Aldrete, un 7,1% usan la escala de Chung y un 21,4% no utilizan ninguna escala.

2. *Responsable del alta.* El responsable último del alta definitiva de la unidad es el anestésista de guardia (50%), en otras es el cirujano de guardia (28,6%). Otros médicos encargados pueden ser tanto el cirujano como el anestésista de alerta, con porcentaje del 14,35% y 7,1% respectivamente. En tres de los hospitales preguntados la respuesta fue que para el alta se necesita el visto bueno tanto de cirujano como de anestésista.

3. *Seguimiento postoperatorio.* El responsable del seguimiento de los pacientes era el cirujano general de guardia (57,1%) y en un 28,6% el servicio de urgencias del hospital. En uno de los hospitales la respuesta fue que el seguimiento corresponde a la vez al anestésista y al cirujano de guardia, así como al servicio de urgencias (Fig. 5).

4. *Encuesta telefónica postoperatoria.* El 85,7% de las unidades realizan encuesta telefónica postoperatoria y un 14,3% no.

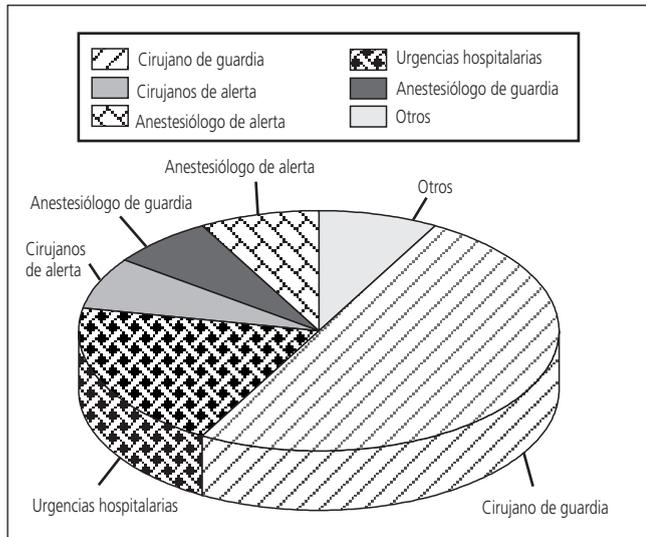


Fig. 5. Seguimiento postoperatorio.

Indicadores específicos de calidad en unidades CMA

El 71,4% de las unidades tienen indicadores de calidad.

Reingresos

El 85,7% de las unidades tenían un índice de reingresos por debajo del 4% y el 14,3% no conocen el porcentaje de reingresos de sus unidades.

Las causas que motivaron los reingresos fue el 50% por hemorragia, el 14,3% náuseas o vómitos, el 14,3% retención urinaria y el 7,1% cefalea (Fig. 6).

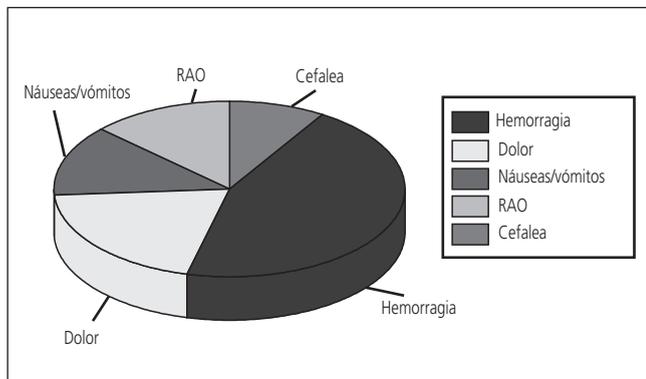


Fig. 6. Causas de reingresos.

DISCUSIÓN

El concepto de variabilidad de la práctica clínica (4) está tomando gran importancia en los últimos años y hemos querido conocer cuál era el grado de variabilidad en

las unidades de CMA de la Comunidad de Madrid. La práctica clínica no es un fenómeno exacto y reproducible. La toma de decisiones siempre es difícil y a veces puede no ser correcta. Si observamos los resultados del trabajo encontramos una gran variabilidad entre los encuestados en relación a lo observado, lo percibido y lo que finalmente se realiza en cada unidad; todo ello conlleva gran incertidumbre. Como consecuencia de ello las decisiones médicas en muchas ocasiones pueden parecer arbitrarias y variables.

La CMA (5,6) es un modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de forma segura y eficiente. Dentro de este modelo nuestra encuesta pone de manifiesto que existe una gran variabilidad en las diferentes fases del proceso asistencial de CMA (7).

Llama la atención que ninguna de las unidades consultadas cuenta con acreditación. La acreditación sanitaria es un proceso mediante el cual las unidades solicitan de manera voluntaria una evaluación externa del cumplimiento de unos estándares o criterios previamente establecidos (8). No se trata de demostrar que la institución mejora el estado de salud de los pacientes ni que es más coste-efectiva, sino que cumple los estándares establecidos. Para llevar a cabo la acreditación de las unidades de CMA, entre 1997 y 1999 se elaboró el *Manual de Estándares y Guía de Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria*. Es destacable que a día de hoy existen pocas unidades a nivel nacional acreditadas lo que se corresponde con el resultado de nuestra encuesta, siendo este un punto importante a la hora de asegurar la calidad de dichas unidades (9).

La consulta de alta resolución permite al paciente que en el mismo día se pueda realizar el diagnóstico, las exploraciones complementarias e incluso la inclusión en la lista de espera quirúrgica, disminuyendo el tiempo y el número de veces que el paciente tiene que acudir al hospital, lo que se percibe como algo positivo, así mismo la solicitud de pruebas preoperatorias es realizada en todas las unidades siguiendo los protocolos, lo que redundará en una realización del proceso asistencial mucho más eficiente (10).

Es importante destacar que sólo el 28,6% de las unidades realizan todos los procesos subsidiarios de CMA como tal (11), por lo tanto existe una importantísima área de mejora a este nivel, parece razonable que si la CMA es un tipo de atención que busca como objetivo prioritario la calidad en el tratamiento del paciente, aquellas patologías que cumplen los criterios de selección de CMA deberían de ser ofertadas como tales a los pacientes evitando los inconvenientes de una estancia hospitalaria.

Cuando se habla de las unidades de CMA y sus profesionales se suele incluir la satisfacción y la incentivación de los mismos como elementos decisivos en los buenos resultados de estas unidades. Dentro de la incentivación no sólo se incluye la faceta económica en función de la conclusión de unos objetivos, sino que tanto el reconoci-

miento profesional como el laboral consiguen efectos similares en los profesionales (12).

Uno de los pilares de trabajo en las unidades de CMA es la existencia de unidades de recuperación postanestésica (URPA) (6). En ellas el paciente permanece en observación y es dado de alta por el responsable de la unidad (anestésista, cirujano o ambos), cuando cumple unos criterios previamente establecidos. Según esta encuesta en la mayoría de las ocasiones se utiliza como escala de alta los criterios de Aldrete (13).

Las altas son un episodio clave en el proceso ambulatorio y fundamental en todo lo que conlleva el mismo dado que la seguridad del paciente es el objetivo primordial (8). Hoy en día, la valoración facultativa previa al alta debe ser rigurosa debiendo seguir siempre los criterios de alta que actualmente se encuentran bien definidos.

Tras el alta es fundamental el seguimiento postoperatorio de los pacientes que en las unidades de CMA está contemplado mediante encuesta telefónica (5,6) en las primeras 24 h tras la cirugía. Este procedimiento permite valorar posibles complicaciones y genera una mayor confianza en el proceso por parte del paciente. Según los resultados del estudio la mayoría de las unidades la realiza, pero es llamativo que en un 14% de los hospitales encuestados no existe seguimiento alguno de los pacientes, y por tanto no obtendremos evidencia de problemas o complicaciones de los mismos.

En nuestra encuesta el porcentaje de reingresos en la mayoría de las unidades consultadas se encuentra dentro de la media pero llama la atención que en un 14% de los servicios se desconoce el número de reingresos. En las unidades de CMA son muy importantes los indicadores específicos de calidad asistencial por las características especiales (14,15) de dichas unidades. Estos criterios permiten reducir las complicaciones y mejoran la seguridad y el confort del paciente intervenido. Dentro de estos criterios de calidad (6) uno muy importante en las unidades de CMA es el porcentaje de reingresos. El conocimiento y la búsqueda de posibles complicaciones es un punto fundamental dentro de la cirugía mayor ambulatoria que permite poder ofrecer a nuestros pacientes una mejor calidad asistencial.

CONCLUSIONES

Como podemos ver en esta encuesta realizada entre la mayoría de los hospitales de la Comunidad de Madrid, existe una gran variabilidad en los resultados de las diferentes unidades de CMA establecidas en esta comunidad. Todo ello a pesar de que existen criterios muy específicos respecto al establecimiento y funcionamiento de dichas unidades.

De todas las unidades consultadas ninguna está acreditada.

Es destacable el hecho de que en más de la mitad de las unidades los procesos que debían realizarse en régimen ambulatorio *no* se realizaron como tal, siendo este un importante punto de mejora de nuestras unidades.

En la mayoría de las unidades se observa que los cirujanos que colaboran en la CMA no son todos los pertenecientes al servicio, a pesar de que muchas de estas unidades son integradas y por tanto dependientes del hospital.

Es llamativo que un porcentaje elevado de unidades no utilizan escalas para el alta de la URPA y, además, en varios hospitales encuestados no se saben qué criterios son los aplicados para el alta de los pacientes quirúrgicos.

Un porcentaje no desdeñable de las unidades de CMA no muestran indicadores específicos de calidad asistencial que permitirían reducir las complicaciones y mejorar la seguridad de los pacientes.

Por último destaca que en un pequeño número de unidades se desconoce cuáles son los porcentajes de reingresos tras las intervenciones realizadas en régimen de CMA, siendo este un punto importante dentro de los indicadores de calidad asistencial.

El análisis de la variabilidad en la práctica médica es importante para poder conseguir los mismos resultados y obtener los mismos beneficios para el paciente independientemente de su lugar de residencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro J. Variaciones en intervenciones de Cirugía General en el Sistema Nacional de Salud. VPM 2005; 11 (2): 64-80.
2. Miguel M, et al. El cirujano como factor pronóstico de resultados. Anales de Navarra.
3. Caplan RA, et al. Practice guidelines for the management of the difficult airway. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on the Management of the Difficult Airway. Anesthesiology 2003; 98: 1269-77.
4. Gómez de la Cámara. A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados de salud. Anales de Navarra.
5. Sierra Gil E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. Editorial. Cir Esp 2001; 69: 337-9.
6. Porrero JL. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico. 2ª edición. Ediciones Doyma; 2002.
7. Vila-Blanco JM. Desarrollo e implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del INSALUD. Cir Esp 2004; 76 (3): 177-83.
8. Rivas Lacarte MP. Acreditación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir Andal 2006; 17: 251-5.
9. Rivas Lacarte MP. Validación del manual de estándares de acreditación de unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria con acreditaciones piloto en 7 hospitales. Cir May Amb 2004; 9 (3): 13-8.
10. Cirugía mayor ambulatoria y Cirugía de Corta Estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. Cir Esp 2001; 69: 337-9.
11. Rivas Lacarte MP. Estado actual de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España. Cir May Amb 1999; 4 (3): 441-58.
12. Capitán Vallvey JM. Algunas dificultades para el desarrollo de la CMA en el siglo XXI. Cir Andal 2006; 17: 224-6.
13. Aldrete JA. Criterios para dar de alta. El puntaje de recuperación postanestésica. Rev Col Anest 1996; 24: 213-8.
14. Morales R. Indicadores de calidad en cirugía ambulatoria. Cir May Amb 1999; 4 (3): 465-73.
15. Cortiñas M. Experiencia de siete años e indicadores de calidad en una unidad de CMA. Cir May Amb 2006; 11 (1): 28-32.