

Nota de campo

Intervención para reducir la variabilidad de las indicaciones quirúrgicas y la lista de espera de pacientes con prioridad 1. Una experiencia en Galicia

M.^a Nieves Domínguez González, M.^a Estrella López-Pardo Pardo, M.^a Teresa Rey Liste* y M.^a Montserrat García Sixto

Dirección de Asistencia Sanitaria, Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela, A Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de enero de 2011

Aceptado el 7 de abril de 2011

On-line el 14 de julio de 2011

Palabras clave:

Prioridad

Listas de espera

Cirugía

Keywords:

Priority

Waiting lists

Surgery

R E S U M E N

Los objetivos de este trabajo fueron homogeneizar las indicaciones quirúrgicas de prioridad 1 en los hospitales gallegos y proponer una metodología orientada a conseguir que las esperas de los pacientes en prioridad 1 no superen los 30 días. Se recopilaron y revisaron todas las indicaciones quirúrgicas de prioridad 1 de los diferentes servicios quirúrgicos de Galicia y se enviaron a las sociedades científicas para validar. Para reducir la espera a menos de 30 días se implantó un procedimiento de monitorización periódica de pacientes, con asignación de tareas a todos los implicados. Para medir el cambio se compararon los tiempos medios de espera previos con los de después de la implantación, y se habían reducido en un 55,7% respecto a la situación previa a la intervención. Todas las especialidades quirúrgicas redujeron sus tiempos medios de espera, excepto una. El procedimiento instaurado ha permitido disminuir el número de pacientes en espera y reducir ésta a menos de 30 días en casi todas las especialidades quirúrgicas.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Intervention to reduce variability in surgical indications and the waiting list of priority 1 patients. An experience in Galicia (Spain)

A B S T R A C T

The aims of this study were to homogenize priority 1 surgical indications in Galician hospitals and propose a methodology designed to ensure that the waiting times of priority 1 patients do not exceed 30 days. The priority 1 surgical indications of the distinct surgical services in Galicia were obtained and reviewed and were then sent for validation to the scientific societies. To reduce waiting times to less than 30 days, a procedure of periodic patient monitoring was established, with allocation of tasks to all the parties involved. Comparison of the mean waiting times before and after the implantation of periodic monitoring showed that this procedure reduced the mean waiting time by 55.7%. The mean waiting time was reduced in all the surgical specialities except one. In almost all of the surgical specialities, the procedure established reduced the number of patients on the waiting lists and the mean waiting time to less than 30 days.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La espera para recibir atención quirúrgica es algo habitual en la mayoría de los sistemas sanitarios de los países occidentales¹. En función de la necesidad de la intervención requerida se asignan prioridades para las diferentes indicaciones quirúrgicas, de manera que los pacientes más graves sean intervenidos en primer lugar². El tiempo de demora aceptable para los pacientes con prioridad 1 se fija habitualmente en 30 días^{3,4}, asumiendo que ese tiempo es lo suficientemente corto como para que los pacientes no experimenten un empeoramiento irreversible de su estado de salud.

Además de reducir los tiempos de demora a estándares aceptables, los sistemas de salud se enfrentan a la heterogeneidad en las indicaciones quirúrgicas⁵⁻⁹. También se observa variabilidad en cuanto a los motivos clínicos que justifican la asignación del grado de prioridad¹⁰, hecho que en algunos casos podría desvirtuar la priorización clínica como un medio de acceso preferente y,

por tanto, constituir un problema muy relevante para los gestores sanitarios, para los clínicos y sobre todo para los pacientes, porque podría generar problemas de equidad en la asistencia sanitaria.

Los objetivos del trabajo planteado son: 1) homogeneizar las indicaciones quirúrgicas de prioridad 1 en los hospitales gallegos, y 2) proponer una metodología de gestión de los pacientes orientada a conseguir que las esperas de aquellos en prioridad 1 no superen los 30 días.

Con el fin de homogeneizar las indicaciones quirúrgicas de prioridad 1, desde la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servizo Galego de Saúde se solicitó, a través de la gerencia de cada centro, la participación de todos los servicios quirúrgicos de los hospitales públicos de Galicia. Participaron todos los hospitales, pero no se recibieron propuestas de todos los servicios quirúrgicos de cada uno de ellos. Para realizar esta homogeneización por especialidad, cada servicio quirúrgico participante cubrió una ficha predefinida por procedimiento propuesto. En cada ficha se recogió la siguiente información: nombre del procedimiento protocolizado, nombre del hospital/área sanitaria, especialidad/área quirúrgica, código y literal de los procedimientos según la CIE-9-MC (9.^a revisión),

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: Teresa.Rey.Liste@sergas.es (M.T. Rey Liste).

código y literal de los diagnósticos según la CIE-9-MC (9.ª revisión), y motivo de la inclusión como prioridad 1. Estas fichas fueron enviadas por el jefe de servicio quirúrgico a la dirección del hospital, que a su vez las remitió a la Dirección de Asistencia Sanitaria. En esta dirección se revisaron y sintetizaron las 389 fichas recibidas, y posteriormente las 237 resultantes fueron enviadas a las diferentes sociedades científicas de cada especialidad, que emitieron 216 recomendaciones sobre la idoneidad de clasificar los procedimientos propuestos como de prioridad 1. Las sociedades científicas, a su vez, podían proponer nuevos procedimientos de prioridad 1 si lo estimaban oportuno. Cada una de estas actividades tuvo un responsable durante todo el proceso. Finalmente, las fichas para cada procedimiento se publicaron en la página web de la Consellería de Sanidad (<http://www.sergas.es>). Las áreas quirúrgicas que elaboraron fichas fueron las de angiología y cirugía vascular, cirugía cardíaca, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reparadora, cirugía torácica, cirugía general y digestiva, dermatología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, urología y ginecología.

Con el fin de reducir la demora en los pacientes con prioridad 1 se desarrolló otro procedimiento basado en normalizar y estandarizar la programación quirúrgica preferente de estos pacientes, haciendo especial hincapié en su selección adecuada. Un aspecto fundamental fue la implicación del jefe de servicio quirúrgico en la correcta asignación de la prioridad (en caso de que no esté correctamente asignada la cambia) y en la revisión semanal de la relación de pacientes con prioridad 1 en lista de espera quirúrgica para evitar que superen los 30 días de espera, a partir de la información suministrada por los servicios de admisión y bajo la dirección del coordinador quirúrgico. Cada una de las actividades tuvo un responsable. Para saber si el procedimiento implantado había producido cambios, se analizaron el número de episodios y los tiempos medios de espera de los pacientes en espera quirúrgica con prioridad 1, tomando como referencia la información existente a 30 de septiembre de 2009, antes de la implantación del procedimiento. Posteriormente se analizaron los episodios y el tiempo medio de espera a 31 de diciembre de 2009 y a 31 de marzo, 30 de junio y 30 de septiembre de 2010.

La fuente de información empleada para extraer el número de episodios y los tiempos medios de espera fue el Sistema de Información Hospitalaria de Galicia (SIHGA), explotado mediante los Sistemas de Información de Análisis Complejos (SIAC).

Los resultados de la homogeneización de procedimientos con prioridad 1 indican que las áreas quirúrgicas que agrupan un mayor número de propuestas son traumatología y cirugía general y digestiva. Sin embargo, si se tienen en cuenta las finalmente validadas (incluyen la aceptación/rechazo de fichas enviadas y la elaboración de fichas nuevas por parte de las sociedades científicas), las especialidades que incluyen un mayor número de procedimientos son traumatología y oftalmología. Hay dos procedimientos comunes a la mayoría de las especialidades quirúrgicas, que son la cirugía de sospecha de cáncer y la cirugía de cáncer. En la **tabla 1** puede verse el número de fichas/protocolos de prioridad 1 enviados a cada sociedad científica y las finalmente emitidas.

Los resultados de la intervención para reducir los tiempos medios de espera de los pacientes con prioridad 1 muestran una disminución del número de pacientes en esta categoría y del tiempo medio de espera, como se observa en la **tabla 2**. En total, el número de pacientes con prioridad 1 se redujo en un 36,4% y el tiempo medio de espera en un 55,7% respecto a la situación previa a la intervención. Todas las especialidades quirúrgicas, excepto una (cirugía pediátrica), redujeron sus tiempos medios de espera, y en todas ellas, excepto en urología (30,5 días), el tiempo medio de espera se situó por debajo de 30 días. La mayor reducción en valores absolutos se registró en el área de angiología y cirugía vascular, seguida de cirugía cardíaca.

Tabla 1

Número de propuestas de fichas enviadas a las sociedades científicas y de recomendaciones emitidas

Sociedad científica	Nº propuestas de fichas enviadas	Nº recomendaciones emitidas ^a
Angiología y cirugía vascular	5	5
Cirugía cardíaca	12	12
Cirugía maxilofacial	22	22
Cirugía pediátrica	17	19
Cirugía plástica y reparadora	20	20
Cirugía torácica	8	10
Cirugía general y digestiva	28	16
Dermatología	15	4
Neurocirugía	6	6
Oftalmología	24	24
Otorrinolaringología	19	19
Traumatología	37	34
Ginecología	14	15
Urología	10	10
Total	237	216

^a Incluye la aceptación/rechazo de fichas enviadas y la elaboración de fichas nuevas por parte de las sociedades científicas.

El tiempo medio de espera llegó a ser inferior a 30 días para la gran mayoría de las especialidades quirúrgicas. La efectividad del circuito de programación y citación preferente se basó, fundamentalmente, en la asignación de tareas y responsabilidades concretas a las figuras del coordinador quirúrgico y del jefe de servicio de cirugía en la evaluación semanal de la relación de pacientes incluidos en el registro de pacientes en espera quirúrgica.

Tal como era de esperar, había variabilidad en la asignación de qué es prioridad 1 entre profesionales y entre centros. Además, la elaboración de protocolos fue desigual en cada especialidad y hospital. Aunque la mayoría de los hospitales mostró un acuerdo casi total en la inclusión de los procesos oncológicos o cardiológicos graves, había discrepancias entre servicios a la hora de justificar la inclusión de determinados procedimientos y los motivos clínicos que la sustentan. A modo de ejemplo puede concretarse que, para una misma circunstancia clínica, se discrepaba en la asignación de la prioridad tanto en procesos tumorales como en otras afecciones. En este punto fue clave el papel de las sociedades científicas. Su intervención, como entidades generadoras y difusoras de conocimiento, ha sido un elemento catalizador en la aceptación de las decisiones adoptadas, y permite poner a disposición de todos los profesionales, de los pacientes y de la ciudadanía, unos procedimientos de referencia priorizados basados en criterios clínicos de gravedad.

Aunque hay otras experiencias en la definición de procedimientos de prioridad 1 (o prioridad alta)¹¹⁻¹³, no se ha publicado ninguna en el Sistema Nacional de Salud que haya llevado a la práctica esta definición homogénea acompañada de un procedimiento de reducción de listas de espera.

La intervención planteada tiene ciertas limitaciones. Parte del efecto atribuido puede deberse a la influencia de otras actuaciones organizativas, entre las que destacan el incremento del rendimiento quirúrgico medio en el periodo analizado, que fue del 67,25% en el año 2008, del 69,97% en 2009 y del 72,80% en 2010 (datos no publicados), o la reflexión que la Consellería de Sanidad promovió sobre el tema, dentro y fuera de la organización sanitaria, durante el periodo de estudio, hecho que pudo influir en el establecimiento de criterios más restrictivos por parte de las diferentes especialidades.

Aunque el indicador más preciso para evaluar que las esperas de los pacientes con prioridad 1 no superen los 30 días sería el tiempo máximo de espera, en este trabajo se ha utilizado el tiempo medio de espera porque resulta más eficiente a la hora de obtener los datos (pueden extraerse directamente de los sistemas de información) e interpretar los resultados.

Tabla 2 Comparación del número de episodios de pacientes y del tiempo medio de espera en el periodo de septiembre de 2009 a septiembre de 2010, por especialidad

	Septiembre 2009		Diciembre 2009		Marzo 2010		Junio 2010		Septiembre 2010		Variación TME entre septiembre 2010 y septiembre 2009		Variación (%) TME entre septiembre 2010 y septiembre 2009	
	Nº episodios pacientes	TME (días)	Nº episodios pacientes	TME (días)	Nº episodios pacientes	TME (días)	Nº episodios pacientes	TME (días)	Nº episodios pacientes	TME (días)	Variación TME			
Angiología y cirugía vascular	74	104,1	48	28,0	30	23,0	20	38,7	15	23,6	-80,5	-77,3		
Cirugía cardíaca	39	78,9	11	13,9	13	21,5	14	8,6	15	6,7	-72,2	-91,5		
Cirugía maxilofacial	7	19,6	4	15,5	13	15,2	10	11,4	11	9,3	-10,3	-52,6		
Cirugía pediátrica	19	17,5	9	36,3	19	20,5	12	17,0	7	3,0	3,0	16,9		
Cirugía plástica y reparadora	29	16,9	46	23,6	45	16,0	45	13,8	42	13,7	-3,1	-18,7		
Cirugía torácica	35	37,0	18	14,9	20	16,3	39	28,5	30	15,1	-22,0	-59,3		
Cirugía general y digestiva	370	37,2	327	23,0	294	20,4	360	17,1	292	16,0	-21,3	-57,1		
Dermatología	63	16,9	43	14,3	36	16,4	46	14,7	34	15,2	-1,7	-9,8		
Neurocirugía	20	47,7	25	29,7	30	25,5	26	17,8	30	17,2	-30,5	-64,0		
Oftalmología	65	59,4	45	28,0	53	18,2	46	19,2	47	17,4	-42,0	-70,7		
Otorrinolaringología	50	19,8	55	21,5	65	14,3	71	14,1	47	12,5	-7,3	-37,0		
Traumatología	154	58,8	153	42,8	134	30,3	142	25,6	108	25,6	-33,2	-56,4		
Urología	423	51,1	235	31,6	211	22,2	270	25,5	188	30,5	-20,6	-40,3		
Ginecología	347	45,9	253	27,9	257	20,6	269	21,6	213	24,8	-21,0	-45,9		
Total	1.695	47,3	1.272	28,0	1.220	21,2	1.370	20,8	1.079	21,0	-26,3	-55,7		

TME: tiempo medio de espera.

Como conclusión, haber definido y homogeneizado las indicaciones quirúrgicas de prioridad 1 es un paso importante para reducir la variabilidad clínica y atender de modo equitativo a todos los pacientes con similares necesidades asistenciales, dentro de un mismo sistema sanitario. Por otra parte, el procedimiento instaurado para reducir la demora quirúrgica en los pacientes con prioridad 1 ha permitido disminuir el número de casos con demora y reducir ésta a menos de 30 días en casi todas las especialidades quirúrgicas. Queda por comprobar si los resultados obtenidos pueden mantenerse en el tiempo y si pueden ser aplicables a otros sistemas sanitarios diferentes al de esta experiencia.

Contribuciones de autoría

Todas las autoras han participado por igual en la totalidad de las fases de elaboración de este trabajo, desde su concepción y diseño hasta la aprobación de la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Alberto Ruano Raviña y a la Dra. Ángela Luz García Caeiro, por la revisión crítica que han hecho a una versión previa del manuscrito. También deseamos agradecer a los profesionales de los hospitales participantes y a los representantes de las sociedades científicas su participación en este proyecto.

Bibliografía

1. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, et al. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2000. IN04/2000.
2. Abad Romero P, Álvarez García B, Rodríguez Míguez E, et al. Una aplicación de los sistemas de puntos en la priorización de pacientes en lista de espera quirúrgica. Vigo: Universidad de Vigo, Departamento de Economía Aplicada; 2006. Documento de trabajo 0605.
3. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, n° 134. (5 de junio de 2003).
4. Orden del 19 de mayo de 2003 por la que se normaliza el sistema de información y control de la demanda de actividad programada de hospitalización, cirugía y salas en la red de hospitales del Servicio Gallego de Salud. Diario Oficial de Galicia, n° 104. (30 de mayo de 2003).
5. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? Gac Sanit. 2002;16:436-9.
6. Martí J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. Gac Sanit. 2002;16:440-3.
7. Rodríguez E, Álvarez B, Abad P. Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. Cad Saúde Pública. 2008;24:702-7.
8. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2005. Vol. 1. N.º 2.
9. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2005. Vol. 1. N.º 1.
10. García Gutiérrez S, Bilbao A, Beguiristain JM, et al. Variability in the prioritization of patients for cataract extraction. Int J Qual Health Care. 2010;22:107-14.
11. Alcalde Escribano J, Villeta Plaza R, Ruiz López P, et al. Informe sobre los criterios para establecer prioridades al incluir pacientes en lista de espera de cirugía. Cir Esp. 2002;72:349-58.
12. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio de Protocolos Asistenciales. Indicaciones acordadas con las sociedades científicas para los procedimientos más frecuentes incluidos en el Decreto de garantía de

plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (D 209/2001). [Monografía en Internet.] Andalucía: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/IndicacionesSC/IndicacionesSC.pdf>.

13. Comisión Conjunta de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. Criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular. Documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2000; 53:1373-9.