

Resultados de un plan de gestión de listas de espera quirúrgica de prótesis articulares

Josep Martí-Valls / Eudald Ballesta / Rosa González / Marta Solé / Gloria Torras

Área de Traumatología y Rehabilitación, Hospital Universitari Vall d'Hebron, ICS, Barcelona, España.

(Results of a management plan for surgical waiting lists for hip and knee replacements)

Resumen

Se describe un plan de gestión de las listas de espera quirúrgicas de prótesis articulares de cadera y rodilla y sus resultados a los 3 años. El plan de gestión se basó en la unificación de la información y programación, depuración periódica, guía clínica, gestión de la demanda, priorización por necesidad e incremento de la oferta.

Durante el primer año se consiguió aflorar la lista de espera real, con un 23% más de pacientes de los contabilizados hasta entonces. A los 3 años, se depuró la lista en un 16% de los pacientes, se disminuyó la estancia media de estos procedimientos en 4 días, se evaluó el 59,5% de los pacientes con un instrumento de priorización y se incrementó la actividad de artroplastias en un 16%. Se redujo en un 14,7% los pacientes en espera de prótesis articulares y el tiempo de resolución de estos procedimientos disminuyó en 3 meses para las artroplastias de rodilla y en un mes para las de cadera.

Palabras clave: Gestión. Listas de espera quirúrgica. Prótesis articulares.

Abstract

This study describes the implementation of a management plan for surgical joint replacement waiting lists and its results after 3 years.

The plan was based on the following: unification of information and scheduling, periodic review, clinical guidelines, management of demand, prioritization according to need, and increasing the services provided.

During the first year, the plan succeeded in revealing the real waiting list, with 23% more patients than previously included. Three years later, 16% of the patients had not turned up for surgery after being scheduled; the mean length of hospital stay for joint replacements had been reduced by 4 days; 59.5% of the patients joining the list had been assessed with a prioritization instrument, and the number of joint replacements had increased by 16% with a reduction of 14.7% in patients waiting for joint replacements. The resolution time for these procedures had also decreased by 3 months for knee arthroplasty and by 1 month for hip arthroplasty.

Key words: Management. Surgical waiting lists. Joint replacements.

Introducción

En el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona, la lista de espera para intervenciones de prótesis articulares de extremidad inferior era poco aceptable con tiempos de resolución de 15,4 meses para la rodilla y 5,9 para la cadera.

Frente a ello, habiendo revisado la bibliografía disponible, consideramos que el problema de la lista de espera quirúrgica es complejo y, por tanto, era necesario abordarlo de una manera integral¹. Por ello, el-

boramos un Plan de Gestión de la lista de espera de prótesis con diversas medidas².

El objetivo de este trabajo es describir las medidas de gestión de este Plan y sus resultados a los 3 años de su funcionamiento.

Medidas del Plan de Gestión

Las medidas de gestión se implantaron a mediados del año 2000. No se trataba únicamente de incrementar la actividad quirúrgica a modo de plan de choque, sino de revisar y mejorar los procedimientos clínico-asistenciales. Las medidas de gestión del Plan fueron:

1. Unificación y validación de la información sobre la lista de espera. Se trataba de asegurar un sistema de información homogéneo, transparente y fiable. Para ello, teníamos que pasar de la lista personal del ciru-

Correspondencia: Dr. Josep Martí-Valls.
Dirección Asistencial del Área de Traumatología y Rehabilitación. Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Paseo Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: jmarti@vhebron.net

Recibido: 6 de septiembre de 2005.
Aceptado: 28 de diciembre de 2005.

jano a una única lista centralizada, rigurosa y completa. Esta función se centralizó en una secretaría única de gestión de lista de espera y programación quirúrgica. Desde este momento los criterios de programación se fijan mediante una comisión de profesionales y directivos que denominamos comisión quirúrgica.

2. Depurar las listas periódicamente. Está descrito que en listas con mucho tiempo de demora, es decir, superiores a 1 año, hasta en un 20% de los pacientes puede haberse modificado la indicación de la intervención por motivos diversos³.

La depuración de la lista ha de ser sistemática y periódica. En nuestra experiencia, la mejor manera fue ligarla a la propia programación quirúrgica. Ésta se realiza trimestralmente desde la Secretaría Quirúrgica. De acuerdo con el cirujano, se revisan los pacientes a intervenir en los 3 meses siguientes, bajo criterios de antigüedad y necesidad⁴. Se les llama telefónicamente, confirmando la posibilidad de la intervención o se depura de la lista si alguna circunstancia lo aconseja. Los pacientes confirmados son citados a las consultas de los cirujanos y anestesistas para reafirmar la indicación y proceder a las exploraciones preoperatorias.

3. Reducir la variabilidad en la práctica clínica de estos procedimientos. Existía en la práctica clínica una apreciable variabilidad en el desarrollo del proceso asistencial⁵, incluyendo en la fase de hospitalización un número de estancias destinadas a la rehabilitación funcional. Esto comportaba una media de estancias para estos procedimientos por encima de los estándares aceptados. Para hacer frente a todo ello, elaboramos guías clínicas cuyo objetivo era mejorar las indicaciones y nuestra eficiencia.

4. Actuaciones de gestión de la demanda. Consideramos las artroplastias totales de cadera y rodilla primarias como procedimientos de ámbito comunitario y, por tanto, susceptibles de ser tratados en los hospitales cercanos al domicilio del paciente. Por ello, decidimos priorizar, para estos procedimientos, únicamente a pacientes de nuestra zona de influencia comunitaria (unos 400.000 usuarios).

5. Priorizar a los pacientes en la lista por necesidad. Paralelamente a la puesta en marcha del plan de gestión de listas de espera, participamos en el proyecto de la Agencia de Evaluación Tecnológica i Recerca Médica (AATRM) de Cataluña sobre un sistema de priorización para las artroplastias de cadera y rodilla. Este proyecto tiene como objetivos la elaboración y validación de un conjunto de criterios que permitan puntuar y ordenar a los pacientes en lista de espera para intervenciones de artroplastia de rodilla y cadera por necesidad y beneficio esperado⁴. El objetivo de esta priorización es utilizarla como instrumento para programar, en el tiempo, primero a las personas más necesitadas, introduciendo criterios objetivos, cuantificables, explícitos y transparentes, haciendo más justa y razonable la programación quirúrgica⁶⁻⁸.

Tabla 1. Evolución 2000-2003 del número de pacientes en lista de espera para artroplastia de cadera y rodilla

Procedimiento	2000	2001	2002	2003	Diferencia 2001/2003
Artroplastia de rodilla	636	826	834	699	-15,3%
Artroplastia de cadera	245	264	284	231	-12,5%
Total artroplastias	881	1.090	1.118	930	-14,7%

6. Medidas para incrementar la oferta. Finalmente, actuamos sobre nuestra capacidad productiva aumentando el número de procedimientos quirúrgicos de prótesis de cadera y rodilla. Éste es un tema controvertido⁹⁻¹¹, que será motivo de análisis específico en este trabajo.

El Área de Traumatología y Rehabilitación del hospital partía, en el año 2000, de un índice de ocupación de camas del 88,58% y de un índice de sustitución de procedimientos susceptibles de realizarse por cirugía mayor ambulatoria (CMA) del 46,7%. Las intervenciones protésicas de cadera y rodilla suponían el primer grupo relacionado con el diagnóstico (GRD 209) en número de casos atendidos por el servicio de cirugía ortopédica. Frente a esta situación nos propusimos:

1. Incrementar la tasa de ambulatorización centralizando toda la CMA en los quirófanos de la unidad de cirugía sin ingreso. Ello permitió liberar un quirófano completo diario para incrementar las intervenciones de cirugía protésica.

2. Abrir un quirófano más, 4 tardes por semana, programando 2 prótesis por sesión quirúrgica.

3. Adecuar las estructuras de soporte (esterilización de noche y aumento de la reanimación posquirúrgica) para atender al incremento de actividad quirúrgica.

4. Plantear diversas medidas de gestión de camas que permitieran un mayor drenaje de la hospitalización (derivación a un centro de convalecencia y coordinación con atención primaria la enfermería a domicilio al alta del paciente) y bajar la estancia media.

Resultados

Al centralizar y aflorar toda la lista de espera de prótesis se pasó en el primer año de 881 pacientes a 1.090 (un aumento del 23%); a partir de este momento en que se afloró la lista real (año 2001), ésta se fue reduciendo hasta los 930 pacientes en el año 2003 (una reducción total del 14,7%, lo que supone un 15,3% para los pacientes pendientes de artroplastia de rodilla y un 12,5% para los de cadera; tabla 1).

Tabla 2. Evolución 1999-2003 del número de intervenciones de artroplastia de cadera y rodilla y estancia media (EM) de estos procedimientos

	1999	2003	Diferencia 1999/2003
N.º de intervenciones	879	1.021	+16%
EM GRD 209 ^a	16,9	12,8	-4,1 días

^aEl grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) 209 agrupa los pacientes con procedimientos de artroplastia de cadera y rodilla, tanto primarias como de revisión.

La depuración sistemática, usando como referente el criterio de antigüedad, descartó de la lista hasta un 16% de los pacientes, especialmente de los grupos de pacientes con un mayor tiempo total de espera.

Se diseñaron las guías clínicas de artroplastia de rodilla y de cadera. A los 2 años de implantadas, al mejorar la gestión de camas, conseguimos disminuir la estancia media de estos procedimientos en 4,1 días. Asimismo, aumentamos la actividad quirúrgica de prótesis de cadera y rodilla en una media de 200 al año, lo que supuso un aumento del 16% (tabla 2).

La reducción en la procedencia de la demanda de estos procedimientos, de ámbitos distintos a nuestra zona comunitaria, fue del 14%.

El grado de cumplimentación del instrumento de priorización, a finales de 2003 era del 59,5%, con una amplia variabilidad entre profesionales que osciló entre el 10 y el 87%. No se analizó el porcentaje de pacientes que fueron programados por criterios de antigüedad o de necesidad debido a la persistencia aun de muchos pacientes con antigüedad elevada.

El tiempo de resolución (entendido como el tiempo necesario para intervenir a todos los enfermos de la lista de espera y calculado sobre la base de la actividad de un período determinado) disminuyó en 3 meses para la rodilla y en 1 mes para la cadera.

Conclusiones

La centralización de la información y programación ha sido un factor imprescindible para la gestión de la lista de espera. Los factores que más han influido en la mejora del tiempo de resolución han sido, en primer lugar, la mejora de la eficiencia en la gestión de camas

y quirófono que ha permitido aumentar la oferta de procedimientos protésicos y, en segundo lugar, la depuración periódica y la gestión de la demanda. Mientras que en cuanto a la utilización del instrumento de priorización, en el año 2003 éste todavía no estaba totalmente implantado y, al existir una gran lista histórica, aun no se programaba según su puntuación.

Para el abordaje de las listas de espera no hay fórmulas únicas. Las medidas de gestión han de ser necesariamente diversas, que actúen sobre la demanda, la indicación, la priorización, la oferta y la organización de los recursos de soporte del hospital, más allá del simple incremento del número de quirófanos disponibles.

Bibliografía

1. Pope C. Cutting queues or cutting corners: waiting lists and the 1990 NHS reforms. *BMJ*. 1992;305:577-9.
2. Martí Valls J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por parte de los centros sanitarios y de los profesionales. *Gac Sanit*. 2002;16:440-3.
3. Salom M, Aroca JE, Aracil J, Torró V, López-Quiles. Efecto de la demora quirúrgica sobre los pacientes con gonartrosis. *Rev Ortop Trauma*. 1998;42:2-4.
4. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez R, Comas M. Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata y artroplastia de cadera y rodilla. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques. CatSalut. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003.
5. Martí-Valls J, Alonso J, Lamarca R, Pinto JL, Auleda J, Girvent R, et al. Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de cadera en siete hospitales de Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:34-9.
6. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project (I): Overview. *BMJ*. 1997;314:131-4.
7. Naylor CD and Ontario panel on hip and knee arthroplasty. Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority. *Qual Health Care*. 1996; 5:20-30.
8. Edwards RT. Points for pain: waiting list priority scoring systems. *BMJ*. 1999;318:412-4.
9. Márquez S, Portella E. Evaluación de un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica basado en el pago por acto. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:169-73.
10. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit*. 2002;16:436-9.
11. Castells X. La necesidad de profundizar en el debate y análisis de las listas de espera. *Gac Sanit*. 2002;16:374-5.