

Gestión clínica de la lista de espera en un servicio de cirugía general

A. Sueiras, R. Calabuig, J. Vallet y F. Pi

Servicio de Cirugía General. Hospital de Viladecans. Barcelona. España.

Resumen

Introducción. Presentamos nuestra experiencia en la gestión clínica de la lista de espera del Servicio de Cirugía General del Hospital de Viladecans (hospital público del Institut Català de la Salut).

Objetivos. Diseño de una base de datos para la gestión clínica de la lista de espera del servicio de cirugía general, y evaluación de los resultados tras su diseño y aplicación.

Material y método. Base de datos creada a tal fin, y que recoge todos los pacientes incluidos en lista de espera para intervención quirúrgica electiva durante un período de 5 años (desde el 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 2000).

Resultados. El número de intervenciones quirúrgicas electivas año tras año se ha mantenido por debajo de la demanda, creando un déficit que equivaldría a incrementar nuestra actividad en un 23,8% para adecuarla a la demanda. La lista de espera para la cirugía electiva ha estado condicionada a la presión de urgencias, que ha ido progresivamente en aumento. El criterio establecido de prioridad se ha demostrado útil, habiendo operado el 60,8% de los pacientes preferentes antes de 3 meses, y el 65,2% de los pacientes no preferentes entre 3 y 9 meses.

Conclusiones. 1) Existe un progresivo incremento de la demanda de servicios quirúrgicos en nuestra área de influencia. 2) Se ha logrado una mejor gestión clínica, con un progresivo descenso en el número de anulaciones y un incremento en la actividad quirúrgica. 3) Se ha reducido el número de reprogramaciones de un 32 a un 14,3%. 4) Calculamos un déficit de recursos (horas de quirófano) que equivaldría a un 23,8% de nuestra actividad quirúrgica actual para poder adecuarnos a la demanda. 5) La base de datos diseñada por nosotros ha demostrado ser un instrumento útil de gestión de nuestra lista de espera.

Palabras clave: Lista de espera. Cirugía general. Gestión.

Correspondencia: Dr. A. Sueiras.
Servicio de Cirugía. Hospital de Viladecans.
Avda. de Gavá, 38. 08840 Viladecans. Barcelona.
Correo electrónico: asueiras@hotmail.com

Aceptado para su publicación en enero de 2002.

MANAGEMENT OF THE HOSPITAL WAITING LIST IN A GENERAL SURGERY DEPARTMENT

Introduction. We present our experience in the management of the waiting list in the General Surgery Department of the Hospital de Viladecans (a public hospital of the Catalan Health Service). The aim of this study was to design a database for the management of the waiting list and to evaluate the results after its design and implementation.

Material and methods. A database was created that included all the patients on the waiting list for elective surgery during a 5-year period (from January 1, 1996 to December 31, 2000).

Results. In all years the number of elective surgical interventions performed was lower than demand, creating a deficit. To meet the demand, our activity would have to increase by 23.8%. The waiting list for elective surgery was affected by increasing demand for emergency surgery. The priority criteria established proved to be useful and 60.8% of high priority patients underwent surgery in less than 3 months and 65.2% of low priority patients underwent surgery between 3 and 9 months.

Conclusions. 1) The demand for surgical services is progressively increasing. 2) Management of the waiting list has improved; the number of cancellations has progressively decreased and the number of operations performed has increased. 3) The number of rescheduled operations has been reduced from 32% to 14.3%. 4) We calculate a deficit in resources (operating room time) that would equal a 23.8% increase in our current surgical activity to meet the demand. 5) The database designed has proved to be useful in the management of the waiting list.

Key words: Waiting list. General Surgery. Step.

Introducción

La sanidad pública española garantiza la universalidad de acceso a prácticamente todos los servicios sanitarios. Las listas de espera son, por tanto, una consecuencia casi inherente a estos sistemas, y que deriva de la diferencia entre la demanda (necesidad expresada de la población) y la oferta (provisión de servicios de la Adminis-

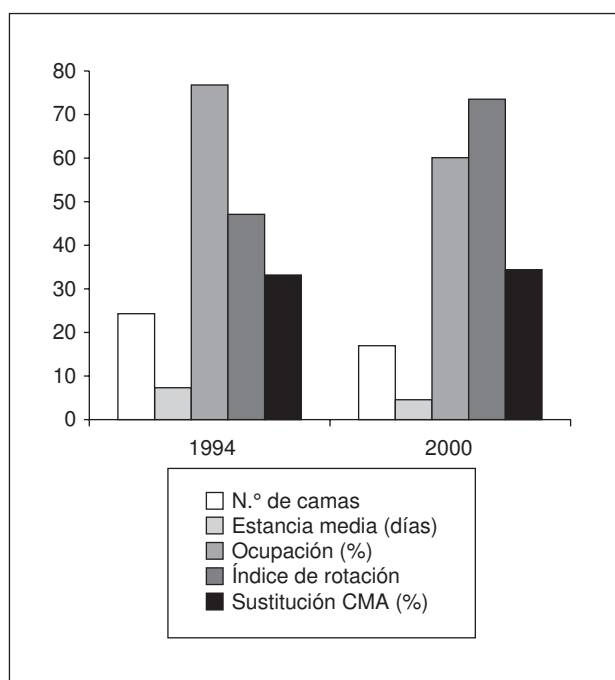


Fig. 1. Actividad del Servicio de Cirugía, años 1994-2000.

tración); esto ha obligado a los profesionales a realizar una priorización de la primera.

Creemos que las listas de espera han de gestionarse en función de criterios clínicos, en función de los diferentes grados de sintomatología (orgánica y/o funcional) referidos por el paciente, el tipo de patología y la interferencia que ocasionan las urgencias sobre la programación de la cirugía electiva.

Así, ante la tendencia existente de un progresivo incremento de la lista de espera en nuestra área de influencia, decidimos diseñar una base de datos con la que pudiésemos gestionar ésta, según criterios clínicos.

Material y método

El Hospital de Viladecans es un hospital gestionado por el Institut Català de la Salut (ICS), con una capacidad de 114 camas de agudos, e integrado en la red pública hospitalaria como hospital de nivel básico, y que da cobertura a las poblaciones de Viladecans, Gavà, Castellet de Sant Climent de Llobregat y Begues. Pertenece a la Región Sanitaria 5 (Costa de Ponent), siendo sus hospitales de referencia la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge (CSUB) y el Hospital infantil Sant Joan de Déu. Ésta es una región sanitaria con una alta densidad de población, más de un millón de habitantes, en expansión. La población de nuestro subsector ha pasado de 128.254 habitantes (censo de ayuntamientos de 1993) a 144.084 habitantes (censo de 1998).

El Servicio de Cirugía del Hospital de Viladecans está formado por 4 facultativos a tiempo completo, y 2 a tiempo parcial. Se dispone de un quirófano semanal (8 h) para CMA, y de 3 sesiones semanales (24 h) para cirugía mayor con ingreso (CMI). De las 3 sesiones semanales de CMI, en una se programan pacientes no preferentes con fecha de intervención quirúrgica asignada desde la primera visita en consultas externas, y en las restantes 2 sesiones se programan enfermos preferentes y no preferentes sin fecha. Los pacientes que entran en el programa de CMA son siempre enfermos no preferentes, y se les asigna fecha de intervención desde la primera visita en consultas externas.

El hospital no dispone de un quirófano de urgencias como tal, esto obliga a realizar cambios en la programación quirúrgica electiva, cuando la urgencia así lo requiere, con las consecuencias que comporta so-

Fig. 2. Primera pantalla de la base de datos.



Fig. 3. Segunda pantalla de la base de datos.

bre la lista de espera de cirugía electiva, retrasos horarios, anulaciones, cambios de fecha, reingresos, bajas prolongadas, etc.

La actividad del servicio con anterioridad a 1995¹, año en que iniciamos la puesta en marcha de nuestro actual sistema de gestión de lista de espera, y la actual² es la que se refleja en la figura 1.

El número de camas, utilizado por el servicio, en el año 1994 fue de 24,7 frente a 17 en el año 2000, con una estancia media de 7,7 y 4,8 días, respectivamente. El índice de rotación en 1994 fue de 47,6 con una ocupación del 77%, y en el año 2000 del 73 y el 60%, respectivamente. El índice de sustitución global de CMA no varió a lo largo de estos años, siendo del 33,1% en 1994 y del 33,3% en el año 2000, hecho lógico al no haber variado las horas de quirófano asignadas, tanto de CMA como de CMI.

Calculamos que, con anterioridad a 1995, un 32% de los pacientes programados para cirugía electiva sufrían uno o más cambios en su fecha de programación a consecuencia de la cirugía urgente y semiurgente (neoplasias e ingresos urgentes que requieren, después de su estudio, una intervención quirúrgica en un plazo relativamente corto de demora). Por este motivo, pusimos en marcha a partir de aquel año 1995 una base de datos para esta lista de espera diseñada con el programa informático Q&ATM versión 3.0 (Symantec Corporation, copyright 1985-1988) que trabaja en entorno DOS. Se trata de un programa sencillo, eficaz, y que ocupa poca memoria, elementos importantes a tener en cuenta al trabajar con bases de datos amplias.

Se crearon los siguientes campos:

Datos de filiación: nombre y apellidos, edad, número de historia clínica, clave, teléfono de contacto, médico que remite al paciente.

Datos de la enfermedad a tratar: diagnóstico, tratamiento propuesto.

Datos de gestión de la lista de espera: fecha primera visita a consultas externas de cirugía, fecha visita anestesiólogo, fecha prevista de intervención (en caso de aplazamiento permite programar hasta dos más), anulación, prioridad (preferente 1, no preferente 2), duración de la intervención (corta 1, mediana 2, larga 3) tipo de cirugía (ambulatoria [UCSI] o con ingreso), urgente (sí, no) y observaciones ("cajón de sastre" que permite anotaciones de todo tipo a tener en cuenta en el momento de hacer la programación, o saber por qué fue suspendido o anulado) (fig. 2).

El programa automáticamente calcula si el paciente está ya programado o todavía está pendiente de asignarse fecha, el tiempo de espera desde la primera visita y la fecha de programación, la fecha de vi-

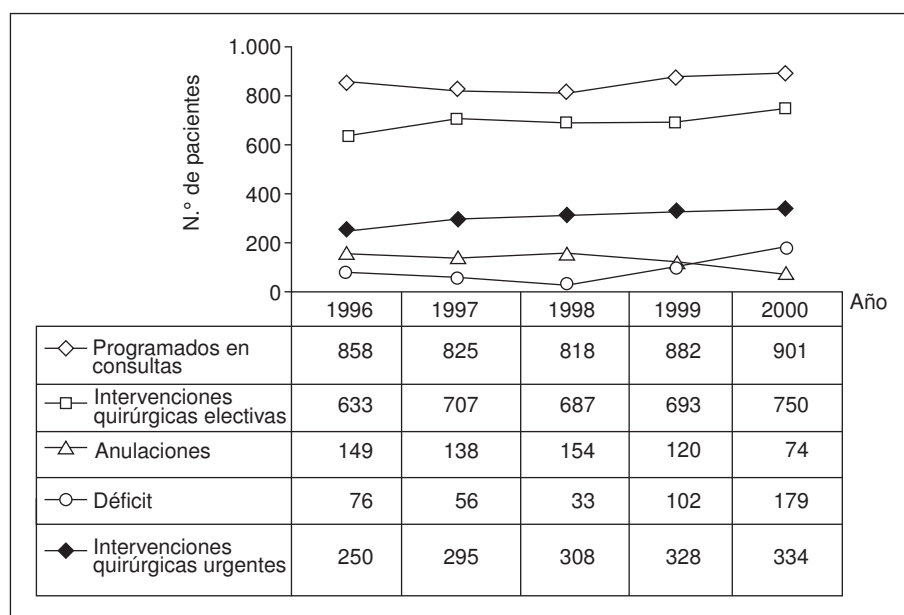


Fig. 4. Evolución de la lista de espera, años 1996-2000.

sita con el anestesiólogo, el número de programaciones hechas, y el tiempo de espera desde la primera visita y la fecha de intervención (fig. 3).

Resultados

Se analiza un período de 5 años, desde el 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 2000, que incluye un total de 4.284 pacientes visitados por primera vez en nuestras consultas externas e incluidos en la lista de espera para intervención quirúrgica electiva. En la figura 4 se representa la distribución por años, el número de pacientes incluidos en la lista de espera, los anulados, los operados y el déficit acumulado anual.

En estos 5 años (1996-2000) se han programado desde consultas externas un total de 4.284 intervenciones quirúrgicas electivas, habiéndose observado un progresivo aumento de la demanda de cirugía electiva, que probablemente está relacionado con el aumento de la población de nuestro entorno. De igual manera, la presión de urgencias también ha ido progresivamente en aumento, pasando del 37,6% en el año 1996 al 42,8% en 1999.

A pesar de todo ello, hemos conseguido un incremento del 15,2% en nuestra actividad quirúrgica, con un total de 3.470 intervenciones quirúrgicas electivas en estos 5 años, si bien seguimos teniendo un progresivo incremento en el déficit que atribuimos a un aumento en la demanda, por una parte, y por otra a que hemos conseguido un progresivo descenso en el número de anulaciones, pasando de un 17,4% en 1996 a un 8,2% en el año pasado (fig. 4).

El tiempo en lista de espera global, según la prioridad, es el que aparece reflejado en la figura 5.

Como queda reflejado en la figura 5, el mayor número de enfermos son operados entre uno y 6 meses. El 60,8% de los pacientes "preferentes", son antes de 3 meses, el resto son enfermos inicialmente programados como "no preferentes" pero posteriormente reclasifica-

dos como "preferentes" bien porque manifiestan un aumento de sintomatología o bien porque llegan al año en lista de espera. Por otra parte, observamos que los pacientes de lista de espera "no preferente" son operados en un 65,2% entre 3 y 9 meses después de haber sido incluidos en la lista.

También se ha conseguido disminuir el número de reprogramaciones, pasando del 32% en 1995 a tan sólo un 14,3% en el año 2000.

Discusión

La introducción de la informática en la práctica diaria ha facilitado la realización de estudios en nuestro campo, tanto en el de la investigación, como en el clínico asistencial, y de la gestión.

Actualmente, la Administración utiliza un programa informático diseñado para uso interno denominado Sistema d'Informació Assistencial Hospitalària (Sistema de Información Asistencial Hospitalaria -SIAH-) en el que tan sólo se valora de nuestra actividad asistencial el número de pacientes atendidos de una determinada enfermedad, en un cierto período de tiempo, y el número de pacientes que restan en lista de espera. Este sistema no recoge información acerca de la complejidad de dicha enfermedad, con mayor o menor grado de afección sintomática y enfermedad asociada, así como la presión social que a veces acompaña.

Uno de los trabajos en curso de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas [AATM]), adscrita al Servei Català de Salut y colaboradora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la evaluación de tecnología médica, es la elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas, artroplastia de rodilla y de cadera³. Este trabajo intenta establecer criterios de priorización que ten-

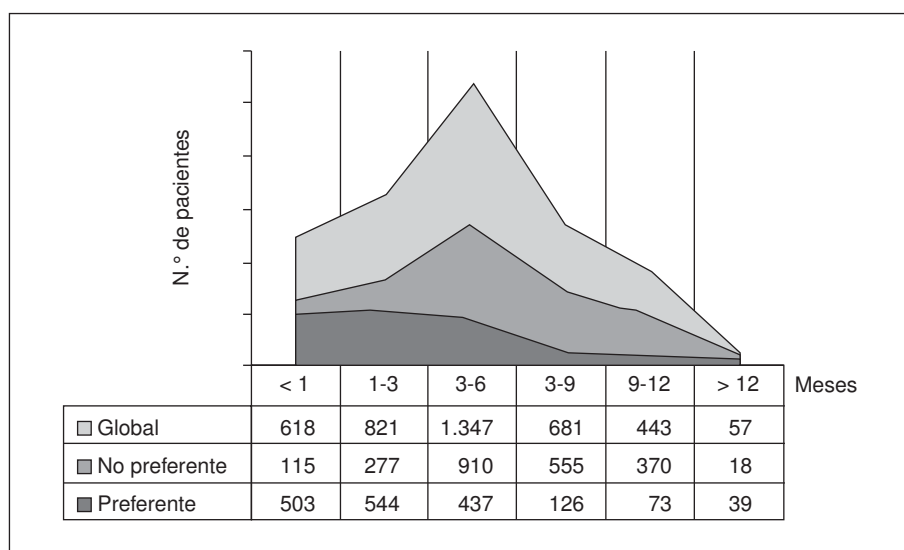


Fig. 5. Tiempo de espera de intervención quirúrgica según prioridad.

gan en cuenta la necesidad del paciente en términos de gravedad de la enfermedad, el beneficio esperado y otros condicionantes sociales, tanto desde la vertiente clínica de los profesionales, como de la salud percibida y de carácter social de los pacientes, familiares y de la población general. Sin embargo, este mismo trabajo ya establece un sesgo en cuanto tan sólo evalúa dos procedimientos aislados de dos especialidades distintas, sin comparar las necesidades de priorización de otros tipos de patología dentro de cada una de las especialidades, y de todas ellas en el conjunto de las demandas de salud de la población. También asume que la aplicación y suma de puntos para cada uno de los pacientes de la lista de espera puede hacer que comporte una reordenación de éste en la lista y, en contra de la priorización establecida por el clínico, este paciente pase a la cola de la lista, situación que como clínicos nos parece bastante preocupante, tanto desde el punto de vista legal como del respeto al criterio de prioridad establecido por el médico responsable de dicho paciente.

El problema real de las listas de espera se basa en los recursos humanos y económicos dedicados a su reducción, tal como demuestra la experiencia en otros países como Suecia⁴, Canadá⁵, y en la especial dedicación de los clínicos en realizar una sistemática revisión periódica de los pacientes en lista de espera⁶. La sensación subjetiva de satisfacción y calidad asistencial percibida por los pacientes mejora de forma directamente proporcional a la facilidad de acceso y la rapidez en dar respuesta a las demandas de servicios sanitarios, si bien una percepción positiva puede generar un incremento de la demanda⁴.

Como conclusiones podemos considerar las siguientes:

1. La base de datos diseñada por nuestro servicio ha demostrado ser un instrumento útil de gestión de la lista de espera, al permitir, según criterios clínicos, establecer prioridades de actuación.

2. Existe en nuestro entorno un aumento progresivo de la demanda de intervenciones de cirugía general, motivado fundamentalmente por el incremento de población.

3. Se ha logrado una mejor gestión clínica de la lista de espera, habiendo conseguido un incremento del 15,2% en nuestra actividad quirúrgica, acompañado de una reducción del 32 al 14,3% en el número de reprogramaciones, y un progresivo descenso en el número de anulaciones pasando del 17,4 al 8,2%.

4. Calculamos un déficit de recursos (horas de quirófano) del 23,8%, equivalente al incremento de actividad que necesitaríamos para podernos adecuar a la demanda.

Creemos que sólo el clínico es capaz de gestionar su lista de espera, si bien es imprescindible dotarlo de los instrumentos necesarios para que esta demora sea lo más corta posible. Es obligación del clínico poner de manifiesto cuáles son las deficiencias existentes para lograr una mejor gestión.

Bibliografía

1. Memoria Hospital de Viladecans, 1994.
2. Memoria Hospital de Viladecans, 2000.
3. Sampietro-Colom L, Espallargues M. Elaboració d'un sistema de priorització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll. Informatiu AATM 2000; 18:5-7.
4. Hanning M. Maximum waiting-time guarantee—an attempt to reduce waiting lists in Sweden. Health Policy 1996;36:17-35.
5. Saleh KJ, Wood KC, Gafni A, Gross AE. Immediate surgery versus waiting list policy in revision total hip arthroplasty. An economic evaluation. J Arthroplasty 1997;12:1-10.
6. Elwyn GJ, Williams LA, Barry S, Kinnersley P. Waiting list management in general practice: a review of orthopaedic patients. BMJ 1996;312:887-8.