

Gestión de listas de espera en consulta externa hospitalaria. Aplicación de un protocolo de alta de consulta de cirugía ortopédica y traumatología

Francisco Rodríguez-Argáiz^a, Belén Martín-Castilla^a, Yolanda Serrano-Contreras^a y Alberto Jiménez-Puente^b

^aServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Costa del Sol de Marbella. Marbella. ^bUnidad de Evaluación. Hospital Costa del Sol de Marbella. Marbella. España.

Correspondencia: Francisco Rodríguez-Argáiz.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Costa del Sol.
Ctra. Nacional 340; km, 187. 29600 Marbella. España.
Correo electrónico: drargaiz@telefonica.net

Resumen

Objetivo: Evaluación del impacto sobre el índice de revisiones de una consulta de cirugía ortopédica y traumatología, tras la aplicación de un protocolo de alta.

Material y método: Análisis prospectivo de 3.523 consultas externas de un servicio hospitalario de cirugía ortopédica y traumatología, a las que se aplicó un protocolo de alta de consulta. Comparación con una muestra aleatoria de 183 consultas realizadas durante el mismo período, a la que no se aplicó dicho protocolo.

Resultados: El porcentaje de revisiones fue del 48,7% en el grupo en que se aplicó el protocolo de alta, frente al 73,3% en el grupo control ($p < 0,0001$; intervalo de confianza [IC] del 95%, 18,2-31,5). No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos en cuanto al sexo, porcentaje de primeras/segundas visitas o servicio de procedencia de los pacientes.

Conclusiones: La racionalización del índice de revisiones en consulta especializada, mediante la aplicación de protocolos de alta, permite reducir el número absoluto de consultas y puede mejorar los tiempos de espera para consultas de primera vez.

Palabras clave: Listas de espera. Consultas externas. Criterios de alta.

Abstract

Objective: To evaluate the impact of a discharge protocol on the rate of follow-up consultations in an orthopedic-traumatology outpatient clinic.

Material and method: We performed a prospective review of 3.523 outpatient appointments in an orthopedic-traumatology department in which a discharge protocol was applied. This group was compared with a random sample of 183 outpatient appointments in the same period, without the use of this protocol.

Results: The percentage of follow-up consultations was 48.7% in the group in which the protocol was applied and was 73.3% ($p < 0.0001$; 95% CI, 18.2%-31.5%) in the control group. There were no differences between the two groups in sex, rate of first/second consultations or referral physicians.

Conclusions: Rationalization of the specialist clinic follow-up index by using a discharge protocol reduced the absolute number of consultations and may improve waiting times for first consultations.

Key Words: Waiting lists. Outpatient clinic. Discharge criteria.

Introducción

Un problema importante del sistema sanitario público es el elevado número de pacientes que demandan atención especializada^{1,2}. Como consecuencia de este gran volumen, se desborda la capacidad de gestión de citas de consulta externa de la mayoría de los servicios hospitalarios y aparecen, de forma inevitable, las listas de espera para las consultas de los especialistas³, así como para las pruebas complementarias solicitadas tras el examen clínico de los pacientes⁴. Las listas de espera y los retrasos en la atención, o en comunicar el diagnóstico, son una de las principales causas de insatisfacción para los pacientes y también afectan de forma negativa al profesional sanitario^{5,6}.

El desarrollo de un programa de gestión de lista de espera para las consultas especializadas debe contemplar varios aspectos fundamentales, sin cuyo funcionamiento coordinado no es posible abordar el problema de forma satisfactoria⁴. No

obstante, algunos autores consideran que todos los esfuerzos por reducir listas de espera fracasan a largo plazo, pues su disminución conlleva un aumento de las derivaciones^{2,6}.

El control de las fuentes de derivación de pacientes a las consultas especializadas, mediante el desarrollo de protocolos consensuados y programas de formación continuada, es un aspecto muy importante a tener en cuenta^{1,6,7}. Sin una implicación activa de estos colectivos en el control de las derivaciones al especialista, se dificulta en gran medida la gestión de las listas de espera^{8,9}. Algunos autores plantean la corresponsabilidad del propio paciente en las listas de espera de los servicios públicos, con relación al no cumplimiento con las citas concertadas sin su cancelación previa, lo que imposibilita ocupar estos huecos con nuevos pacientes¹⁰.

El servicio de admisión de consultas, responsable en los hospitales de la citación de los pacientes y de los circuitos de solicitud y recogida de pruebas complementarias, interviene también de forma importante en la gestión de la lista de es-

pera de consulta¹¹. La correcta adecuación del número de especialistas asignados para una determinada población y el número de habitantes dependientes del área sanitaria, debe regularse según los estándares establecidos^{4,6,12}.

Por último, el control del índice de revisiones generadas en la propia consulta del especialista, mediante el desarrollo de protocolos de alta de los pacientes a atención primaria (AP) o hacia otras áreas asistenciales, es un factor de gran importancia para reducir listas de espera^{3,6,13}. En el presente trabajo se evalúa el efecto de un protocolo de alta sobre la consulta externa de un servicio hospitalario de cirugía ortopédica y traumatología (COT).

Material y método

El estudio se realizó en el Hospital Costa del Sol de Marbella (HCS), empresa pública de la Junta de Andalucía, que presta asistencia de hospitalización general al Distrito Sanitario de la Costa del Sol de la provincia de Málaga. El área de COT del HCS está integrada por 10 especialistas que rotan semanalmente por las consultas externas y de forma global todos reciben el mismo número de primeras visitas al cabo de un año. El área de COT se divide en 4 unidades funcionales: artroplastias, raquis, artroscopia y miembro superior. Los pacientes quirúrgicos son derivados dentro de la propia área, para que sean valorados por la unidad correspondiente.

Se realizó un análisis prospectivo de 3.523 consultas citadas de forma aleatoria a un facultativo del servicio de COT entre los meses mayo de 2001 y octubre de 2002, a las que aplicó un protocolo de alta de consulta (tabla 1). El protocolo mencionado fue elaborado por los facultativos del servicio de COT del HCS, en colaboración con AP. Se seleccionó una muestra aleatoria retrospectiva de 183 consultas atendidas por el área COT durante el mismo período, en las que no se aplicó dicho protocolo. Los datos recogidos de cada consulta en los 2 grupos analizados (tabla 2) incluyeron aspectos relacionados con el lugar de procedencia y el destino de cada paciente tras la visita. Durante el período de 18 meses analizados, se realizaron 44.494 visitas en las consultas externas de COT del HCS, 18.258 fueron primeras visitas y 26.236 segundas visitas o sucesivas.

Se consideraron primeras visitas a todos aquellos episodios que fueron citados en consultas por orden de un facultativo ajeno al propio servicio de COT. En el caso de que la derivación estuviera relacionada con una enfermedad previa, por la cual el paciente ya había sido visto en los 6 meses anteriores, se consideró segunda visita o sucesiva. Las consultas de segunda vez o sucesivas son las que se citan para revisión por parte de alguno de los facultativos del servicio de COT. Se valoran como alta de consulta, los casos que se remiten al médico de AP, rehabilitación u otra especialidad, mientras que son revisiones las indicaciones de nueva consulta de COT. Los pacientes que fueron remitidos a lista de espera quirúrgica no se incluyeron en el análisis comparativo de los porcentajes de alta y revisión de consulta, de los grupos de estudio y control.

En el protocolo de alta, del apartado "artralgias", así como algunas tendinopatías no quirúrgicas, se excluyen aque-

Tabla 1. Protocolo de alta de consulta de traumatología

<i>Patología osteoarticular sin indicación quirúrgica</i>
Raquialgia
Artralgia
Mialgia
Reumatismo
Osteoporosis
Otros
<i>Lesiones traumáticas</i>
Fractura consolidada
Herida superficial
Heridas musculotendinosas con balance recuperado
Esguince leve, contusión
Rotura fibrilar
Otros
<i>Estabilización postoperatoria, excepto</i>
Artroplastias
Niños en crecimiento
Patología tumoral
<i>Patologías de otra especialidad</i>
Reumatología
Cirugía vascular
Dermatología plástica
Cirugía general
Neurología/neurocirugía
Otras

Ilos casos en los que se indicó tratamiento mediante infiltraciones, al ser ésta una terapia no realizada en AP. Los casos derivados a AP, rehabilitación u otra especialidad, se acompañaron de un informe en que se hacía constar el diagnóstico y orientación terapéutica. Si tras la realización de la cirugía u otro tratamiento prescrito, los pacientes que se enviaron a la sesión clínica semanal del servicio de COT o a lista de espera quirúrgica volvían a ser citados en consulta, se consideraron como segunda visita o sucesiva.

El análisis estadístico entre el grupo control y el grupo al que se aplicó el protocolo de alta de consulta se realizó mediante la prueba de la χ^2 . Se calcularon los intervalos de confianza (IC), con un 95% de probabilidad (IC del 95%), de las diferencias que resultaron estadísticamente significativas. La construcción de la base de datos se realizó con el programa Lotus Approach-97 y el análisis mediante Epi Info, versión 6.

Resultados

En el grupo de consultas analizadas a las que se aplicó un protocolo de alta de consulta externa de COT ($n = 3.523$), el 46% fueron varones y el 54% mujeres. El 42% ($n = 1.495$) fueron primeras visitas y el 58% ($n = 2.028$) segundas visitas o sucesivas.

Las primeras visitas fueron remitidas en un 65% ($n = 970$) desde AP, y en un 26% ($n = 383$) desde el área de urgencias. El resto fueron pacientes enviados por otros especialistas del propio hospital o pacientes que precisaron hospitali-

Tabla 2. Protocolo de recogida de datos

Procedencia de paciente
Revisión
Primaria
Urgencias
COT
Servicio admisión
Otros
Interconsulta
Datos de filiación
N. ^o historia clínica
Fecha de la consulta
Sexo
Facultativo al que se dirige la cita
Número de consulta: primera o sucesiva
Datos de la consulta realizada
Facultativo que la realiza
Pruebas solicitadas
Destino del paciente
Informe a médico AP (si procede)
Observaciones
Orientación diagnóstica
Raquialgia
Artralgia
Polialtralgia
Traumatismo
Postoperatorio
Infantil
Otros

zación de urgencias y que luego fueron citados en consulta para revisión. Se solicitaron pruebas complementarias al 55% de las primeras visitas ($n = 828$), de las que más de la mitad fueron radiografías simples y una tercera parte, resonancias magnéticas. En la consulta del especialista, se le solicitó radiografías simples al 20% de los pacientes derivados por AP. En la tabla 3, se resumen las causas de derivación de los pacientes a la consulta de COT.

Las segundas visitas o sucesivas se indicaron en un 64% por un especialista diferente al que posteriormente vio al paciente en la consulta. En un 36% de las ocasiones, fue el especialista que indicó la revisión el mismo que realizó posteriormente la visita. El porcentaje de altas de consulta en el grupo al que se aplicó el protocolo indicado en la tabla 2, fue del 51,3% y el destino de los pacientes después de realizada la consulta, queda reflejado en la tabla 4.

En el grupo control de pacientes que fueron visitados en la consulta de COT sin aplicación del protocolo de alta ($n = 183$), el 44% fueron varones ($n = 80$) y el 56% mujeres ($n = 103$); un 42% de las veces fueron primeras visitas ($n = 76$) y un 58% visitas sucesivas ($n = 107$). Las consultas de primera vez fueron remitidas de AP en un 59% ($n = 45$) y del área de urgencias en un 28% ($n = 21$). Las patologías remitidas con mayor frecuencia se resumen en la tabla 2. El porcentaje de altas de consulta fue del 26,3%, y el destino de los pacientes tras la visita en la consulta de COT se refleja en la tabla 4. El porcentaje de revisiones tras la aplicación del protocolo de al-

Tabla 3. Comparación de las características de los pacientes seleccionados en los 2 grupos analizados

	Grupo de estudio (3.523) n (%)	Grupo control (183) n (%)	p
Sexo			
Varón	1.621 (46)	81 (44)	0,64
Motivo de la consulta			
Traumatología	478 (32)	19 (25)	
Raquialgia	317 (21)	20 (26)	
Artralgia	277 (18)	17 (22)	0,34
Infantil	98 (7)	2 (3)	
Polialtralgia	52 (3)	1 (1)	
Otras	292 (19)	17 (23)	
Tipo de consulta			
Primeras	1.495 (42)	76 (42)	0,81
Segundas	2.028 (58)	107 (58)	

Prueba estadística aplicada: χ^2 .

Tabla 4. Destino de los pacientes después de la consulta de cirugía ortopédica y traumatología

	Grupo de estudio (3.523) n (%)	Grupo control (183) n (%)	p
Destino			
Primaria	1.380 (40)	28 (15)	
Revisión	1.222 (35)	123 (67)	
Unidad COT*	403 (11)	6 (3)	
Rehabilitación	292 (8)	18 (10)	
LEQ**	190 (5)	8 (5)	
Otro servicio	36 (1)	0 (0)	
Altas	1.708 (51,3)	46 (26,3%)	
Revisiones	1.625 (48,7%)	129 (73,7%)	< 0,0001

Prueba estadística aplicada: χ^2 .

IC: intervalo de confianza.

*El área de COT del HCS se organiza en unidades funcionales, a las cuales, los propios especialistas derivan pacientes. También se incluyen los pacientes que fueron remitidos para valoración en sesión clínica.

**Lista de espera quirúrgica.

tas fue del 48,7% y en el grupo control fue de un 73,7% ($p < 0,0001$; IC del 95%, 18,2-31,5).

Discusión

El porcentaje de revisiones es un factor de gran valor para la gestión de la lista de espera en consulta especializada³. La especialidad de COT es una de las más demandadas por la población en general¹³, y en el HCS ocupa el primer lugar en número absoluto de consultas, con casi el 20%

del total. Una situación deseable sería aquella en la que el número de primeras visitas igualase al de altas, de forma que la lista de espera para una consulta de especialista no aumentase de forma progresiva. Según datos del Servicio Andaluz de Salud, durante el año 2000 el porcentaje de revisiones en la consulta de COT fue de un 54,9% para el conjunto de los hospitales de la red sanitaria pública andaluza¹⁴.

Los grupos seleccionados para el presente estudio fueron homogéneos en cuanto a sexo de los pacientes, en ambos fueron más numerosas las visitas de mujeres (55%) que las de varones (45%). También fue similar la proporción de primeras/segundas visitas, con 7 revisiones por cada 10 pacientes citados en consulta. De igual forma, tanto en el grupo control como en el grupo de estudio, las fuentes principales de derivación de pacientes al área de COT fueron AP, con el 60% de los pacientes que se reciben en dicha consulta, seguida del área de urgencias con un 30% de los casos.

El porcentaje de revisiones del servicio de COT del HCS en el período analizado fue de un 73,7%, lo que supone que por cada 10 pacientes citados en la consulta, sólo 3 son dados de alta y el resto son revisados de nuevo, lo que crea un gran pool de enfermos en revisión, que bloquea la capacidad de absorber nuevos pacientes, y aumenta la lista de espera^{3,6}. Mediante la aplicación de un protocolo de alta de la consulta de COT (tabla 2), el porcentaje de revisiones se redujo a un 48,7% ($p < 0,0001$; IC del 95%, 18,2-31,5). De este estudio comparativo se eliminaron los pacientes derivados a lista de espera quirúrgica –190 en el grupo de estudio y 8 en el grupo control–, pues se consideró que no reunían el criterio de “alta de consulta externa”, ya que iban a ser operados y luego revisados por el propio servicio de COT. Por otra parte, tampoco podían encuadrarse en el grupo de revisiones, ya que de hecho no son citados para volver a la consulta de COT.

La escasa adecuación entre el facultativo especialista, que atiende al paciente e indica una revisión, y el facultativo, que posteriormente realiza dicha revisión (un 36% en el presente estudio), es uno de los motivos que hace aumentar el índice de revisiones. Si se generasen “carteras de pacientes” personalizadas por especialistas, sería más fácil aplicar sistemas de control de las revisiones en consulta⁶.

Según algunos estudios, las citaciones erróneas por parte del servicio de admisión pueden llegar al 10% de los casos¹¹. Aunque en el presente trabajo no fueron cuantificadas, hubo algunas consultas para ver el resultado de pruebas complementarias sin que éstas estuviesen realizadas, situación que hizo aumentar el número de revisiones. De igual forma, las citaciones en la consulta de COT por parte del servicio de admisión, a petición de pacientes que habían sido vistos u operados con anterioridad en el área, sin que dicha revisión se hubiese indicado previamente por un facultativo, permiten una mayor accesibilidad del usuario a la consulta de especialidad, pero interfieren de forma significativa con el porcentaje de revisiones y, por tanto, con la lista de espera de consulta.

Otro de los factores que influye en el elevado índice de revisiones es el escaso porcentaje de casos que son remitidos de AP con pruebas complementarias realizadas. Es deseable

que los facultativos de AP deriven a los pacientes a la consulta de COT y aporten unas radiografías simples de la región en estudio, así se evitaría una nueva revisión tras la realización de éstas. En el grupo analizado, se solicitaron radiografías simples en un 20% de los casos remitidos por AP, lo que determinó hacer una nueva visita a todos estos pacientes. En algunos servicios se plantea evitar la demora inherente a la realización de pruebas diagnósticas diferidas, mediante la implantación de la consulta única, en que en una misma jornada queda establecido un diagnóstico con su correspondiente tratamiento tras la realización de las exploraciones complementarias necesarias¹⁵. De igual forma, una participación más activa de AP en determinados tratamientos, que en la actualidad se realizan de forma exclusiva en la consulta de COT (infiltraciones) y que ocupan un porcentaje significativo de las revisiones, es otro aspecto relevante a considerar.

En un análisis de gestión de listas de espera es necesaria una evaluación integral de todos los factores que inciden en el proceso. Es fundamental la implicación en el problema de las áreas de urgencias y AP como fuentes principales de nuevos pacientes para la consulta de COT. El desarrollo de protocolos de derivación a las consultas de especialidad es un elemento esencial en el proceso^{1,4,11} pero su efectividad en la gestión de las listas de espera disminuye en gran medida si no se acompaña de un control racional del índice de revisiones⁶. El desarrollo de un protocolo de altas para la consulta de COT permitió disminuir de forma significativa el porcentaje de revisiones, y harán falta estudios a más largo plazo y con mayor número de especialistas implicados para valorar su impacto en el control de la lista de espera de consulta.

Bibliografía

1. Rodríguez-Argáiz F, Jiménez A, Guerado E, Cara JA, Narváez A, Aguiar F. Variabilidad en las derivaciones de Atención Primaria a un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Rev Calidad Asistencial 1998;13:211-5.
2. Smethurst DP, Williams HC. Self-regulation in hospital waiting lists. J R Soc Med 2002;95:287-9.
3. Davies HT, Crombie IK, Macrae WA. Waiting in pain. Delays between referral and consultation in outpatient pain clinics. Anaesthesia 1994;49:661-5.
4. Barba R, Bohigas L, Delgado R, Gorritxoa JA, Gil A, Humet C, et al. Las listas de espera. Rev Calidad Asistencial 1996;11:100-1.
5. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2002;17:273-83.
6. Ramos AJ, Martínez C, Escrivá V. Gestión de consultas externas y pruebas diagnósticas programadas en atención especializada. Papeles Médicos 2002;11:166-81.
7. Elwyn GJ, Williams LA, Barry S, Kinnersley P. Waiting list management in general practice: a review of orthopaedic patients. BMJ 1996;312:887-8.

8. Camp Herrero J. Papel de los centros de atención primaria en la descongestión de los hospitales. *Med Clin (Barc)* 1988;91: 779-82.
9. Fernández FM, González L, Mora G, Navarro M. El control de las listas de espera debe comenzar en atención primaria [Carta al Director]. *Aten Prim* 2000;26:136-7.
10. De las Cuevas C, De la Fuente JA, García-Estrada A. La responsabilidad del paciente en las listas de espera de los servicios públicos. *Psiquis* 1998;19:85-9.
11. Ruiz J, Tarifa B, García-Urbaneja M. Mejora continua en las citaciones de usuarios a consultas externas. *Rev Calidad Asistencial* 1996;11:297.
12. Bayes R. Los tiempos de espera en medicina. *Med Clin (Barc)* 2000;114:464-7.
13. Yagüe AJ, Blanco MT, Juez AA. Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un centro de salud. *Aten Prim* 1991;8:40-4.
14. Servicio Andaluz de Salud. Datos e indicadores de consultas por especialidades en Andalucía. En: SAS. Actividad asistencial en Atención Especializada. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2001; p. 107.
15. Rosa F, Zambrana JL, Velasco MJ, Adarraga D, Martos L, Marín M. Análisis de los tiempos de demora en un programa de consulta única. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:378-9.