

Hallux valgus y cirugía mayor ambulatoria

M. A. García de León^a, M. A. García-Martínez^b, O. Marín-Peña^a, J. Cruz-Gómez^a y J.M. Guijarro-Galiano^a

^aServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

^bServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. C.E.P. Carabanchel Alto. Madrid.

Objetivo. Demostrar la eficacia de la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en el coste-proceso de la patología *hallux valgus* en la gestión de los recursos sanitarios.

Material y método. Se analizó el proceso *hallux valgus* en pacientes intervenidos durante el año 1995 mediante ingreso rutinario y en el año 1999 a través de ingreso por la unidad de CMA bajo los parámetros de coste por proceso de acuerdo con la unidad ponderada asistencial (UPA) y la calidad asistencial evaluando el dolor, náuseas o vómitos, fiebre, sangrado y grado de satisfacción en las primeras 24 horas.

Resultados. Se objetivó que el coste por proceso en los pacientes ingresados de forma rutinaria fue de 2,5 UPA médicas frente a 0,25 UPA médicas en los ingresados por CMA, no encontrándose diferencias en cuanto a los parámetros evaluados en el control de calidad.

Conclusiones. El proceso *hallux valgus* debe incluirse dentro de la cartera de servicios de Traumatología en la unidad de CMA, ya que reduce de una forma considerable el coste sanitario. No se apreció ninguna diferencia en relación con la calidad asistencial y el grado de satisfacción en los pacientes intervenidos mediante CMA o mediante ingreso convencional. Es esencial la correcta selección del paciente, la información que se le ofrece y la motivación de los profesionales.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, *hallux valgus*, coste-proceso.

Hallux valgus and outpatient major surgery

Objective. To demonstrate the efficacy of an Outpatient Major Surgery (OMS) unit by the process costing of *hallux valgus* surgery within the context of healthcare resource management.

Materials and methods. The *hallux valgus* process was analyzed in patients who underwent surgery in 1995 by routine admission and in patients treated in an OMS Unit in 1999. Process costing was analyzed using weighted care units (WCU), the quality of care, including pain, nausea or vomiting, fever, bleeding, and patient satisfaction in the first 24 hours.

Results. The process cost was 2.5 medical WCUs in patients treated by routine admission versus 0.25 medical WCU in patients treated in an OMS unit. No differences were found in the quality control parameters evaluated.

Conclusions. *Hallux valgus* surgery should be included in the orthopaedic departments of OMS Units because it considerably reduces healthcare costs. No difference was observed in the quality of care or satisfaction of patients who underwent surgery in the OMS unit compared with conventional admissions. Correct patient selection, patient information, and professional motivation are essential factors.

Key words: outpatient major surgery, *hallux valgus*, cost-per-process

En la década de los ochenta nuestro país introdujo una reforma en la gestión sanitaria para contener el gasto sanitario que vino a denominarse "asistencia sanitaria gestionada"

Correspondencia:

M.A. García de León
Hospital Severo Ochoa.
Avda. Orellana s/n.
28911 Leganés. Madrid.
Correo electrónico: mgarciahsvo@.salud.madrid.org

Recibido: enero de 2003.

Aceptado: junio de 2003.

(Managed Care). Entre las diferentes medidas tomadas estaban el aumento de la autonomía de los hospitales, la racionalización de la asistencia y la participación de los profesionales en la gestión que ha tenido una gran importancia la reducción de la estancia hospitalaria, considerada innecesaria en más del 30% de los casos. La apertura de las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA), también conocida como cirugía de día o *cirugía sin ingreso*, ha contribuido de una manera muy notable en la consecución de este objetivo¹.

Aunque es cierto que la implantación de este nuevo sistema de la CMA ha dado lugar a múltiples problemas en su

inicio la correcta selección de los pacientes, la información que se les da y la motivación de los profesionales ha hecho que este nuevo planteamiento de corta estancia sea un éxito en los hospitales y que constituya, por tanto, un pilar básico en la reducción del gasto sanitario de los mismos² asociado a una mejora de la calidad de la atención sanitaria en todas sus facetas^{3,4}. Así, el Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid) en marzo de 1996 creó esta unidad de CMA integrada dentro del área quirúrgica y en su cartera de procedimientos se incluyó, entre otros, para el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, la cirugía del *hallux valgus*. El propósito de este trabajo fue comparar el gasto sanitario de una serie de pacientes intervenidos del proceso *hallux valgus* antes de instaurar la unidad de CMA en nuestro hospital, con otro grupo que se benefició de la implantación de este sistema.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha consultado la base de datos de nuestro hospital y se ha seleccionado el proceso *hallux valgus* que se intervino a lo largo de 1995 mediante ingreso rutinario y a lo largo de 1999 a través de la unidad de CMA. Se ha obtenido un total de 48 pacientes en el año 1995 y 39 en el año 1999, todos ellos intervenidos bajo anestesia raquídea. Del grupo de pacientes intervenidos en 1995 se han descartado aquellos en las que si se hubiera aplicado el protocolo de admisión para intervención por CMA se hubiera rechazado, bien por factores sociales (adecuación de la vivienda, presencia de acompañantes, distancia a la unidad inferior a una hora, disponibilidad de ascensor y teléfono), bien por factores psicológicos (estabilidad emocional, comprensión de las instrucciones, aceptación voluntaria) o estado general (*valoración según escala ASA*), por lo que sólo se incluyen en el estudio 43 pacientes. En ambas series se han analizado dos parámetros a nuestro juicio de vital importancia: el grado de conformidad y la estancia hospitalaria de acuerdo con la unidad ponderada asistencial (UPA). Dentro del grado de conformidad se han analizado los parámetros de dolor *con arreglo a la escala visual analógica*, náuseas o vómitos, *temperatura mayor de 38 °C*, *sangrado que mancha el vendaje* y grado de satisfacción dentro de las primeras 24 horas.

RESULTADOS

En la serie de pacientes intervenidos en el año 1995 mediante ingreso rutinario (43 pacientes) se ha observado que en 35 enfermos, es decir el 81,39% de los casos, la estancia hospitalaria fue de ingreso por la tarde el día anterior a la cirugía, y el alta médica se produjo al día siguiente del acto quirúrgico. Sólo 8 pacientes permanecieron ingresados más días: Uno estuvo ingresado 12 días por presentar un

cuadro vertiginoso y una reagudización de un herpes zoster torácico, 5 estuvieron 5 días sin ninguna causa aparente, salvo que la intervención se realizó en viernes y su cirujano cursó el alta hospitalaria el lunes siguiente, dos permanecieron 5 días por cuadro de cefalea persistente, en relación posiblemente con el proceder anestésico.

Por consiguiente, la gran mayoría de estos pacientes realizaron un gasto sanitario de una UPA médica y otra UPA quirúrgica. Dentro de las primeras 24 horas el grado de dolor fue en un 21% moderado, en un 45% leve, en un 27% ausente y el 7% no supo; la sensación de náuseas o vómitos se produjo en un 5%; fiebre en el 2%; sangrado en el 13% y el grado de satisfacción fue del 73%: muy bueno, 26%: bueno y 1%: descontento.

Del grupo de pacientes que ingresaron en 1999 en la Unidad de CMA (39 enfermos), todos acudieron al hospital el día de la intervención quirúrgica, y salvo tres pacientes al resto se les dio el alta médica el mismo día de la intervención. Hubo pacientes que tuvieron que quedar ingresados más días, uno estuvo ingresado un día más por intenso dolor; otro presentó una parada cardiorrespiratoria en el postoperatorio inmediato, siendo dado de alta médica tres días más tarde; el último, como consecuencia de una reacción alérgica a un calmante administrado, permaneció en el hospital dos días más.

Por tanto el mayor porcentaje de pacientes (92,31%) realizó un gasto sanitario de una UPA ambulatoria. En el seguimiento telefónico que se realizó a las 24 horas los pacientes manifestaron que el grado de dolor fue en el 16% moderado, en el 34% leve, en el 42% ausente y un 8% no supo; la sensación de náuseas o vómitos ocurrió en un 4%, el cuadro febril en un 2%, el sangrado en un 14% y el grado de satisfacción fue muy bueno en el 75%, bueno en el 22% y se manifestaron descontentos el 3%.

DISCUSIÓN

Se denomina CMA a la atención de procesos subsidiarios de cirugía realizada con anestesia general, regional, local o sedación que requieran cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento⁵. El incremento progresivo de los costes de los servicios hospitalarios, el imparable aumento de las listas de espera, la seguridad y eficacia demostradas por la CMA y los avances anestésicos, sobre todo de fármacos que producen una rápida recuperación de los pacientes, ha hecho que el auge de estas unidades sea imparable⁶.

Las dos series que *se presentan* en este trabajo son muy similares tanto en relación con el número de pacientes, como con el resultado obtenido en aquellos que no sufrieron ninguna complicación. Llama la atención el tiempo de estancia hospitalaria que presentaron los enfermos interveni-

dos en viernes, que sin presentar ningún tipo de complicación permanecieron ingresados hasta el lunes siguiente, entendiendo como única justificación de esta tardanza la llegada del fin de semana, ya que al lunes siguiente su cirujano cursó en todos los casos el alta hospitalaria correspondiente. Ello pone de manifiesto el importante despilfarro de recursos sanitarios que sin ninguna justificación se realizó en estos pacientes.

La rentabilidad en el proceso *hallux valgus* que se ha obtenido en nuestro centro con este nuevo sistema es indudable; los pacientes intervenidos antes de la implantación de la unidad de CMA realizaron un gasto de una UPA médica y otra UPA quirúrgica, lo que equivale a 2,5 UPA médicas; sin embargo, los pacientes sometidos a este acto quirúrgico una vez implantada esta unidad han gastado una UPA ambulante, lo que equivale a 0,25 UPA médicas. Todo ello evidencia que con una buena gestión de este proceso quirúrgico se puede ahorrar 2,25 UPA médicas.

Por otra parte, la buena gestión de los recursos debe ir asociada a un grado de conformidad satisfactorio por parte del paciente^{7,8}, ya que en nuestra opinión siempre han de ir correlacionados los parámetros «calidad y precio», y en este sentido hay que reseñar que algunas de las ventajas de la unidad de CMA, y que han ayudado a su éxito, son la mínima alteración del modo de vida del enfermo al abandonar su hábitat tan sólo unas horas, la atención individualizada que estrecha la relación médico-paciente y la disminución de la ansiedad de los pacientes al quitar dramatismo al acto quirúrgico^{9,10}. Sin embargo, tampoco debemos olvidar que la implantación de estas Unidades puede dar lugar a ciertos inconvenientes como que los enfermos deben participar activamente en el control postquirúrgico, y en algunos casos pueden incumplir las normas postoperatorias que se les indican, que en algunas ocasiones puedan tener sensación de abandono tras el alta o que determinados pacientes vivan solos y no dispongan de ayuda en su domicilio^{11,12}, *por lo que hay que tener especial cuidado en la selección de los pacientes que van a ser tratados en la unidad de CMA*.

Desde el comienzo del programa de CMA de nuestro centro se viene realizando un seguimiento telefónico de todos los pacientes a las 24 horas tras el alta, no sólo para valorar el grado de satisfacción, sino también para efectuar un seguimiento, valoración y resolución de los diferentes problemas que pudieran surgir en el domicilio tras el alta hospitalaria. Siguiendo esta misma doctrina al revisar los casos intervenidos en 1995 antes de implantarse esta unidad, se observa que de las dos series de nuestro estudio los parámetros dolor, náuseas o vómitos, fiebre, sangrado y grado de satisfacción del paciente, presentan unos valores muy similares, por lo que se puede asumir que no existe diferencia en relación con el grado de satisfacción de los usuarios antes y después de la implantación del proceso *hallux valgus* en la cartera de servicios de la unidad de CMA, y que sin embargo sí se objetiva una importante reducción

del gasto por paciente. Todo ello nos anima, por tanto, a potenciar este servicio en nuestro centro.

Queremos llamar la atención en que el éxito de la unidad de CMA en este proceso tiene que ver, a nuestro juicio, con tres elementos básicos que son la correcta selección de los pacientes, la información que se les va a dar, y por supuesto, la motivación de los profesionales. No cabe duda alguna de que si *esta* serie de CMA obtiene buenos resultados es porque los pacientes incluidos en este programa han pasado por una correcta selección que nos ha permitido dar el alta médica a las pocas horas de la intervención^{13,14}. Los elementos que han determinado la selección del paciente deben ser, según nuestro criterio, además del tipo de proceso, factores sociales como adecuación de la vivienda, presencia de acompañantes, distancia a la unidad inferior a una hora y disponibilidad de ascensor y teléfono, y factores psicológicos como estabilidad emocional, comprensión de las instrucciones, aceptación voluntaria, y por supuesto el estado general con expresa valoración de las patologías asociadas.

Por consiguiente animamos a que este tipo de gesto quirúrgico se realice a través de las unidades de CMA si existe motivación por parte de los profesionales¹⁵, que se lleve a cabo una correcta información a la población diana y que se elija correctamente a la misma¹⁶, con el pleno convencimiento de que la reducción del coste de este proceso va a ser importante, sin menoscabar la calidad asistencial y el grado de conformidad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera Gutiérrez J, Gines Noguera M, Subh M. Cirugía ambulatoria: Estudio piloto. *Cir Esp* 1988;44:865-74.
2. Jiménez A, Resa J, Cerdán R, Lagos J, Escartín A, González, M. Dificultades para la implantación de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital público. *Cir Esp* 1995;58:476-9.
3. Blumenthal D. Quality of health care. Part 4: The origins of the quality care debate. *N Engl J Med* 1996;335:1146-9.
4. Humet C. La responsabilidad del gestor en el impulso y seguimiento de los programas de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:773-80.
5. Marshall SI, Chung F. Discharge following ambulatory surgery. *Ambul Surg* 1997;5:3-8.
6. Davis JE, Sugioa, K. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria: Evaluaciones quirúrgicas y anestésicas. *Clin Quir North Am* 1987;4:737-47.
7. Donabedian A. La calidad de la asistencia. *Jano* 1989;36:103-10.
8. Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:163-75.
9. Mitchell RT. Organización de un programa de cirugía ambulatoria mayor. *Clin Quir North Am* 1987;4:709-24.
10. Sevilla Pérez F, Fernández Palomeque C, Colomer Mascaro J, et al. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
11. Colomer J. Cirugía ambulatoria: De la teoría a la práctica. *Todo Hospital North Am* 1983;101:41-8.

12. Wetchler BV. Procedure selection guidelines: The time is now to prepare for the 21st century. *Ambul Surg* 1999;7:131.
13. Marin Morales J, Otero Fernández JA, Pérez Ramírez et al. Unidad de Cirugía de Día: Funcionamiento y experiencia. *Cir Esp* 1994;56:231-4.
14. Sierra Gil E, Colomer Mascaro J, Pisiques F, et al. La cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada a un hospital. Organización, funcionamiento y experiencia. *Cir Esp* 1992; 52:255-60.
15. Sánchez-Cabezudo, Díaz-Guerra C, Porrero Carro JL. Diseño y estructuras en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Ambul* 1998;3:195-8.
16. Waghorn A, McKee M, Thompson J. Surgical outpatients: Challenges and responses. *Br J Surg* 1977;84:300-7.

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.