Análisis y puesta en marcha de un modelo de alta resolución en cirugía maxilofacial

L. Bermudo Añino¹, Y. Basilio Herrero², A. López Ceres², F. Juan Ruiz³

Introducción

La Cirugía Oral y Maxilofacial (COMF) es una especialidad que desarrolla su actividad en hospitales de tercer nivel (conocidos como regionales) que abarca patología infecciosa, traumatológica, oncológica y malformativa de cabeza y cuello. Por tanto, engloba toda la patología oral, parte de la cual no precisa de las instalaciones de un hospital regional para realizarse, además de ser entre un 70 al 80% del total de los pacientes de la especialidad.

Por todo lo anterior, si queremos reducir el tiempo de espera, tanto en la consulta como en las intervenciones quirúrgicas, hay que actuar sobre estos pacientes que son la mayoría de los que se atienden. Nada mejor para ello que el diseño de un sistema propio de alta resolución donde el paciente pueda ser visto e intervenido quirúrgicamente si lo precisa, en el día, con la realización de las pruebas diagnósticas pertinentes previas. Así mismo, la figura del cirujano oral y maxilofacial como referente de área de la odontología de atención primaria, aporta un plus en experiencia, eficacia y eficiencia que se traduce también en un ahorro de visitas al centro hospitalario.

Las consultas externas de cirugía maxilofacial son el eje alrededor del cual gira la actividad de la especialidad, el lugar idóneo para diagnosticar, orientar y planificar la estrategia terapéutica de un enfer-

mo, siendo la hospitalización un instrumento de apoyo dentro del proceso de relación de un especialista hospitalario y un enfermo.

El Sistema Sanitario Andaluz articula su actividad asistencial sobre dos niveles: Atención Primaria y Especializada: en Atención Primaria (AP) se habrían de resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población derivándose hacia Atención Especializada (AE) los problemas no resueltos en el primer nivel. La derivación transmite la competencia desde el médico de AP al de AE, que trataría de solucionar problemas de salud que por su complejidad o requerimientos tecnológicos superan los medios de AP.

Sin embargo, existen algunas dificultades, la falta de continuidad entre ambos niveles asistenciales y la carencia de criterios clínicos y organizativos comunes constituyen un problema organizativo de la asistencia. El fraccionamiento de la atención tiene repercusiones sobre la accesibilidad y la calidad, que se evidencian en listas de espera, duplicación de consultas, pruebas y variabilidad en la práctica profesional. Para el ciudadano los problemas se traducen en insatisfacción y desconfianza del sistema.

Los actuales Ambulatorios y Centros de Especialidades presentan problemas relacionados con la satisfacción, la calidad y la accesibilidad. En estos centros la variabilidad en la práctica médica es elevada, incluso dentro de mismos equipos profesionales, generando incertidumbre profesional que, unida a la continua aparición de opciones diagnósticas y terapéuticas, está afectando a la eficacia de la asistencia. También son frecuentes la realización de pruebas y exploraciones que no añaden valor al proceso diagnóstico y, por el contrario, aumentan las molestias, burocracia y retrasos, además de elevar el coste-oportunidad que asocian estas prácticas para el conjunto del sistema.

La consulta única o consulta de alta resolución busca resolver el problema de salud de un paciente

1 Jefe de Sección. Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

2 Médico Residente. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

3 Director Gerente. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España

Correspondencia:

Lucas Bermudo Añino
Bouganvillea 13
29018 Málaga, España

en su primera visita a un centro, realizando en un único tiempo todas las pruebas complementarias pertinentes para lograr dicho fin. Con todo ello, se persiguen resultados más eficientes en cuanto a las expectativas de los ciudadanos y las listas de espera.

Este trabajo describe la puesta en marcha de un centro de atención especializada orientado funcionalmente a la resolución en visita única, proponiendo una metodología de asistencia de procesos y sistemas laterales orientados al paciente; así el diagnóstico, tratamiento y cuidados se organizan más en función de «criterios de usuario» que en función de los procedimientos clínicos funcionales tradicionales.

De esto se deriva el concepto de revisión de consulta única, que corresponde a la consulta que sigue a la primera visita y que se realiza en el mismo día, una vez realizadas las pruebas diagnósticas pertinentes. La visita sucesiva sería aquella que se realiza otro día distinto a la primera visita, generada a raíz de ésta y por el mismo proceso inicial. Con la consulta de alta resolución se potencian las primeras visitas y las revisiones en el día, lo que lleva a una disminución del número de visitas sucesivas, obteniendo un mayor rendimiento del tiempo de consulta y tiempos mínimos de espera en la atención de consultas externas para un enfermo nuevo.

Esta novedad en la asistencia es una apuesta por la Alta Resolución, la Calidad y la Eficiencia, que repercute directamente en el paciente y sus familiares, es donde se combinan varias dimensiones, siendo la *satisfacción de los ciudadanos* el elemento central y que define el enfoque de calidad que se pretende, ya que evitamos desplazamientos a citas sucesivas, tiempos de demora innecesarios y bolsas de ineficiencia en la prestación de la asistencia, con una mayor calidad percibida por el ciudadano al realizar una gestión más eficaz de su tiempo incorporando el «acto único» como filosofía funcional de resolución del conjunto del hospital.

Material y método

El planteamiento esencial que se realiza es el de cambiar los esquemas funcionales y tecnológicos de los ambulatorios y, además, explorar fórmulas de organización de servicios que dentro del marco del sistema público permitan:

- Mejorar la oferta y prestación de servicios al ciudadano y agilizar la capacidad de respuesta
- Enriquecer el trabajo de los profesionales y descentralizar la toma de decisiones
- Desarrollar la Organización.

Se persiguen, por tanto, unos **objetivos** que son:

- Prestar unos servicios de Atención Especializada orientados al ciudadano, eje central del sistema sanitario público.

- Rapidez en la respuesta, visita única, servicios de Calidad y demostrada Coste-Efectividad.
- Continuidad de la asistencia: estableciendo con Atención Primaria y Hospital la coordinación necesaria para mejorar y garantizar la continuidad de cuidados y la derivación óptima de los pacientes.
- Generar satisfacción de usuarios y profesionales, atendiendo a los ciudadanos, mejorando y aliviando no sólo su salud/enfermedad, sino también la satisfacción sobre la atención recibida, la información, el trato personalizado, la intimidad y el confort.
- Crear *imagen de marca*: el acto único, en la que servicios de calidad, la accesibilidad y el rigor presupuestario son valores de la Organización.
- Fomentar entre profesionales y trabajadores un clima y cultura de empresa, en la que el desarrollo profesional y personal son relevantes, generando al mismo tiempo eficiencia y servicios adecuados a los usuarios.
- Constituir una estructura organizativa acorde con los objetivos explicitados, que permita afrontar las necesidades funcionales para prestar los servicios.

Con este nuevo sistema de consultas la relación médico-paciente se ve fortalecida, el hecho de que sea el mismo médico el que atienda al paciente la primera vez y también el que le informa de los resultados de las pruebas complementarias, emite un diagnóstico y oferta un tratamiento en tiempos mínimos, supone reafirmar esa relación.

En el Centro de Alta Resolución de Especialidades (CARE), las Unidades Asistenciales estarán dotadas de cierta autonomía y serán responsables de gestionar recursos y generar un volumen de actividad, de acuerdo con los plazos de garantía pactados. Financiadas suficientemente, la dirección y gerencia establecerán restricciones que eviten la selección de riesgos, y su volumen de actividad habrá de permitir economías de escala; estructuralmente, cada Unidad estará compuesta por una serie de consultas, boxes exploratorios, diagnósticos, aparatos y tecnologías, además de la Unidad de Coordinación Asistencial.

Los **factores claves** para la consulta de cirugía maxilofacial de alta resolución son:

1. **Sistemas de información:** Se han orientado a la gestión de la demanda asistencial, como apoyo en la toma de decisiones, para conocer y corregir en todo momento y en todo lugar la situación de la prestación sanitaria. La información de la actividad asistencial (listas de espera por especialidad, derivaciones desde atención primaria, primeras visitas, consultas sucesivas, etc.) suministrada de forma permanente, y accesible en red,

se ha convertido en una de las herramientas básicas en la toma de decisiones de todos los profesionales, permitiendo el control de la actividad ambulatoria en todo momento.

2. **Organización y gestión por procesos:** El trabajo en equipo en todos los niveles favorece el atender en tiempos mínimos las diferentes necesidades del paciente. La estructura horizontal facilita la accesibilidad y comunicación entre los profesionales y los equipos de trabajo. La información queda garantizada a través de consentimientos informados estándar para que el usuario disponga de datos objetivos que le ayuden a decidir.

3. **Planificación del trabajo:** La actividad comienza con la priorización en la selección de pacientes, que realiza el cirujano maxilofacial tras la revisión de los documentos de derivación procedentes de la Atención Primaria, fundamentalmente del odontólogo. Los pacientes son citados para que acudan en las primeras horas de la mañana, lo que permite la realización de las pruebas complementarias pertinentes en el día, así como la revisión en el día de las mismas.

La gestión de las citaciones se ha optimizado con la coordinación entre Cirugía Maxilofacial y la Unidad de Atención al Usuario, donde se han elaborado documentos de actuación conjunta; planificando el trabajo mediante agendas de citaciones con estructura adaptada al ritmo de la demanda de asistencia, característica de la asistencia por especialidad y agenda individualizadas por facultativo. Esto, además permite que se favorezca la libre elección de especialista.

4. **Interrelación con otras especialidades:** La petición realizada por la vía de Consulta Única, en nuestra especialidad fundamentalmente de O.R.L. y Traumatología, es atendida como una solicitud de carácter preferente que se responde de forma precoz.

Tras la interconsulta realizada a otro especialista o la prueba complementaria solicitada, el paciente regresa a la consulta inicial del facultativo, que le da el diagnóstico al menos de presunción y las indicaciones terapéuticas correspondientes. Esto correspondería a una revisión en Consulta Única. Finalmente el paciente puede ser dado de alta y remitido a Atención Primaria para el seguimiento del alta, o bien puede ser citado para una nueva valoración en consulta sucesiva, días después.

5. **Incentivación y Motivación:** Para el cirujano maxilofacial la posibilidad de disponer de resultados de pruebas/exploraciones solicitadas y llegar al diagnóstico en la misma mañana, es un estímulo en su trabajo y un elemento de motivación

para realizar esta actividad aumentando el sentimiento de pertenencia a la organización.

6. **Elaboración de procedimientos, protocolos y guías** para la correcta práctica de la actividad en Consulta Única.

Con las consultas de alta resolución ubicadas en el caso de nuestro hospital en la misma área arquitectónica, se mejora la accesibilidad de los usuarios al área de consultas externas y unidades de diagnóstico implicadas en la resolución de los procesos, minimiza la circulación de personas en el resto de dependencias y permite el desarrollo de la actividad en un entorno laboral más cómodo y confortable.

La utilización por parte de los facultativos del área de consultas externas como despachos personalizados incrementa el bienestar profesional, al proporcionarles un entorno de trabajo personalizado.

Como elementos de calidad, se dispone de agendas individualizadas por cirujano para permitir al paciente elegir facultativo en caso de que tenga especial interés en que le atienda uno y no otro. Además cada facultativo conoce la información sobre la actividad asistencial llevada a cabo, el número de pacientes en lista de espera y el tiempo de demora para ser atendido en cada consulta, con el correspondiente *feed-back* que conlleva dicha información.

El paciente es citado telefónicamente, carta o E-mail. El día de su visita no tiene que esperar ningún tiempo administrativo, pues en la consulta estará disponible su historial clínico y, en caso de pacientes derivados mediante hoja de interconsulta, dicha hoja presentará un informe escueto de la patología del paciente y lo que se pide.

Se le indica que debe aportar los informes clínicos de que disponga y las pruebas complementarias realizadas. Finalmente se realizará un informe médico por parte del facultativo especialista y ello va a servir de nexo de unión con el facultativo de Atención Primaria, manifestándose así la continuidad asistencial entre ambos niveles.

Resultados

Cada día acuden a la consulta 9 pacientes citados como proceso CARE y 9 citados como Primera Visita, además de algunos no citados, fundamentalmente urgencias no demorables remitidas desde Atención Primaria. Desde la primera cita hasta la última, hay un margen de cinco horas. La consulta de cirugía maxilofacial difiere de otras consultas de especialidades médicas, en que al realizar actos quirúrgicos en la mayoría de los pacientes citados, el tiempo entre uno y otro debe ser mayor.

Figura 1. Distribución de citas en la Consulta de Alta Resolución de Cirugía Maxilofacial.

Es el odontólogo del Centro de Salud correspondiente el que decide de qué forma enviarlo, siendo catalogada como proceso CARE aquella patología susceptible de ser tratada en nuestra consulta en el mismo día.

Las patologías que son derivadas por éste a nuestro gabinete son:

1. Cordales incluidos
2. Restos radiculares
3. Exodoncias en pacientes complicados (DM, HTA, en tratamiento con anticoagulantes orales, etc.)
4. Diagnóstico y tratamiento de lesiones benignas de la cavidad oral.
5. Síndrome de dolor-disfunción de la articulación témporo-mandibular.

A su llegada, el paciente entra en el box y, en función de la patología del mismo, se le realiza o no una ortopantomografía.

En este primer año que llevamos funcionando, hemos tenido un total de 4.951 citas, siendo 2.480 procesos CARE y 2.471 Primeras Visitas. De éstas, el 70,30% han sido resueltas. El 29,70% restante, se divide en un 13,21% que fueron derivados al Centro de Referencia, por requerir una intervención que no puede ser llevada a cabo en nuestra consulta o por requerir anestesia general, y en un 16,49% que no acudieron a su cita (Figs. 1 y 2).

Una vez terminado el proceso, bien se haya realizado una intervención quirúrgica o bien haya sido una consulta, se le entrega al paciente un informe clínico donde se recoge la patología por la cual era

Figura 2. Tiempo medio de espera en días comparando el CARE con el tiempo de espera del Hospital antes del CARE.

remitido, una pequeña historia clínica, las pruebas complementarias que se han realizado, el tratamiento que se ha llevado a cabo y el que debe seguir a continuación, que deberá mostrar a su médico de Atención Primaria.

Cuando el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente, se le dan, además de explicárseles, unas instrucciones a seguir en los días sucesivos.

A la salida, se entrega a cada paciente una encuesta de grado de satisfacción, que rellena en ese momento.

En cuanto a aquellos pacientes que necesitan cuidados especiales, por ejemplo aquellos que están en tratamiento con anticoagulantes orales, suele ser su hematólogo el que les dice el protocolo que deben seguir antes y después de la intervención. Una vez llegan al centro, a primera hora se les realiza un control hematológico para comprobar que los parámetros que necesitamos estén bien ajustados (INR<2) y que se puede realizar la cirugía sin ningún problema ni riesgo de sangrado.

Durante los primeros meses de funcionamiento de las consultas CARE de Cirugía Maxilofacial, se realizó una encuesta cuyos resultados se citan a continuación, habiéndose entregado ésta a un total de 300 pacientes. Éstos resultados han sido analizados mediante el programa informático de Sistema Estadístico SPSS.

Resultado de las encuestas de satisfacción de la consulta care de cirugía maxilofacial

1. Señalización: el 100% la considera buena.
2. El 88% es recibido a la hora en que le habían citado.
3. El 68% espera menos de diez minutos para entrar en la consulta. Un 8% no contestó a esta pregunta,

probablemente por entender que se podía dar por contestada con la respuesta anterior.

4. El 80% conoce el nombre del médico que lo ha atendido, y el 16% dice no conocerlo (a pesar de haber un cartel en la puerta del box con el nombre del facultativo, enfermera y auxiliar).
5. El 68% se siente en gran medida escuchado por el médico y el 28% se siente bastante escuchado. Sólo un paciente no contestó a esta pregunta.
6. Sólo 5 pacientes afirman que no siempre se les explicó lo que se le iba a hacer en cada momento.
7. Exceptuando un caso que no respondió, el resto afirma que se respetó su intimidad y privacidad en la consulta.
8. Siete pacientes tienen la sensación de que el médico no sabía resolver su problema.
9. El 68% de los pacientes afirma que pudo opinar sobre su tratamiento, en el sentido de poder modificar un analgésico por otro en función de su botiquín domiciliario.
10. Aquellos pacientes que afirman que no pudieron opinar sobre su tratamiento, lo hacen porque creen que no deberían opinar sobre ello, debido a sus escasos o nulos conocimientos médicos.
11. Al 84% se le pauta medicación para su domicilio, y un 72% reconoce que le explicaron cuándo y cómo tomar las medicinas.
12. La totalidad de los encuestados opinan que el especialista y el médico de cabecera o el odontólogo están coordinados.
13. Ninguno de los pacientes refiere haber oído quejas del médico acerca de su trabajo, sueldo, hospital, etc.
14. Un 12% de los pacientes se queja del horario de la consulta, por considerarlo inadecuado a sus circunstancias personales.
15. La valoración de las competencias profesionales es muy alta, moviéndose en un rango de 8 a 10 para los tres grupos de profesionales evaluados.

Puntuación media de amabilidad y trato	
Del médico	9,80
Del enfermero	9,68
Del personal administrativo	9,73
Puntuación media de preparación profesional	
Del médico	9,84
Del enfermero	9,75
Del personal administrativo	9,55
16. Las condiciones en cuanto a limpieza, comodidad, iluminación, etc. de las salas de espera son peor valoradas que las de la consulta.
17. La satisfacción general es calificada de 10 por el 84% de los pacientes, y el resto la calificó con un 9.
18. Todos los pacientes, excepto dos, valora el centro como mejor que otros en los que había estado en otras ocasiones.

19. Por último, el 100% afirmó que volvería a elegir el mismo especialista.

Conclusiones

1. Los tiempos de demora en la atención en el Sistema Sanitario Público constituyen una preocupación de primer orden. Con el sistema de Consulta Única reducimos los tiempos de espera y favorecemos una mayor accesibilidad a los pacientes.
Para los profesionales, disponer de pruebas complementarias de manera fácil y con resultados rápidos, les permite llegar a un diagnóstico de sus pacientes en un tiempo muy corto y sin demoras. Para los pacientes, las ventajas son evidentes, ya que evita desplazamientos al Hospital para revisiones, garantiza una relación médico-paciente basada en la empatía y el respeto mutuo y garantiza al ciudadano la posibilidad de participar en las decisiones sobre su proceso asistencial.
2. Con este sistema el paciente se beneficia de la posibilidad de reevaluación ese mismo día, de este modo reducimos el grado de ansiedad e incertidumbre que sufre el paciente ante la espera de un diagnóstico, y aumentamos la satisfacción del profesional por la resolución del proceso. Además, consigue la reducción del gasto sanitario, no sólo por el coste derivado de los desplazamientos al Hospital, sino también del coste oportunidad que ello conlleva, ya sea jornada remunerada o no.
3. Su puesta en marcha necesita de una reorganización y planificación efectiva de los procesos, sin requerir infraestructura o inversión tecnológica especial.
4. El tiempo de demora de la consulta de cirugía maxilofacial se ha reducido en un 70% y se han podido suprimir dos quirófanos ambulatorios (de cirugía oral con anestesia local) semanales en el hospital de referencia.
5. El índice de satisfacción del usuario es muy alto, cifrándose en más de un 9.5 sobre una puntuación de 10. La totalidad de los pacientes volvería a escoger el mismo Centro.

Bibliografía

1. Temes JL, Pastor V, Díaz JL. *Manual de gestión hospitalaria*. Nueva York. Interamericana/McGraw Hill 1992: pag.52-74.
2. Temes JL, Pastor V, Díaz JL. *Manual de gestión hospitalaria*. 2ª Ed. Madrid. Interamericana/McGraw Hill. 1997:pag.85-93.

3. López Domínguez O. *Gestión de pacientes en el hospital* Barcelona. Ed. Olaya, 1997;pag.21-28.
4. Cosials I, Pardo D. *Gestión clínica y diferencial de Hospitales*. Servicio de Información. Madrid. Ed. Harcourt 2000;pag.132-143.
5. Del Llano Señaris J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Nuñez-Cortés J, Gene Badía J. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona. Ed. Masson. 1998;pag.274-280.
6. Lamata M. *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid. Ed. Díaz de Santos, SA 1998;pag.153-179.
7. Sañudo García S, Canga Villegas E. La historia clínica. En: López Domínguez OC. *Gestión de Pacientes en el Hospital*. Madrid. Ollana 1996;pag.339-380.
8. Pérez Fernández de Velasco JA. *Gestión por procesos. Reingeniería y mejor de los procesos de empresas*. Madrid, Ed. ESIC 1994;pag.159-163.
9. White T. Gestión clínica. *Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*. Barcelona. Ed Masson SA. 1997;pag.279-283.
10. Temes JL, y cols. *El coste por proceso hospitalario*. Madrid Interamericana/McGraw Hill 1994:57-68.
11. De Manuel Keenoy E, Silio Viclamil F. *Gestión sanitaria en el siglo XXI*. Escuela andaluza de salud pública. 1996:179-193.