

Consulta quirúrgica de alta resolución en Cirugía Plástica

One-stop clinic in Plastic Surgery



Delgado Martínez, J.

Julio DELGADO-MARTÍNEZ*, Lucía GÓMEZ-ESCOLAR*, Elena JORDÁN-PALOMAR*,
Valentín YUSTE-BENAVENTE*, Enrique MONCLÚS-FUERTES*

Resumen

Introducción y Objetivo. Mejorar la eficiencia de los procesos sanitarios es uno de los pilares fundamentales de los sistemas públicos de salud. En este sentido, las consultas de alta resolución representan una tendencia dentro del marco organizativo de muchos hospitales.

En este artículo proponemos un modelo de cirugía de alta resolución en Cirugía Plástica.

Material y Método. Durante un año recogimos 1247 pacientes con lesiones cutáneas sugerentes de malignidad tratables mediante procedimientos de cirugía menor. De ellos, 642 fueron remitidos a un programa de consultas de alta resolución quirúrgica.

Resultados. Fueron intervenidos dentro del programa 522 de los 642 pacientes seleccionados presentando un índice de consultas sucesivas de 0.27 frente a 1.97 en los pacientes que entraron por el circuito normal de derivación a cirugía menor.

Conclusiones. El diseño del programa de consultas de alta resolución ha demostrado reducir la carga asistencial en las consultas de Cirugía Plástica, proporcionando un tratamiento inicial precoz.

Abstract

Background and Objective. Improve the efficiency of health processes is one of the fundamental pillars of public health systems. In this regard, one-stop clinic represents a trend within the organizational framework of many hospitals.

A model of see and treat program in Plastic Surgery is proposed in this paper.

Methods. During a 1 year period we included 1247 patients with skin lesions suggestive of malignancy treatable by minor surgical procedures. Of these, 642 were referred to a see and treat surgical program.

Results. Only 522 of 642 selected patients were involved in the program of one-stop clinic, presenting an index of successive queries of 0.27 against 1.97 in patients who entered the normal bypass circuit of minor surgery.

Conclusions. The program design of one stop clinic was shown to reduce the burden of care in Plastic Surgery consultations, providing an early treatment.

Palabras clave	Consulta alta resolución, Cirugía Plástica.
Nivel de evidencia científica	5c Terapéutico
Recibido (esta versión)	9 mayo/2018
Aceptado	4 julio/2018

Key words	One stop clinic, Plastic Surgery.
Level of evidence	5c Therapeutic
Received (this version)	9 may/2018
Accepted	4 july/2018

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo

* Cirujano Plástico
Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción

La consulta de alta resolución o consulta única consiste en un proceso asistencial que engloba diferentes visitas, pruebas y, o tratamientos, todos ellos realizados en una sola jornada.⁽¹⁾ Un ejemplo muy extendido a nivel hospitalario sería la consulta de anestesia preoperatoria donde se agrupan en el mismo día las pruebas preanestésicas estandarizadas junto con la consulta de anestesia.

Están descritos programas de alta resolución en Cirugía Plástica desde el año 2000, sin embargo, e inexplicablemente, su difusión no se ha producido.^(2,3)

Es un hecho constatable que la derivación de procedimientos de cirugía menor a los servicios de Cirugía Plástica es cada vez mayor; en concreto este aumento se cuantifica en nuestro Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital Universitario Miguel Servet, en Zaragoza, España, entre un 5 y 8% anual, alcanzando en 2015 los 1230 procedimientos.

Para situar nuestro entorno clínico de trabajo, la comunidad Autónoma de Aragón, en la que se encuentra nuestro hospital, está situada en el nordeste de España y cuenta con 3 provincias: Huesca, Zaragoza y Teruel. Dispone de un único Servicio de Cirugía Plástica, el de nuestro hospital. En total, Aragón cuenta con una población de 1.350.000 habitantes de los cuales aproximadamente la mitad vive en Zaragoza capital, ubicación de nuestro hospital de tercer nivel. El resto del territorio es extenso y con gran dispersión de la población, presentando una densidad de población baja, sobre todo en la zona pirenaica en el norte y en el sistema ibérico al sur, lo que obliga a trayectos medios de entre 2 a 2 horas y media hasta llegar a nuestro servicio. Sin embargo, todos los hospitales, tanto provinciales como comarcales de Aragón, cuentan con Unidades de Dermatología y a nivel local existe un acceso próximo a las Unidades de Atención Primaria.

Por lo general, el perfil de pacientes atendidos en cirugía menor es el de aquellos derivados por los servicios de Dermatología de la Comunidad con diagnóstico y evaluación de una lesión sospechosa de malignidad para iniciar o completar el tratamiento de la misma. Estos pacientes son citados en consulta de primeros días para evaluación por Cirugía Plástica y programados posteriormente para ser intervenidos en una segunda visita, de forma ambulatoria, con anestesia local. Una vez intervenidos se citan, si es preciso, para realizar curas y retirada de puntos, y finalmente se citan de nuevo para informar del resultado del estudio anatomopatológico de la lesión extirpada, siendo remitidos de forma posterior a la consulta de su dermatólogo de área para los controles futuros.

En principio el proceso descrito se asemeja a cualquier otro procedimiento quirúrgico. Sin embargo, hemos de ser conscientes de que un trato tan personalizado por parte del cirujano ante un procedimiento menor, genera

múltiples costes directos e indirectos y no siempre demuestra una mejor atención.

En primer lugar, al ser el nuestro el único Servicio de Cirugía Plástica de la Comunidad Autónoma de Aragón, una parte de los pacientes atendidos provienen de las zonas más periféricas de la Comunidad, lo que ocasiona desplazamientos de hasta 200 Km. A esto hay que añadir que el perfil de los pacientes que se suelen atender con pequeños tumores cutáneos es el de personas de edad avanzada, lo que obliga a sus familiares a acompañarlos en el procedimiento con la consecuente pérdida de días laborables y el añadido de los costes producidos a la sociedad. Finalmente, hay que ser conscientes de que durante el tratamiento se generan también una serie de consultas duplicadas dependientes del proceso, tanto en el diagnóstico por parte del Servicio de Dermatología o Cirugía que deriva posteriormente el procedimiento quirúrgico a Cirugía Plástica, como en el control por parte de Atención Primaria, entendido como el control por su médico de familia de la patología intervenida o de la incapacidad temporal por enfermedad si fuera el caso, o por Dermatología, en relación a la confirmación del diagnóstico anatomopatológico y el seguimiento posterior.

En definitiva, el paciente ya diagnosticado y evaluado por Dermatología vuelve a ser valorado por Cirugía Plástica como primer día e intervenido en una segunda visita; es controlado en el postoperatorio por su médico de primaria y por el cirujano plástico; y finalmente vuelve a acudir a la consulta para ser informado del resultado anatomopatológico de la lesión y remitido para control posterior a su dermatólogo. Visto desde esta perspectiva, es obvio pensar que algo falla en el sistema ya que el paciente al final debe recorrer innumerables consultas, muchas duplicadas, durante varios días, simplemente para solucionar un proceso de cirugía menor.

El objetivo de la consulta quirúrgica de alta resolución es disminuir el número de visitas y de días empleados en el procedimiento, agrupándolos o evitando duplicidades. En definitiva, mejorar la eficiencia del proceso. Por lo tanto, en este artículo nos proponemos difundir los resultados obtenidos en la puesta en marcha del sistema de alta resolución diseñado en nuestro servicio en relación con la reducción del número de consultas.

Material y método

Revisamos una serie de 1278 pacientes intervenidos mediante cirugía menor desde junio de 2015 a mayo de 2016 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (España). De ellos, 642 fueron seleccionados para el programa de alta resolución.

Valoramos los criterios de inclusión y exclusión a través del volante de derivación y mediante la historia electrónica del paciente.

Los pacientes, todos ellos mayores de 18 años, fueron

derivados en su totalidad por los diferentes servicios de Dermatología de la Comunidad Autónoma de Aragón por lesiones cutáneas diagnosticadas que requerían exéresis. El criterio de inclusión dentro del programa de alta resolución fue fundamentalmente subjetivo, es decir, incluimos todos los pacientes que presentaban una lesión que según su descripción macroscópica fuera susceptible de extirpación quirúrgica ambulatoria bajo anestesia local. En este sentido, incluimos lesiones que presumiblemente iban a requerir una reconstrucción sencilla con colgajos locales de flujo aleatorio o pequeños injertos cutáneos.

Excluimos aquellos pacientes en cuyos volantes de derivación no estuviese reflejado el tamaño y la localización de la lesión, los que presentaban lesiones en las que se preveía una reconstrucción complicada o una cirugía de más de 30 minutos, y los que presentaban alto riesgo quirúrgico por alta comorbilidad, padecer una demencia avanzada o una enfermedad que impidiese la colaboración activa o, en general, todos aquellos que requiriesen cualquier tipo de soporte anestésico. También excluimos todos los pacientes tratados con anticoagulación oral o doble antiagregación con clopidogrel.

Obtuvimos los datos de consultas, intervenciones y consultas sucesivas del Servicio de Admisión e Informática del hospital.

Descripción del circuito

Aprovechando las instalaciones existentes en las consultas externas de Cirugía Plástica del hospital: 3 consultas, sala de espera y quirófano de cirugía menor, organizamos sesiones de consulta de alta resolución 1 o 2 veces por semana intercaladas con el programa normal de cirugía menor programada dentro del Servicio.

Semanalmente se clasifican, en admisión del hospital, los volantes remitidos para valoración por parte del Servicio de Cirugía Plástica, donde uno de los miembros del servicio separa, según los criterios de inclusión y exclusión, los pacientes que van a incluirse dentro del programa de cirugía de alta resolución. En ese momento, se citan a consulta grupos de 8 a 9 pacientes con reserva de quirófano para esa misma mañana.

El día de la consulta los pacientes son historiados e informados sobre el procedimiento a realizar y firman el consentimiento informado. En ese momento se evalúa si la inclusión previa ha sido idónea. En caso contrario, por requerir un tratamiento más complejo que precise ingreso o sedación, el paciente es incluido en lista de espera para intervención programada. Si el proceso de selección es acertado y el paciente acepta el procedimiento, se le emplaza para intervención a lo largo de la mañana. Una vez concluido el procedimiento, se le entrega un informe de alta con indicaciones para control por parte de Atención Primaria y citación en el Servicio de Dermatología. Todos los pacientes seleccionados e intervenidos se incluyen en una base de datos para seguimiento.

La mayoría de los pacientes son remitidos en el post-

operatorio para control por su médico de Atención Primaria para curas y retirada de puntos, salvo los casos en que se prevea una cierta complejidad, como aquellos de control de injertos cutáneos, en cuyo caso se citan a revisión en las consultas de Cirugía Plástica.

Semanalmente, se evalúan los resultados de las lesiones extirpadas remitidos por Anatomía Patológica. En los casos en que el tratamiento se considera completado, se remite una copia a su dermatólogo para seguimiento en 2 o 3 meses; los casos que requieran continuar tratamiento por parte de Cirugía Plástica son canalizados de nuevo para revisión en consulta vía telefónica. Una vez evaluado y remitido el estudio anatomopatológico, se marca como finalizado el procedimiento en la base de datos como medida de seguridad clínica del proceso y se computan el número de visitas realizadas a consulta. En los casos en los que el seguimiento se ha realizado por parte de Cirugía Plástica se computan las visitas realizadas hasta la curación. Si el paciente requiere otro tratamiento quirúrgico añadido, lo consideramos como otro procedimiento (Fig. 1).

RESULTADOS

Seleccionamos 642 pacientes para la consulta quirúrgica de alta resolución de los cuales 522 fueron intervenidos, con una edad media de 68 años (rango de 34 a 92 años), lo que constituye el 81.3% de los pacientes seleccionados. De esos pacientes intervenidos, 423 completaron el programa de alta resolución bajo control por parte de su médico de Atención Primaria y citados directamente a Dermatología para control de resultados y seguimiento, sin acudir de nuevo a revisión por parte de Cirugía Plástica. El resto, 99 pacientes, fueron citados a consulta de Cirugía Plástica de forma parcial por requerir alguna cura puntual, o de forma total, hasta el final del procedimiento, tras informar del resultado del patólogo; contabilizamos un total de 143 consultas. Durante el análisis de los datos computamos 15 visitas de 15 pacientes citados por error por parte del facultativo en 2 sesiones de alta resolución.

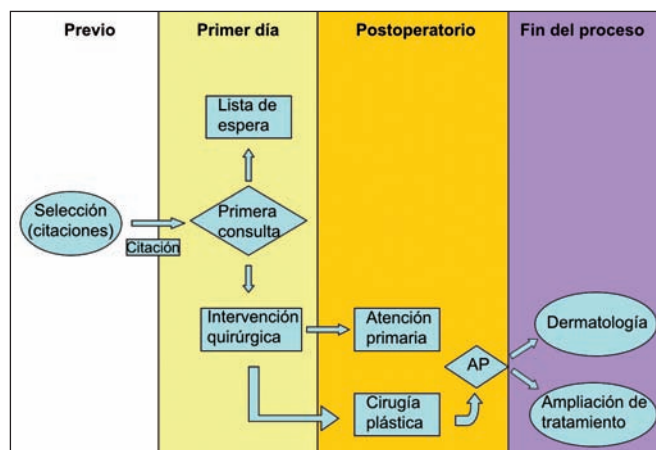


Fig. 1. Esquema de actividades dentro del proceso de la consulta de alta resolución elaborado en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Contabilizamos también el número de consultas sucesivas generado por los pacientes intervenidos en el programa de alta resolución, que fue de 0.27 frente al 1.97 de consultas sucesivas que mostraron los pacientes intervenidos con anestesia local fuera de este programa. Esto supone una disminución global de 887 consultas y sus correspondientes desplazamientos, que en aproximadamente la mitad de los casos, fueron de fuera de Zaragoza ciudad.

Discusión

Las consultas de alta resolución están cada vez más difundidas en la práctica médica habitual con el objeto de ahorrar consultas y desplazamientos a los pacientes, y están dirigidas fundamentalmente a mejorar la calidad de la atención y a optimizar el tiempo del paciente. La mayor parte de ellas están centradas en el diagnóstico y en la planificación del tratamiento; es decir, en agrupar diferentes pruebas diagnósticas junto con la consulta de uno o varios especialistas para completar, en una jornada, diferentes pasos de un proceso que en líneas generales se desarrollaba en varios días.

Sin embargo, existen pocos procesos de alta resolución que engloben procedimientos quirúrgicos añadidos, siendo escasa además la implantación de los mismos. Están descritos circuitos de alta resolución para Cirugía Oral y Maxilofacial, Urología, Ginecología y Cirugía Pediátrica, entre otros.⁽⁴⁻⁷⁾ De igual forma, las consultas de alta resolución quirúrgica en Cirugía Plástica vienen implantándose en el Reino Unido desde el año 2000.⁽²⁾ Sin embargo, su implantación tras 15 años no ha llegado al 20% del resto del país, a pesar de las bondades tanto en la satisfacción de los pacientes como en la reducción de tiempo entre el diagnóstico de la lesión y su extirpación.⁽³⁾

Actualmente en España, únicamente tenemos conocimiento de un proceso de alta resolución en cirugía menor en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Virgen del Camino de Sevilla, aunque desconocemos el tipo de circuito del mismo.

Es obvio pensar que agrupar procedimientos en el devenir de un proceso diagnóstico o terapéutico siempre va a redundar en una mayor satisfacción del paciente ya que va a tener que acudir un menor número de veces a los centros sanitarios. Sin embargo, el hecho primordial es la forma de articular los diferentes pasos para que el sistema sea eficiente.

Es fundamental el proceso de cribado de los pacientes ya que todos ellos se seleccionan para ser intervenidos en el mismo día, con lo que se precisa preparar un quirófano de cirugía menor con enfermería y personal auxiliar. Para la optimización de los recursos, especialmente del quirófano, preferimos sobredimensionar el número de pacientes citados (entre 8 o 9), asumiendo un índice de suspensión relativamente alto. En nuestro proyecto hemos encontrado un 18.7% de pacientes descartados una vez seleccionados.

Las causas en su mayoría fueron fundamentalmente errores de selección, sobre todo en pacientes en los que no se detectaron criterios de exclusión; deseo del paciente de intervenir otro día; y variabilidad de la práctica médica, es decir, detectamos una mayor tasa de suspensión por parte de algunos miembros del servicio argumentando necesidad de cirugía compleja o soporte anestésico.

Actualmente, no recomendamos la inclusión de pacientes que tomen anticoagulantes ya que consideramos que, con casi un 20% de suspensión, el riesgo de retirar de forma telefónica el anticoagulante para ser admitidos dentro del programa de alta resolución, sin la seguridad de que van a ser intervenidos, no compensa el riesgo de que el paciente sufra un evento trombo-embólico.

La mayoría de los pacientes de nuestro grupo de estudio, 81%, continuaron sin problemas el proceso diseñado con una reducción significativa de las consultas sucesivas, evitando 887 consultas en este grupo de pacientes y reduciendo la carga asistencial del servicio.

Conclusiones

La consulta de alta resolución mejora la eficiencia del proceso en los pacientes tratados en nuestro servicio, disminuyendo los costes del mismo y probablemente la satisfacción de los pacientes como demuestran otros estudios.

Su uso sería recomendable en cualquier entorno, pero sobre todo en aquellas áreas geográficas extensas o mal comunicadas en la que el acceso a un hospital de tercer nivel, con servicio de Cirugía Plástica, sea complicado y siempre con el objetivo de completar un proceso de cirugía menor en una sola visita.

Dirección del autor

Dr. Julio Delgado Martínez
Servicio de Cirugía Plástica
Hospital Universitario Miguel Servet
Pº Isabel la Católica 1-3
50009, Zaragoza, España
Correo electrónico: juldelgado@yahoo.com

Bibliografía

1. **Zambrana J, Jiménez Ojeda B, Marín M, Almazán S.** La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin* 2002;118:302-305.
2. **Javaid, M., Imran, D., Moncrieff, M., O'Neill T., Sassoon E.** The see-and-treat clinic in plastic surgery: an efficient, cost-effective, and training-friendly setup. *Plast Reconstr Surg* 2004 113:1060-1063.
3. **Gorman M, Coelho J, Gujral S, McKay A.** One-stop clinic utilization in plastic surgery: our local experience and the results of a uk-wide national survey. *Plast Surg Int.* 2015; 2015:747961.

4. **Bermudo L, Basilio Y, López Ceres A, Juan F.** Análisis y puesta en marcha de un modelo de alta resolución en cirugía maxilofacial. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2004;25:335-340.
5. **Páez A, Redondo E, Saenz J, Marín M, Juárez N, Durán M.** The one-stop clinic as the standard of out-patient care in a hospital urology department. *Int Braz J Urol* 2011;37:623-629.
6. **Ratnavelu N, Biliatis I, Cross PA, Naik R.** Ten-year outcomes of a one-stop colposcopy clinic: a unique service for low grade cytology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 169:287-291.
7. **Medrano L, López P, Torres C, Azpeitia, Ferreiro I, Olai-zola A.** Cirugía de Alta resolución: un paso más en la cirugía ambulatoria. *Cir Pediatr* 2012;25:28-34.