

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ**



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Proyecto de gestión para optimizar la calidad asistencial
en las Consultas Externas de Cirugía Plástica del Hospital
Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.**

Alumno: Sergio Cánovas Sanchis

Tutor: Dr. José Fernando Martínez López

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN GESTIÓN SANITARIA
CURSO 2019 – 2020**



ÍNDICE

1.-Introducción	3
1.1.-Gestión de una agenda en Consultas Externas (CEE).....	4
1.2.- Antecedentes	4
1.3.-Justificación	6
1.3.1.-Pregunta PICO	7
2.-Hipótesis y Objetivos generales y específicos del estudio.....	7
2.1.- Hipótesis	7
2.2.- Objetivos	7
3.-Análisis del entorno	8
4.-Diseño y Métodos	10
4.1.-Tipo de diseño y estudio	10
4.2.-Población de estudio	10
4.2.1.-Descripción de la muestra	10
4.2.2.-Criterios de inclusión y exclusión.....	11
4.2.3.-Método de muestreo por conveniencia	11
4.3.-Método de recogida de datos	11
4.4.-Variables del estudio	11
4.5.- Descripción y definición de la intervención	12
4.6.-Descripción del seguimiento de los pacientes.....	12
4.7.-Estrategia de análisis.....	13
4.8.-Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica.....	13
5.-Calendario previsto para el estudio.....	13
6.-Limitaciones y posibles sesgos del estudio.....	14
7.-Aspectos éticos.....	14
8.-Aplicabilidad en la práctica.....	14
9.-Cronograma y organización del estudio.....	14
10.-Presupuesto económico.....	15
11.-Bibliografía	16
12.-Anexos	19

Abreviaturas

AP: Atención Primaria.	HCUVA: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
BORM: Boletín Oficial Región de Murcia	LEQ: Lista de Espera Quirúrgica.
CARM: Comunidad Autónoma Región de Murcia	ONG: Organización No Gubernamental.
CEE: Consultas Externas Especializadas.	SADC: Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
CPL: Cirugía Plástica	SEDISA: Sociedad Española de Directivos de la Salud.
FEA: Facultativo Especialista de Área.	TICs: Tecnologías de Información y Comunicación.

1.- Introducción y Antecedentes.

La actividad asistencial en las consultas externas especializadas (CEE), es una actividad importante en la gestión del centro hospitalario, al considerarse un área no sólo con un potencial resolutivo enorme, sino también de un alto coste económico (1).

Sin embargo, la actividad que se desarrolla en las Consultas Externas, surgió como apoyo a la actividad hospitalaria, por lo que tradicionalmente ha estado en un plano secundario frente a esta.

Últimamente, la coincidencia de distintos factores ha dado un giro a esta situación fomentando que las consultas externas tengan mayor protagonismo dentro de la asistencia sanitaria, debido al aumento de la actividad de consultas ambulatorias frente a la hospitalizada, pudiendo provocar tiempos de espera largos para que los pacientes sean atendidos por el especialista. Este hecho puede producir una deficiente gestión que afecte a la calidad de la atención sanitaria y repercuta en una insatisfacción de pacientes y profesionales (2).

Hoy día las CEE se constituyen como dispositivos autónomos que se encargan de gestionar la afluencia de pacientes no sólo tras la hospitalización, sino que garantiza la continuidad sanitaria asistencial con Atención Primaria (3), como marca la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. “La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta” (4), ya que la presencia de este colectivo es poco menos que obligada para una gestión óptima de las CEE al considerarse la Atención Primaria como la “puerta de acceso al sistema”. La valoración de pacientes en las CEE remitidos desde Atención Primaria es un proceso habitual. La capacidad resolutiva de la situación clínica del usuario en la primera consulta y la gestión de las citas sucesivas son puntos clave en la gestión organizativa del hospital y van a repercutir en la sostenibilidad del sistema sanitario (5, 6).

Ahora bien, es necesario la implementación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en la gestión de citas y actividad de CEE. Cualquier plan de mejora que se quiera implantar destinado a una gestión más eficiente y eficaz, y a aumentar la satisfacción del usuario, precisa de sistemas de información que sirvan como base para la toma de decisiones (7).

El Servicio Murciano de Salud en la primera década del siglo XXI, tras asumir las competencias en Sanidad, apostó por modernizar el sistema, con la implantación de diversas herramientas asistenciales, acorde al incremento que ha ido mostrando el Sistema Nacional de Salud.

La consejería de Sanidad y Política Social, en el marco de las Estrategias para 2015, presentó la Estrategia de Historia Clínica Electrónica, para facilitar a los profesionales de la salud la consulta de las historias clínicas, los resultados de laboratorio, imagen o biopsias, de todos los usuarios desde Atención Primaria, centros de salud y consultorios, y de Atención Hospitalaria, en las consultas externas de todos los centros hospitalarios de la red asistencial.

Las herramientas asistenciales implantadas son OMI para Atención Primaria y SELENE para atención hospitalaria, el identificador único para el paciente y el Ágora Plus, con el que se pueden consultar los datos de los usuarios al estar interconectadas la totalidad de las Áreas de Salud.

La gestión de los procesos informáticos mejora la atención sanitaria, al desburocratizar esta y ofrecer más seguridad al almacenar los datos e información (8).

1.1.-Gestión de una agenda en CEE:

Cada Servicio, definirá su agenda, por especialidad, facultativo o tipo de patología, y serán validadas por la Dirección del Hospital. La totalidad de las agendas estarán en soporte informático.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) procurará apoyo operativo e informará periódicamente acerca de la demanda y demora existente en relación a primeras y sucesivas consultas a la Dirección Médica y los Servicios Asistenciales.

Con la planificación de las agendas se pretende evitar las reprogramaciones y las listas de espera para citas por estar la agenda cerrada. Según la Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada, de la Subdirección General de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad y Consumo, esta planificación debe ajustarse unos criterios y plazos recogidos en la tabla 1 del ANEXO I (2).

1.2.-Antecedentes:

Entre los antecedentes bibliográficos sobre gestión de consultas externas se puede destacar: Plan de mejora para optimizar la lista de espera de consultas externas en una unidad de gestión clínica de urología (9), Estudio de la accesibilidad telefónica en las consultas externas de un centro hospitalario (10), Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas (11), Consulta quirúrgica de alta resolución en Cirugía Plástica (12) y Uso del BIG DATA para incrementar la resolución en consultas externas hospitalarias (5), agrupados en el ANEXO II en las Tablas 2, 3, 4, 5 y 6, respectivamente, realizados por los profesionales de los hospitales en los que se implementan intervenciones organizativas y de nuevas tecnologías, con el fin de garantizar la calidad de la asistencia en CEE, así como facilitar la accesibilidad a dichas consultas.

En este contexto, y en el marco del conjunto de medidas realizadas dentro del Programa de Reducción de la Demora de Consultas Externas, se ha elaborado la Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada (2).

En este primer cuarto del siglo XXI, donde la tecnología avanza a pasos agigantados, el factor humano está presente en cada una de las actividades sanitarias destinadas a promover salud, prevenir y curar la enfermedad, y esa misma tecnología, va a proporcionar la herramienta base para la humanización, que no es otra que la comunicación. Las TICs ayudan a la transparencia, a gestionar el tiempo, a facilitar opciones al profesional, a humanizar, mejorando el ambiente laboral y fomentando el trabajo en equipo, creando el sentimiento de pertenencia al sistema en el que trabajan. Este punto es dependiente de la gestión del centro, por lo que los gestores deben estar a favor y formados sobre estas nuevas tecnologías (13). Ya que una de las barreras más importantes a la hora de implantar medidas innovadoras en gestión sanitaria es, la visión cortoplacista de la salud y la Sanidad. “La innovación está en buscar nuevas formas para responder mejor a las necesidades del paciente”, según Joaquín Estévez, presidente de SEDISA. En la actualidad las acciones y actividades del sistema de salud, deben centrarse en el paciente, la innovación producirá novedades, y lo difícil o complicado, será en qué acción o producto, se dejará de invertir para reinvertir en la novedad (14).

También es importante que el paciente valore el esfuerzo de los profesionales de la salud, para disminuir la espera media para ser atendidos en CEE, y entienda que el fallo en una cita programada va a suponer un coste económico elevado, por la infrautilización de los recursos. Los problemas derivados de estos fallos son el incremento de las listas de espera en CEE, la disminución de la accesibilidad al sistema sanitario, el aumento de la morbilidad, un incremento de los costes directos e indirectos y retrasos en el diagnóstico y el tratamiento (15, 16).

El olvido por el usuario es uno de los principales motivos de las citas falladas. Los recordatorios de la cita a los pacientes disminuyen los fallos a las mismas, independiente del método utilizado, siendo los mensajes cortos (SMS) o los mensajes multimedia (MMS) más eficaces y de bajo coste (10, 17, 18). Entre las causas de falta de asistencia a CEE se pueden distinguir las que dependen del paciente y las atribuibles a la administración, y son estas las que con mayor probabilidad se pueden mejorar (16, 19). Este alto gasto económico podría moderarse en parte previendo un porcentaje de fallos en CCE, medida difícil de aplicar cuanto más burocratizado y menos informatizado se encuentra el sistema (16). En ocasiones, la necesidad de cambios de cita de consultas o pruebas diagnósticas, aclaraciones, confirmaciones de quirófanos o solicitud de cambios, información de ausencias, etc., precisan de comunicación con el hospital, y el sistema de llamada telefónica es motivo de descontento por los usuarios, al estar las líneas ocupadas o no ser atendidas. Con el avance de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación el usuario puede acceder de

forma telemática, y la administración puede ofrecer un horario de atención telefónica definido, que asegure la atención de la llamada, y una dirección de correo electrónico en los informes de alta o citación en consultas externas, así como la posibilidad de entrar en su historia electrónica (10).

La inclusión de las TICs en las CEE, permite mejorar la resolución de los sanitarios y mejorar tanto la calidad asistencial como la eficiencia, accesibilidad, adecuación, seguridad y aceptabilidad, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario (5). Además, los pacientes incluidos en la lista de espera de consultas pueden sufrir un riesgo adicional e incluso un aumento de la morbilidad relacionados con los largos tiempos de espera para ser valorados en CEE, por lo que para obtener la máxima eficiencia, se convierten no solo en un objetivo de gestión sino también en un imperativo ético y legal (11).

1.3.-Justificación:

La finalidad de este proyecto es mejorar la accesibilidad, la calidad y la humanización de la asistencia en consultas externas de Cirugía Plástica (CPL) reduciendo la lista de espera para ser atendidos en consultas de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA), Murcia.

La lista de espera, es una consecuencia derivada de los sistemas nacionales de salud, que garantizan a los usuarios la cobertura universal y la financiación pública (4). A su vez, la gran espera media produce insatisfacción de los pacientes por lo que las autoridades sanitarias, buscan alternativas para solucionarlas. Es necesaria una gestión clínica organizativa y asistencial, mediante una política integral, en la que participen tanto la administración, como los centros sanitarios, los profesionales y la sociedad en general. La gestión clínica de las listas de espera en CEE debe desarrollar acciones para mejorar resultados en niveles de salud, eficiencia, uso de tecnologías y utilización de recursos humanos (9).

Desde el año 2007 presto mis servicios como F.E.A. en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del HCUVA, la mayor parte de reclamaciones de los usuarios de este Servicio (ANEXO III) son debidos a los largos tiempos de espera, la aglomeración de pacientes en la sala, del tiempo que han tardado en ser citados desde que su médico los mandó y visitas repetidas al no tener las pruebas médicas realizadas. Un cambio organizativo y de bajo coste podría mejorar esta situación. Sirva como ejemplo, mi experiencia en los años 2017, 2018 y 2019 que he formado parte de una comisión de la ONG Cirugía Solidaria, para atender pacientes en los campos de refugiados saharauis, en Tinduf (Argelia). En 10 días se valoraban y operaban más pacientes que en un mes en nuestro país, la clave era que tres meses antes de llegar la comisión, se enviaba un listado de especialistas que iban a ir, de las cirugías que se podían realizar y de las pruebas necesarias previas a la intervención. De esta forma, se conseguía valorar al paciente el domingo y operarlo al día siguiente realizando

una gestión clínica organizativa y asistencial de alta resolución. Esta situación me animó a realizar la gestión clínica en las consultas externas de CPL del HCUVA de Murcia.

1.3.1.- Pregunta PICO de investigación:

La inclusión de las tecnologías de la información y comunicación en el rediseño de los procesos de atención a los usuarios en consultas externas especializadas, junto a mínimos cambios organizativos en las mismas, ha demostrado una mejora tanto en la calidad asistencial como en la eficiencia, accesibilidad, adecuación, seguridad y aceptabilidad del sistema sanitario (5, 9, 10, 11, 12). Teniendo en cuenta estos antecedentes bibliográficos sobre gestión de consultas externas, se plantea la pregunta de investigación en formato PICO (Tabla 7, en ANEXO I):

¿Podría un mínimo cambio organizativo y el uso de las TICs aumentar la calidad asistencial, disminuyendo la sobrecarga de pacientes y previniendo los fallos de cita en las consultas externas de Cirugía Plástica y Reparadora del HCUVA?

Paciente: Pacientes remitidos para ser valorados en consultas externas de Cirugía Plástica y Reparadora en el HCUVA desde Atención Primaria, interconsultas de otros especialistas del mismo hospital u otros, desde urgencias o citados por el propio facultativo.

Intervención: Cambio organizativo, uso de las TICs, fomentar actividades útiles de alta complejidad. Dividir las consultas en presenciales y virtualizables. Desechando realizar actividades que no aportan valor añadido.

Comparación: Con la organización clásica/ tradicional de la consulta de CPL, que atiende consultas inútiles y útiles de baja complejidad.

Outcome o resultado esperado: Mejorar calidad asistencial en consultas externas CPL disminuyendo el número de consultas sucesivas y el tiempo de espera para una primera consulta.

2.- Hipótesis y Objetivos generales y específicos del estudio.

2.1.-Hipótesis: El uso de las TICs mejoraría la accesibilidad de los pacientes a las consultas externas de CPL y aumentaría la capacidad de resolución de los profesionales del HCUVA.

2.2.-Objetivos:

-Objetivo General:

Mejorar la accesibilidad de los pacientes a las consultas externas de CPL del HCUVA atendiéndoles con la menor demora e incrementar la capacidad de resolución del personal sanitario de la consulta, sirviéndose de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs).

-Objetivos Específicos:

- 1.-Conseguir que los pacientes acudieran a consulta con las pruebas adecuadas para mejorar su resolución y disminuir el número de consultas sucesivas.

- 2.-Eliminar segundas consultas de baja complejidad, que no añaden valor a la asistencia.
- 3.-Elaborar protocolos de inclusión en lista de espera quirúrgica para evitar consultas innecesarias.
- 4.-Potenciar el uso de las TICs para comunicación tanto con los pacientes como con los profesionales de Atención Primaria y hospitalaria que derivan pacientes a esta consulta.
- 5.-Prevenir los fallos de citas.

3.- Análisis del entorno:

Las consultas externas de CPL del HCUVA, serían el entorno en el que se aplicaría este proyecto. Este hospital se encuentra en la Región de Murcia, comunidad autónoma uniprovincial. La Región de Murcia cuenta con una población de 1.487.698 habitantes, donde el 82,83% es mayor de 14 años (20).

El Sistema Sanitario de la Región de Murcia se estructura en 9 Áreas de Salud, gerenciadas de ámbito comarcal, disponiendo cada una de ellas de un Hospital de Referencia, subdividiéndose a su vez en 89 Zonas Básicas de Salud adscritas, de las que dependen 81 Centros de Salud y 185 Consultorios Locales, así como 3 Centros de Especialidades (21). Existen consultas de CPL en el Hospital Santa Lucía, de Cartagena, que atiende las áreas 2 (Cartagena) y 8 (Mar Menor), el resto se atienden en HCUVA, con la particularidad de que en este último se atienden a todos los quemados de la región cuando precisan atención especializada, las consultas externas de CPL cubren una población estimada de 950.000 habitantes mayores de 14 años. En el año 2019, se atendieron un total de 4.290 consultas (ANEXO IV).

El Servicio o Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del HCUVA, se compone de consultas externas, sitas en el Policlínico, que constan de tres salas para curas y dos consultas médicas, planta de hospitalización, localizada en el Pabellón General, con 6 habitaciones dobles, dos de aislados y una con tres camas para CMA. Un quirófano programado y un quirófano de quemados. Una bañera hidráulica para curas con sedación y una sala de curas. La planta también es puerta de urgencias de quemados, no de cirugía plástica que se atiende en el área de urgencias generales. La plantilla de consultas externas se compone de 8 facultativos especialistas en Cirugía plástica, 5 médicos internos residentes, 3 enfermeras y 2 auxiliares de clínica.

Los pacientes atendidos en las consultas externas proceden de: Atención Primaria, interconsultas de otras especialidades, del mismo hospital u otros, citados por el propio cirujano plástico o desde el circuito de urgencias. De estos pacientes, los que cumplan criterios de inclusión en LEQ, tras la primera visita, se programarán para cirugía. En ocasiones, los pacientes tendrán una visita sucesiva al no traer las pruebas complementarias necesarias (22).

Algunos pacientes se derivan al especialista que los remitió para controles futuros, y se remiten todos a su médico de atención primaria también para seguir controles médicos (12). Esto genera

múltiples costes directos e indirectos y no siempre demuestra una mejor atención. Además, hay pacientes con movilidad restringida, como personas de edad avanzada, parapléjicos, postoperatorios sin medios de locomoción, 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 cuando se cursan ambulancias (16). Durante el seguimiento del procedimiento se generan también una serie de segundas consultas dependientes del proceso, tanto en el diagnóstico por parte del Servicio remitente 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 (12).

Como apunta Delgado Martínez et al, el paciente ya diagnosticado y evaluado por un especialista 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/o resultado de la cirugía y remitido para control posterior al especialista remitente. El paciente al final debe recorrer innumerables consultas, muchas duplicadas, durante varios días (12).

Las consultas externas se distribuyen en horario de mañanas de lunes a viernes de 07:30 a 15:00 h. La actividad asistencial de curas comienza a las 09:00 horas hasta las 15:00h y la consulta médica de 9:30 hasta 14:00.

En ocasiones es preciso la presencia de un cuarto enfermero, sobre todo los lunes, que es el día de máxima afluencia de pacientes y curas.

La consulta se pasa por dos cirujanos, cada uno con su agenda, los lunes, martes y miércoles y un cirujano los jueves y viernes, un total de 8 especialistas. Los residentes de cirugía plástica participan con los adjuntos a los que se les asignen en el desarrollo de esta actividad. No todos los días hay residente en la consulta, aún así hay una agenda del residente donde se citan pacientes que han atendido en urgencias.

También se realizan consultas de 2ª opinión y por personal de la casa.

La media de primeras visitas es de 4, y de sucesivas de 12, con un margen de imprevistos de hasta el 50%. Las interconsultas, se citan directamente desde el centro de programación, las sucesivas y tras el alta hospitalaria, las cita el propio cirujano y el resto el jefe de servicio se las asigna a un adjunto y el centro de programación las cita. En los expedientes remitidos desde otros hospitales se refleja el motivo o patología por el que se remite a la consulta, y la justificación que generalmente es por no disponer de esta especialidad en su centro y en menos ocasiones, a petición del propio paciente, que exige que le vea un cirujano plástico. En el año 2019, se atendieron 1.830 primeras consultas y 2460 sucesivas. Las actuaciones que comprenden las primeras consultas y las sucesivas quedan recogidas en el BORM 6 de junio de 2007 (22), en el ANEXO IV.

Las curas de pacientes son realizadas por el personal de enfermería, y supervisadas por los cirujanos, salvo actos puntuales que realiza el médico. Algunas curas pueden realizarse en el centro de salud, la primera cura ambulatoria posthospitalización y curas específicas que precisan la valoración del cirujano, sí están indicadas realizarlas en consultas externas de CPL, pero las que se convierten en crónicas, podrían citarse cada tres semanas, en vez de cada tres días o la retirada de puntos de sutura, o cambios de apósitos programados, que podría hacerse en Atención Primaria. La rotación del personal de enfermería, altera también el correcto funcionamiento de las consulta y su motivación, ya que una vez que conocen la sistemática de trabajo y han realizado su curva de aprendizaje, cambian de servicio (7). Los incentivos no económicos, como el reconocimiento a su labor, estimulan a todos los profesionales así como la dotación de espacios específicos y adicionales de consulta de enfermería que posibiliten un papel más activo de la enfermería (información, formación sanitaria, así como los nuevos contenidos vinculados a la telemedicina dentro de la propia estrategia de cada servicio) (23).

4.- Diseño y Métodos.

4.1.-Tipo de diseño y estudio: metodología cuantitativa.

Se valorarán variables de una cohorte no expuesta (actividad de consultas externas de CPL 2019) y se introducirá una intervención (cambio organizativo y uso de TICs) en el año 2021, y se volverán a medir dichas variables en la actividad de consultas externas de CPL en dicho año y compararlas con las del año que no ha habido intervención. Se diseña un estudio longitudinal de cohortes retrospectivo, cuasiexperimental al no haber asignación aleatoria de los sujetos de la cohorte donde se introduce la intervención.

4.2.-Población de estudio:

La población que se atiende en la consulta de CPL del HCUVA está compuesta por pacientes mayores de 14 años que en un momento dado pueden precisar ser valorados por un especialista en CPL, y corresponde a las Áreas 1 (Murcia Oeste, HCUVA), 3 (Lorca, H. Rafael Méndez), 4 (Noroeste, Caravaca, H. del Noroeste), 5 (Altiplano, Yecla. H. Virgen del castillo), 6 (Vega Media del Segura, Murcia. H. Morales Meseguer),7 (Murcia Este. H. Reina Sofía) y 9 (Vega Alta del Segura, Cieza. H. De la Vega Lorenzo Guirao (21).

La población diana estaría formada por los pacientes incluidos en lista de espera de consultas externas de CPL de esas Áreas de Salud.

4.2.1.-Descripción de la muestra

La muestra expuesta a la intervención estaría compuesta por las primeras consultas y las sucesivas de los pacientes valorados desde 1 de enero de 2021 a 31 de diciembre de 2021. En el ANEXO IV

se describe la actividad de las consultas externas de Cirugía plástica durante el año 2019 (muestra no expuesta a la intervención) que obra en los datos de la Consejería de Sanidad de la región de Murcia. Durante el año 2019, se atendieron un total de 4.290 consultas, de las cuales 1.830 fueron primeras consultas y el resto sucesivas, con una media de 17,4 pacientes atendidos por día hábil. Las consultas solicitadas desde atención primaria suponen un 11,5%. Las primeras consultas de otras Áreas (distintas al Área 1, que es la del HCUVA) suponen el 60% del total (ANEXO IV).

4.2.2.-Criterios de inclusión y exclusión:

-Criterios de inclusión: Todas las primeras consultas remitidas a Cirugía Plástica y Reparadora desde Atención Primaria de las Áreas 1, 3, 4, 5, 6, 7 y 9 y Atención Especializada del HCUVA y resto de hospitales referencia de las áreas de primaria que en el expediente de solicitud de valoración por especialista en CPL el motivo de consulta esté incluido en la cartera de Servicios de la especialidad (ANEXO V). Las consultas sucesivas, interconsultas desde urgencias y las imprevistas. Pacientes mayores de 14 años, con independencia del sexo.

-Criterios de exclusión: Todas las consultas en las que el motivo que las genera no esté incluido en cartera de servicios por tratarse de un fin estético o cosmético y no funcional. Pacientes menores de 14 años.

4.2.3.-Método de muestreo por conveniencia:

Se ha escogido la actividad en consultas externas de CPL del año 2019, que representa la cohorte no expuesta a la intervención y se comparará con la actividad en consultas externas de CPL del año 2021.

4.3.-Método de recogida de datos:

En la Historia Clínica Electrónica, a través de la herramienta SELENE se recogerán automáticamente todos los datos referidos a las consultas primeras, sucesivas, procedencia de los expedientes, y se reflejarán en una hoja de Excel para su tratamiento estadístico.

4.4.-Variables del estudio:

Variable independiente (Intervención que se va a realizar): uso de TICs y cambio organizativo.

Variables de respuesta o dependientes definidas en el ANEXO VI en la tabla 8: Número de primeras consultas, Número de consultas sucesivas, Primeras consultas desde A.P., Tiempo de espera media hasta primera consulta, Pacientes en espera, Tiempo medio de pacientes en espera estructurada, Paciente en espera más de 50 días, Consultas primeras que no acuden, Pacientes sin fecha de cita, Consultas reprogramadas, Primeras consultas de otras Áreas de Salud, Interconsultas Urgencias,

Interconsultas Hospitalarias, Tiempo en sala de espera consulta hasta atención, Reclamaciones, Número de Curas, Consultas no presenciales.

4.5.-Descripción y definición de la intervención:

En primer lugar, se enviará a los centros de salud pertenecientes al Área 1, el listado de procedimientos incluidos en la cartera de servicios de Cirugía plástica recogidos en el anexo V, en este listado quedan especificados los criterios de inclusión, así como las patologías que están excluidas de entrada, de tal manera que las consultas sobre procedimientos no incluidos se evitarían, a su vez, se remitiría un anexo (ANEXO VII) con las pruebas de imagen o laboratorio e informes necesarios para poder incluir a un paciente que cumpla los criterios de inclusión en Lista de Espera Quirúrgica, evitando así consultas sucesivas. Con esta acción se evitan revisiones que pueden realizarse desde primaria, de esta forma, se conseguirá disponer de más huecos para citas estructurales e imprevistos. Se trata de conseguir una agenda flexible que se adapte a los horarios de consultas externas, dentro de criterios de calidad, flexibilidad y versatilidad y evitar las reclamaciones (9).

La instalación de un gestor de colas, no sólo ayuda a la protección de datos, sino que va a permitir conocer el tiempo que el paciente lleva realmente esperando para ser atendido, tanto en la consulta médica como en las curas y tipo de cura. Habilitar una cuarta sala de curas de enfermería los lunes, para los postoperatorios de la semana anterior y las urgencias del fin de semana, esto implica un personal de enfermería para este día. La tercera auxiliar es necesaria para el manejo del campo estéril, de lunes a viernes.

Adquirir un Smart Phone para comunicar con los centros de salud y especialistas que remiten pacientes a consulta para valorar casos y poder clasificar esas consultas como urgentes, preferentes o sin prioridad. SELENE no admite preferente, sólo urgente o normal, por lo que el equivalente sería prioridad 1 (30 días), prioridad 2 (90 días) y prioridad 3 (180 días). Se puede mandar la imagen, muy útil en la patología tumoral de la piel, úlceras cutáneas, indicación de curas, etc. Mejorando la comunicación con la atención especializada y la primaria (7). La descripción de la intervención se detalla en el ANEXO VIII, en la tabla 9.

4.6.-Descripción del seguimiento de los pacientes:

Reevaluación a partir de los datos obtenidos en 2021 de la actividad en consultas externas de CPL y detectar las oportunidades de mejora, centradas en el paciente.

4.7.-Estrategia de análisis:

Al tratarse de variables cuantitativas se realizaría la media aritmética y la mediana. Se realizará un análisis de estadística deductiva con la “t” de Student-fisher para determinar si existe una diferencia significativa entre las medias de las dos cohortes (siempre que se cumpla el supuesto de normalidad en la distribución de la muestra, si no fuera así se usarían pruebas no paramétricas). Análisis de varianza para conocer si las medias de los dos grupos son iguales. Test de correlación de Pearson, que estudia la asociación entre una intervención y una variable de respuesta cuantitativa.

4.8.-Estrategia y descripción de la búsqueda bibliográfica:

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica estructurada en la base de datos PubMed, Cochrane plus y el buscador Google Académico, de artículos, textos y noticias, entrevistas relacionadas con la gestión de consultas externas hospitalarias, de resultados en salud y mejora de calidad asistencial. Con las palabras clave: consultas externas, gestión, cirugía plástica, calidad asistencial. Se ha utilizado el boleano “AND”. Criterios de inclusión: cualquier texto, artículo o noticia relacionados con la gestión de consultas externas de especialistas, tanto médicas como quirúrgicas publicados en el siglo XXI, independiente del idioma y en los que no se ha experimentado con personas ni animales. Criterios de exclusión: aquellos artículos de otros países donde la gestión de las CEE se rige por las leyes de ese país, distintas a las españolas. Todas las publicaciones anteriores al año 2001 y las referidas de cualquier año de gestión de consultas externas en pediatría.

5.- Calendario previsto para el estudio:

Durante el segundo semestre de 2020 (de septiembre a diciembre), si las condiciones de la pandemia por COVID 19 lo permiten, (dado la importancia de priorizar en otras medidas) se remitirían los protocolos de inclusión en LEQ a AP y Especializada (AP del Área 1 realizó 318 primeras consultas a CPL y Atención Especializada 424 durante el año 2019 y las primeras consultas de otras áreas distintas al Área 1, que es la del HCUVA, fueron 1.098), que remitieron un total de 1830 pacientes para una primera valoración (ANEXO IV). Se contactará telefónicamente con los responsables de los centros de salud y especialidades para aclarar las dudas que se pudieran generar, se solicitaría por escrito a la dirección médica y de enfermería la necesidad de contratar el personal referido, y se solicitaría el gestor de colas al responsable de su abastecimiento y colocación. En las sesiones internas del servicio de CPL, se iría inculcando la cultura de estas nuevas tecnologías y la importancia del trabajo en equipo. Este proyecto se ejecutaría durante el año 2021 y en enero 2022 se reevaluaría para ver los resultados y mejoras conseguidos o las oportunidades de mejora detectadas.

6.- Limitaciones y posibles sesgos del estudio:

La motivación de los distintos profesionales que interactúan en las CCE de Cirugía Plástica del HCUVA puede no ser la misma, es preciso fomentarla para conjuntar equipo y mejorar la calidad asistencial. Además, la diversidad de lugares y actores que participan en la recogida de información dificultan la normalización de los datos y su permanente actualización. Por otro lado, puede existir cierta resistencia al cambio, como también ha ocurrido en Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, donde están descritos programas de alta resolución en Cirugía Plástica desde el año 2000, y en la actualidad, su difusión e implementación total todavía no se han completado (12). En el HCUVA sigue la resistencia al uso del SELENE, que se implantó definitivamente en el año 2013.

Otra limitación puede ser la variabilidad de criterios para indicar los tratamientos u opciones quirúrgicas, que se solucionará con los protocolos de actuación ante determinadas patologías.

Las variables que se estudian en este proyecto tienen utilidad para estimar la actividad directa de la consulta, sin embargo, no son útiles para valorar la carga de trabajo de enfermería en ellas (7).

7.- Aspectos éticos:

a) El proyecto será presentado al Comité Ético y a la Comisión de Investigación del HCUVA de Murcia.

b) No existen conflicto de intereses en la realización de este proyecto.

c) Protección de los datos según ley vigente: El protocolo se adaptará a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

8.-Aplicabilidad en la práctica:

Los beneficios que se pueden obtener son la mejora funcional de la zona de consultas externas y de la calidad percibida por el paciente. Los resultados se comunicarán a otros servicios de CPL a través de Congreso de la especialidad y/o Congreso de Hospitales y Gestión Sanitaria para que se puedan implementar estas mejoras en otras consultas quirúrgicas.

9.- Cronograma y organización del estudio:

En la tabla 10 se refleja el cronograma con las distintas tareas para realizar este proyecto de investigación.

Tabla 10. Esquema del protocolo de Investigación.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Asignación y contacto con tutor	X									
Exposición y justificación del tema al tutor		X								
Selección del tipo de TFM a realizar		X								
Bibliografía		X	X							
Pregunta PICO		X								
Objetivos		X	X							
Hipótesis de trabajo		X								
Diseño del estudio. Elección variables		X	X							
1ª corrección			X							
Organización de información y trabajo de campo		X	X	X						
2ª corrección				X						
Entrega TFM					X					
Defensa TFM						X				
Presentación comité ético y comisión de investigación del HCUVA						X				
Exposición a Atención Primaria y Especialistas							X	X	X	X

Fuente: elaboración propia.

10.- Presupuesto económico:

En la tabla 11 se describe el coste del personal de enfermería y auxiliar para la consulta de CPL.

Tabla 11. Coste personal sanitario.

CATEGORÍA	AÑO	CUOTA PATRONAL	TOTAL	MES	DÍA
Enfermera CCE	33.525,44 €	10.459,94 €	43.985,38 €	3.665,45 €	120,51 €
Auxiliar CCE	20.020,76 €	6.246,48 €	26.267,24 €	2.188,00 €	71,97 €

Fuente: BORM 301, 31 de diciembre de 2019.

Gestor de colas (Consulting Ingeniería Iglesias): software más instalación más pantalla: 4.995,00€.

Mantenimiento 50 €/mes.

Smartphone: Xiaomi Mi 10: Pantalla FHD+ 6.67", 8GB+128GB, Cámara de 108MP, Snapdragon 865 5G, 4780mah con Carga 30W, Android 10...799,00€

La cuarta sala de curas para los lunes sería abrir una consulta de estomas sita en frente de la consulta de CPL que los lunes no está operativa.

Cálculo del presupuesto:

Enfermera consultas CPL un día a la semana por un año.....	6.226,52 €
Auxiliar de consultas de CPL durante un año.....	26.267,24€
Gestor de colas primer año.....	5.595,00€
Smartphone.....	799,00€
Total.....	38.887,76€

11.-Bibliografía:

1.- Allen Meneses R, Morales Calderón MJ. Causas de ausentismo a la consulta especializada del Hospital Monseñor Sanabria, durante el primer semestre del año 2009. San José de Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública. Gerencia de la Salud; 2010.

Consultado 25-02-2020. Disponible en: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=COLEC.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=018604>

2.- Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada. Subdirección General de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Consultado 30-01-2020. Disponible en: <https://nordoc.net/wp-content/uploads/2016/01/Gui%CC%81a-de-Gestio%CC%81n-de-Consultas-Externas-en-Atencio%CC%81n-Especializada.pdf>

3.-Nollaa JM, Martínez C, García-Vicuñac R, Seoane-Matob D, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas externas de reumatología. El proyecto EXTRELLA. Reumatol Clin. 2016;12(5):248–255

4.-Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Jefatura del Estado «BOE» núm. 128, de 29 de mayo de 2003, Referencia: BOE-A-2003-10715. Consultado 25-02-2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

5.-Comisión de calidad Hospital Universitario Infanta Elena. Uso del BIG DATA para incrementar la resolución en consultas externas hospitalarias. Hospital Universitario Infanta Elena. Fecha: Noviembre 2019. Consultado el 01-03-2020. Disponible en: <https://www.sciohealth.org/bp/empleo-del-big-data-para-incrementar-la-resolucion-en-consultas-externas-hospitalarias-proyecto-de-mejora-de-las-derivaciones-pr>

6.-Cárcar-Benito JE EL BIG DATA EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA: NUEVOS TIEMPOS Y NUEVOS CAMBIOS. UN ESTUDIO PREVIO. 2017. Consultado 16-03-2020. Disponible en: <https://www.fes-sociologia.com/files/congress/12/papers/5342.pdf>

7.-Sepúlveda Armendáriz JA, Flores García RF, Guzmán Carrasco Á, Rebollo Conde M, Arenas Hernández S. GestCEX Working Group. Nuevas formas de calcular la actividad y la carga asistencial en Consultas Externas. Tesela [Rev Tesela] 2015; 17. Consultado 31-03-2020. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts17/ts10408.php>

8.-Sistemas OMI y SELENE. La nueva Historia Clínica Electrónica conecta todos los servicios sanitarios de la Región. Consejería de Sanidad y Política Social . Consultado 06-03-2020. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/noticias.php?op=ver&id=260426>

9.- Jiménez Pacheco A, Arrabal Polo MA, López Luque A, Verdú Martínez M. Plan de mejora para optimizar la lista de espera de consultas externas en una unidad de gestión clínica (ugc) de urología. *Actualidad Médica* 2011;96(782):17-26. Consultado 25-02-2020. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/52403>

10.-Fernández Lobato R, Cruz Bermúdez JL, García Berrocal JR, Saíz Rojo A, Casas Requejo J, Alcaraz Esteban M. Estudio de la accesibilidad telefónica en las consultas externas de un centro hospitalario. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid. *Gest Eval Cost Sanit* 2013;14(4):685-96

11.-Villegas García M, Alcaraz Martínez J, Pascual Saura H, González Ortega JJ, Ballesta Cabrero A, Moreno Rodríguez JM et al . Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2018. Consultado: 6-4-2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100404&lng=es

12.-Delgado-Martínez J, Gómez-Escolar L, Jordán-Palomar E, Yuste-Benavente V, Enrique Monclús-Fuertes E. Consulta quirúrgica de alta resolución en Cirugía Plástica *Cir. plást. iberolatinoam.* -Vol. 44 - Nº 3 Julio - Agosto - Septiembre 2018/ Pag. 335-339. Consultado 25-02-2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922018000300013>

13.-Cortés A, supervisor de enfermería del Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona. Entrevista. Proyecto HUGES: humanizando la gestión sanitaria. Martes, 23 de enero de 2018. Consultado 01-03-2020. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/proyecto-huges-humanizando-la-gestion-sanitaria-DDIMPORT-054597/>

14.-Estevez J. Presidente Fundador de la Fundación SEDISA. Entrevista. La innovación está en buscar nuevas formas para responder mejor a las necesidades del paciente. 4.de Marzo 2019. Consultado 01-03-2020. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/la-innovacion-esta-en-buscar-nuevas-formas-para-responder-mejor-las-necesidades-del-paciente-2/>

- 15.-Alcolea M, Gorgemans S. Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras. *Rev Adm Sanit.* 2009; 7(4):715-28.
- 16.-César Johan Pereira-Victorio, Antonio Vázquez-Molinero, Máxima Lizán-García, Juan Luis Gómez-Guardiola y Beatriz González López-Valcárcel. Absentismo de pacientes a la consulta externa especializada en un hospital de tercer nivel en España. *med gen y fam.* 2016; 5(3):83–90. Consultado 25-02-2020. Disponible en: www.elsevier.es/mgyf
- 17.- Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Data-base Syst Rev.* 2013 Dec 5;12:CD007458. doi: 10.1002/14651858.CD007458. Pub3.
- 18.-Stubbs N, Geraci S, Stephenson P, Jones D, Sanders S. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. *The American Journal of the Medical Sciences.* Volume 344, Number 3, September 2012.
- 19.-Jabalera Mesa ML. Factores determinantes del absentismo en consultas externas de la agencia sanitaria costa del sol. 2015. Consultado el 25-02-2020. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/10149/TD_Jabalera_Mesa.pdf?sequence=1
- 20.-Expansión/ Datos macro.com. Consultado 05-02-2020. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/ccaa/murci>
- 21.-Hospitales de referencia de las áreas de salud y zonas básicas de la Región de Murcia. Mapa sanitario 2009. Consultado 05-02-2020. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=168331>
- 22.-BORM 6 de junio de 2007. Consultado 25-02-2020. Disponible en: www.borm.es
- 23.-Aguiló Lucia J, Soria Aledo V. Consultas externas. En: *Gestión clínica en cirugía. Sección Gestión de Calidad. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos.* 101-2. Arán Ediciones, S.L. 2ª ed. Barcelona 2016.

12.- ANEXOS:

ANEXO I

Tabla 1. Criterios y plazos óptimos para la planificación de agendas de CEE.

Criterio	Marco o Periodo temporal recomendado
Planificación de Agendas	Operativas durante los 12 meses siguientes y adecuada a la demanda prevista.
Solicitudes de ausencias programadas	30 días de antelación (para garantizar la estabilidad de las agendas y la provisión de las consultas comprometidas sin repercusión en la demora)
Planificación de las guardias	Adaptada al marco temporal de definición de la agenda o, en su defecto elaborada con 3 meses de anticipación
Periodos vacacionales	Al menos 2 meses antes del inicio de ese periodo. La agenda no debe estar sujeta a variaciones por cambios de periodos vacacionales de última hora.

Fuente: Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada.

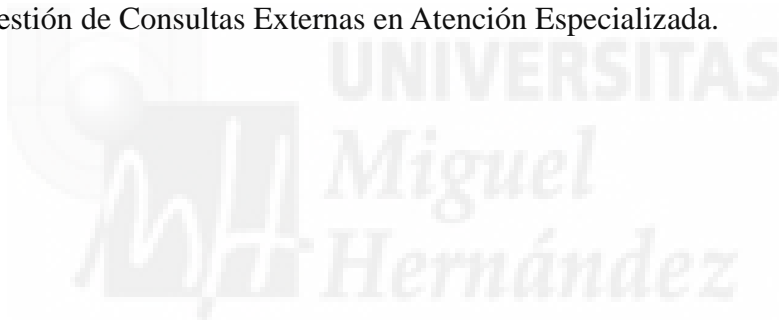


Tabla 7, pregunta PICO

P	Pacientes remitidos para ser valorados en consultas externas de Cirugía Plástica y Reparadora en el HCUVA desde AP, interconsultas de otros especialistas del mismo hospital u otros, desde urgencias o citados por el propio facultativo.
I	Cambio organizativo, uso de las TICs, fomentar actividades útiles de alta complejidad. Dividir las consultas en presenciales y virtualizables. Desechando realizar actividades que no aportan valor añadido.
C	Organización clásica/ tradicional de la consulta de CPL. Consultas inútiles y útiles de baja complejidad
O	Mejorar calidad asistencial en consultas externas CPL disminuyendo el número de consultas sucesivas y el tiempo de espera para una primera consulta.
Pregunta	¿Podría un mínimo cambio organizativo y el uso de las TICs aumentar la calidad asistencial, disminuyendo la sobrecarga de pacientes y previniendo los fallos de cita en las consultas externas de Cirugía Plástica y Reparadora del HCUVA?

Fuente: elaboración propia.

ANEXO II

Antecedentes bibliográficos de interés.

Tabla 2 (9).

Título y año	Plan de mejora para optimizar la lista de espera de consultas externas en una unidad de gestión clínica (ugc) de urología. 2011.
Autores	Jiménez Pacheco A, Arrabal Polo MA, López Luque A, Verdú Martínez M.
Hospital	Servicio de Urología. Hospital Santa Ana, Motril. Granada
Intervención	Cambio en la gestión clínica, para potenciar actividades asistenciales que mejoren los resultados tanto en salud como en eficiencia, con uso de nuevas tecnologías y utilización de recursos humanos.
Conclusiones	El establecimiento de protocolos de actuación clínica, el trabajo multidisciplinar en equipo y la comunicación y coordinación con Atención Primaria, junto con la flexibilidad, versatilidad y adaptabilidad de las agendas y simplificación de los procesos burocráticos administrativos, mejora la lista de espera de las consultas externas de especialidades.
Publicación	Actualidad Médica, 96(782) 17-26 (2011) Consultado 25-02-2020. Disponible en: http://hdl.handle.net/10481/52403

Fuente: elaboración propia.

Tabla3 (10).

Título y año	Estudio de la accesibilidad telefónica en las consultas externas de un centro hospitalario. 2013
Autores	Fernández Lobato R, Cruz Bermúdez JL, García Berrocal JR, Saíz Rojo A, Casas Requejo J, Alcaraz Esteban M.
Hospital	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.
Intervención	Propuesta de mejora en comunicación: Concienciar e informar al personal de la importancia de la consulta telefónica, evaluación periódica, difusión a los usuarios de todas las medidas de acceso establecidas.
Conclusiones	La atención telefónica aumenta la calidad percibida de la atención recibida. La instauración de sistemas alternativos a la llamada telefónica directa incrementa la accesibilidad, se recomienda establecer líneas de comunicación fluida con el uso de las TICs. Disminución número de reclamaciones.
Publicación	Revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2013;14(4):685-96

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4 (11).

Título y año	Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. 2018
Autores	Villegas García M, Alcaraz Martínez J, Pascual Saura H, González Ortega JJ, Ballesta Cabrero A, Moreno Rodríguez JM, Baeza Alcaráz A.

Hospital	Hospital Morales Meseguer (Murcia)
Intervención	Diseño e implementación de un nuevo circuito en las consultas externas, protocolizando un sistema directo y automático para las citas.
Conclusiones	Mejora de la accesibilidad a consultas, disminución del tiempo de espera media. Reducción del número de quejas y reclamaciones.
Publicación	Revista Española de Salud Pública. 2018. Consultado: 06-04-2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100404&lng=es .

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5 (12).

Título y año	Consulta quirúrgica de alta resolución en Cirugía Plástica. 2018
Autores	Delgado-Martínez J, Gómez-Escolar L, Jordán-Palomar E, Yuste-Benavente V, Enrique Monclús-Fuertes E.
Hospital	Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
Intervención	Proceso de cribado de pacientes y agrupar las pruebas diagnósticas necesarias el mismo día de la consulta de uno o más profesionales para completar, en una sola cita todos los pasos de un proceso que generalmente se desarrollaban en varios días.
Conclusiones	La consulta de alta resolución aumenta la eficiencia en la atención de pacientes reduciendo la carga asistencial, favorece el inicio del tratamiento precozmente, disminuye gastos y aumenta la satisfacción percibida del paciente.
Publicación	Cir. plást. iberolatinoam. -Vol. 44 - Nº 3 Julio - Agosto - Septiembre 2018/ Pag. 335-339. Consultado 25-02-2020. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922018000300013

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6 (5).

Título y año	Uso del BIG DATA para incrementar la resolución en consultas externas hospitalarias, 2019.
Autores	Comisión de calidad Hospital Universitario Infanta Elena.
Hospital	Hospital Universitario Infanta Elena. Madrid.
Intervención	Inclusión de las TICs en el proceso de atención al paciente, en consultas externas, con todas las pruebas de imagen y laboratorio e informes necesarias para el diagnóstico y tratamiento.
Conclusiones	La inclusión de las TICs en el rediseño de los procesos de atención de los usuarios en consultas externas especializadas incrementa la capacidad de resolución de los profesionales sanitarios, mejora tanto la calidad asistencial como la eficiencia, accesibilidad, adecuación, seguridad y aceptabilidad y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario.
Publicación	Sumario. Buena Práctica. Consultado 01-03-2020. Disponible en: https://www.sciohealth.org/bp/empleo-del-big-data-para-incrementar-la-resolucion-en-consultas-externas-hospitalarias-proyecto-de-mejora-de-las-derivaciones-pr

Fuente: elaboración propia.

ANEXO III

Reclamaciones Servicio de Cirugía Plástica y Quemados HCUVA



Fuente: Servicio de Atención al Usuario HCUVA.

Motivos de reclamación en CEE de CPL.

Disconformidad con la asignación de centro concertado.	1
Lista de espera quirúrgica	10
Negación de la asistencia	1
Disconformidad con las prestaciones NO INCLUIDAS.	4
Lista de espera, acceso a la 1ª consulta	3
Habitabilidad de instalaciones (Confortabilidad).	1
Educación, cortesía o deferencia de los profesionales.	2
Libre elección de médico Especialista	2
Disconformidad con el diagnóstico.	3
Mala coordinación de cuidados entre servicios, intercentros o niveles asistenciales .	1
Error en la identificación (entrega informes, recetas, etc.)	1
Disconformidad con el resultado asistencial	3
Suspensión de intervenciones quirúrgicas programada	1

Fuente: Servicio de Atención al Usuario HCUVA.

La Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Consultas Externas del Servicio Murciano de Salud indica como oportunidad de mejora el **Tiempo de espera** (La satisfacción con el tiempo de espera desde la hora de la cita hasta que el paciente es atendido en la consulta fue de 7,4 sobre 10).

Calidad percibida en consultas externas 2019. EMCA. Gestión de la Calidad Asistencial. Consultado 25-02-2020. Disponible en: <https://sms.carm.es/somosmas/web/programaemca/informes>

ACTIVIDAD DE CONSULTAS EXTERNAS DE CPL 2019.

En la tabla 1 se describe la actividad de las consultas externas de Cirugía plástica durante el año 2019 que obra en los datos de la Consejería de Sanidad de la región de Murcia.

Cirugía Plástica													
Actividad de Consultas y LEC													
2019	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	TOTAL
Primeras	172	161	138	106	176	227	85	56	169	186	206	148	1.830
Sucesivas	235	240	219	173	288	259	179	45	156	230	278	158	2.460
Totales	407	401	357	279	464	486	264	101	325	416	484	306	4.290
Pac atendidos CEX / día hábil	19,4	20,1	17,9	14,7	21,1	25,6	11,5	4,8	16,3	18,1	24,2	17,0	17,4
Sucesivas/Primeras	1,37	1,49	1,59	1,63	1,64	1,14	2,11	0,80	0,92	1,24	1,35	1,07	1,34
Solicitadas desde A.Primaria	13	17	27	28	43	27	28	25	18	24	22	46	318
Atendidas A. Primaria	9	14	13	18	25	26	16	8	15	18	25	24	211
% Primeras A.P.	5,2%	8,7%	9,4%	17,0%	14,2%	11,5%	18,8%	14,3%	8,9%	9,7%	12,1%	16,2%	11,5%
Espera media a Primera Cons.	27,46	25,69	26,70	27,63	27,21	24,27	24,68	24,06	24,40	25,62	27,70	29,10	
Pacientes en espera	121	137	136	132	131	134	159	212	238	252	181	53	
Tpo medio pac Espera Estruct	47,0	41,1	37,3	42,1	35,1	44,3	49,5	66,2	66,7	60,2	77,8	35,9	
Paciente en esp. > 50 días	85	75	74	62	59	106	140	182	210	191	131	32	
Paciente en esp. > 50 días	70,25%	54,74%	54,41%	46,97%	45,04%	79,10%	88,05%	85,85%	88,24%	75,79%	72,38%	60,38%	*
Cons. Primeras que no acuden	18	22	15	11	24	17	5	4	18	13	19	25	191
% Primeras que no acuden	9,47%	12,02%	9,80%	9,40%	12,00%	6,97%	5,56%	6,67%	9,63%	6,53%	8,44%	14,45%	9,45%
Pacientes sin fecha de cita	2	22	1	3	22	3	15	21	9	50	33	1	
% Pacientes sin fecha	2,35%	29,33%	1,35%	4,84%	37,29%	2,83%	10,71%	11,54%	4,29%	26,18%	25,19%	3,13%	
Consultas reprogramadas	4	11	8	17	24	21	21	8	10	65	15	19	223
Primeras de otras áreas	114	95	86	65	97	136	52	37	97	110	129	89	1.107
% de Primeras otras áreas	66%	59%	62%	61%	55%	60%	61%	66%	57%	59%	63%	60%	60%
Intercons. Hospitalización	28	16	18	20	29	17	13	12	18	20	13	13	217
Intercons. Urgencias	28	15	16	17	23	26	27	26	19	20	25	25	267

Fuente: Consejería de Sanidad CARM.

Se observa que durante el año 2019, se atendieron un total de 4.290 consultas, de las cuales 1.830 fueron primeras consultas y el resto sucesivas, con una media de 17,4 pacientes atendidos por día hábil.

El cociente Sucesivas/primeras es a favor de sucesivas con un valor de 1,34.

Las consultas solicitadas desde atención primaria suponen un 11,5%, de las 318 totales que realizó, se atendieron 218, quedando la diferencia pendiente de ser atendida posteriormente.

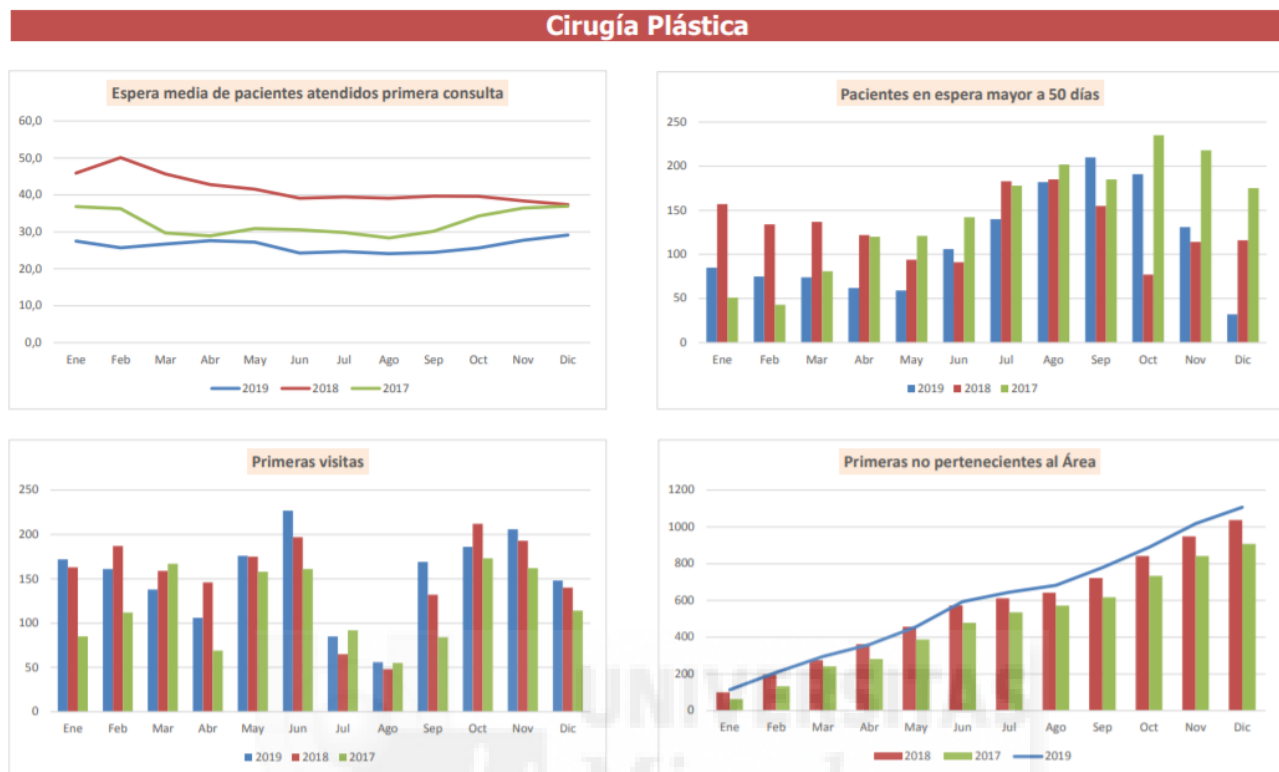
La espera media para la primera consulta, es decir, desde que se hace el expediente de derivación hasta que es visto en la consulta está entre 24,06 y 29,10 días y el tiempo medio de espera del paciente en espera estructurada varía desde 35,1 hasta 77,8 días, según el mes, este parámetro se refiere a los días que el paciente está esperando para ser atendido, están en lista de espera de consultas externas y es a fecha de corte. El porcentaje de pacientes en espera mayor de 50 días también es elevado, variando según mes desde un 45,04% hasta un 88,24%.

El número de primeras consultas que no acuden es de 191, que corresponde al 9,45% del total.

Los pacientes sin fecha, que son conocidos como pacientes en buzón, son aquellos que se ha recibido el expediente, pero no se les da cita desde admisión de consultas externas, sino que se mandan para ser valorados por el jefe de servicio, de ahí la variabilidad de cifras según mes.

Las primeras consultas de otras áreas (distintas al Área I, que es la del HCUVA) suponen el 60% del total.

En la Figura 1 se observa como los datos sobre la espera media de pacientes atendidos en la primera consulta, los pacientes en espera mayor de 50 días, las primeras visitas y las primeras que no pertenecen al Área I, han ido mejorando desde el año 2017, conforme ha ido aumentando la adhesión a las nuevas tecnologías.



Fuente: Consejería de Sanidad CARM.

En el BORM 6 de junio de 2007 (22) quedan definidas las primeras consultas de asistencia especializada y las sucesivas:

“A.4. Consultas de asistencia especializada:

A.4.1. Primeras consultas ambulatorias”:

1. “Comprenderán cuantas actuaciones sean precisas efectuar en el centro hospitalario para la determinación diagnóstica y orientación terapéutica del proceso asistencial del paciente, estando incluidas todas las pruebas necesarias (diagnóstico, determinación del tratamiento), que se efectúen dentro de los quince días siguientes a la visita inicial, salvo las intervenciones quirúrgicas menores y los servicios especiales especificados en el apartado A.5 de este ANEXO...”

A.4.2. Las consultas sucesivas:

1. “Incluirán aquellas actuaciones que sea preciso realizar en el centro hospitalario, salvo los servicios especiales del apartado A.5 y la cirugía menor del apartado A.4.1, especificados en este ANEXO, prestados después del alta hospitalaria o de la primera consulta.”

BORM 6 de junio de 2007. Consultado 25-02-2020. Disponible en: www.borm.es

CRITERIOS DE INCLUSION EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA HCUVA.

I. CIRUGÍA MAMARIA: SE INCLUIRÁN:

1.-Hipertrofias mamarias severas, es decir,

- aquellas en que el complejo areola pezón necesita trasponerse 12 cm o más para llevarlo a la situación normal
- cuando la distancia surco submamario-polo inferior de la mama es mayor o igual a 10 cm.
- cuando la exéresis estimada es mayor o igual a 1000 gr.
- pacientes con patología objetiva de la espalda (Cifoescoliosis, hernias discales cervicales y/o dorsales.)

2.- Deformidades de la mama:

- Tejido mamario ectópico. (Mamas axilares).
- Mamas tuberosas.

3.- Hipertrofia mamaria, mastopexia y mamoplastia de aumento siempre que el objetivo sea la simetrización tras una mastectomía radical modificada por carcinoma de mama contralateral.

4.- Ginecomastia severas, especialmente en adolescentes.

Se EXCLUIRAN las HIPOPLASIAS MAMARIAS, tanto las PRIMARIAS como las INVOLUTIVAS, la PTOSIS MAMARIA EN TODOS SUS GRADOS aún cuando sea a causa de la pérdida masiva de peso, por tratarse de una patología puramente estética , los PEZONES INVERTIDOS E HIPERTRÓFICOS Y SUPERNUMERARIOS.

II.-CIRUGIA DEL ABDOMEN Y CONTORNO CORPORAL.

SE INCLUÍRAN:

1.- Dermocalasias abdominales que oculten genitales, y/o produzcan intertrigos de repetición (cultivo positivo para Cándida), independientemente de si ha habido o no pérdida masiva de peso.

SE EXCLUIRAN las cicatrices infraumbilicales medias por cirugía previa (por ej. Cesárea) si no cumple los criterios anteriores.

2.- Dermocalasias de muslos que produzcan intertrigos candidiásicos, foliculitis y/o que dificulten la deambulación y que requieran para su corrección dermolipectomías mediales de los muslos (es decir aquellas que precisan cicatriz vertical.)

NO SE INCLUIRAN las DERMOCALASIAS DE BRAZOS puesto que no causan ninguna alteración funcional así como tampoco aquellas LIPODISTROFIAS LOCALIZADAS CUYO TRATAMIENTO ES LA LIPOSUCCIÓN.

III.- OREJAS

SE INCLUIRÁN:

1.- Orejas en asa o prominentes en niños de edades comprendidas entre los 7 y los 13 años.

SE EXCLUIRAN los lóbulos rasgados y orejas prominentes en personas mayores de 13 años.

IV.- NARIZ:

SE INCLUIRÁN:

1.- Deformidades postraumáticas o congénitas de la nariz con repercusión funcional, es decir, con obstrucción respiratoria objetiva (Glatzell menor de 2).

V.- PÁRPADOS:

NO SE INCLUYE en la lista de servicios la BLEFAROCALASIA DE PÁRPADOS SUPERIORES, NI LA HERNIACIÓN DE BOLSAS PALPEBRALES SUPERIORES Y/O INFERIORES por tratarse de una patología puramente estética.

VI.- OTRAS PATOLOGÍAS:

NO SE INCLUYE:

1.- Corrección de arrugas y/o depresiones postraumáticas o como consecuencia de otros procedimientos quirúrgicos anteriores que requieran infiltraciones de materiales de relleno.

2.- Corrección de cicatrices que no produzcan limitación funcional.

RAZONES DE ORIGEN EMOCIONAL COMO LA PÉRDIDA DE LA AUTOESTIMA, INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, “ALTERACIONES PSICOLÓGICAS”, así como la “COMODIDAD” aducidas por las pacientes NO SERÁN criterios para incluir en lista de espera.

Igualmente EDADES SUPERIORES a los 65 AÑOS, la existencia de antecedentes patológicos o patología concomitante que pueda significar un mayor riesgo, así como circunstancias especiales SERÁN CONSIDERADAS INDIVIDUALMENTE en sesión clínica.

Bibliografía:

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Ministerio de Sanidad y Consumo «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006 Referencia: BOE-A-2006-16212

Artículo 5. Criterios y requisitos.

“4. No se incluirán en la cartera de servicios comunes:

4.º Que tengan como finalidad meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte o mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales u otras similares”.

Consultado 25-02-2020. Disponible en: www.boe.es

Tabla 8. Definición de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Número de primeras consultas	Pacientes atendidos por primera vez.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Número de consultas sucesivas	Pacientes que acuden a consulta para revisiones y/o valorar pruebas	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Primeras consultas desde A.P.	Pacientes remitidos por su MFyC	Cuantitativa discreta.	Número entero (pacientes)
Tiempo de espera media hasta primera consulta	Tiempo medio de espera del paciente hasta primera consulta.	Cuantitativa discreta	Número entero (días)
Pacientes en espera	Pacientes en espera estructural para primera consulta a fecha de corte.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Tiempo medio de pacientes en espera estructurada.	Tiempo medio de espera del paciente hasta primera consulta a fecha de corte.	Cuantitativa discreta	Número con decimales (días)
Paciente en espera más de 50 días	Paciente en espera más de 50 días para primera consulta.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Consultas primeras que no acuden	Pacientes citados que no acuden a primera consulta.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Pacientes sin fecha de cita	Pacientes en buzón, su expediente ha llegado al centro de programación pero no se les ha dado cita.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Consultas reprogramadas	Cambio de fecha por facultativo o institución.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Primeras consultas de otras Áreas de Salud	Pacientes remitidos desde las áreas distintas a la 1.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes).
Interconsultas Urgencias	Pacientes remitidos a consultas desde Urgencias hospitalarias.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Interconsultas Hospitalarias	Pacientes remitidos a consultas por otras especialistas del HCUVA	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Tiempo en sala de espera consulta hasta atención	Tiempo que pasa desde que el paciente llega a sala de espera hasta ser atendido	Cuantitativa continua	hh:mm:ss
Reclamaciones	Quejas que el paciente expresa en relación a la asistencia recibida.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Número de Curas	Pacientes que han precisado curas por enfermería.	Cuantitativa discreta	Número entero (pacientes)
Consultas no presenciales	Pacientes atendidos telefónicamente o de forma telemática.	Cuantitativa discreta	Número entero (consultas)

Fuente: elaboración propia

ANEXO VII

Requisitos para la inclusión de un paciente en LEQ tras ser valorado en Consultas Externas de CPL del HCUVA

Los diferentes expedientes de solicitud de consultas desde Atención primaria, hojas de interconsultas o derivados de otra especialidad deberán ser cumplimentados en los apartados:

1. Historia clínica.
2. Exploración física.
3. Pruebas complementarias. . En los casos de:

A.1. Hipertrofia mamaria:

- Mamografía bilateral y/o Ecografía mamaria.
- Informe del Traumatólogo.
- Radiología de columna cervical y dorsal.

A.2. Ginecomastia:

- .Ecografía de mama y testículos.
- .Analítica hormonas sexuales y prolactina.

B. Dermocalasia y obesidad mórbida:

- Informe del Endocrinólogo.
- Informe del Cirujano Digestivo.
- Informe del Dermatólogo.

C. Dismorfia nasal:

- Radiografía 1/3 medio nasal.
- Informe del O.R.L.

En todos los casos sería conveniente un informe psicológico del paciente, en relación a su estabilidad emocional, no planteando la cirugía como el tratamiento de un trastorno psicológico:

Bajo ningún concepto por razones psicológicas o personales se incluirán los procesos estéticos en cualquiera de los tres puntos destacados (Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre).

Tabla 9. Descripción de la intervención.

INTERVENCIÓN	DEFINICIÓN	VARIABLES DE RESPUESTA
Remitir Listado de criterios de inclusión LEQ y anexo con las pruebas necesarias para la valoración en primera consulta a Atención Primaria y Especializada.	Poner en conocimiento de los profesionales que remiten pacientes a consultas externas de CPL los procesos y procedimientos incluidos en la cartera de servicios y las pruebas necesarias para su correcta valoración.	-Número de primeras consultas -Número de consultas sucesivas -Tiempo de espera media hasta primera consulta -Pacientes sin fecha de cita -Paciente en espera más de 50 días Pacientes en espera Tiempo medio de pacientes en espera estructurada: -Primeras consultas de otras Áreas de Salud
TICs	Uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación con AP y Especializada. Uso de Smartphone. Desburocratizar procedimientos administrativos.	-Primeras consultas desde A.P. -Consultas no presenciales Consultas reprogramadas. -Interconsultas Urgencias. -Interconsultas Hospitalarias.
Gestor de colas	Tiempo que pasa desde que el paciente llega a sala de espera hasta ser atendido	-Tiempo en sala de espera consulta hasta atención. -Reclamaciones
Contrato auxiliar mañanas fijas y enfermera una mañana a la semana	Permitiría abrir una agenda de curas de enfermería y habilitar una nueva sala de curas.	-Número de Curas

Fuente: Elaboración propia.