

Trabajo Fin de Máster

Comparativa del nivel de satisfacción en pacientes intervenidos ambulatoriamente: alta resolución frente a programada.

A comparative study of surgical outpatients satisfaction: “see and treat” Vs scheduled surgery.

Autora

Alba Perales Enguita

Directora

Lucía Gómez-Escolar Larrañaga

Facultad de Medicina
2019

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
3.1. Situación actual de la cirugía ambulatoria.....	4
3.1.1. Aplicaciones de la CAR en otras especialidades	4
3.1.2. Aplicaciones de la CAR en Cirugía Plástica.....	6
3.2. Situación actual de la cirugía ambulatoria en el servicio de Cirugía Plástica del HUMS..	6
3.2.1. Itinerario de cirugía programada	8
3.2.2. Itinerario de CAR.....	9
3.3. Objetivos.....	10
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
4.1. Diseño y población del estudio.....	11
4.2. Metodología de recogida de datos	11
4.3. Análisis estadístico de los datos	13
4.4. Aspectos éticos	13
5. RESULTADOS	14
5.1. Características de la muestra.....	14
5.2. Comparación Grupo Alta Resolución y Cirugía Programada	16
5.3. Comparación de satisfacción y tiempo de espera entre grupos	19
5.4. Comparación por grupos de pregunta nº1	20
6. DISCUSIÓN.....	21
7. CONCLUSIONES	25
8. BIBLIOGRAFÍA	26
9. ANEXO 1 : ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	30

1. RESUMEN

Introducción y objetivos. Una de las metas en la medicina actual es conseguir mejorar la calidad asistencial que el paciente recibe. En este sentido frente a la cirugía programada convencional surge la cirugía de alta resolución (CAR), en donde la evaluación preoperatoria y la propia cirugía se llevan a cabo en una única visita hospitalaria permitiendo reducir el número de visitas del paciente y los subsiguientes costes, tanto directos como indirectos. El objetivo es realizar una encuesta de satisfacción entre ambos grupos de pacientes y determinar que vía es la mejor valorada por los mismos.

Material y métodos. Para comparar la satisfacción en cada uno de los grupos se empleó una encuesta creada por el Hospital de Baracaldo. Se contactó vía postal con 200 pacientes intervenidos ambulatoriamente en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet. De estos, sólo 86 completaron el estudio. Para el análisis descriptivo y contraste de hipótesis se utiliza el programa SPSS.

Resultados. 86 pacientes [43% mujeres; con una edad media de 70 (58-76) años] fueron incluidos en el análisis final. De las lesiones extirpadas, la más frecuente fue el EBC, cuya localización más habitual fue el dorso nasal y cuyo tamaño presentó una mediana de 8 mm de diámetro. La mediana del tiempo de espera hasta la cirugía fue de 92 días en el grupo de programada frente a 13 días en el grupo CAR ($p < 0,01$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción de uno y otro grupo ($p = 0,069$) ni asociación entre la satisfacción y el tiempo de espera ($p = 0,631$ en cirugía programada, $p = 0,726$ en CAR).

Conclusiones. La CAR consigue una reducción del tiempo de espera de 92 a 13 días, además de ser menos costosa con una misma efectividad. No existen diferencias significativas entre la satisfacción de la CAR y la cirugía programada, siendo ambas en general consideradas como excelente y muy buena. Independientemente de la vía utilizada, la colaboración entre servicios de Dermatología y cirugía Plástica se hace imprescindible para la atención integrada del paciente.

Palabras clave. Cirugía de Alta Resolución (CAR). Cirugía programada. Satisfacción. Cirugía Plástica.

2. ABSTRACT

Objectives. The main goal in current medicine is to improve the quality care that patients receive. In this sense, “see and treat” surgery has emerged against scheduled surgery. In this new way of surgery the preoperative evaluation and the surgical procedure are done in the same hospital appointment, allowing to reduce the times patient goes to see the doctor and its costs,. The objective is to carry out a satisfaction survey between both groups of patients (scheduled surgery vs “see and treat”) and determine which way is the best valued

Patients and methods. To compare the satisfaction between “see and treat” surgery and scheduled surgery has been used a survey from the Hospital of Baracaldo. 200 patients from unit of Plastic Surgery of HUMS have been included in our study but only 86 have been completed it. Descriptive data analysis and comparative analysis were calculated using SPSS.

Results. 86 patients (43% female; median age 70[58-76 years]) were included. The most common tumor was Basal Cell Carcinoma (median large 8mm), and was located in nasal area most frequently. The median waiting time for day surgery was 92 days in scheduled surgery and 13 days in “see and treat” surgery ($p < 0,01$). Statistical significance wasn't observed in satisfaction comparing ($p = 0,069$) nor association between satisfaction and waiting time. ($p = 0,631$ scheduled surgery, $p = 0,726$ “see and treat” surgery).

Conclusions. “See and Treat” surgery reduces waiting time from 92 to 13 days; in addition it's more cost-effective. There are no significant differences between the satisfaction of the CAR and the scheduled surgery; both are generally considered as excellent and very good. Collaboration between services is essential for integrated patient care.

Key Words. “See and Treat” surgery. One-stop clinics. OCs. Scheduled surgery. Satisfaction. Plastic surgery.

3. INTRODUCCIÓN

3.1. Situación actual de la cirugía ambulatoria

En la asistencia sanitaria actual, sobre todo cuando es necesaria la consulta con un médico especialista en cirugía, existe la tendencia a la realización de sucesivas consultas médicas hasta la realización del procedimiento, lo que se denomina *cirugía programada*.

Para responder a la necesidad de agilizar este proceso ha surgido la *Cirugía de Alta Resolución (CAR)*, que se define como “el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna”¹.

La CAR surge como una innovación que permite mejorar la calidad asistencial del paciente y una utilización más eficiente de los recursos.² La denominación que recibe la CAR en la literatura internacional es muy variada, podemos encontrar diferentes tipos de referencias como “one-stop clinic”, “one day surgery” o “see-and-treat clinic”³.

Uno de los beneficios demostrados de este tipo de cirugías es la reducción del tiempo de lista de espera de hasta 3 meses. Además, mejora la relación médico-paciente al reducir la ansiedad del paciente y ser el mismo especialista el que le ve en consulta y realiza la intervención¹.

3.1.1. Aplicaciones de la CAR en otras especialidades

No todas las especialidades son capaces de ofrecer este tipo de cirugía al paciente, puesto que es necesario una evaluación preoperatoria sencilla que no requiera de pruebas complementarias que necesiten especial preparación (ej. Endoscopias, Rx).¹

La CAR se ha aplicado en otras especialidades quirúrgicas como la **Cirugía Pediátrica**: un estudio en el hospital de Cruces analizó la satisfacción de 75 pacientes a los que se intervino mediante CAR, determinando que el 68,9% valoraba esta vía como muy buena o excelente y solo un 3,4% lo valoraba como regular, siendo el aspecto peor

considerado el tiempo de espera desde la llegada al hospital hasta la realización de la intervención (unas 3 horas). Por otra parte, conseguía disminuir en 180 las visitas sucesivas que hubieran necesitado los 75 pacientes.⁴

También encontramos trabajos de CAR en el servicio de **Otorrinolaringología**, como el estudio publicado por el Hospital de Ipswich donde aplican este tipo de cirugía a la escisión de tumores cutáneos faciales reduciendo el tiempo de espera en 47 días.⁵

En el campo de la **Traumatología** encontramos aplicaciones de la CAR en patologías como el túnel carpiano, concretamente en un estudio del Hospital de Kent and Sussex de UK se redujo el tiempo de espera hasta la cirugía de 9 meses a 2.2 meses y con una satisfacción de estos pacientes de 4.6 en una escala de 1 a 5.⁶ Además, en un estudio posterior se respaldó la seguridad del uso de la CAR en esta patología y los resultados positivos en satisfacción y el alivio de los síntomas a largo plazo.⁷

También en **Cirugía General** es posible aplicar la CAR a procedimientos como la reparación endoscópica de hernia de pared abdominal. En un estudio de satisfacción en un servicio holandés se obtuvieron niveles de satisfacción de 9 en una escala de 1 a 10 mediante este tipo de itinerario.⁸ En otro estudio más reciente se calcula el ahorro económico mediante esta vía de 660.95 € por paciente y por lo tanto una reducción de costes del 19.3%.⁹

No solo se ha estudiado los tiempos de espera o la satisfacción, también otros aspectos importantes como la ansiedad del paciente. Por ejemplo, en el área de **Ginecología** en el diagnóstico rápido de cáncer de mama se comparó los niveles de ansiedad a las 24 horas de la primera visita, 3 semanas y 3 meses entre las mujeres que se les realizaban todas las pruebas (mamografía, ECO, BAG) el mismo día frente a las que no. En los resultados se obtiene una mejora de la ansiedad solo en las primeras 24 horas¹⁰. En otros estudios más recientes se determina que la ansiedad mejora en las pacientes con un diagnóstico anatomopatológico benigno frente a la no mejora en las de diagnóstico maligno¹¹.

3.1.2. Aplicaciones de la CAR en Cirugía Plástica

Dentro de la **cirugía Plástica** encontramos trabajos internacionales, como el llevado a cabo en Reino Unido en 32 de los 47 servicios de cirugía Plástica del país, dentro de estos 32 servicios solo en 8 (25%) se llevaba a cabo la CAR, El 75% restante no lo aplicaba simplemente por no haberlo considerado.¹²

Este estudio además estimó que los tiempos de espera se reducían de media unas 18 semanas mediante el uso de CAR. Además, realizó una encuesta de satisfacción entre los pacientes de CAR en la que el 95% mostraban su preferencia por la CAR frente a la cirugía programada.¹²

Otro estudio, también en Reino Unido, añade la ventaja económica de la CAR al reducir dos visitas (449 libras) a una sola (355 libras) y calculando un ahorro al año de unas de 148.708 libras. También propone como ventaja el aprendizaje del residente que es el que lleva a cabo la cirugía en su programa.^{3,13}

También contamos con estudios nacionales dentro de la cirugía Plástica, como el realizado en nuestro servicio entre 2015 y 2016. En este estudio se comparó el número de visitas sucesivas a las consultas de plástica que fue de 0.27 en CAR frente al 1.97 en cirugía programada. Dado que en ese periodo se intervinieron 642 pacientes, se calcula un ahorro de 887 consultas sucesivas.¹⁴

3.2. **Situación actual de la cirugía ambulatoria en el servicio de Cirugía Plástica del HUMS**

Una de las metas en la medicina actual es el manejo interdisciplinar de la patología del paciente para la mejora en la calidad de la asistencia que este recibe. En este sentido existe una estrecha colaboración llevada a cabo entre los servicios de Dermatología y Cirugía Plástica.

Ambos servicios se aúnan para el tratamiento de las lesiones cutáneas, sobre todo las de carácter maligno ya que tienen una gran prevalencia en la sociedad. Dentro de los cánceres cutáneos, el mas frecuente es el de células basales ¹⁵, seguido del carcinoma epidermoide¹⁶.

En 2012 se estimó que alrededor de 3.5 millones de pacientes presentaban 5.4 millones de estos tumores no-melanocíticos, lo que suponía un incremento de la prevalencia del 154% desde 2006.^{17,18} De hecho se espera que la incidencia siga aumentando en un 10% por año debido al envejecimiento de la población, el aumento de la exposición solar y la mejora en la detección de estos tumores.¹⁹

Aunque estos tumores suelen producir destrucción local que requiere cirugía reconstructiva no suelen producir metástasis a distancia y su pronóstico en general es bueno²⁰. Se ha observado además que la cirugía da mejores resultados estéticos y menos complicaciones que la radioterapia^{21,22}, algo a tener en cuenta en los tumores de localización facial, siendo esta la localización más frecuente tanto en el tumor basocelular como el epidermoide²³.

Se ha demostrado que un diagnóstico y tratamiento precoz de estas lesiones consigue el estado libre de enfermedad del paciente²⁴. Por ejemplo, el carcinoma basocelular puede aumentar su área en 4.71 mm² en tan solo 70 días.²⁵

Así, mientras que la Dermatología se encarga del diagnóstico de las lesiones cutáneas, la exéresis y la biopsia de las pequeñas tumoraciones sugestivas de malignidad, lesiones de un mayor tamaño son derivadas al servicio de Cirugía Plástica.

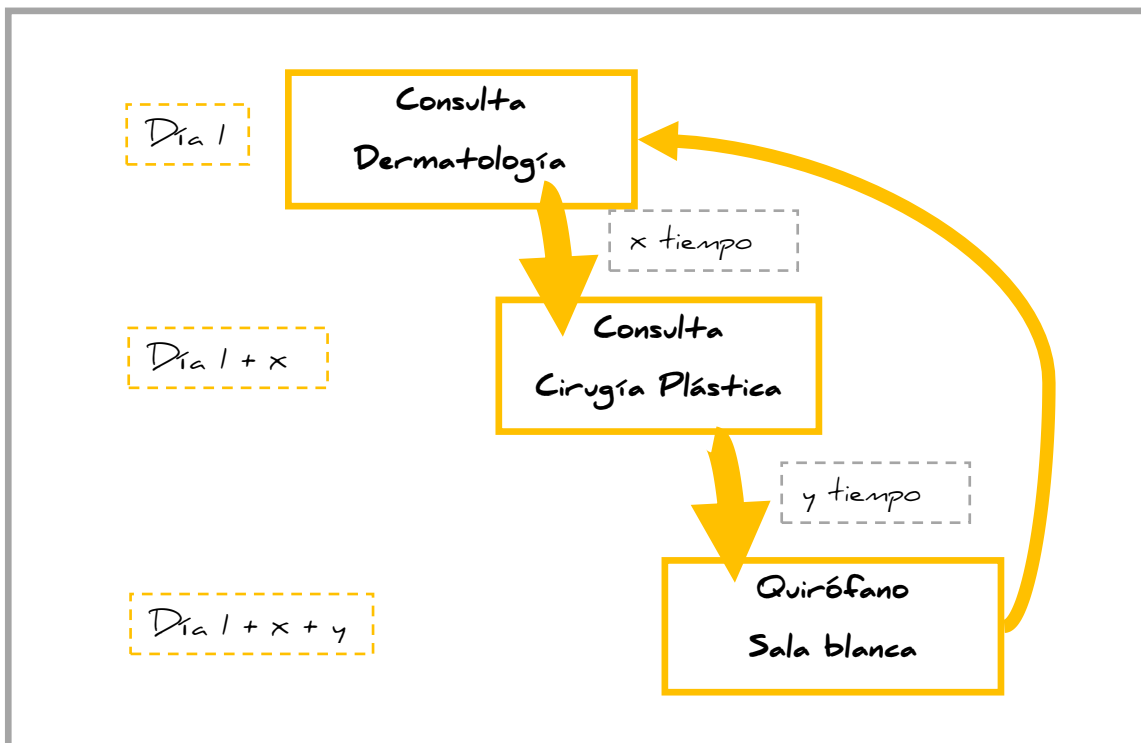
Los pacientes que acuden a primera visita de Plástica con lesiones cutáneas que se van a tratar con una cirugía local acuden derivados casi en su totalidad del servicio de Dermatología con un diagnóstico de presunción.

Hasta este momento el **perfil del paciente será el mismo: lesión cutánea derivada de Dermatología**. Dependiendo de las características del paciente se propondrá seguir la vía de la cirugía programada (un primer día de consulta con el cirujano plástico y un segundo día para la realización de la cirugía) o la cirugía de alta resolución (donde primera visita y cirugía se realizan en el mismo día).

3.2.1. Itinerario de cirugía programada

El paciente es derivado por Dermatología al servicio de Cirugía Plástica, donde se realizará una primera visita en la que se lleva a cabo la anamnesis del paciente y una segunda visita en la que se realizará la intervención. Se muestra un esquema en la Imagen 1, donde se refleja el sumatorio de los correspondientes tiempos de espera entre ambas consultas y el día de la cirugía.

Imagen 1. Itinerario cirugía programada.



Tras la realización de la cirugía, la mayoría de pacientes son devueltos a Dermatología donde les informarán del resultado anátomo-patológico de la lesión y se realizará posteriores controles cutáneos. En caso de aparición de nuevas lesiones vuelven a ser derivados a nuestro servicio.

Este itinerario suele ir destinado a pacientes que presenten comorbilidades o tomen fármacos que contraindiquen la posibilidad de una intervención inmediata. Un ejemplo son los ancianos anticoagulados o portadores de marcapasos

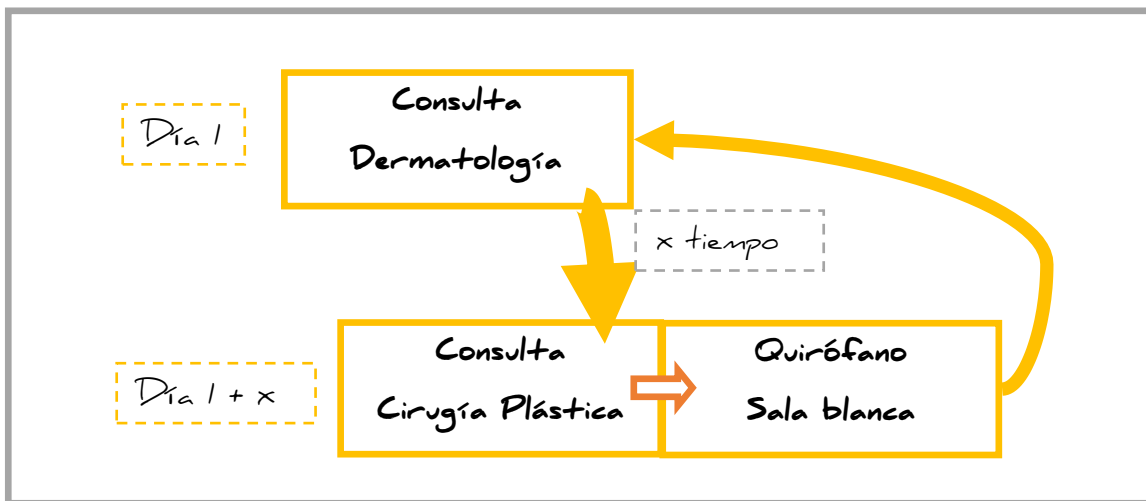
3.2.2. Itinerario de CAR

Dentro de la especialidad de Cirugía Plástica existen ya estudios sobre la aplicación de la CAR desde el año 2000¹². Sin embargo, su aplicación se ha retrasado y sigue siendo poco empleada. De hecho, en nuestro servicio de Cirugía Plástica no se implantó hasta el año 2017.

El paciente candidato a CAR, al igual que en el caso de los pacientes subsidiarios de cirugía programada, es derivado a nuestro Servicio desde Dermatología por una lesión cutánea. En la primera consulta con Cirugía Plástica se le realiza una historia clínica y si no presenta ninguna de las contraindicaciones previamente mencionadas, se le ofrece la realización de la cirugía esa misma mañana.

En la imagen 2 podemos ver un esquema de este itinerario. Respecto al otro itinerario se ahorra una visita hospitalaria del paciente.

Imagen 2. Itinerario CAR.



En este caso también el paciente es remitido a Dermatología para que le informen del resultado anatómo-patológico de la lesión extirpada y le realicen controles sucesivos.

3.3. Objetivos

El objetivo principal es:

- Determinar si la satisfacción de los pacientes intervenidos mediante CAR es mayor que en el grupo de cirugía programada. *En nuestro centro se lleva a cabo la CAR desde 2017 a pesar de ser una vía que en otros centros lleva implantada desde mucho antes, habiendo ya demostrado el aumento de satisfacción y la disminución de tiempos de espera entre otros.*

Los objetivos secundarios son:

- Determinar si hay diferencias significativas entre el perfil de paciente que se le propone la CAR frente a los de cirugía programada. *Se espera que se encuentren diferencias en variables como la edad, aunque podría no encontrarse diferencias puesto que a todos los susceptibles de seguir la vía CAR no se les pueda ofrecer debido a la limitación de días (lunes y jueves) a los que está reservada este tipo de cirugía la sala blanca donde se realiza.*
- Calcular el ahorro económico que supone la disminución de visitas médicas.
- Valorar la influencia que tiene la realización de CAR en los tiempos de espera en lista quirúrgica.
- Si los objetivos planteados resultaran positivos a favor de la realización de la CAR, uno de los objetivos de nuestro servicio es fomentar este tipo de cirugía.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño y población del estudio

Se trata de un estudio observacional descriptivo y analítico. Además de describir el perfil del paciente prevalente en cada uno de los itinerarios de cirugía ambulatoria en el Servicio de Cirugía Plástica, también analizamos la existencia de diferencias significativas entre la satisfacción de uno y otro grupo.

Para ello, se ha realizado un muestreo consecutivo de todos los pacientes a los que se les realizó cirugía ambulatoria en nuestro servicio a partir de enero de 2018 hasta contar con 100 pacientes para cada grupo.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron:

- Edad: a partir de 16 años.
- No institucionalizados.
- Disposición a firmar el consentimiento informado y rellenar la encuesta de satisfacción.
- Tener acceso a la historia clínica: sexo, fecha de nacimiento, fecha de cita con Dermatología, fecha de la primera cita con Cirugía Plástica, fecha de intervención, localización y tamaño de la lesión, resultado de anatomía patológica, complicaciones y el tipo de itinerario.

No existirán restricciones de género o medicación.

Y los criterios de exclusión:

- Negación a firmar el consentimiento informado.
- No respuesta de encuesta de satisfacción

4.2. Metodología de recogida de datos

Todos los datos obtenidos fueron recopilados en una base tipo Excel y tras ello se procesaron a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22.0 para sistema operativo Windows (Licencia Universidad de Zaragoza, Zaragoza).

a) Contacto con el paciente

A cada paciente seleccionado se le envió por correo postal un sobre que contenía una hoja de información sobre el estudio. En el interior de este sobre había otro sobre que contenía el consentimiento informado y la encuesta de satisfacción (**ver ANEXO 1**).

Esta encuesta se ha tomado de un artículo anterior publicado por el Hospital de Cruces⁴ y cuenta con la aprobación de su responsable para la aplicación en este estudio. En la encuesta se valora la satisfacción del paciente en una escala de 0 a 100, cuenta con 11 preguntas en total (9 cerradas y 2 abiertas).

El paciente tenía que firmar el consentimiento informado y rellenar la encuesta, posteriormente introducir ambos documentos en el sobre y depositar el sobre en un buzón. Dicho sobre ya contaba con sello y la dirección de nuestro centro.

El consentimiento informado, que contiene toda la información específica sobre el estudio, se proporcionaba a los pacientes y ningún paciente fue incluido sin tener su consentimiento por escrito. Toda la información recopilada de los pacientes incluidos en el estudio se mantuvo de forma estrictamente confidencial, siendo sometida a la normativa legal vigente en España (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, de información para el paciente, así como el Real Decreto 223/2004).

b) Recepción de las encuestas

Una vez llegaban estos sobres, un residente ajeno a la investigación se encargaba de comprobar la firma del consentimiento informado, el formulario de la encuesta completo y que se correspondiera el código de identificación de ambas hojas puesto que tanto la encuesta como el consentimiento informado estaban emparejados mediante un código numérico, apareciendo los datos del paciente sólo en el consentimiento informado y asegurando así su confidencialidad.

c) Recopilación de los datos

La información contenida en la encuesta se recopiló en un archivo Excel donde además se recogieron los datos necesarios de los pacientes (sexo, fecha de nacimiento, fecha de cita con dermatología, fecha de la primera cita con cirugía plástica, fecha de intervención, localización y tamaño de la lesión, resultado de anatomía patológica, complicaciones y el tipo de itinerario).

Respecto a la encuesta, además de reflejarse la puntuación general de 0-100 también se recogió cada una de las respuestas seleccionadas en las preguntas cerradas para permitir el análisis tanto en la puntuación total como las respuestas más frecuentes en cada una de las respuestas cerradas.

4.3. Análisis estadístico de los datos

Las variables continuas se reportan en media (\pm desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico) según su distribución sea normal o no. Las variables cualitativas se expresan en número absoluto, frecuencia o porcentaje. En las variables cuantitativas continuas se ha utilizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar si siguen una distribución normal.

Para identificar las variables continuas asociadas al cumplimiento de uno u otro itinerario quirúrgico se ha utilizado el test de t de Student o el test U de Mann-Whitney según su distribución fuera normal o no. En cuanto a las variables cualitativas se ha utilizado el test χ -cuadrado, o el test exacto de Fisher cuando estuviera indicado. Para el contraste entre variable cuantitativa no normal y variable cualitativa se ha utilizado el test de Kruskal-Wallis.

Para analizar la variable de satisfacción, en principio recogida como una variable continua de 0 a 100, se ha categorizado: Ns/nc (0-15), Mala (16-30), Regular (31-50), Buena (51-65), Muy buena (66-80) y Excelente (81-100).

4.4. Aspectos éticos

En el desarrollo del estudio se ha respetado la autonomía del paciente mediante la firma del consentimiento informado, así como su confidencialidad, prescindiendo de datos personales y llevando a cabo la identificación mediante un código dissociado.

5. RESULTADOS

Se contactó vía correo postal con 200 pacientes en total: 100 de alta resolución y 100 de cirugía programada. En el momento de la finalización de este trabajo se obtuvo respuesta de un total de 86 pacientes (43% de los contactados).

5.1. Características de la muestra

En el análisis de este estudio se han incluido un total de 86 pacientes tal y como se muestra en la tabla 1, de los cuales 49 son varones (57 %) y 37 mujeres (43 %).

La edad media de la muestra es de 65 años con una mediana de 70, desviación típica de ± 15 y rango de 17 a 87 años.

Para analizar la localización de la lesión se han considerado 19 posibles áreas anatómicas: abdomen, nasal, brazo, párpado/canto ojo, ceja, cuello, cuero cabelludo, mano, pie, espalda, frontal, auricular, hombro, labio, malar, mandibular, surco nasogeniano, pierna y temporal. De estas la más frecuente ha sido la nasal con 12 pacientes (14%) seguida de la malar con 10 pacientes (11,6%). El tamaño medio de la lesión fue de 8 mm con un rango intercuartílico de 5 a 10.

La mediana de tiempo de espera desde la consulta con Dermatología hasta el día de la cirugía fue de 28 días con un rango intercuartílico de 13 a 92 días.

En cuanto al resultado de anatomía patológica se ha clasificado en 4 grupos tumor espinocelular (EEC), tumor basocelular (EBC), melanoma y lesiones benignas entre las que se incluyen nevus, queratosis, quistes.... El tipo histológico de lesión más frecuente ha sido el EBC con un 46,5% seguido del grupo que engloba a todas las lesiones benignas con un 34,9%.

La lesión fue completamente reseca en 74 pacientes (86%), resultando bordes afectos o no valorables en el resto de los casos. En total hubo 6 complicaciones (7%), siendo la más frecuente la afectación de bordes por el tumor (83,3% de las complicaciones).

Respecto a la satisfacción general de la muestra el 72,1% la califican de muy buena o excelente.

Tabla 1. Características de la muestra (n=86).

Edad (años)	70 (58 - 76)	
Sexo	Hombres	49 (57 %)
	Mujeres	37 (43 %)
Localización de lesión	No consta	1 (1,2%)
	Abdomen	2 (2,3%)
	Nasal	12 (14%)
	Brazo	2 (2,3%)
	Párpado/canto ojo	2 (2,3%)
	Ceja	2 (2,3%)
	Cuello	3 (3,5%)
	Cuero cabelludo	5 (5,8%)
	Mano	3 (3,5%)
	Pie	4 (4,7%)
	Espalda	6 (7%)
	Frontal	6 (7%)
	Auricular	8 (9,3%)
	Hombro	1 (1,2%)
	Labio	2 (2,3%)
	Malar	10 (11,6%)
	Mandibular	5 (5,8%)
	Surco nasogeniano	4 (4,7%)
	Pierna	2 (2,3%)
	Temporal	6 (7%)
Tamaño de la lesión (mm)	8 (5-10)	
Tiempo de espera (días)	28 (13-92)	

Tabla 1. Características de la muestra (n=86). Continuación.

Anatomía patológica	No hay	1 (1,2%)	
	EEC	12 (14%)	
	EBC	40 (46,5%)	
	Melanoma	3 (3,5%)	
	Lesiones benignas	30 (34,9%)	
Afectación de bordes	Libres	74 (86%)	
	Afectados	8 (9,3%)	
	No valorables	4 (4,7%)	
Complicaciones	No	80 (93%)	
	Sí	Afectación de bordes	5 (5,8%)
		Dehiscencia	1 (1,2%)
Satisfacción	Excelente	21 (24,4%)	
	Muy buena	41 (47,7%)	
	Buena	13 (15,1%)	
	Regular	11 (12,8%)	
	Mala	0	
	Ns/nc	0	

5.2. Comparación Grupo Alta resolución y Grupo Cirugía Programada

Un análisis descriptivo más detallado por grupos, así como la asociación de variables a la pertenencia de un grupo se expone en la tabla 2.

De los 86 pacientes que componen el estudio, 42 se corresponden con el grupo de cirugía programada (48.8%) y 44 con el de cirugía de alta resolución (51.2%). La mediana de edad en el grupo de cirugía programada (69 años) es ligeramente menor que en el grupo CAR (71 años).

Respecto al sexo, mientras que en el grupo de cirugía programada hay un mayor predominio de varones (69%), en el grupo de CAR predomina el sexo femenino (54,5%) de una forma menos marcada.

En cuanto a la localización de la lesión, en el grupo de CAR sigue la tendencia general de la muestra y la localización más frecuente es la nasal (15,9%), mientras que en el grupo de cirugía programada es la malar (14,3%). En cuanto al tamaño de la lesión en ambos grupos se mantiene en torno a 8 mm.

El tiempo de espera transcurrido desde la consulta con dermatología hasta la fecha de la cirugía pasa de una mediana de 92 días en cirugía programada hasta los 13 días en el grupo CAR, resultando además estadísticamente significativo.

El resultado más frecuente de la anatomía patológica en ambos grupos es el de EBC, coincidiendo con lo que nos dice la literatura¹⁵. Además, en la gran mayoría de los casos las lesiones fueron resecaadas en su totalidad sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos.

Dentro de las complicaciones, aunque no resulta estadísticamente significativo, se observan más complicaciones (todas ellas por necesidad de ampliación de márgenes) en el grupo de cirugía programada, correspondiendo a un 11,9% frente al grupo CAR con un 2,3%.

Por último, en cuanto a la satisfacción se observa que en el grupo CAR se califica de excelente en el 31,8%, reduciéndose a la mitad en el grupo de programados con 16,7%. Sin embargo, no resulta estadísticamente significativo, de hecho, si se considera la suma de la calificación de excelente y muy buena, en el grupo de programados sería del 71,5% y en el grupo CAR de 72,7%.

Tabla 2. Resultados comparación grupo CAR y grupo Cirugía programada (n=86).

		Cirugía programada 42 (48,8%)	CAR 44 (51,2%)	Nivel de significación de p
Edad (años)		69 (54-75)	71 (60-76)	0,465
Sexo	Varones	29 (69%)	20 (45,5%)	0,027
	Mujeres	13 (31%)	24 (54,5%)	

Tabla 2. Resultados comparación grupo CAR y grupo Cirugía programada (n=86). Cont.

		Cirugía programada 42 (48,8%)	CAR 44 (51,2%)	Nivel de significación de p
Localización	No consta	0	1 (2,3%)	0,227
	Abdomen	2 (4,8%)	0	
	Nasal	5 (11,9%)	7 (15,9%)	
	Brazo	1 (2,4%)	1 (2,3%)	
	Párpado/canto	1 (2,4%)	1 (2,3%)	
	Ceja	0	2 (4,5%)	
	Cuello	1 (2,4%)	2 (4,5%)	
	C. cabelludo	5 (11,9%)	0	
	Mano	2 (4,8%)	1 (2,3%)	
	Pie	3 (7,1%)	1 (2,3%)	
	Espalda	3 (7,1%)	3 (6,8%)	
	Frontal	0	6 (13,6%)	
	Auricular	4 (9,5%)	4 (9,1%)	
	Hombro	1 (2,4%)	0	
	Labio	1 (2,4%)	1 (2,3%)	
	Malar	6 (14,3%)	4 (9,1%)	
	Mandibular	2 (4,8%)	3 (6,8%)	
	S.nasogeniano	3 (7,1%)	1 (2,3%)	
	Pierna	0	2 (4,5%)	
	Temporal	2 (4,8%)	4 (9,1%)	
Tamaño de la lesión (mm)		8 (5-10)	8 (5-10)	0,883
Tiempo de espera (días)		92 (64-152)	13 (9-17)	<0,01
Anatomía patológica	No hay	0	1 (2,3%)	0,787
	EEC	7 (16,7%)	5 (11,4%)	
	EBC	19 (45,2%)	21 (47,7%)	
	Melanoma	1 (2,4%)	2 (4,5%)	
	L. benignas	15 (35,7%)	15 (34,1%)	
Afectación de bordes	Libres	34 (81%)	40 (90,9%)	0,051
	Afectados	7 (16,7%)	1 (2,3%)	
	No valorables	1 (2,4%)	3 (6,8%)	

Tabla 2. Resultados comparación grupo CAR y grupo Cirugía programada (n=86). Cont.

		Cirugía programada 42 (48,8%)	CAR 44 (51,2%)	Nivel de significación de p
Complicaciones	No	37 (88,1%)	43 (97,7%)	0,08
	Sí			
	Ampliación bordes afectos	5 (11,9%)	0	
	Dehiscencia	0	1 (2,3%)	
Satisfacción	Excelente	7 (16,7%)	14 (31,8%)	0,069
	Muy buena	23 (54,8%)	18 (40,9%)	
	Buena	4 (9,5%)	9 (20,5%)	
	Regular	8 (19%)	3 (6,8%)	
	Mala	0	0	
	Ns/nc	0	0	

5.3. Comparación de satisfacción y tiempo de espera entre grupos.

En la tabla 3 se muestra la comparación del tiempo de espera entre los distintos niveles de satisfacción de cada grupo. En este análisis no se observa una asociación de niveles de satisfacción superiores con un tiempo de espera menor ($p > 0.05$).

Se concluye que no existen suficientes evidencias para plantear que la mediana de tiempo de espera difiera entre los niveles de satisfacción de cada grupo.

Tabla 3. Comparación de tiempo de espera según nivel de satisfacción.

	Satisfacción		Tiempo espera (días) (rango promedio)	Nivel de significación
C. Programada N=42	Excelente	7	24,29	0,631
	Muy buena	23	19,26	
	Buena	4	23,25	
	Regular	8	24,63	
	Mala	0		
	Ns/nc	0		
CAR N=44	Excelente	14	25,18	0,726
	Muy buena	18	20,03	
	Buena	9	23	
	Regular	3	23,33	
	Mala	0		
	Ns/nc	0		

5.4. Comparación por grupos de pregunta nº1

Analizando en detalle la primera pregunta del cuestionario (“¿Qué le pareció el tiempo que tuvo que esperar hasta la intervención?”) por grupos se observa que en el grupo de CAR casi el doble de pacientes tuvo la percepción de que el tiempo de espera fue poco, un 47,7% frente al 28,6% del grupo de cirugía programada.

Sin embargo, estos resultados nuevamente no son estadísticamente significativos tan y como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Comparación por grupos de pregunta nº1

Percepción tiempo espera	C. Programada (N=42)	CAR (N=44)	Nivel de significación
Poco tiempo	12 (28,6%)	21 (47,7%)	0,071
Ni mucho, ni poco	23 (54,8%)	21(47,7%)	
Mucho tiempo	7 (16,7%)	2 (4,5%)	

6. DISCUSIÓN

Nuestra encuesta fue respondida por 86 de los 200 contactados. La tasa de respuesta se define como el porcentaje que se obtiene al dividir el número de personas que han respondido entre el número de potenciales respondedores²⁶. En nuestro caso fue del 43%.

Aunque expertos han sugerido que es necesaria una tasa de respuesta del 60% para asegurar que una muestra sea representativa, realmente no existe una tasa de respuesta mínima aceptable que esté científicamente probada.²⁷

Se da importancia a la utilización de cuestionarios tomados de artículos ya publicados que sean reproducibles y así fortalecer su validez. De esta manera usar cuestionarios similares permite al investigador comparar sus resultados con los de otros estudios.²⁷

En este sentido, la encuesta utilizada en este estudio fue tomada de un artículo ya publicado⁴ y además cuenta con la aprobación de sus autores para su aplicación.

En relación a los resultados anátomo-patológicos de las lesiones extirpadas en la muestra, se observa que el tumor más frecuente resecado fue el de células basales, lo cual coincide con lo que se expone en la literatura.¹⁵

Centrándonos en la edad, se aprecia que en ambos grupos la muestra es de población mayor: 69 años en el grupo de cirugía programada y 71 años en el grupo CAR.

Aunque la diferencia de edad no resulta estadísticamente significativa entre ambos grupos, se observa que contrariamente a lo que pudiera parecer la CAR se lleva a cabo en población incluso más mayor que la programada sin que se tengan que excluir estos pacientes por su mayor comorbilidad asociada a la edad.

En cuanto a la satisfacción de los pacientes, en general, fue excelente o muy buena, con un 72,1%. Dentro de cada uno de los grupos las diferencias en la satisfacción no resultaron estadísticamente significativas: mientras que la calificación de excelente

fue de un 16,7% de los pacientes intervenidos de forma programada, en el grupo de CAR fue de un 31,8%.

Estos resultados en satisfacción excelente dentro del grupo de CAR son similares a los obtenidos en el estudio realizado en el Hospital de Cruces del cual se tomó la encuesta realizada: el 31,8% obtenido en nuestro estudio frente al 32,7% del hospital vasco.⁴

En un análisis más a fondo de la satisfacción se ha tomado como referencia la pregunta 1 de la encuesta (“¿Qué le pareció el tiempo que tuvo que esperar hasta la intervención?”) y aunque casi el doble de pacientes del itinerario de CAR (47,7% frente al 28,6%) calificaron positivamente el tiempo de espera como breve (respuesta 1: poco tiempo) este resultado no ha sido estadísticamente significativo.

Respecto a la asociación de la satisfacción con el tiempo de espera desde la consulta de Dermatología hasta la cirugía tampoco ha resultado estadísticamente significativa: tiempos de espera más cortos no han implicado una mayor satisfacción.

Probablemente no hayamos encontrado resultados significativos en todas las cuestiones respecto a la satisfacción por el simple hecho de que el paciente no ha experimentado la otra vía existente y desconoce las ventajas de la vía de alta resolución.

Por otra parte, ante la alta incidencia que tienen los tumores cutáneos y su tendencia a seguir aumentando¹⁹ es importante desarrollar nuevas estrategias que permitan una actuación temprana puesto que el tiempo de espera hasta el acto quirúrgico está asociado al tamaño de la lesión y por lo tanto a la complejidad de la técnica reconstructiva.^{24,25}

En este estudio se demuestra de manera estadísticamente significativa que mediante la CAR se consigue disminuir el tiempo de espera desde los 92 días a los 13 días desde la consulta con Dermatología hasta la cirugía. Por tanto, se consigue un beneficio en el paciente puesto que se abordan lesiones de menor tamaño en las que se permite un manejo con técnicas reconstructivas menos agresivas.

Trabajos, como el llevado a cabo a nivel nacional en UK, habían demostrado la mejora en los tiempos de espera, en concreto en este estudio se conseguía reducir en 18 semanas el tiempo de espera¹². En nuestro estudio esta reducción se traduce en 11 semanas.

Aunque en el análisis estadístico de este estudio no se haya incluido un apartado económico es evidente el ahorro que conlleva. En primer lugar, el coste económico de la visita que se evita mediante el manejo de pacientes por el itinerario CAR: el paciente es visto y operado el mismo día en vez de en dos días distintos.

Esto también supone una mayor facilidad para los pacientes, que suelen ser población anciana con dificultad para la movilidad. A menudo también necesitan de un acompañante que ese día no puede acudir a su puesto de trabajo. La visita al médico se complica aún más si el paciente no vive en Zaragoza.

En conclusión, la práctica clínica en nuestros días concibe al paciente como un único acto asistencial (una consulta, un acto quirúrgico), de tal manera que crea una disrupción de la continuidad asistencial.

El hospital se divide en especialidades cada vez más centradas en su área creando problemas de integración y continuidad en la atención del paciente. Frente a esto se debe considerar al paciente como el resultado de un proceso sobre el que actúan diversas especialidades que generan una respuesta que debe ser integrada y única.²⁸

En este sentido, para el abordaje de las lesiones cutáneas es de gran importancia la colaboración y comunicación entre la Dermatología y la Cirugía Plástica. Así se permite mantener la continuidad asistencial y conseguir una actuación quirúrgica más rápida y adaptada al paciente, se evita que el paciente se pierda dentro del proceso burocrático y pase un tiempo decisivo en el crecimiento de las lesiones. Esta es la base que va a asegurar una buena atención al paciente independientemente del itinerario quirúrgico que después se aplique.

Además, frente a la tendencia de aumento que presentan los gastos de la sanidad es importante contar con medidas que sean más costo-efectivas que las tradicionales sin que se reduzca por ello la satisfacción de los pacientes.²⁹



Para terminar, aunque nuestro estudio no ha demostrado una mayor satisfacción en los pacientes operados mediante CAR, se obtienen otros beneficios importantes como la reducción del tiempo de espera, las consultas sucesivas y los costes que conllevan. La consideración de estos beneficios ya supone una suficiente justificación para apoyar este itinerario y fomentar su implantación en todos los servicios en los que técnicamente sea posible.

7. CONCLUSIONES

- Actualmente los tumores cutáneos presentan una alta prevalencia que sigue una tendencia al alza, por ello es necesario buscar alternativas para reducir tiempos de espera y lista quirúrgica.
- La CAR al igual que la cirugía programada consigue una alta satisfacción del paciente.
- La mediana del tiempo de espera de la cirugía programada se reduce de 92 a 13 días mediante la CAR.
- Nuevas medidas más costo-efectivas que las tradicionales no tienen que conllevar una reducción en la satisfacción del paciente
- La disminución del tiempo de espera, consultas sucesivas y reducción de costes en la CAR justifican fomentar su implantación en los servicios que sea técnicamente sea posible
- Independientemente del itinerario que siga el paciente, una colaboración entre servicios de Dermatología y Cirugía Plástica es determinante para la asistencia integrada del paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA



1. Zambrana J, Jiménez Ojeda B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin*. 2002; 118: 302-305.
2. A. Waghorn, M. McKee, J. Thomson. Surgical outpatients: Challenges and responses. *Br J Surg*, 1997; 84: 300-307.
3. M. Javaid, D. Imran, M. Moncrieff, T. J. O'Neill, and E. M. Sassoon, The see-and-treat clinic in plastic surgery: an efficient, cost-effective, and training-friendly setup. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2004; 113:1060–1063.
4. P López Alvarez-Buhilla, I Astigarraga Aguirre, C Torres Piedra, Azcona, A Olaizola Mendibil, M Latorre Guisasola, Pediatric one-stop surgery: a series of 75 cases. *Rev Calid Asist*. 2009; 24(6):239–244.
5. Salam M. A., Matai V., Salhab M., Hilger A. W. The facial skin lesions ‘see and treat’ clinic: a prospective study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2006;263(8):764–766.
6. Reid M, David L. Nicholl J. A One-Stop Carpal Tunnel Clinic. *Ann R Coll Surg Engl* 2009;91:301–4.
7. Jørgensen LM, Piil K, Bashir A. Is one-stop surgery for carpal tunnel syndrome safe? A retrospective long-term follow-up study in a neurosurgical unit in Copenhagen. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016103.

8. Voorbrood CEH., Burgmans JPJ, Clevers GJ One-stop endoscopic hernia surgery: efficient and satisfactory, *Hernia*, 2015; 19(3): 395–400.
9. van Hessen C, Roos M, Frederix G, Verleisdonk E. One-stop routing for surgical interventions: a cost-analysis of endoscopic groin repair. *Surg Endosc.* 2019. doi: 10.1007/s00464-019-06971-z
10. Jørgensen LM, Piil K, Bashir A. Is one-stop surgery for carpal tunnel syndrome safe? A retrospective long-term follow-up study in a neurosurgical unit in Copenhagen. *BMJ Open.* 2017;7(9):e016103.
11. Dey P, Bundred N, Gibbs A, et al. Costs and benefits of a one stop clinic compared with a dedicated breast clinic: randomised controlled trial. *BMJ.* 2002;324(7336):507.
12. Gorman M, Coelho J, Gujral S, et al. One-stop clinic utilization in plastic surgery: our local experience and the results of a UK-wide national survey. *Plast Surg Int* 2015;2015:1–8.
13. P. K. Wright, P. M. Geary, R. M. Jose, C. Chou, and R. B. Berry. See-and-treat plastic surgery: experience at the University Hospital of North Durham. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2005; 116 (1): 342–344.
14. Delgado-Martínez Julio, Gómez-Escolar Lucía, Jordán-Palomar Elena, Yuste-Benavente Valentín, Monclús-Fuertes Enrique. Consulta quirúrgica de alta resolución en Cirugía Plástica. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2018; 44(3):335-339.

15. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD003412.
16. Lansbury L, Leonardi-Bee J, Perkins W, Goodacre T, Tweed JA, Bath-Hextall FJ. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4. Art. No.: CD007869.
17. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: Incidence. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30:774–778.
18. Rogers HW, Weinstock MA, Feldman SR, Coldiron BM. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer (keratinocyte carcinomas) in the U.S. population, 2012. *JAMA Dermatol.* 2015;151:1081–1086.
19. Hacker SM, Flowers FP. Squamous cell carcinoma of the skin: Will heightened awareness of risk factors slow its increase? *Postgrad Med.* 1993;93:115–121, 125.
20. Mendez BM, Thornton JF. Current basal and squamous cell skin cancer management. *Plast Recon Surg.* 2018;142(3):373e–387e.
21. Avril MF, Auperin A, Margulis A. Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of a randomized study. *Br J Cancer.* 1997;76(1):100–106.
22. Petit JY, Avril MF, Margulis A, et al. Evaluation of cosmetic results of a randomized trial comparing surgery and radiotherapy in the treatment of basal cell carcinoma of the face. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:2544–2551.

23. Ahmad, I., and A. R. Das Gupta. Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the pinna. *J. Laryngol. Otol* 2001. 115: 85– 86.
24. Martinez, JC and Otley, CC (2001). The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc* 76(12): 1253–1265.
25. Kirkup ME, De Berker DA. Clinical measurement of dimensions of basal cell carcinoma: effect of waiting for elective surgery. *Br J Dermatol.* 1999;141:876-9
26. Phillips AW, Reddy S, Durning SJ. Improving response rates and evaluating nonresponse bias in surveys: AMEE Guide No. 102. *Med Teach.* 2016;38:217–228.
27. Berman D.M., Tan L.L., Cheng T.L. Surveys and response rates. *Pediatr Rev.* 2015;36(8):364–366.
28. J. Pérez, J. García, M. Tejedor. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial*, 2002; 17:.. 305-311.
29. Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 (3):CD006632

9. ANEXO 1 : ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Marque la casilla con una X

1. ¿Qué le pareció el tiempo que tuvo que esperar hasta la intervención?
 - Poco tiempo
 - Ni mucho, ni poco
 - Mucho tiempo
 - No sabe/ no contesta

2. ¿Cómo calificaría la información que le dieron los médicos?
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
 - No sabe/ no contesta

3. ¿Cómo lo trató el personal sanitario?
 - Excelente
 - Muy bien
 - Bien
 - Regular
 - Mal
 - No sabe/ no contesta

4. ¿Cómo calificaría los conocimientos y las competencias de los médicos que le atendieron?
 - Excelente
 - Muy buenos
 - Buenos
 - Regulares
 - Malos
 - No sabe/ no contesta

5. ¿Cómo calificaría los conocimientos y la competencia del personal de enfermería que le atendió?
 - Excelente
 - Muy buenos
 - Buenos
 - Regulares
 - Malos
 - No sabe/ no contesta

6. ¿Los médicos o el persona de enfermería le dieron instrucciones comprensibles y claras sobre el tratamiento y los cuidados que debía seguir en su domicilio?

- Sí
- No
- No necesité tratamiento en el domicilio.
- No sabe/ no contesta

7. ¿Los médicos y el personal de enfermería se preocuparon por su dolor?

- Sí
- No
- No necesité tratamiento en el domicilio.
- No sabe/ no contesta

8. Cuando tuvo dolor, ¿se lo quitaron?

- Totalmente
- Bastante
- Poco
- Nada
- No solicité tratamiento
- No tuve dolor
- No sabe/ no contesta

9. En conjunto, ¿cómo valoraría usted la asistencia que ha recibido?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe/ no contesta

10. ¿Desea indicar algún aspecto positivo de su estancia en el hospital?

- No deseo indicar nada
- Sí

.....
.....

11. ¿Desea indicar algún aspecto negativo de su estancia en el hospital?

- No deseo indicar nada
- Sí

.....
.....