

Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal

Elías Rodríguez-Cuéllar, Rafael Villeta, Pedro Ruiz, Juan Alcalde, José Ignacio Landa, José Luis Porrero, Manuel Gómez y Eduardo Jaurrieta*

Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid. España.

Resumen

Introducción. La alta prevalencia del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal (procedimiento más frecuente en cirugía general) ha llevado a la Asociación Española de Cirujanos (AEC) a realizar un estudio a escala nacional dirigido a conocer los indicadores más importantes.

Objetivo. Análisis de la calidad asistencial en el tratamiento quirúrgico programado de la hernia inguinal, en el que se evalúa la calidad científicotécnica, la eficiencia, la efectividad y la satisfacción del paciente.

Material y métodos. Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el seguimiento posterior. Se incluyó a pacientes intervenidos por hernia inguinal uni o bilateral, primarias o recidivas. Los criterios de exclusión fueron cirugía urgente y procedimientos quirúrgicos asociados. Se seleccionaron indicadores clínicos tras revisar la bibliografía científica.

Resultados. Participaron 46 hospitales correspondientes a 16 comunidades autónomas que proporcionaron en total 386 casos. El seguimiento medio fue de 18 meses. La edad media de los pacientes fue de 56,33 años, el 88,3% varones. El 50,1% eran ASA I (grado marcado por la American Society of Anesthesiologists). El 95,6% no cumplió las pautas del protocolo de pruebas preoperatorias de la AEC. Se empleó profilaxis antibiótica en el 75,39% y tromboembólica en el 40,04%. El 33,6% se intervino en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Se empleó anestesia local y sedación únicamente en el 16,36% de los pacientes. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron mayoritariamente con utilización de mallas (Lichtenstein, 50%,

y Rutkow-Robbins, 17,1%), se utilizó laparoscopia en un 5,2% de los pacientes y en el 8,5% se empleó la técnica de Shouldice. Los tiempos medios de estancia fueron de 47,5 h para los pacientes ingresados y de 11,65 h para los intervenidos por cirugía mayor ambulatoria. Entre las complicaciones destacó el hematoma con un 11,6%. Un 96% de los pacientes se encontraba satisfecho o muy satisfecho, y los ítems mejor puntuados en la encuesta de satisfacción fueron los relacionados con la información, el trato y la amabilidad del personal; la puntualidad y la accesibilidad son los peor puntuados. La revisión a los 18 meses mostró un porcentaje de recidivas del 4,11%, con un tiempo de recuperación total estimado por los pacientes de 7,26 semanas.

Conclusiones. El análisis del proceso ha evidenciado oportunidades de mejora y puntos fuertes. Como puntos fuertes destaca el seguimiento de la evidencia científica en la elección de la técnica quirúrgica con la mayoría de técnicas sin tensión y la técnica de Shouldice como técnicas mayoritarias. Como oportunidades de mejora aparecen las siguientes: adhesión a protocolos de evaluación preoperatoria, aumento de la cirugía ambulatoria, aumento del uso de anestesia local y sedación, uso en casos seleccionados de profilaxis antibiótica y tromboembólica, y disminución de la estancia media en pacientes ingresados. La satisfacción de los pacientes con el tratamiento ha sido adecuada.

Palabras clave: *Hernia inguinal. Cirugía. Gestión de procesos. Gestión de calidad. Indicador clínico.*

NATIONAL PROJECT FOR THE MANAGEMENT OF CLINICAL PROCESSES. SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA

Introduction. The high prevalence of surgical treatment for inguinal hernia (especially in general surgery) prompted the Spanish Association of Surgeons

*Los participantes en el proyecto se exponen en el anexo 1.
Correspondencia: Dr. E. Rodríguez Cuellar.
Servicio de Cirugía General. Hospital Fundación Verín.
Ctra. De Laza, s/n. 32600 Verín. Orense. España.
Correo electrónico: eliasrc@netscape.net
Manuscrito recibido el 31-12-2004 y aceptado el 31-12-2004.

to perform a national study to identify the most important indicators.

Objective. To analyze healthcare quality in elective surgery for inguinal hernia by evaluating scientific-technical quality, efficiency, effectiveness, and patient satisfaction.

Material and methods. A prospective, longitudinal, descriptive study from diagnosis to postoperative follow-up was performed. Patients who underwent surgery for unilateral or bilateral, primary or recurrent inguinal hernias were included. Exclusion criteria were emergency surgery and associated surgical procedures. Clinical indicators were selected after a literature review.

Results. Forty-six hospitals corresponding to 16 Autonomous Communities with a total of 386 patients participated in this study. The mean follow-up was 18 months. The mean age of the patients was 56.33 years and 88.3% were male. Half the patients (50.1%) were American Society of Anesthesiologists (ASA) grade I. A total of 95.6% did not comply with the protocol for preoperative tests of the Spanish Association of Surgeons. Antibiotic prophylaxis was used in 75.39% and thromboembolic prophylaxis was used in 40.04%. Ambulatory surgery was performed in 33.6%. Local anesthesia and sedation only were used in 16.36% of the patients. The most frequently used surgical procedures involved mesh repair (Lichtenstein 50%, Rutkow-Robbins 17.1%), laparoscopy was used in 5.2% of the patients, and the Shouldice technique was used in 8.5%. The mean length of hospital stay was 47.5 hours in inpatients and was 11.65 hours in patients who underwent ambulatory surgery. Notable among the complications was hematoma in 11.6%. Ninety-six percent of the patients were satisfied or highly satisfied. The most highly scored items in the satisfaction survey were those related to information, personal dealings with staff, and the staff's kindness. The lowest scored items dealt with punctuality and accessibility. Follow-up at 18 months showed a recurrence rate of 4.11% with a total recovery time estimated by patients of 7.26 weeks.

Conclusions. Analysis of the process revealed areas for improvement and strong points. Strong points consisted of up-to-date choice of surgical technique. The most frequently used techniques were tension-free procedures and the Shouldice technique. The following areas for improvement were identified: adherence to protocols for preoperative evaluation, increased use of ambulatory surgery, local anesthesia and sedation, appropriate use of antibiotic and thromboembolic prophylaxis in selected patients and a reduction in the length of hospital stay in inpatients. Patient satisfaction with the treatment was acceptable.

Key words: *Inguinal hernia. Surgery. Process management. Quality management. Clinical indicator.*

Introducción

La hernia inguinal presenta una elevada incidencia en la población y conlleva importantes implicaciones socio-laborales. Se estima que el riesgo de tener una hernia inguinal a lo largo de la vida alcanza el 27% en varones y el 3% en mujeres. A pesar de que esta enfermedad se ha considerado de escasa relevancia y técnicamente sencilla, en el momento actual supone uno de los procesos más y mejor estudiados. El progresivo conocimiento de la anatomía y de la naturaleza de la reparación ha conducido a una cirugía con excelentes resultados¹⁻⁹.

Como consecuencia de los estudios promovidos por la Asociación Española de Cirujanos (AEC), a través de la Sección de Gestión de Calidad, para tratar de aproximarnos a la realidad de la calidad con que se practica la cirugía en nuestro país, se exponen en el presente trabajo los resultados obtenidos en la cirugía programada de la hernia inguinal.

La elección del proceso en la hernia inguinal se fundamenta en que se trata del proceso quirúrgico de cirugía general más frecuente en nuestro sistema sanitario, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (GRD n.º 162, procedimientos sobre hernia inguinal/femoral, edad > 17 años sin complicaciones, 15.476 altas en el año 2000 en el territorio gestionado por el Insalud)¹⁰. Para abordar su estudio, es preciso tener en cuenta los importantes cambios que ha sufrido en las últimas décadas la técnica quirúrgica, la progresiva ambulatorización del proceso, así como una temprana reincorporación del paciente a sus actividades habituales.

Aunque varios países disponen de registros que aportan datos sobre la calidad de la cirugía de la hernia inguinal (Suecia, Dinamarca, Reino Unido, etc.)¹¹, no existen estudios de ámbito nacional recientes en los que se pretenda determinar la calidad de la cirugía de la hernia inguinal en España.

Pacientes y método

Estudio descriptivo, multicéntrico, prospectivo y longitudinal de pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma consecutiva por presentar hernia inguinal (HI) en servicios de cirugía general y aparato digestivo de hospitales correspondientes a diferentes comunidades autónomas. El estudio se inició en enero de 2002 y concluyó en septiembre de 2003.

El tamaño muestral se calculó en función de la población proporcional de cada territorio (comunidades autónomas, Ceuta y Melilla), considerando una precisión del 95% y una probabilidad del 50%. El número de casos calculado fue de 384, que se incrementó en el 50% para compensar posibles pérdidas de datos, fichas no válidas o falta de envío de datos por parte de algunos de los servicios que inicialmente aceptaron participar en el proyecto. El reparto proporcional de casos que correspondió a cada autonomía fue el siguiente: Andalucía, 100; Aragón, 18; Asturias, 17; Baleares, 12; Canarias, 22; Cantabria, 8; Castilla-León, 38; Castilla-La Mancha, 23; Cataluña, 86; Comunidad Valenciana, 56; Extremadura, 18; Galicia, 47; Comunidad de Madrid, 71; Murcia, 18; Navarra, 8; País Vasco, 30; La Rioja, 4, y Ceuta y Melilla, 4.

Se incluyó en el estudio a pacientes con HI unilateral o bilateral, recidivadas o primarias. Los criterios de exclusión fueron cirugía de urgencia o procedimientos quirúrgicos asociados diferentes al de la HI.

Las dimensiones de la calidad analizadas fueron: calidad científico-técnica, efectividad clínica, eficiencia y satisfacción de los pacientes.

Se ha seleccionado una serie de indicadores clínicos de calidad tras revisar la bibliografía científica, para evaluar la calidad científicotécnica¹²⁻¹⁸, la efectividad clínica¹⁹⁻²³ y la eficiencia²⁴.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9394770>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9394770>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)